

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:31:34 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
BA	AT.PRIMARIA	677	AGUERRI MARTINEZ, MARIA ANGEL	MEJORA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ESPIROMETRIAS EN EL CS AINSA	CS AINSA	
BA	AT.PRIMARIA	350	BURREL RASO, MATILDE ISABEL	ATENCION SOCIOSANITARIA A MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO	CS BARBASTRO	
BA	AT.PRIMARIA	205	MONCLUS MURO, ANA	MEJORA DE LA COMUNICACION COMO VIA PARA LA COHESION Y EFICIENCIA DEL EAP DE BARBASTRO	CS BARBASTRO	
BA	AT.PRIMARIA	212	GASCON DEL PRIM, ELENA	UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC	CS BERBEGAL	
BA	AT.PRIMARIA	65	LOPEZ ALONSO, ANGELES	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL ALMACEN DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS Y ORGANIZACION DE CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA Y URGENCIAS	CS BERBEGAL	
BA	AT.PRIMARIA	513	ALQUEZAR GONZALEZ, ALICIA	MEJORA EN LA EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA ALIMENTACION DE LOS LACTANTES, NIÑOS PEQUEÑOS Y POBLACION INFANTO-JUVENIL EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR	CS BINEFAR	
BA	AT.PRIMARIA	511	CAMPO AMOROS, MARIA PILAR	MEJORA GLOBAL DEL SERVICIO DE ADMISION DEL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR SEGUN NORMA ISO 9001	CS BINEFAR	
BA	AT.PRIMARIA	518	CHAVERRI ALAMAN, CARMEN	ACTUALIZACION PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO. CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA	CS BINEFAR	
BA	AT.PRIMARIA	514	IBAÑEZ CASTELLAR, LOURDES	ORGANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ESPIROMETRIAS EN LOS CENTRO DE SALUD DE AINSA, BINEFAR Y BERBEGAL	CS BINEFAR	
BA	AT.PRIMARIA	32	ALONSO BERGES, RAQUEL	EXPLOTACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES. POTENCIACION DE LA TELEMEDICINA	CS CASTEJON DE SOS	
BA	AT.PRIMARIA	77	ESPIER LLORENS, ROSA MARIA	UNIFICACION DE CRITERIOS EN LAS UNIDADES DE ADMISION DE A.P. DEL SECTOR DE BARBASTRO	CS CASTEJON DE SOS	
BA	AT.PRIMARIA	27	GARCIA BELLO, MARIA JESUS	MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS	CS CASTEJON DE SOS	
BA	AT.PRIMARIA	36	MONTERDE GUERRERO, MIGUEL	POTENCIACION DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA A TRAVES DEL CONSEJO DE SALUD	CS CASTEJON DE SOS	
BA	AT.PRIMARIA	644	YSEBIE RONSE, ISABEL	REVISION MENSUAL DE LOS APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS	CS CASTEJON DE SOS	
BA	AT.PRIMARIA	453	CIRIA ACEBILLO, TERESA	MEJORA DEL CIRCUITO DE RECOGIDA Y ENTREGA DE DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA	CS FRAGA	
BA	AT.PRIMARIA	207	GRACIA MARCO, MARIA	CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD:SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN LA ATENCION REDIBIDA EN AP	CS LAFORTUNADA	
BA	AT.PRIMARIA	436	SALAS GUIRAL, MARIA PAZ	COMER PARA CRECER	CS LAFORTUNADA	
BA	AT.PRIMARIA	290	ESCARTIN FONTANA, BELEN	INICIATIVA PARA MEJORAR EL MANTENIMIENTO DEL MATERIAL, INSTRUMENTAL Y CADUCIDADES DE UN CONSULTORIO LOCAL EN UN MEDIO RURAL	CS MEQUINENZA	
BA	AT.PRIMARIA	510	AUDERA MERINO, FRANCISCO JOSE	PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO	CS MONZON URBANO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	521	BUIL CORONAS, SONIA	EDUCACION NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON TAO	CME MONZON	
BA	AT.ESPECIALIZ.	543	PUYAL MELE, ANA	INFORMACION A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON, QUE PRECISAN REALIZARSE PRUEBAS ANALITICAS	CME MONZON	
BA	AT.ESPECIALIZ.	96	ABAD RUIZ, ALODIA	DIFUSION Y ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN ATENCION A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO EN EL AMBITO DE LA SALUD	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	651	ABADIAS CUELLO, YOLANDA PILAR	ACOGIDA AL PERSONA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PEDIATRIA II	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	133	ALCEDO GONZALEZ, JAVIER	APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON	HOSPITAL DE BARBASTRO	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:31:36 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				ADENOMAS DE COLON Y FAMILIARES DIRECTOS DE PACIENTES CON NEOPLASIA COLORRECTAL		
BA	AT.ESPECIALIZ.	277	ALCOLEA GUERRERO, MARTA	PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS EN EL SECTOR DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	370	ALLUE FANTOVA, NATALIA	ADECUACION DEL AREA DE FARMACOTECNIA DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO A LA NORMATIVA DEL REAL DECRETO 175/2001	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	507	ARAGON SANZ, MARIA ANGELES	CREACION DE LA GUIA CLINICA SOBRE LA INDUCCION DE PARTO Y CONTROL DE LA MISMA COMO UNA ESTRATEGIA MAS PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	421	AZANZA PARDO, JORGE	GESTION INFORMATIZADA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	203	BALASCH TERES, MARIA JESUS	PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LAS BUENAS PRACTICAS Y LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL PROPUGNADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN EL SECTOR BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	529	BUERA AGRAZ, JAIME	MEJORA DE LA GESTION DE LAS INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES (UNE-EN-ISO) GENERADAS EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	175	BUERA BROTO, MARIA DOLORES	ELABOLACION DE UNA GUIA INFORMATIVA PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	576	CASTRO SAURA, NURIA	IMPLANTACION DEL PROCESO "RX DE TORAX" EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	526	CORED NASARRE, ROSA MARIA	APLICACION CORRECTA DE LA NORMA ISO 15189, EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, EN UN LABORATORIO YA ACREDITADO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	564	CORONAS FUMANAL, MARIA CONCEPCION	ASISTENCIA HUMANIZADA EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	536	CORTES RAMAS, ANA	PROCESO DE ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA (AP) DEL SECTOR DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	403	COSCUJUELA ROMAN, BEATRIZ	CODIFICACION DE DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	382	DOMINGUEZ CAJAL, MERCEDES	MEJORAR LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA MEDIANTE LA UTILIZACION DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VNI) CON PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA RESPIRATORIA (CPAP)....	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	269	DOMPER BUIL, ASUNCION	DISEÑO SISTEMA DE CONTROL VESTUARIOS-TAQUILLAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	317	ELIZALDE BENITO, ANGEL	DESARROLLO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	94	FERNANDEZ GIL, MARTA	MEJORA DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA MEDIANTE REALIZACION DE BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	223	FERNANDEZ SANCHEZ, RUT	PREVENCION DE DESGARROS PERINEALES DURANTE EL PARTO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	217	GALLEGO FRANCO, FRANCISCO JAVIER	PAUTA PREOPERATORIA PARA PACIENTES BAJO TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y/O ANTICOAGULANTE EN CUIRUGIA PROGRAMADA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	472	GARCIA ORTIN, JORGE CARLOS	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA MONITORIZAR LAS COMPLICACIONES DE LAS HISTERECTOMIAS Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	347	GASTON AÑAÑOS, JUAN FRANCISCO	ELABORACION DE UNA GUIA DE ADMINISTRACION DE FARMACOS VIA PARENTERAL PARA EL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	520	GONZALEZ CORTIJO, JAVIER	ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE	HOSPITAL DE BARBASTRO	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:31:37 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				BARBASTRO		
BA	AT.ESPECIALIZ.	220	GONZALEZ IGLESIAS, CARLOS	MEJORA DEL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECIALES DURANTE SU INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.).	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	132	GUARDIA , LORENA DEL PILAR	CONTROL Y MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, IMPLEMENTADO EN 2010	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	604	HIJAZO CONEJOS, JOSE IGNACIO	IMPLANTACION Y CONTROL DE SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO PARA PREPARACION PREOPERATORIA EN PACIENTES QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	621	JIMENEZ CORTES, MARTA PILAR	CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA A COCAINA Y OTROS ESTIMULANTES (JASA SECTOR BARBASTRO).	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	7	LABAD ARAMBURU, JORGE	MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE HISTORIAS CLINICAS EN REHABILITACION CON EL DIAGNOSTICO DE LUMBALGIA Y/O LUMBOCIATALGIA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	116	LALAGUNA MALLADA, PAULA	PROGRAMA DE CALIDAD EN CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA: MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE INTOLERANCIA A LOS HIDRATOS DE CARBONO O SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES PEDIATRICOS	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	547	MARTINEZ TRIVEZ, PILAR	REALIZACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y AISLAMIENTO DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN UCI	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	129	MIRALBES CASTERA, FRANCISCO JAVIER	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLINICA EN UN SUH	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	539	MOLES ALASTRUE, JOSEFA	IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	3	MOTIS MONTES, GABRIEL	OPTIMIZACION EN LA GESTION DE CAMAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	122	MUÑOZ DIESTRE, MARIA	PREVENCION DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	255	NAVARRO BOMETON, MARIA JOSE	ELABORACION DE UNA GUIA DE TELEFONOS INFORMATIZADA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	501	NOGUES TOMAS, FRANCISCO JAVIER	PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. II APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	28	OMIST ONDIVIELA, SUSANA	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES ENCAMADOS HOSPITALARIOS QUE PRECISAN DE MOVILIZACIONES PASIVAS	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	287	ORTEGA CASTRILLO, ITZIAR	IMPLANTACION DE LA VMNI EN URGENCIAS	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	504	PERELLA ARNAL, MATILDE	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR LA GESTION DE RESERVA DE SANGRE EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	283	PUENTE RODRIGUEZ, SORAYA	EVALUACION MEDIANTE TECNICAS INMUNOHISTOQUIMICAS ESPECIFICAS DE LAS BIOPSIAS DUODENALES OBTENIDAS EN PACIENTES CON SOSPECHA CLINICA DE ENFERMEDAD CELIACA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	87	ROJAS PEREZ-EZQUERRA, BEATRIZ	INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO DE LAS ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL QUE OFRECE EL HOSPITAL DE BARBASTRO, DE ACUERDO CON ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	90	SANCHEZ-RUBIO LEZCANO, PABLO	ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	490	SANTORROMAN JOVELLAR, ESTHER	REVISION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	AT.ESPECIALIZ.	614	SCHINDER AMSLER, CHRISTIAN	CIRUGIA PROTESICA UNICOMPARTIMENTAL DE RODILLA MINI INVASIVA	HOSPITAL DE BARBASTRO	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:31:39 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
BA	AT.ESPECIALIZ.	444	TABUENCA VICEN, CRISTINA	COORDINACION ATENCION PRIMARIA –ESPECIALIZADA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
BA	SALUD MENTAL	306	HERNANDEZ PARICIO, JAZMINA	CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO	UASA MONZON-AYUNTAMIENTO MONZON	
BA	SALUD MENTAL	312	SIESO SEVIL, ANA ISABEL	CREACION DE UN PROGRAMA GRUPAL DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES Y MODIFICACION DE ESTILOS DE VIDA PERJUDICIALES PARA USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO	UASA MONZÓN	
BA	SALUD MENTAL	315	PEREZ FAULO, MERCEDES	ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).	USM BARBASTRO	
BA	OTROS ÁMBITOS	460	BUISAN GIRAL, MARIA JOSE	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	
BA	OTROS ÁMBITOS	524	CLEMENTE ROLDAN, EDUARDO	MEJORA DE LA COBERTURA EN GRUPOS DE PACIENTES PRIORITARIOS: ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	
BA	OTROS ÁMBITOS	535	VALLES GALLEGO, VICTOR	COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

677

MEJORA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ESPIROMETRIAS EN EL CS AINSA

2. RESPONSABLE MARIA ANGEL AGUERRI MARTINEZ
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS AINSA
 - Servicio/Unidad .. COORDINADORA ENFERMERIA CS AINSA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESCUDER CENTELLES ANGEL. ENFERMERO. CS AINSA. ENFERMERIA
 - GISTAU TORRES MARIA PILAR. ENFERMERA. CS AINSA. ENFERMERIA
 - PEREZ-FAJARDO ALCALINE BEGOÑA. ENFERMERA. CS AINSA. ENFERMERIA
 - CASTILLO CORTES EUGENIA. ENFERMERA. CS AINSA. ENFERMERIA
 - SALINAS GISTAU ANA. ENFERMERA. CS AINSA. ENFERMERIA DE REFUERZO
 - PEREZ MELIZ MARIA PILAR. ENFERMERA. CS AINSA. ENFERMERIA DE REFUERZO
 - CORTES MARTIN CLARA. MEDICA. CS AINSA. MEDICO AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El centro de salud de Ainsa tiene una población de 4,200 habitantes con un bajo diagnóstico de EPOC a pesar de tener muchos paciente en tratamiento con aerosoles.

Detectamos una baja cobertura de EPOC, siendo esta una enfermedad crónica de las mas prevalentes en AP.

En la cartera de servicios tenemos el programa de ATENCION A PACIENTES CRONICOS: EPOC como parte de nuestro trabajo diario.

Los profesionales de enfermería vemos la necesidad de mejorar la consulta de espirometrías, ya existente, ya que hasta ahora, solo 2 profesionales sabían manejar el espirómetro, no había una consulta como tal, en ocasiones se realizaban en hora de atención continuada, no se daba información previa a los pacientes...

Objetivo general

-Aumentar la cobertura de diagnósticos de EPOC (medicina y enfermería)

Objetivos específicos:

- Mejorar la organización de la consulta de espirometrías,
- Mejorar la realización de las espirometrías para la obtención adecuada de la prueba

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la cobertura del programa de EPOC en los pacientes en tratamiento con aerosoles.

- Mejorar el funcionamiento de la consulta de espirometrías de enfermería.
- Mejorar la calidad de la prueba

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Curso de formación de todos los profesionales de enfermería para el manejo del espirómetro.

- Crear una agenda en OMI desde administracion. Constará de 1 día a la semana durante 2 horas. Realizada al menos por 2 profesionales adiestrados organizados por turnos.
- Crear una hoja excel para la recogida de datos.
- Crear un folletos con instrucciones e información para el paciente previa a la realización de la prueba.
- Adquisición de un espirómetro nuevo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de pacientes diagnosticados de EPOC/ total de pacientes en tratamiento con aerosoles

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 677

MEJORA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ESPIROMETRIAS EN EL CS AINSA

- % de espirometrías realizadas de forma adecuada / total de espirometrías realizadas.
- % de pacientes con EPOC controlados con espiromtrias / total de paciente con EPOC

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Iniciaremos la actividad solicitando la formación en el momento en que sea aprobado nuestro programa
- Iniciaremos la actividad de realizar las espiromtria en el momento que tengamos el nuevo espirómetro.
- El folleto de informacion a pacientes lo realizaremos en el plazo de un mes desde que nos aprueben el programa.
- A los 6 meses revisaremos la actividad.
- Al año evaluaremos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Espirómetro	778 €
Total	778 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO

2. RESPONSABLE MATILDE ISABEL BURREL RASO

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro CS BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. TRABAJADORA SOCIAL
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LEAL ARBUNIES AMALIA. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO.
- BLASCO OLIVETE MELITON. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO.
- SANMARTIN ZARAGOZA SILVIA. MATRONA. CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO, BERBEGAL Y ABIEGO.
- ARAN GIMENEZ PILAR. MATRONA. CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO.
- NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER. GINECOLOGO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- ABAD RUIZ ALODIA. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. "Desde el fondo de Naciones Unidas para la población y la Organización Mundial para la Salud, manifestaron la crítica situación que afrontan las mujeres en el mundo; la OMS puso acento en la necesidad de promover programas para la protección de las relaciones sexuales y la salud integral del aparato reproductivo, además de prevenir y combatir la violencia doméstica."

Sociológicamente hablando, el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución es un grupo especialmente vulnerable. Estas mujeres, en su mayoría inmigrantes, deben vencer una barrera de desconfianza, así como situaciones de ilegalidad, falta de permisos de residencia, barreras lingüísticas y falta de cultura sanitaria. Por otra parte la movilidad de su trabajo, la estigmatización y determinados factores económicos, sociales y culturales son circunstancias que acentúan su vulnerabilidad.

Los Hermanos Franciscanos de la Cruz Blanca de Huesca pusieron en marcha el programa O´Cambalache con la intención de acercarse a los locales donde se ejerce la prostitución, contactarlas con la idea de ofrecerles ayuda a diferentes niveles: acogida, derechos ciudadanos (empadronamiento, tramitación de tarjeta sanitaria...), apoyo social (acompañamiento a servicios sociales para tramitar todo tipo de ayudas...), orientación jurídica (tramitación y renovación de permisos de residencia y trabajo...), orientación laboral (realización de currículum vitae, preparación de entrevistas de trabajo...), apoyo emocional e inmersión en el sistema sanitario.

Partiendo de la base de que el colectivo de mujeres que se dedica a la prostitución presentan elevado riesgo de determinadas patologías, principalmente en la esfera ginecológica; pensamos que es de suma importancia poder trabajar con ellas y facilitarles el acceso a la asistencia sanitaria que en parte está limitado por causas como el desconocimiento del sistema, incompatibilidad de horarios, miedo a ser juzgadas etc.

Desde el año 2003, diferentes profesionales del Centro de Salud de Barbastro, (médica, matronas y trabajadora social) venimos colaborando y coordinándonos en la aplicación de este programa sociosanitario sobre las mujeres que ejercen la prostitución en la zona. Desde hace 2 años, se han sumado al grupo la trabajadora Social y un ginecólogo del Hospital de Barbastro.

El contacto con las mujeres se lleva a cabo a través de la mediadora del programa O´Cambalache, que acude a los locales donde se ejerce la prostitución, se les presenta el programa y se les ofrece la posibilidad de recibir asistencia sanitaria. Las mediadoras son el enlace entre las trabajadoras del sexo y el sistema sanitario, bien acompañándolas personalmente o bien remitiéndolas a las personas de referencia.

El equipo compuesto por las trabajadoras sociales del Centro de Salud de Barbastro y del Hospital, las matronas, la médica de familia y el ginecólogo se coordinan para realizar las siguientes funciones:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO

- Se acude a los clubs para hacer información sanitaria y captar a las usuarias.
- Se les facilita el acceso al sistema sanitario (trámites para solicitar tarjeta sanitaria...) y su "circulación" por el mismo (tramitar la realización de determinadas pruebas complementarias, y facilitar los contactos con atención especializada...).
- Se les informa de que será la médica de familia de estas pacientes mientras estén en nuestra zona de salud, dando respuesta a todas sus demandas sanitarias: problemas agudos, emisión de recetas...
- Se les abre historia clínica o se actualiza si ya existía y, se incluyen en los programas de la mujer.
- Se completa la historia clínica: datos básicos, país de origen, datos de contacto, tiempo de permanencia en nuestro país. Antecedentes personales, familiares, alergias, consumo de fármacos, hábitos tóxicos, antecedentes quirúrgicos, psiquiátricos.
- Exploración general.
- Revisión del calendario vacunal, actualización del mismo y vacunación de HB.
- Se ofrece información sobre métodos anticonceptivos, incidiendo en el uso de preservativo como prevención de ETS.
- Se realiza la toma de citología, cultivo endocervical convencional y para clamydias y cultivo vaginal convencional y para tricomonas, y test VPH (según protocolo del Cáncer de Cervix del Sector Barbastro).
- Se solicita día para analítica sanguínea general y serología de ETS, incluido VIH (se solicita consentimiento oral).
- Se indica que en un mes aproximadamente la doctora de referencia tendrá los resultados de las pruebas solicitadas. A través de la mediadora se citan con ella.
- Recepción de la analítica, serologías, citología y cultivos previamente solicitados por la matrona. Se les entrega copia de todos los resultados.
- Tratar las patologías que se detecten y solicitar las pruebas complementarias o derivaciones a especialistas de ser necesario.
- Si por la historia clínica o exploración realizada se considera que la paciente ha de ser visitada por ginecología, se cita a la paciente con el referente del servicio de ginecología del hospital que atendera las necesidades de implantes subcutaneos (disponibles en el Hospital), DIUS. Valoración de citologías sospechosas, etc.

Además de la intervención directa con estas mujeres consideramos que es importante el trabajo indirecto, por lo que realizamos reuniones de equipo interdisciplinar para el seguimiento y trabajo en el ámbito de la prostitución. Detectamos los principales problemas a los que se enfrentan estas mujeres en cuanto a atención y problemática sanitaria se refiere, tratando de darles soluciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * El objetivo es atender y facilitar el acceso al sistema sanitario de las mujeres que dedican a la prostitución, que presentan problemas de salud, derivados o no de su profesión, y que requieren de un seguimiento y control médico. Es decir, que las demandas de estas pacientes tengan la cobertura sanitaria necesaria y que no queden sin ella por las dificultades que van asociadas a sus circunstancias personales, como por ejemplo, imposibilidad de empadronarse en una localidad determinada de nuestro Sector Sanitario.

* Además, trataremos de llevar a cabo detección de enfermedades de transmisión sexual y prevención de éstas.

* Prevención de embarazos y disminución de IVES, para lo que se ofrecerá la posibilidad de colocación de implantes subcutáneos, DIUS, entre otros métodos anticonceptivos.

* Apoyar, informar y trabajar en lo que a salud sexual se refiere.

* Hacer visible un trabajo que viene realizándose desde hace años y en el que puede verse trabajar a profesionales sanitarios de atención primaria y especializada, coordinados con una entidad de carácter social como son los Hermanos de la Cruz Blanca, atendiendo problemas individuales y de Salud Pública.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

350

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO

* Reactivar el programa a través de retomar la presencia en los locales acompañando a las mediadoras de Cruz Blanca, que facilita el clima de confianza.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Coordinación en cada caso, entre los distintos profesionales que han de intervenir, según la situación y necesidad de la paciente.

Registro comunitario de todos los casos atendidos y en Historia Clínica de las atenciones individuales, garantizando más aún si cabe el tema de la confidencialidad

Reuniones del grupo de trabajo de sanitarios para seguimiento del programa una vez al cuatrimestre.

Reuniones semestrales del grupo de sanitarios con los responsables del programa O´Cambalache.

Presencia semestral en los locales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • N° total de mujeres atendidas.

- N° de mujeres atendidas por médico de atención primaria.
- N° de mujeres atendidas por matrona.
- N° de mujeres atendidas por trabajadora social.
- N° de mujeres atendidas por ginecólogo en hospital.
- N° de mujeres en primera visita
- N° de mujeres en sucesivas.
- N° total de consultas.
- N° de visitas realizadas a clubes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • El programa se inicia el 1 de abril de 2011 con duración de un año.

- Atención continua.
- Reuniones de sanitarios:
 - primer cuatrimestre: abril-mayo -junio-julio
 - segundo: agosto-septiembre-octubre-noviembre
 - tercer cuatrimestre: diciembre-enero-febrero-marzo
- Reuniones de todos los implicados en el programa: mayo-junio y diciembre-enero
- Visitas a locales: mayo-junio y diciembre-enero

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

205

MEJORA DE LA COMUNICACION COMO VIA PARA LA COHESION Y EFICIENCIA DEL EAP DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANA MONCLUS MURO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CAÑAS FRANCIA JOSEMARIA. MEDICO. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
 - VIDALLER BORRAS JUAN. MEDICO. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
 - AGON SARMIENTO OLGA. ENFERMERA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
 - LUEZA LAMPURLANES CRISTINA. MEDICO. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
 - BADIA PLAYAN CARRI. ENFERMERA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro Centro de Salud asiste a unos 20.000 habitantes aprox. repartidos entre el propio centro y 7 cupos rurales.

La plantilla consta de :

- 15 médicos en plantilla
- 6 médicos de refuerzo
- 5 enfermeras de refuerzo
- 3 pediatras
- 16 enfermeras
- 3 Aux. enfermería
- 7 T. Administrativos
- 5 celadores
- 1 odontólogo
- 2 matronas
- E.S.A.D.: 1 médico, 1 enfermera
- 1 enfermera de enlace
- 1 trabajadora social
- U.S.M.I.J., con 1 psiquiatra, 1 psicóloga y 1 enfermera

Con un total de 70 profesionales, el centro de salud ofrece cobertura sanitaria las 24 h del día, con una presión asistencial que se traduce en 1850 pacientes de media por cupo exceptuando a los profesionales que prestan asistencia en las zonas rurales.

Desde hace varios años es Centro Docente por lo que también trabajan a temporadas unos 5/6 médicos residentes.

Es fácil de apreciar la gran cantidad de actividad que se desarrolla en un día cualquiera en nuestro centro;

- Extracciones, Consulta medicina, Consulta enfermería,
- Tramitación tarjetas nuevas, citas, interconsultas
- Recetas crónicas (recepción, actividad, entrega)
- Consultas de salud Mental, Dentista, pruebas funcionales etc...
- Servicio de Atención Continuada, Urgencias, consultas deslizantes de tarde...

A lo largo de una semana visitan nuestro centro alrededor de 4000 personas y el primer contacto tanto físico como telefónico que tienen es con el Serv. de Admisión, el cual durante las 2 primeras horas de la mañana, se dedican casi en exclusividad al teléfono y al mostrador atendiendo a un río de gente que forman varias filas hasta la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

205

MEJORA DE LA COMUNICACION COMO VIA PARA LA COHESION Y EFICIENCIA DEL EAP DE BARBASTRO

puerta de entrada, junto con los pacientes que vienen a extracciones que esperan en el mismo espacio físico, y junto a 5 consultas de medicina y enfermería que también coincide la sala de espera. En las demás plantas del centro se desarrolla la actividad con menos aglomeración de personal pero sí con gran actividad, consultas, pruebas funcionales, sesiones clínicas, reuniones... Los profesionales que trabajamos en este Centro de Salud desempeñamos nuestras funciones de forma natural y con la mejor positividad posible, siempre intentando comunicarnos de la manera más correcta con los pacientes e incluso con los propios compañeros.

Los componentes de este grupo de calidad y tras varios meses de observación al Equipo en general, creemos que es susceptible de mejora por los siguientes motivos:

-Es muy difícil ser productivo y/o pensar de manera positiva cuando se está constantemente condicionado por el estrés.

-Porque un trabajador se desempeña mejor cuando se siente satisfecho con uno mismo y eso repercute con un impacto positivo al resto de los compañeros.

-Porque no siempre los pacientes tienen buen día y a veces coincide con nuestro "mal día".

-En el caso de la práctica clínica diaria, pueden ser identificables gran cantidad de situaciones o tareas que implican, de una u otra forma, el manejo de recursos comunicativos: escuchar, aliviar el miedo o la ansiedad, entrevistar, explicar, dar instrucciones, lograr confianza y apertura por parte de los usuarios y miembros del equipo, todo esto y más está presente en la abultada "agenda comunicativa" como profesionales sanitarios en la práctica diaria.

Sabemos que el aprendizaje de tan difíciles recursos comunicativos no forma parte del currículum profesional, es evidente además que las diferencias individuales entre aquellos que componen un equipo o servicio son enormes, habiendo algunos que se muevan ágiles y eficazmente en los distintos escenarios comunicativos, y otros para los que estas tareas suponen retos de alta dificultad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creemos que es importante establecer y mantener un ambiente de trabajo abierto, cercanía y sentimientos positivos entre los miembros del equipo para conseguir un centro de salud de alto rendimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Un curso pensado para instaurar en los participantes un aprendizaje ajustado a sus necesidades, competencias y déficits, que optimice los efectos de la comunicación en situaciones y entornos que por su complejidad, requieren de un alto nivel de competencias informativas, persuasivas y expresivas.

El curso será dirigido por una empresa privada de Madrid, que se dedica a Proyectos Psicológicos a grandes empresas, sobre todo relacionadas con el sector sanitario. El curso/taller se realizaría en el Centro de Salud. Falta definir con ellos cuántas sesiones, grupos, y horarios serían en total.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -nº de participantes en el curso
-encuesta de satisfacción de los profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . Se prevé que el curso se podría desarrollar a lo largo del mes de octubre y transcurridos 6 meses se realizará una autoevaluación.

. Las actividades previstas consisten en:

.Un primer contacto con la empresa, presentación del proyecto que llevan a cabo. (ya se ha realizado).

.Presupuesto del curso (ya se ha realizado)

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 205

MEJORA DE LA COMUNICACION COMO VIA PARA LA COHESION Y EFICIENCIA DEL EAP DE BARBASTRO

.Organizacion de grupos para el curso, cobertura asistencial, espacio físico, duración.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Presupuesto de la empresa por dar la FORMACION en nuestro Centro de Salud	2.400 €
Total	2.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

212

UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC

2. RESPONSABLE ELENA GASCON DEL PRIM

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS BERBEGAL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERIA. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERIA. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- JUAREZ GRACIA CRISTINA. ENFERMERIA. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- ALCUBIERRE CURA JOSE. MEDICINA. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- CANUDO AZOR DOLORES. MEDICINA. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- CABRERO CALVO MARIA CARMEN. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Necesidad de mejorar la práctica clínica y estudio de los pacientes con factores de riesgo, síntomas y signos respiratorios e incrementar la cobertura en el programa 307 (Atención a pacientes crónicos: EPOC).

-Rentabilizar el uso del espirómetro del C.S.

-Beneficiarnos del uso de la espirometría en pacientes incluidos en el programa 319 (Atención al paciente con dependencia del tabaco).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Asumir el manejo del espirómetro en el C.S.

-Mejora de nuestra práctica clínica en patología respiratoria crónica.
-Confirmar el diagnóstico ,mejorar su seguimiento y valorar la gravedad de la EPOC en nuestra población.
Sensibilizar a la población en la patología derivada del tabaquismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Presentación del programa a los compañeros del EAP.

- Sesiones clínicas de actualización de enfermedades neumológicas.
- Diseño de una hoja de citación accesible a todos los profesionales del EAP desde su puesto de trabajo.
-Creación de un folleto dirigido al paciente, que incluya información y preparación de la espirometría, así como la fecha y hora para su realización.
- La espirometría la realizará una enfermera formada para ello, con supervisión de la responsable del programa.
-Correcta cumpl

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Aumentar la cobertura del programa 307, llegando al menos a un 50%.

-Conseguir la realización de espirometría al menos un 25% de fumadores sobre el total de fumadores registrados.
-Calculo del nº de pacientes derivados a interconsulta de Neumología del total de espirometrías patológicas hayadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 01/04/2011. Fecha de finalización: 31/03/2012

Cronograma de actividades:

Presentación del programa de mejora a todos los miembros del EAP durante el mes de Abril del 2011.
Elaboración y puesta en común del folleto informativo dirigido al paciente,durante el mes de Abril del 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 212

UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC

Sesiones clínicas de actualización manejo espirómetro, interpretación de resultados, diagnóstico y seguimiento de EPOC y asma, a lo largo del mes de Abril y Mayo 2011.
Evaluación el 28 de Octubre 2011 de los resultados obtenidos hasta entonces.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· PULSIOXIMETRO DIGITAL		160 €
· COOXIMETRO		200 €
	Total	360 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 065

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL ALMACEN DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS Y ORGANIZACION DE CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA Y URGENCIAS

2. RESPONSABLE ANGELES LOPEZ ALONSO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERA. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· JUAREZ GRACIA CRISTINA. ENFERMERA. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCUBIERRE CURA JOSE. MEDICO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CANUDO AZOR DOLORES. MEDICO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· GASCON DEL PRIM ELENA. MEDICO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CALVO MARIA CARMEN. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· PRIETO BONSON ROSA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Control del almacenamiento y supervisión de los productos en stock, retirando los productos caducados o deteriorados, adecuando el material almacenado, respecto al necesario. Ajustar el consumo al presupuesto adjudicado al centro.

Consulta de Urgencias, supervisar el material y fármacos necesarios para el correcto desempeño de las funciones propias de la Atención Continuada y Urgencias. Reubicando y etiquetando los mismos. Creación de un espacio para el carro de paros. Equipamiento de los maletines para el servicio de atención continuada y urgencias, tanto de medicina, enfermería, como el maletín de urgencias ubicado en el coche del centro.

Creación de registro y control informático para seguimiento de fechas de caducidad, consumo y correcto funcionamiento del servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Etiquetado del producto
-Colocación del material sanitario y medicación en estantes
-Creación de una Hoja de Cálculo Excel, en la que constan el material del almacén y farmacia, nombre, código, existencias, así como entradas y salidas, fecha de caducidad y regularización, teniendo así siempre constancia del stock.
-Las entradas y salidas de productos del almacén, se anotan en una hoja de registro manual reflejando la fecha, código, nº de unidades, destino y el profesional. Siendo la administrativa la encargada del volcado a Excel, para su control informático.

RESULTADOS:
-Adecuar las peticiones a las necesidades reales.
-Agilización en la realización del petitorio mensual
-Control de productos caducados y próximos a caducar, devolviendo éstos al almacén del Hospital de referencia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Continuar con el correcto control del almacén.
-Consulta de Urgencias, adecuar el espacio, el material y fármacos necesarios para el correcto funcionamiento del servicio.
-Uso común para todos los profesionales de los maletines equipados para el servicio de atención continuada.
-Control informático accesible a todos los profesionales, para seguimiento de fechas de caducidad, consumo y equipamiento del servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Exposición a todos los miembros del EAP de las acciones y métodos a llevar a cabo.
-Al menos un profesional de medicina y enfermería del EAP, supervisaran mensualmente y de forma rotativa la dotación de material, medicación y maletines de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 065

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL ALMACEN DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS Y ORGANIZACION DE CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA Y URGENCIAS

la Sala de A. Continuada y coche del Centro.

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -El 90% de profesionales anotan en la hoja de registro el material extraído del almacén. Revisión trimestral.
- El 90% anoten correctamente todos los datos en la Hoja de registro. Revisión trimestral.
- Menos del 10% del registro mensual contabilizado esta caducado.
- Menos de un 20% de las ocasiones, encontramos material en exceso o en defecto, de acuerdo al stock necesario cuando se realiza la revisión trimestral.
- En menos de un 30% de ocasiones se encuentra material en área de A. Continuada, de URG así como en el coche del C. S. fuera de su sitio o in-operativo.
- El 70% del personal que realiza la Atención Continuada, utiliza los maletines habilitados para tal fin.
- El 70% del personal del EAP registra correctamente de forma manual e informática. Que realiza mensualmente, de forma rotatoria, los miembros del EAP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 01/02/2011. Fecha de finalización: 31/12/2011

Cronograma de actividades:

- Presentación del programa de mejora a todos los miembros del EAP durante el mes de febrero del 2011.
- A lo largo del mes de febrero del 2011, tener organizado, etiquetado y creado registro informático del área de Atención Continuada.
- Evaluación trimestral del correcto funcionamiento del programa. Recogida de datos: 16 de mayo, 1 de septiembre y evaluación final el 13 de enero.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *2 ESFINGOMANOMETROS ADAPTABLES PARA EL USO	86 €
· 2 PULSIOXIMETROS DIGITALES	320 €
· 2 FONENDOSCOPIOS DE ADULTOS Y 2 PEDIATRICOS	400 €
· 2 AMBUS PEDIATRICOS PARA LA SALA DE URG. Y EL MALETIN DEL COCHE DEL CENTRO	44 €
· *ORDENADOR PORTATIL MULTIUSOS (programa informático	600 €
Total	1.450 €

11. OBSERVACIONES. *2 ESFINGOMANOMETROS ADAPTABLES PARA EL USO EN ADULTOS, PEDIATRIA Y OBESOS, PARA LOS MALETINES DE MEDICINA Y ENFERMERIA

*ORDENADOR PORTATIL MULTIUSOS (programa informático de almacén, atención continuada y sesiones de formación...

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 513

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA ALIMENTACION DE LOS LACTANTES, NIÑOS PEQUEÑOS Y POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

2. RESPONSABLE ALICIA ALQUEZAR GONZALEZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS BINEFAR
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MIRALBES TERRAZA SHEILA. MEDICO. EAP BINEFAR. PEDIATRIA
- TRAVER CABRERA PILAR. MEDICO. EAP BINEFAR. PEDIATRIA
- SAN JOSE MALLEN LUIS. MEDICO. EAP BINEFAR. PEDIATRIA
- ALLUE CIUTAT MARTA. ENFERMERIA. EAP BINEFAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años se ha producido un cambio en las recomendaciones sobre la alimentación de los bebés y los niños pequeños por parte de las principales organizaciones y comités de expertos a nivel internacional (OMS, ESPGHAN...).

La Unión Europea, colabora con EUNUTNET, proyecto que tiene como objetivo, elaborar normas para la alimentación de lactantes y niños pequeños que permitan complementar el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Soporte del Amamantamiento en Europa.

Por otra parte, estamos asistiendo a un aumento en la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en todas las edades y especialmente en la edad pediátrica. Existe una clara asociación entre la obesidad en el niño y adolescente y su persistencia en la vida adulta. La obesidad en el adulto se relaciona con el riesgo de desarrollo de otras enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, etc), de tal forma que reduce la expectativa de vida. Es prioritario el correcto abordaje de esta patología en el niño desarrollando intervenciones destinadas a promover hábitos de vida saludables. La Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil del SNS, recomienda promover, por parte de los profesionales sanitarios que atienden al niño, una dieta mediterránea, sana y equilibrada y la realización de ejercicio físico.

Todo esto ha hecho que nos planteemos, desde nuestras consultas de pediatría, diseñar un programa adecuado para llevar a cabo las intervenciones en Educación para la Salud (EPS) pertinentes en estos niños.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Informar sobre los diferentes temas relacionados con la alimentación del lactante y el niño pequeño, entre los que se incluirían:

- Lactancia materna: Beneficios que aporta para el bebé y la madre, correcta técnica de amamantamiento, recomendaciones sobre el tiempo de lactancia materna exclusiva, como extraer y conservar leche materna...
- Lactancia artificial: como preparar la leche artificial, medidas higiénicas... Se realizará en el caso de madres que no puedan/quieran realizar lactancia materna o aquellas que deseen llevar a cabo una lactancia mixta.
- Alimentación de los 6 a los 12 meses: Introducción de la alimentación complementaria, que alimentos se pueden ofrecer según la edad del niño, como preparar los alimentos, como ofrecerlos según edad...
- Alimentación a partir de los 12 meses: Favorecer el paso a la alimentación familiar modificada, insistir en la importancia de la autoalimentación, favorecer

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

513

MEJORA EN LA EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA ALIMENTACION DE LOS LACTANTES, NIÑOS PEQUEÑOS Y POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

la adquisición de hábitos alimentarios adecuados...

Diseñar el programa de atención al niño obeso. Incluir en dicho programa a los niños diagnosticados de sobrepeso u obesidad en las consultas concertadas del programa de salud infantil y a los pacientes que consulten por ganancia excesiva de peso o problemas relacionados. Informar acerca de los riesgos de la obesidad infantojuvenil (mínimo al 80% de los pacientes incluidos en el programa)

Valorar el estilo de vida del niño explorando sus hábitos dietéticos y de actividad física (mínimo al 80% de los pacientes incluidos en el programa)

Aconsejar sobre alimentación saludable. Fomentar la práctica habitual de ejercicio físico y evitar hábitos sedentarios siguiendo la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad puesta en marcha desde el Ministerio de Sanidad y Consumo (mínimo al 80% de los pacientes incluidos en el programa)

Encuesta sobre conocimientos adquiridos anterior y posterior a la EPS (cambio de más de 2 ítems en la encuesta)

Lograr una adecuada comprensión por los padres de los pacientes sobre la alimentación adecuada para los niños.

Disminuir las consultas de demanda sobre dudas en la alimentación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un protocolo de la EpS sobre alimentación del lactante y el niño pequeño en el que se detalle el momento en el que se va a realizar la educación sanitaria, quien lo hará y que material se utilizará para ello. Responsables: componentes del equipo.

Registro en la historia del niño del diagnóstico de obesidad o sobrepeso con el IMC y su percentil según edad y sexo. Inclusión del paciente en el programa y/o derivación a consulta especializada según criterios establecidos. Entrega de material informativo acerca de los riesgos de la obesidad.

Elaboración de material y recomendaciones escritas sobre alimentación. Responsables: componentes del equipo

Información verbal y escrita sobre los diversos temas de alimentación. Responsable: Enfermera de Pediatría

Información verbal y escrita sobre la práctica de ejercicio físico y los hábitos de vida saludables. Responsable: ENFERMERIA DE PEDIATRIA.

Encuesta sobre conocimientos alimentarios, actividad física (anterior y posterior) y satisfacción. Responsable: Enfermera de pediatría

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de niños que han recibido EpS oral y escrita sobre lactancia materna durante el primer mes de vida / total de niños que reciben lactancia materna. (Objetivo 80%).

Número de niños que han recibido EpS oral y escrita sobre la alimentación de 6 a 12 meses entre los 4 y los 6 meses de edad / total de niños de este rango de edad. (Objetivo 80%).

Número de niños que han recibido EpS oral y escrita sobre la alimentación a partir de los 12 meses entre los 11 y los 15 meses de edad / total de niños de este rango de edad. (Objetivo 80%).

Número de padres que contestan correctamente la encuesta sobre conocimientos alimentarios / total de padres encuestados. (Objetivo 50%)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

513

MEJORA EN LA EDUCACION PARA LA SALUD SOBRE LA ALIMENTACION DE LOS LACTANTES, NIÑOS PEQUEÑOS Y POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Porcentaje de niños en los que figura registrado su IMC al inicio de su inclusión en el programa de entre el total de niños incluidos en el programa.

Porcentaje de niños incluidos en programa en los que esté registrada la EPS sobre los riesgos de la obesidad infantil de entre el total de niños incluidos en el programa.

Porcentaje de niños incluidos en programa en los que esté registrada la EPS sobre la alimentación sana y equilibrada de entre el total de niños incluidos en el programa.

Porcentaje de niños incluidos en programa en los que esté registrada la EPS sobre los beneficios de la práctica habitual de deporte y la evitación del sedentarismo de entre el total de niños incluidos en el programa.

Establecer una hoja de registro de hábitos de vida y alimentación que permita valorar objetivamente los conocimientos sobre el tema antes y después de la implantación del programa y la satisfacción del paciente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización de protocolos / diseño del programa y presentación al resto de los miembros del EAP: Abril y junio del 2011

Elaboración de las hojas informativas sobre alimentación: Junio-agosto 2011

Iniciar el registro en la historia del niño la EPS: Julio de 2011.

Puesta en marcha del protocolo: Septiembre 2011

Elaboración de la encuesta y recogida de la misma: noviembre 2011

Evaluación de los resultados: Febrero 2012

Puesta en marcha de acciones de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material de EpS, formación a profesionales	500 €
· Impresora a color	300 €
· Plastificadora	150 €
· Material para la consulta	500 €
Total	1.450 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

511

MEJORA GLOBAL DEL SERVICIO DE ADMISION DEL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR SEGUN NORMA ISO 9001

2. RESPONSABLE MARIA PILAR CAMPO AMOROS

- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro CS BINEFAR
- Servicio/Unidad .. ADMISION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ CASALS LOURDES. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. EAP BINEFAR. SERVICIO DE ADMISION
- CARTIE LANGA ELENA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. EAP BINEFAR. SERVICIO DE ADMISION
- BALLAC COSTA JOSE. MEDICO AP. EAP BINEFAR.
- CHAVERRI ALAMAN CARMEN. ENFERMERIA. EAP BINEFAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el servicio de admisión del C.S. Binéfar, trabajan 3 administrativas atendiendo a una población superior a 14.000 usuarios, el espacio donde realizan el trabajo es muy reducido y la falta de tiempo para las tareas administrativas supone quedarse alguna tarde fuera del horario y sin retribución para cumplir con las tareas habituales.

Por todo ello y por la elevada presión asistencial que tenemos en este Centro de Salud no es posible que acudan a las reuniones de equipo.

La falta de espacio físico dificulta la confidencialidad del usuario a la hora de realizar trámites administrativos.

Está prevista la incorporación a tiempo parcial de otro administrativo y al no disponer de espacio físico nos obliga a remodelar el servicio de admisión.

Nuestro centro esta trabajando en la certificación ISO y hemos priorizado como mejora la reorganización del servicio de admisión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la accesibilidad, la confidencialidad y en general la atención al usuario que acude a nuestro centro.

-Organizar los horarios de atención al usuario para las diferentes tareas administrativas (ejem.: tarjeta sanitaria, recetas crónicas, prestaciones, registros etc).

- Traslado del archivo de Historias Clínicas, por no adecuarse a las exigencias recogidas en la Ley de Protección de datos.

-Gestión de tiempo para las diferentes tareas propias del EAP, incidencias y reclamaciones, reuniones de equipo y actas de las mismas, tareas administrativas internas: valija

-Tarjeta sanitaria, información al usuario del uso correcto.

-que no afecte al usuario ni a los profesionales, el cambio de personal de admisión, por vacaciones u otros permisos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Organización del espacio físico, habilitando la zona que en este momento se utiliza como archivo de Historias Clínicas, para crear ese espacio donde poder trabajar permitiendo una mayor confidencialidad.

-Gestión de tiempos. Dividir en tramos horarios las diferentes tareas del servicio de admisión.

-Elaboración de guías rápidas de procesos administrativos adaptadas en formato ISO 9001, para el personal de sustitución.

-Colocación de mensajes de información al usuario de donde debe dirigirse a la hora de realizar los diferentes trámites administrativos.

-Registro de incidencias y no conformidades según ISO 9001.

-Registro de actas de reunión del EAP, según ISO 9001 y asistencia a las reuniones del EAP.

- Impulsar la cita a través de Salud Informa.

- Mejora de la confidencialidad del usuario: elaboración y evaluación de una encuesta de satisfacción sobre confidencialidad antes - después

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1 -Nº de incidencias y no conformidades registradas en admisión ISO / nº total de incidencias y no conformidades.

Objetivo: >90%

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 511

MEJORA GLOBAL DEL SERVICIO DE ADMISION DEL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR SEGUN NORMA ISO 9001

2 -Nº de actas de reunión de EAP ISO / nº total de reuniones EAP. Objetivo: >90%

3- Nº citas gestionadas por SaludInforma / Total de citas. Objetivo: >60%

4- Evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción relativa a la confidencialidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Marzo 2011: implantación del registro de incidencias y no conformidades ISO 9001.
-Marzo 2011: actas reuniones ISO 9001.
-Elaboración del manual (guía rápida) para nuevas incorporaciones en el servicio de admisión
-Orden y limpieza, basado en reorganización de carteles de información.
-Abril: nueva distribución del espacio físico, diferenciación de franjas horarias y gestión de tiempo.
-Diciembre 2011: evaluación indicadores y propuesta de nuevas acciones de mejora
- Abril: elaboración de la encuesta de satisfacción
-Mayo-Diciembre: Análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción sobre la confidencialidad de los usuarios

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador + impresora	600 €
· Mobiliario: silla + mesa de despacho	400 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 518

ACTUALIZACION PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO. CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA

2. RESPONSABLE CARMEN CHAVERRI ALAMAN
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS BINEFAR
 - Servicio/Unidad .. EAP BINEFAR
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BUIL VILALLER ANGEL. MEDICO. EAP BINEFAR.
 - PUYOL RAMI ESMERALDA. MEDICO. EAP BINEFAR.
 - TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO. EAP BINEFAR.
 - LUEZA CAMPURLANES CRISTINA. MEDICO. EAP BINEFAR.
 - GUTIERREZ MARTINEZ JAVIER. MEDICO. EAP BINEFAR.
 - BAILAC COSTA JOSE. MEDICO. EAP BINEFAR.
 - ALTEMIR CAMPO LOURDES. ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La retinopatía diabética (RD) es la primera causa de ceguera en España. Su prevalencia estimada oscila entre 15-30% pacientes diabéticos, en función del tiempo de evolución y el tipo de diabetes. Un mayor control del paciente diabético y el tratamiento con fotocoagulación láser mejoran la agudeza visual. . El cribado de retinografías en A.P. ofrece como ventajas al paciente: mayor accesibilidad a la prueba, reducir las listas de espera en especializada y aumento de cobertura

La estrategia de cribado de la RD utilizando la imagen digital obtenida con cámara de retina no midriática comporta importantes beneficios frente al método tradicional, se considera la más apropiada por su sencillez de uso, alta sensibilidad, menor necesidad de recursos humanos y elevada rentabilidad social.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EDICIÓN 2009-2010:

Captación :
Nº de pacientes diabetes 2 con retinografía/Nº de pacientes diabetes2 cartera de servicios sin retinopatía previa.=432/674=64%
Nº de imágenes diagnosticadas de retinopatía diabética con el cribado / Nº total de retinografías(cribado): 89/578= 15,4% (IC95% 12,6%-18,7%)
Sensibilidad 93% (IC95% 85,5%-97,2%)
Valor predictivo negativo 98,5% (IC95% 96,5%-99,4%)
Grado de concordancia moderado: INDICE DE KAPPA = 0,463.
Con estos resultados podemos garantizar el diagnóstico en los pacientes enfermos.

Dificultades encontradas:

La coordinación entre los distintos niveles implicados.
Retinografías no valorables; 135 en AP (135/578=23,4%), debido en algunos casos por mala calidad de la imagen, en otros por su patología previa (ej: cataratas)
Retraso en la comunicación a los pacientes sin retinopatía.
Dificultades en la comunicación de resultados entre niveles asistenciales (AP - AE).
Dificultades de comunicación con el Servicio de informática, sobre los cambios efectuados en la plataforma durante todo el proceso.
Los cuestionarios de recogida de datos eran complicados de cumplimentar, existía pérdida de información, en ocasiones dificultad de acceso a los mismos. Esto quedó solventado a lo largo del año 2010.
Retraso en la comunicación de resultados a los pacientes que no presentan retinopatía.
Hemos detectado que no se crean en OMI-AP todos los episodios de retinopatía diabética diagnosticados, esto será una línea de mejora en este nuevo año.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

518

ACTUALIZACION PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO. CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general

Reducir la incidencia de ceguera por retinopatía y/o retrasar su aparición en el paciente diabético, mediante la detección precoz de lesiones susceptibles de ser tratadas.

El objetivo es que todos los pacientes diabéticos tipo 2 de nuestra área de cobertura tengan realizado fondo de ojo.

Evaluar los resultados del cribado en el Centro de Salud de Binéfar

Que todo paciente con cribado tenga grabado en OMI el resultado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Captación de pacientes diabéticos tipo 2 sin diagnóstico de retinopatía diabética

Serán controlados por oftalmología pacientes tipo 1 y pacientes con retinopatía diabética.

La prueba se realiza en el Centro de Salud, mediante cámara de retina no midriática por técnico especialista, en una consulta habilitada por la tarde, en un periodo de 2-3 meses se citará y explorará la población diana.

Medicina y enfermería captarán a los pacientes y los derivan a cribado.

En el 2010 los pacientes seleccionados para cribado se citan por carta a través de salud informa. En año 2010 no es necesario rellenar el cuestionario y los datos relativos al proceso se capturan de OMI-AP

La lectura se realiza por dos médicos del equipo de atención primaria, que previamente han realizado un programa de formación y doble lectura por oftalmólogo de las imágenes que el médico de primaria no da como normales (patológicas o no valorables).

Resultados del cribado:

- Fondo de ojo normal: se informa al paciente por correo y se cita en el centro de salud anualmente.
- Fondo de ojo patológico: se deriva a oftalmología según protocolo (ordinario, preferente y urgente)
- Imagen no valorable: se deriva a oftalmología

Actividades a realizar:

- Mejora del registro en OMI-AP:
 - 1) comprobar que los pacientes con retinopatía diabética tengan su diagnóstico en OMI-AP para evitar citar para cribado a pacientes enfermos
 - 2) Sesión en el Centro de actualización del Programa
 - 3) Aumentar el número de profesionales de AP que lean las retinografías
 - Disminución del número de retinografías no valorables
 - 1) Formación a los médicos de AP que leen
 - 2) Formación al técnico que realiza las imágenes para que estas sean de mejor calidad
 - Disminución de los pacientes que no acuden a la cita
 - 1) Educación sanitaria a la comunidad: informar de la importancia de acudir a la cita, explicar los riesgos de la enfermedad
 - 2) Elaborar un tríptico informativo que se entregará junto con la citación
- Difusión de los resultados obtenidos hasta el momento: envío de comunicaciones a congresos, elaboración de manuscrito para publicación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Captación. $(N^{\circ} \text{ de pacientes diabetes 2 con retinografia (cribado)} / N^{\circ} \text{ de pacientes diabetes2 cartera de servicios sin retinopatía previa}) * 100$. Objetivo >99%

2. % retinopatía diabética por retinografía. $(N^{\circ} \text{ de pacientes diagnosticados de retinopatía diabética con el cribado} / N^{\circ} \text{ total de retinografia}) * 100$.

3. % retinopatía diabética. $(N^{\circ} \text{ de pacientes diagnosticados de retinopatía con el cribado} / N^{\circ} \text{ de pacientes diabetes 2 incluidos en cartera de servicios}) *$

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 518

ACTUALIZACION PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO. CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA

100 .

4. % registro en OMI-AP. (Nº episodios en OMI de retinopatía / Nº lecturas clasificadas como retinopatía) * 100. Objetivo >90%.

5. % no valorables. (Nº retinografías no valorables por AP / Nº retinografías realizadas) * 100. Objetivo <15%.

6. % pacientes que no acuden a cita. (Nº pacientes citados que no acuden / Nº de citas a retinografía) * 100. Objetivo <10%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -2º trimestre 2011: elaborar tríptico, citación e información a los pacientes; sesión clínica

-3º trim 2011: curso lectura AP

-4º trim 2011: evaluación y propuesta de nuevas acciones de mejora, difusión de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material para diabéticos, elaboración de trípticos y formación	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

514

ORGANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ESPIROMETRÍAS EN LOS CENTRO DE SALUD DE AINSA, BINEFAR Y BERBEGAL

2. RESPONSABLE LOURDES IBAÑEZ CASTELLAR

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS BINEFAR
- Servicio/Unidad .. EAP BINEFAR
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALLUE CIUTAT MARTA. ENFERMERIA. C.S BINEFAR. EAP BINEFAR
- AGUERRI MARTINEZ MARIA ANGEL. ENFERMERIA. C.S. AINSA. EAP AINSA
- ESCUDER CENTELLES ANGEL. ENFERMERIA. C.S. AINSA. EAP AINSA
- GASCON DEL PRIM ELENA. MEDICO. C.S. BERBEGAL. EAP BERBEGAL
- LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERIA. C.S. BERBEGAL. EAP BERBEGAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es la primera causa de muerte evitable (SEPAR) y la enfermedad crónica más prevalente en AP. Además, esta patología conlleva una importante disminución de la calidad de vida del paciente que la padece.

En la cartera de servicios de AP está el programa de ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: EPOC, por tanto, el manejo de este tipo de pacientes forma parte del día a día de los EAP. Por otra parte, al evaluar los distintos programas de la cartera de servicios, se ha detectado una escasa cobertura en el programa de EPOC.

Por todo ello, creemos que hay un importante margen de mejora en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes y consideramos que todos los pacientes, independientemente de su lugar de residencia, deberían ser tratados e informados del mismo modo. De ahí que, tratemos de aunar esfuerzos y unificar la forma de trabajar y manejar a los pacientes con EPOC en los C.S. de Ainsa, Berbegal y Binefar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la asistencia global del paciente EPOC

- Organizar la consulta de enfermería para la realización de espirometrías.
- Aumentar cobertura de EPOC.
- Realizar seguimiento correcto de esta patología (c/ 2 años y fumador >40 años c/ 5años)
- Manejo correcto del espirómetro para que su funcionamiento sea el adecuado.
- Realizar Espirometrías según criterios de calidad de aceptabilidad y reproducibilidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Formar a los profesionales de enfermería en el manejo del espirómetro.

- Sesión clínica de actualización en EPOC para sensibilizar a los profesionales.
- Crear una agenda específica en OMI para espirometrías.
- Diseño de base de datos para la recogida de datos.
- Elaboración de proceso de realización y utilización del espirómetro según norma ISO 9001
- Elaborar instrucciones comunes de preparación al paciente, insistir en la importancia de su colaboración.
- Limpieza y mantenimiento del espirómetro (según protocolo) y normas técnicas del aparato, anotando las incidencias del funcionamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Pacientes EPOC con espirometría. (Nº Espirometrías en EPOC en último año / Nº EPOC en cartera de servicios) * 100. %.

- Nº de espirometrías con criterio de aceptabilidad / Nº de espirometrías totales.
- Nº de espirometrías con criterio de reproducibilidad / Nº de espirometrías totales.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 514

ORGANIZACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ESPIROMETRÍAS EN LOS CENTRO DE SALUD DE AINSA, BINEFAR Y BERBEGAL

- Para la valoración de la aceptabilidad de la espirometría se utiliza el registro gráfico, que debe tener: un inicio brusco y rápido, un final suave, asistomático, no perpendicular o brusco y con una morfología continua, sin muescas ni irregularidades y de duración mayor a 6 segundos.
- La reproducibilidad se considera adecuada cuando la variabilidad de la FVC y el FEV1 es < 200ml ó < 5%, al menos en dos de las tres de las maniobras.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesión clínica espirometrías al EAP, captación y preparación. Mayo 2011
Curso de formación para enfermería Mayo-Junio 2011
Elaboración proceso espirometrías: junio 2011
Elaborar instrucciones comunes: junio 2011
30 junio 2011: 1ª evaluación de indicadores
30 diciembre 2011: 2ª evaluación de indicadores
Diseño base de datos: junio 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EPOC	700 €
· ELABORACIÓN DE DOCUMENTACIÓN (FOLLETOS	300 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

032

EXPLOTACION DE LOS RECURSOS DISPONIBLES. POTENCIACION DE LA TELEMEDICINA

2. RESPONSABLE RAQUEL ALONSO BERGES

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS CASTEJON DE SOS
- Servicio/Unidad .. CS CASTEJON DE SOS
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2005 se inició un proyecto de Telemedicina y el C.S. de Castejón de Sos formaba parte como centro piloto. Para ello se dotó al C.S. con una estación de Videoconferencia.

Desde entonces se ha utilizado esporádicamente en primeras consultas con Hematología para instauración del Tto. Con Sintrom, alguna reunión con Gerencia, con el Departamento de Calidad del SALUD,...

El objeto de este Proyecto es una mayor explotación de un instrumento tan útil dadas las características geográficas y demográficas de nuestra Zona de Salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En atención a pacientes:

Facilidad de acceso a las especialidades sin necesidad de desplazamientos siempre que el motivo de consulta lo permita (resultados, petición de pruebas,...). En especial, con Geriatria, debido a la problemática que rodea a estos pacientes.

Para los profesionales:

Facilitar interconsultas con especialistas para comentar casos clínicos.

Facilitar sesiones formativas con especialistas cuyo desplazamiento se ha comprobado es casi imposible.

Posibilidad de asistir por esta vía a sesiones formativas en el aula docente del hospital.

Aumento de las reuniones con Gerencia, responsables de Calidad, Farmacia, evitando desplazamientos a todos los profesionales implicados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informar de este Proyecto a la Gerencia para su implicación en el desarrollo y difusión a los profesionales susceptibles de participar en el mismo.

Especialistas, responsable de Calidad, responsable de Formación, Dirección,...

Explicación del Proyecto en reunión del EAP especificando su proyección interna y externa.

Posterior información a los pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de Videoconferencias con contenido asistencial.

N° de Videoconferencias con contenido formativo.

N° de Videoconferencias con contenido de Gestión.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011/Abril 2012

Corte semestral.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 077

1. TÍTULO

UNIFICACION DE CRITERIOS EN LAS UNIDADES DE ADMISION DE A.P. DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ESPIER LLORENS
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro CS CASTEJON DE SOS
 - Servicio/Unidad .. ADMISION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En todas las unidades de Admisión se prestan los mismos servicios, sin embargo se aprecia disparidad en la forma de llevarlos a cabo, en formatos de documentos; hay distintos criterios para conservar documentación, tanto en el tiempo como en la forma. No se gestiona el correo electrónico bajo unos criterios mínimos. Hay desconocimiento de determinadas posibilidades informáticas, ... Falta formación e información. Tendríamos más preparadas las unidades de Admisión de cara a la progresiva implantación de la Norma UNE EN ISO 9001-2008 en los CC.SS.

ANALISIS DEL PROBLEMA:

Aunque se han ido realizando visitas a los CC.SS. Del Sector de Barbastro, dando pautas para la organización de los Servicios de Admisión, todavía existe variabilidad en las gestiones administrativas, se usa la informática, claro está, pero no se explota lo suficiente. Dependencia del papel. Falta de formación e información en algunos campos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ajustar nuestra actividad a unos criterios unificados, mejor si son consensuados o con aportaciones de los componentes de las UU de Admisión de nuestro Sector. Revisarlos periódicamente para su mejora y adaptación a los cambios, legislativos, organizativos, etc. Hacer más eficiente nuestro trabajo utilizando las herramientas informáticas ya disponibles en todas sus posibilidades. Trabajar hacia un "centro sin papeles". Saber guardar la información y recuperarla. Tener formación continua para actualización de conocimientos a lo largo del año. Conseguir mayor eficacia en las sustituciones, pues conocerán los procedimientos, aunque trabajen en distintos Centros de Salud. Evitar el miedo ante la implantación de la Norma UNE EN ISO 9001-2008 en los centros de Salud, ya que se contará con una mínima infraestructura de registros y organización de documentos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde mi puesto de trabajo como jefe de grupo de A. Administrativas del Sector de Barbastro, mantener contacto con las Unidades de Admisión, a través de: Desplazamientos puntuales a los Servicios de Admisión de los CC.SS. Contacto por correo electrónico y teléfono con los mismos. Encuentros formativos a lo largo del año, en su mayoría en horario de tardes, en el aula de formación de la Gerencia de Barbastro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de horas de formación o encuentros de trabajo a lo largo del año. Nº de visitas realizadas a los CC.SS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2011 A DICIEMBRE 2011

Tenemos la intención de realizar formación continuada para actualización de conocimientos a lo largo del año y, si es positiva, continuar en años posteriores.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 077

UNIFICACION DE CRITERIOS EN LAS UNIDADES DE ADMISION DE A.P. DEL SECTOR DE BARBASTRO

Cronograma

Formación programada:

28 y 29 de marzo: curso de iniciación para las nuevas incorporaciones de la última oposición.

5 de abril: encuentro de administrativos para profundizar en el conocimiento y posibilidades de OMI.

Junio: Taller de comunicación.

Sin fecha: legislación sanitaria

gestión del correo

etc.

Se tendrán en cuenta las propuestas de temas de formación que se hagan en las encuestas de valoración de los cursos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Días de sustitución	600 €
· Coste de cursos de formación.	300 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. *Al compatibilizar la jefatura de grupo con mi trabajo en el Serv. De Admisión de Castejón de Sos, necesito algún día de sustitución para realizar tareas propias de J. De grupo y para las posibles visitas a algún C.S.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

027

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CASTEJON DE SOS
- Servicio/Unidad .. CS CASTEJON DE SOS
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO BERGES RAQUEL. ENFERMERIA. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Después de la obtención de la Certificación UNE-EN-ISO 9001-2008 en mayo de 2010, es necesario mantener y continuar en la mejora del Sistema de Gestión de Calidad.

El haber obtenido la Certificación lleva implícito un compromiso con el ciclo de mejora continua.

-Se adoptaron en aquel momento soluciones temporales en algunos capítulos, importantes para la Norma (CVM de equipos de medida, gestión de almacén y farmacia, falta de recursos materiales,...) en las que es necesaria la implicación de niveles superiores.

- Una parte importante de este mantenimiento lleva consigo la implicación de todo el EAP, siendo necesario la asunción efectiva de responsabilidades en cada uno de los procesos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Afianzar el Sistema de Gestión de Calidad en nuestro EAP

- Implicación de todo el EAP
- Implicación de Nivel I y II
- Aumento de la satisfacción de los profesionales
- Aumento de la satisfacción del usuario
- Aumento de la calidad de la Asistencia Sanitaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Distribución de responsabilidades entre los miembros del EAP de aquellos procedimientos sobre los que es necesario mayor control (orden y limpieza, seguimiento de NC., seguimiento del mantenimiento de la sala de urgencias, seguimiento del mantenimiento preventivo de equipos, mejora de la gestión de almacén,...)

- Desarrollo documental para registro del seguimiento de dichos procedimientos.
- Sesiones formativas en reuniones del EAP sobre Norma ISO.
- Asistencia a sesiones formativas en Norma ISO organizadas por SALUD de los responsables vinculados al tema de formación.
- Fomento de la extensión de la estructura creada a los consultorios del C.S.
- Potenciar el uso de los registros existentes (incidencias,...)
- Hacer extensivo a maletines personales el recurso existente del registro de caducidades

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Los existentes en el sistema de gestión de Calidad: Algunos indicadores de Cartera de Servicios, Resultado encuestas satisfacción y Porcentaje de profesionales que realizan Formación continua (1).

- Porcentaje de miembros del EAP con responsabilidad asignada (2).
- Número de incidencias abiertas en el año con relación a años anteriores(2).
- Porcentaje de profesionales que usan el registro existente de caducidades para sus maletines personales(2)
- Porcentaje de uso del registro de mantenimiento de urgencias.(2).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: ENERO 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

027

MANTENIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Finalización: ENERO 2012

(1) Datos facilitados periódicamente por Gerencia.

(2) En Junio y Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. En nuestro Plan de Necesidades hemos solicitado aquellos recursos materiales que consideramos IMPRESCINDIBLES para el mantenimiento del sistema y evidencia del mismo:

Esterilizadora

Mochila Urgencias

Electrocardiógrafo portátil

Camilla hidráulica

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

036

POTENCIACION DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA A TRAVES DEL CONSEJO DE SALUD

2. RESPONSABLE MIGUEL MONTERDE GUERRERO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CASTEJON DE SOS
- Servicio/Unidad .. CS CASTEJON DE SOS
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA BELLO MARIA JESUS. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA
- YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICO/A. CS CASTEJON DE SOS. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Consejo de Salud está constituido en nuestra Zona de Salud, pero no registra actividad desde hace dos años. Pensamos que, dentro de nuestro sistema de Gestión de la Calidad, el Consejo de Salud es el foro adecuado para la participación Comunitaria. Es un organismo útil para la detección de problemas y con las posibilidades organizativas para su adecuada canalización con fines de solución. Por ello consideramos importante este proyecto de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. El funcionamiento del Consejo de Salud mediante reuniones periódicas.
2. Que los integrantes del mismo conozcan las bases de su funcionamiento.
 3. Establecer líneas de mejora con las propuestas surgidas del mismo.
 4. Reflejo, en la sociedad de estas actividades.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Propuesta de convocatoria de una primera reunión del Consejo. En la citada reunión, información a los asistentes de la importancia de su regular funcionamiento y establecimiento de la periodicidad de las reuniones. Impulsar el cumplimiento de estas reuniones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de escritos enviados por el EAP al ayuntamiento solicitando convocatoria de reunión del Consejo. Porcentaje de reuniones realizadas. Porcentaje de actas recibidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-2011/Abril-2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. *Subvención para posibles proyectos a iniciativa del EAP que no cubra el presupuesto asignado al Consejo.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

644

REVISION MENSUAL DE LOS APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ISABEL YSEBIE RONSE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS CASTEJON DE SOS
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD ES ZONA COMUN A TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS. LA IMPORTANCIA DE UN BUEN MANTENIMIENTO DEL ORDEN, REVISION DEL APARATAJE, CORRECTA REPOSICION DE MATERIAL... SON CONDICIONES INDISPENSABLES PARA GARANTIZAR UNA ATENCION DE CALIDAD.

EN VARIAS OCASIONES NOS HEMOS ENCONTRADO EN AVISOS URGENTES A DOMICILIO CON EL APARATO DE ECG PORTATIL SIN PAPEL DE REGISTRO, SIN PEGATINAS PARA LOS ELECTRODOS U OTRO DEFECTO, EL LARINGOSCOPIO SIN PILAS, ETC.

CON EL FIN DE SOLUCIONAR ESTOS INCIDENTES QUE INTERFIEREN NUESTRA ATENCION SANITARIA CREAMOS UN REGISTRO DE REVISION MENSUAL DE APARATAJE CON UN RESPONSABLE Y OTRA PERSONA EN CASO DE AUSENCIA DEL RESPONSABLE.

SE INCLUYE EN LA REVISION MENSUAL DE

1.ECG PORTATIL:

- CARGA CORRECTA DE LA BATERIA
- PRESENCIA DE UNA BOLSA DE PEGATINAS (ELECTRODOS) CERRADA
- ROLLO DE PAPEL

2.LARINGOSCOPIO:

- PILAS CARGADAS
- BOMBILLA CORRECTA EN CADA UNA DE LAS PALAS

3.DESFIBRILADOR SEMIAUTOMATICO (DESA):

- PILA CARGADA
- ELECTRODOS PARA ADULTOS Y PEDIATRICO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MANTENIMIENTO DEL APARATAJE DE LA SALA DE URGENCIAS EN PERFECTO ESTADO DE FUNCIONAMIENTO EN CADA MOMENTO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -CREACION DE UN REGISTRO INFORMATICO DE LAS REVISIONES
-REVISION Y REGISTRO MENSUAL DEL ECG PORTATIL, LARINGOSCOPIO Y DESA
-REGISTRO DE LAS INCIDENCIAS OCURRIDAS Y DE LAS SOLUCIONES ADOPTADAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NUMERO DE REVISIONES REALIZADAS

X 100 > 80 %

NUMERO DE MESES DEL PERIODO A ANALIZAR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

644

REVISION MENSUAL DE LOS APARATOS DE LA SALA DE URGENCIAS

NUMERO TOTAL DE INCIDENCIAS REGISTRADAS AL FINAL DE CADA AÑO < 5

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO 01/01/2011 Y EVALUACION ANUAL DEL PROGRAMA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

453

MEJORA DEL CIRCUITO DE RECOGIDA Y ENTREGA DE DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

2. RESPONSABLE TERESA CIRIA ACEBILLO
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro CS FRAGA
 - Servicio/Unidad .. ADMISION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ ABAD OLG. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE FRAGA. MEDICINA DE FAMILIA
- BORDAS BUIL YOLANDA. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE FRAGA. MEDICINA DE FAMILIA
- ALBAS MARTINEZ M PILAR. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DE FRAGA. ENFERMERIA DE FAMILIA
- SASO BOSQUE CRISTINA. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DE FRAGA. ENFERMERIA DE FAMILIA
- ORTILLES GARCIA MARTA. PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE FRAGA. PEDIATRIA DE FAMILIA
- ROYES SATORRES ALICIA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD DE FRAGA. PEDIATRIA
- MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CENTRO DE SALUD DE FRAGA. MATRONA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -LA IMPORTANCIA DE ESTE PROGRAMA SE CONSTATA EN QUE UN ALTO PORCENTAJE DE VISITAS AL MOSTRADOR DEL CENTRO DE SALUD SON PARA INTERCAMBIO DE DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA: PARTES DE CONFIRMACION, INFORMES, RECETAS,..

- PROBLEMAS DETECTADOS:
- EXTRAVIO DE DOCUMENTACION.
 - DUPLICIDAD DE DOCUMENTACION.
 - RECETAS Y PARTE I.T.QUE CADUCAN EN EL MOSTRADOR DEL C.S. A LA ESPERA DE QUE SEAN RECOGIDOS.
 - CAOS Y DESORDEN EN ARCHIVOS QUE OCASIONAN MALA IMAGEN EN MOSTRADOR DE ADMISION (PUERTA DE ENTRADA AL CENTRO).
 - PERDIDA DE TIEMPO EN LOCALIZACION DE DOCUMENTACION POR PARTE DE PERSONAL ADMINISTRATIVO. TIEMPO QUE SE PODRIA DESTINAR A OTRAS TAREAS.
 - INSATISFACCION DEL USUARIO Y DEL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -REDUCIR EN UN 60 POR CIENTO LOS EXTRAVIOS EN T.I.S.

- INTRODUCIR EN LA GESTION DIARIA DEL MOSTRADOR LA ENTREGA DE I.T SIN MAYORES PROBLEMAS (SE PREPARA LA EMISION DE I.T. DE TODOS LOS PROFESIONALES,7 EN TOTAL, Y POSTERIOR ENTREGA, DESDE EL SERVICIO DE ADMISION), Y UBICARLES UN ESPACIO FUNCIONAL.
- IMPLICAR AL USUARIO Y AL PERSONAL DEL CENTRO CON LA LEY DE PROTECCION DE DATOS.
- EVITAR EL DESORDEN DE DOCUMENTACION BUSCANDO UN ESPACIO ADECUADO.
- MEJORAR LA SATISFACCION DEL USUARIO Y TRABAJADORES DEL CENTRO.
- MEJOR GESTION DEL TIEMPO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO PARA OTRAS FUNCIONES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -INTRUDUCIR DOCUMENTO NUMERO UNO (VER OBSERVACIONES PUNTO 11)EN TODAS LAS RECETAS QUE SE ENTREGEN EN MOSTRADOR Y NO CUMPLAN LOS REQUISITOS.

- ENTREGAR DOCUMENTO NUMERO DOS (VER OBSERVACIONES PUNTO 11) EN CONSULTA DE MEDICINA A TODOS LOS PACIENTES DE I.T. QUE POR MOTIVO DE SU ENFERMEDAD NO PUEDEN PRESENTARSE ELLOS MISMOS A BUSCAR LOS PARTES DE CONFIRMACION.
- OBTENCION DE UN ESPACIO ADECUADO PARA DEPOSITAR LA DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA(ARCHIVO 152X120).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -FOTOS DE LA ZONA DE ADMISION ANTES Y DESPUES DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA DE MEJORA.

- NUMERO DE PACIENTES CON RECETAS EXTRAVIADAS/NUMERO DE PACIENTES POR RECETAS REALIZADAS.
- NUMERO DE PACIENTES CON I.T. EXTRAVIADAS/NUMERO DE PACIENTES CON I.T REALIZADAS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 453

MEJORA DEL CIRCUITO DE RECOGIDA Y ENTREGA DE DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA

-NUMERO DE T.I.S. EXTRAVIADAS/ NUMERO T.I.S TOTALES.
-ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO, AL FINAL DEL PERIODO DE EVALUACION.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -REDACCION DEL PROYECTO MARZO 2011.
-DIVULGACION DEL PROGRAMA AL PERSONAL DEL CENTRO ANTES DEL 15 DE ABRIL 2011.
-PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO 1 DE MAYO DEL 2011
-FINALIZACION DEL PROYECTO MARZO 2013.
-PRIMERA EVALUACION MARZO 2012.
-REVISION Y MEJORA MARZO 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· ARCHIVADOR DE MEDIDAS ACORDES CON EL ESPACIO Y CON LA NECESIDAD 1.286 €
Total 1.286 €

11. OBSERVACIONES. -SE DISPONE DE 2 DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE ESTE PROGRAMA DE MEJORA QUE ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE ADJUNTAR ARCHIVOS, DESCRIBIMOS BREVEMENTE EN QUE CONSISTEN.

DOCUMENTO 1: EN EL QUE SE EXPLICA AL USUARIO LAS NUEVAS CONDICIONES EN EL CIRCUITO DE RECOGIDA DE DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA.

DOCUMENTO 2: CONSENTIMIENTO DEL TITULAR DE LA I.T. CUMPLIENDO LA NORMATIVA SOBRE PROTECCION DE DATOS, A LA HORA DE ENTREGAR DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA DESDE EL MOSTRADOR DE ADMISION A USUARIOS NO TITULARES DE LA MISMA, SE TENDRA QUE PRESENTAR UNA AUTORIZACION ACOMPAÑADA DE FOTOCOPIAS DEL DNI, TANTO DEL INTERESADO COMO DEL AUTORIZADO.

-SE DISPONEN DE FOTOGRAFIAS DE LA ZONA DE ADMISION A MEJORAR ANTES DE LA IMPLANTACION DE ESTE PROGRAMA. PARA PODER COMPARARLO AL TERMINO DEL MISMO.

-RESPECTO AL PRESUPUESTO DE ARCHIVADOR, SE ESTAN BUSCANDO OTROS MAS AJUSTADOS.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 207

1. TÍTULO

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD:SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN LA ATENCION REDIBIDA EN AP

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA MARCO
· Profesión OTROS
· Centro CS LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. A.P.
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO. CS LAFORTUNADA.
· TREMPES BAGUE JOSEFINA. ENFERMERA. CS LAFORTUNADA.
· SALAS GUIRAL PAZ. ENFERMERA. CS LAFORTUNADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA Y UTILIDAD
Pretendemos ofrecer una asistencia sanitaria libre de daños evitables que garanticen una seguridad al paciente.
La seguridad es un compromiso compartido entre usuarios y profesionales.
Los profesionales estamos comprometidos en hacer todo lo posible para evitarlos y que nuestros fallos y errores sean más improbables y menos importantes.
Tras la puesta en marcha y seguimiento del programa del paciente polimedicado, en la cartera de servicios del 2010, hemos detectado oportunidades de mejora en el seguimiento de estos pacientes que aumenten su seguridad en la atención recibida en la prescripción de tratamientos farmacológicos.
Varios estudios han detectado que la mitad de los errores ocurren durante la prescripción, aunque también son frecuentes durante su administración.
METODO DETECCION DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA: BRAINSTORMING
METODO DE PRIORIZACION: COMPARACION DE PARES
LA SITUACION DE PARTIDA
Entre las causas que generan riesgo en la administración de los ttos encontramos: el consumo por exceso, por defecto, por la combinación entre varios, por la posología, por déficit de capacidades sensitivas, confusiones por similitud de envases, de nombres, cambios en el formato del envase, ausencia de un cuidador principal de referencia, interferencias entre varios cuidadores, existencia de botiquines domiciliarios familiares, no individualizados, que además no se revisan periódicamente, por lo que acaban caducando y olvidando el origen de la prescripción. Además existe desconocimiento en la gestión adecuada de los residuos contaminantes.

Entre los riesgos en la prescripción están:
la baja utilidad terapéutica de algunos fcos, insuficientes revisiones de los tratamientos, duplicidades o incompatibilidades de ttos con origen en diferentes niveles asistenciales, pacientes hiperfrecuentadores que demandan prescripciones por problemas vanales, infra declaración de RAM, escaso uso de la hoja de tto Infowin.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO GENERAL:
Disminuir las complicaciones del consumo de varios fármacos en los ancianos.
OBJETIVOS ESPECIFICOS
1. La gestión de las prescripciones se realizará exhaustivamente en OMI-AP.
2. Los pacientes ancianos polimedificados de nuestra zona de salud organizarán su tto farmacológico en pastilleros individuales semanales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Cálculo de la población diana.
Sesiones formativas de gestión de prescripción en OMI.
Sesiones formativas para explotar el manejo de las herramientas de OMI en la educación sanitaria y el soporte escrito de información para el paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

207

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD:SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS POLIMEDICADOS EN LA ATENCION REDIBIDA EN AP

Revisión de los registros de prescripciones en OMI de los pacientes diana, completando todos los campos delivradamente.

Revisión del registro y nueva valoración del programa "medicamento procupación por toma" en los pacientes de la población diana.

Facilitarles a los pacientes los pastilleros individualizados, junto con la hoja de registro de las prescripciones "Infowin", asegurandonos de la continuidad del relleno.

Informar y dar un registro escrito de las alergias e intolerancias, que le afectan, así como de las posibles interacciones y afectaciones que pudiera padecer relacionadas con el uso farmacológico que consume.

Ofrecerles ayuda para la revisión de los botiquines domiciliarios y su depósito en las farmacias para eliminación.

Facilitarles contenedores para el depósito de agujas y otros materiales sanitarios punzantes de desecho.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR I= nº pacientes ancianos polimedificados con correcto registro de las prescripciones en OMI/nº total de pacientes ancianos polimedificados de la zona de salud X100

Estandar: 90%

Indicador II = nº pacientes ancianos polimedificados con uso de pastillero/nº total de pacientes ancianos polimedificados de la zona de salud X100

Estandar:70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Periodo: Abril-Diciembre 2011

Cronograma: Abril-Mayo cálculo de la población diana.

Mayo-Junio sesiones formativas de prescripción en OMI.

Junio Sesiones formativas para explotar el manejo de las herramientas de OMI en la educación sanitaria y el soporte escrito para el paciente.

Julio-Septiembre revisión de los registros de prescripciones en OMI de los pacientes diana.

Octubre revisión del registro y valoración del programa "medicamento procupación por toma" en los pacientes de la población diana.

Octubre-Noviembre facilitarles a los pacientes los pastilleros individualizados, junto con la hoja de registro de las prescripciones "Infowin", asegurandonos de la continuidad del relleno.

Diciembre medida de los indicadores a 31-12-2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Medimecum 4 unidades	200 €
· M.A.P.A.monitorización ambulatoria presión arterial	600 €
· pastilleros individuales semanales	200 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. El cálculo económico es aproximado.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

COMER PARA CRECER

2. RESPONSABLE MARIA PAZ SALAS GUIRAL

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS LAFORTUNADA
- Servicio/Unidad .. EAP LAFORTUNADA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MANRIQUE GONZALEZ LUIS. MEDICINA. C.S. LAFORTUNADA Y AINSA. EAP LAFORTUNADA Y AINSA, PEDIATRIA
- BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICINA. C.S. LAFORTUNADA. EAP LAFORTUNADA
- GRACIA MARCO MARIA ASUNCION. ENFERMERIA. C.S. LAFORTUNADA. EAP LAFORTUNADA
- TREMPES BAGUE JOSEFINA. ENFERMERIA. C.S. LAFORTUNADA. EAP LAFORTUNADA
- MOLINA GIORDAN SEBASTIAN. MEDICINA. C.S. LAFORTUNADA. EAP LAFORTUNADA
- ESTAUN BUETAS EVA MARIA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. C.S. LAFORTUNADA. EAP LAFORTUNADA
- PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA. ENFERMERIA. C.S. AINSA. EAP AINSA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nos decidimos a llevar a cabo este proyecto de mejora de la calidad de la alimentación infantil porque como personal sanitario conocemos la gran importancia que tiene realizar diariamente una alimentación sana y equilibrada, tanto para conseguir un correcto desarrollo físico y psíquico como para prevenir problemas de salud a corto, medio y largo plazo. Por otra parte, somos conscientes, de que los cambios que experimenta la sociedad actual con el incremento de la vida sedentaria, las modificaciones en la estructura familiar, la incorporación de la mujer al trabajo, la introducción de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación... están propiciando la adquisición de nuevos hábitos alimenticios poco saludables entre la población. Desde esta perspectiva y tras observar en nuestros consultorios las características mejorables de la alimentación en la población infantil, a través de la entrevista a niños y padres y mediante la detección de casos de sobrepeso y obesidad en la infancia, pretendemos llevar a cabo un programa de educación para la salud alimentaria que queremos hacer llegar a las familias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adquirir unos hábitos alimenticios y de consumo adecuados para practicar una alimentación sana, suficiente y equilibrada. Despertar en los niños el interés por la alimentación sana y ayudar a los más mayores a que sean ellos quienes realicen elecciones responsables. Conseguir que los niños sepan comer de todo y a gusto, dedicando el tiempo suficiente y haciendo que el ambiente que rodea la comida sea agradable y distendido; un lugar donde se pueda hablar y relacionarse en lugar de un momento para ver la TV. Dar a conocer el valor de la dieta mediterránea a las familias y sensibilizarles de los perjuicios que les aportan los alimentos precocinados, suplementados y/o con eliminación de algún componente, la bollería industrial y los refrescos azucarados y bebidas carbonatadas. Estimular actitudes positivas hacia el consumo de productos frescos, de temporada y de procedencia local. Repartir los alimentos en cinco comidas diarias. Lograr que los escolares realicen un desayuno adecuado explicando los beneficios que esto supone, no sólo a nivel nutricional, sino también porque favorece la atención, la memoria, la capacidad física y previene la obesidad. Conseguir que los niños consuman fruta y/o hortalizas dos o tres días en el recreo. Desarrollar en los niños el gusto por beber agua. Mejorar los hábitos higiénicos relacionados con la alimentación y manipulación de alimentos: lavado de manos, lavado de dientes... Sensibilizar a las familias sobre la relación entre deporte, alimentación y salud. Desarrollar una actitud crítica frente a la publicidad de los alimentos. Prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y los trastornos del comportamiento alimentario como la anorexia y la bulimia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

436

COMER PARA CRECER

nerviosa.

Objetivo principal:

Los niños manifiestan comportamientos de conducta alimenticia saludable al finalizar el año 2011.

Criterio:

Se define conducta alimenticia saludable como:

- la que consume los seis grupos de alimento diariamente.
- la que reparte los alimentos en cinco comidas diarias.
- la que incluye prácticas y hábitos de higiene: lavado de manos, lavado de dientes...

Objetivo secundario:

Los niños reconocen los alimentos que forman parte de la comida basura y disminuyen su consumo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para alcanzar nuestros objetivos el personal médico y de enfermería del centro realizará:

Detección de problemas e información concreta y personalizada a los niños y padres que acudan a nuestras consultas, tal y como venimos haciendo hasta ahora. Charlas informativas sobre alimentación infantil a los padres de los escolares de nuestro centro de salud, con entrega de folletos y documentación bibliográfica. Charlas sobre alimentación infantil adaptadas a los niños con aportación de material didáctico (CD con explicaciones ilustradas de los alimentos, juegos, refranes, adivinanzas, posters...) proporcionado por el SARES y otros organismos, con el que los niños podrán aprender jugando los beneficios que proporciona una alimentación sana.

Entrevista a niños y padres al finalizar el proyecto para evaluar los resultados obtenidos y la adecuación de la dieta que realizan.

Toda la educación para la salud realizada en la escuela se registrará como actividad dentro del programa de OMI en los protocolos de enfermería.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A través de la entrevista a niños y padres obtendremos los siguientes indicadores de salud:

Indicador I = Número de escolares de los colegios de nuestra zona de salud que desayunan adecuadamente x 100 / Total de escolares de los colegios que engloba nuestro centro de salud.

Criterio:

Se considera desayuno adecuado:

- El que dedica el tiempo suficiente (aproximadamente más de diez minutos).
- El que incluye: una pieza de fruta, un yogohurt o un vaso de leche, cereales o pan o galletas, un poco de aceite de oliva o miel o mermelada o azúcar y en ocasiones jamón o fiambre.

Estándar: 80%.

Indicador II = Número de escolares de los colegios de nuestro centro de salud que toman 2 o 3 veces a la semana frutas y/o hortalizas en el recreo / Total de escolares de los colegios que engloba nuestro centro de salud.

Estándar: 90%.

Indicador III = Número de escolares de nuestro centro de salud que no consumen más de dos veces a la semana bollería industrial x 100 / Total de escolares de los colegios que engloba nuestro centro de salud.

Estándar: 80%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:

- Fecha de inicio: abril de 2011.
- Abril de 2011: reunión de equipo con charla informativa, puesta en común de opiniones y distribución de tareas.
- 31 de junio de 2011: corte resumen de actividades.
- 31 de diciembre de 2011: fecha de medición de indicadores.

Ciclo de mejora continua.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

436

COMER PARA CRECER

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dos básculas con tallímetro vertical	700 €
· Oftalmoscopio y otoscopio portátil	130 €
· Material fungible (cuestionarios, fotocopias, sobres) y dos cajas de Cds	90 €
· Libros educativos sobre alimentación infantil para los consultorios	120 €
Total	1.040 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 290

INICIATIVA PARA MEJORAR EL MANTENIMIENTO DEL MATERIAL, INSTRUMENTAL Y CADUCIDADES DE UN CONSULTORIO LOCAL EN UN MEDIO RURAL

2. RESPONSABLE BELEN ESCARTIN FONTANA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS MEQUINENZA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JUAREZ CASTELLO PILAR. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DE MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las características demográficas de nuestra Comunidad Autónoma es la dispersión geográfica de la población en pequeños núcleos rurales. Este hecho ha obligado a organizar la atención sanitaria en este ámbito mediante Consultorios Locales que dependen de un Centro de Salud más o menos alejado según los casos. Otra de las características del medio rural es el envejecimiento de la población. Siendo frecuente encontrar pacientes ancianos que viven solos, sin autonomía para desplazarse por sus propios medios en caso de precisar alguna atención fuera de su núcleo de población. Para estas personas tiene una gran importancia cuantitativa y cualitativa la atención sanitaria que se pueda prestar en estos Consultorios Locales, sin necesidad de desplazarse. Paradójicamente, la dotación en cuanto a medios materiales y de personal de los mismos suele ser escasa. Uno de los retos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios que realizan su trabajo en este medio, es el mantener estos Consultorios Locales en las condiciones adecuadas para garantizar una atención de calidad, lo más completa posible en cuanto a lo que la Cartera de Servicios ofrece. La ausencia de personal auxiliar obliga a los médicos y enfermeras a asumir todas las tareas: traslado de material entre el Consultorio y el Centro de Salud, reposición periódica de material que garantice el mantenimiento de un suministro adecuado para las distintas actividades, limpieza del mismo, control de caducidades, orden y en ocasiones limpieza ocasional de Consultorio. Estas tareas se suman a las propias de su tarea asistencial fundamental, deben realizarlas dentro de su horario de trabajo y sin que queden reflejadas en sus agendas de OMI, siendo a veces difícil compaginarlas todas. Por este motivo hemos considerado que resulta fundamental establecer un sistema que facilite todas estas tareas, de manera que absorban el mínimo tiempo posible de la jornada de estos profesionales y que además garantice tanto la calidad como la seguridad en la atención de nuestros pacientes. La actividad asistencial en el Consultorio de Fayón la realizan un médico y dos días a la semana, durante tres horas, una enfermera. La elección de esta oportunidad de mejora se realizó mediante una "lluvia de ideas" entre las dos profesionales. El priorizar esta actuación se realizó mediante una matriz decisional. Se partía de un Consultorio Local con poco espacio para almacenaje, sin un sistema ordenado para el mismo y con un control de caducidades que se realizaba de manera esporádica, mediante revisión de todo el material cada vez y en la medida que las tareas asistenciales lo permitían. A pesar de haber un refrigerador en el mismo, tampoco se disponía de gráfica de temperaturas del mismo. Se realizó un análisis del problema mediante un Diagrama causa-efecto. Los principales problemas detectados fueron:

- Material fungible (gasas, vendas, apósitos...): agotamiento de stocks y caducidad del mismo que no se detecta hasta el momento del uso. Lo que supone un riesgo para la seguridad del paciente y merma la calidad de la atención. En otras ocasiones exceso de material almacenado en el Consultorio que limita el espacio y caduca sin ser utilizado.
- Medicación: mismo problema.
- Instrumental: mismo problema.
- Falta de consenso en el orden del almacén, que provoca duplicidad de puntos de almacenaje para un mismo producto, dificultando su localización "a posteriori".

Las posibles causas detectadas fueron:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 290

1. TÍTULO

INICIATIVA PARA MEJORAR EL MANTENIMIENTO DEL MATERIAL, INSTRUMENTAL Y CADUCIDADES DE UN CONSULTORIO LOCAL EN UN MEDIO RURAL

- No haber determinado mediante consenso el material necesario para la asistencia en el Consultorio y la localización del mismo en las dependencias.
- Falta de identificación de las tareas necesarias para el mantenimiento del Consultorio y su contenido.
- Falta de asignación de estas tareas concretas entre los dos profesionales , lo que en ocasiones genera o duplicidad de una misma actividad u olvido de otra.
- Falta de asignación programada de un periodo de tiempo en la jornada laboral de estos profesionales para la realización de estas tareas, quedando subordinadas al tiempo que pueda quedar tras realizar las tareas asistenciales primordiales.
- Carencia de un sistema de control de stockaje disponible.
- Carencia de un sistema de control de caducidades.
- Carencia de un sistema de control de funcionamiento de instrumental y aparatos.

La información para determinar material necesario y cantidad del mismo se piensa obtener de la experiencia acumulada en la atención desde este Consultorio . Se revisarán también los "pedidos" periódicos que se realizan a Suministros de Sécctor desde el Centro de Salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Objetivos genéricos:

- Almacenaje ordenado conocido y consensuado por todo el personal.
- Adecuación de cantidad a las necesidades asistenciales para evitar acúmulo de material que caduque antes de su uso.
- Actualización periódica de caducidades.
- Actualización periódica de funcionamiento de aparatos e instrumental.
- Minimizar la frecuencia de los fallos del sistema. Se entenderá como fallo: el no disponer de material en un momento dado para realizar una labor asistencial (siempre que se tratara de material previsto como de disposición obligada en el Consultorio en los listados iniciales) que un aparato no funcione por fallo de baterías o encontrar en el momento de su uso material o medicación caducada.

- Objetivos específicos:

- Diseño de un sistema ordenado de almacén conocido y consensuado entre los dos profesionales.
- Diseño de un sistema de control de material almacenado adecuado a necesidad.
- Diseño de un sistema de reposición y traslado de material entre el Centro de Salud y el Consultorio.
- Diseño de un sistema de control de caducidades y funcionamiento de aparatos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Reunión de los profesionales implicados para consensuar criterios acerca de material fungible, instrumental y aparatología necesaria para la actividad asistencial del Consultorio.

2- Identificar tareas necesarias para conseguir los objetivos fijados y periodicidad de las mismas.

3- Reparto de tareas entre los dos profesionales en función de formación y disponibilidad temporal.

4- Deteminar momento de la Jornada Laboral en que se van a realizar estas tareas, reflejándolo en la agenda del OMI del profesional.

Las actividades derivadas serán:

1-Modificación de agendas OMI.

2- Diseño de tablas de control de cantidad de material almacenado.

3- Diseño de tablas de control de caducidades de material y medicación.

4- Diseño de tablas de control de aparatos y baterías.

5- Diseño de sistemas de registro de la tarea realizada donde quede reflejada la fecha y el profesional que la ha realizado.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 290

INICIATIVA PARA MEJORAR EL MANTENIMIENTO DEL MATERIAL, INSTRUMENTAL Y CADUCIDADES DE UN CONSULTORIO LOCAL EN UN MEDIO RURAL

6- Diseño de un sistema de registro de posibles fallos detectados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A partir de los registros en las tablas podremos obtener la siguiente información:

- Número de revisiones y fecha de la última revisión de la cantidad de material disponible.
- Número de revisiones y fecha de la última revisión de las caducidades de material y medicación.
- Número de revisiones y fecha de la última revisión del funcionamiento de aparatos y baterías.
- Personal implicado y cumplimiento de tareas asignadas.
- Incidencia de "fallos".

Como indicadores utilizaremos:

- Porcentaje de los controles de caducidad previstos que se han realizado a lo largo del año. Dado que los profesionales suelen ausentarse en dos periodos vacacionales, consideraremos un buen cumplimiento el 80% de los mismos.
- Porcentaje de los controles de stockaje previstos que se han realizado a lo largo del año. Por la misma razón ya expuesta consideraremos también el 80 % como un buen cumplimiento.
- Porcentaje de los controles previstos de funcionamiento de aparatos y baterías realizados a lo largo del año. . Por la misma razón ya expuesta consideraremos también el 80 % como un buen cumplimiento.
- Porcentaje de cumplimentación de los sistemas de registro de profesional responsable y fecha de la actividad realizada.
- Número de fallos del sistema detectados y registrados . Consideraremos un buen resultado cualquiera inferior a uno por mes desde el inicio de actividades.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración será de un año, a lo largo de 2011.

Cronograma y actividades:

ENERO-FEBRERO: elaboración de listados de material y tareas. Reparto de tareas. Orden inicial en el almacén.

MARZO: Diseño y realización de los diferentes sistemas de registro.

ABRIL-DICIEMBRE: Puesta en marcha y registros.

ENERO-FEBRERO DE 2012: Evaluación y propuesta de mejoras .

MARZO 2012 : Determinar el sistema de monitorización definitivo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ESTANTERIA PLASTICA LEROY MERLIN	15 €
· ESTANTES EKBY	147 €
· GAVETAS ALMACENAJE APILABLES TAYG	124 €
· CAJETINES ALMACENAJE MEDICACIÓN	27 €
Total	313 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE AUDERA MERINO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS MONZON URBANO
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BLASCO GONZALEZ ISABEL. MEDICO. EAP MONZON URBANO. ATENCION PRIMARIA
 - PELLICER CELEMI FLOR MARIA. ADMINISTRATIVO. EAP MONZON URBANO. SERV DE ADMISION ,AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención de Urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Dispensándose tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y/o de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales en los casos en que fuere necesario. Según la O.M.S. se define la urgencia como la aparición de un problema de etiología variable, que genera una vivencia de necesidad inmediata de atención, en el propio paciente, en su familia o en quién quiera que asuma la responsabilidad. Los ciudadanos han incorporado a sus pautas de conductas sanitarias la demanda de asistencia sanitaria urgente e inmediata, traduciéndose ello en un incremento de pacientes atendidos diariamente en Atención Primaria que supera a cualquier otro sector de la asistencia sanitaria, al ser esta la de más fácil accesibilidad. Esta modificación conductual obliga a dar respuestas organizativas, de forma y manera que durante el tiempo que se dedica a la actividad puramente clínica, es decir a las consultas, la que de otra parte precisa de la mayor concentración por parte de los profesionales del E.A.P., es sumamente importante que no se produzcan interrupciones. Como dice Carlson en su Ley: "toda actividad interrumpida es menos eficaz y consume más tiempo que si se realiza de forma continua". En consecuencia es necesario regular y unificar conductas diagnosticas y terapéuticas, según protocolos de actuación, que mediante decisiones rápidas conduzcan al objetivo final que es resolver el problema por el que el usuario demanda atención. En muchas ocasiones se dan situaciones banales en las que el médico debe tranquilizar al paciente y/o a los familiares indicándoles que los síntomas que presenta carecen de importancia.

CONCEPTO DE URGENCIA MÉDICA

Toda organización de atención a las posibles "urgencias" parte de un criterio definitorio fundamental: "el factor tiempo". Según este criterio podemos definir como: Emergencia: situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital ó de función básica que necesita asistencia inmediata y que es objetivable. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal.

Urgencia: situación de inicio rápido pero no brusco que necesita asistencia rápida, pero no inmediata, y puede presentar un componente subjetivo. Ejemplos de estas situaciones pueden ser:

- Aquellas sin riesgo vital pero que pueden llegar a presentarlo en un periodo de tiempo breve si no se diagnostican y tratan de un modo precoz. (ejemplos serían una obstrucción intestinal, una neumonía,...)
- Aquellas sin riesgo vital donde es importante un diagnostico precoz desde el punto de vista epidemiológico.(por ejemplo una tuberculosis, o cualquiera otra de fácil contagio y transmisión)
- Aquellas en las que una deficiente Asistencia Social obliga a resolver de forma inmediata problemas no médicos
- Aquellas derivadas de una inadecuada atención a primer nivel.

Basada en estas definiciones nos encontraríamos en segundo término con los conceptos "urgencias demorables" y "urgencias no demorables".

RESPUESTA A LA DEMANDA DE ATENCION URGENTE

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

El precedente esquema representa de forma global la respuesta a la demanda de atención urgente y supone el punto de partida para racionalizar y optimizar los recursos, objetivo fundamental del presente protocolo.

La demanda de atención urgente puede llegar de distintas formas y vías de comunicación. La más frecuente es por iniciativa propia, o de tercera persona (familiares, cuidadores, vecinos,...), cuando el paciente percibe una aparente o real pérdida de salud y opta por acudir al nivel asistencial que prevé que le va a dar una respuesta más rápida, definitiva y eficaz a su dolencia, existiendo una generalizada confusión entre el concepto de urgencia y el de gravedad. En los casos de demanda de atención urgente domiciliaria suele ser el teléfono la forma más común de acceder a los servicios, careciendo este sistema de la objetividad necesaria para optimizar la movilización de recursos al recibir el aviso personal administrativo.

En consecuencia es precisa la implementación de un sistema de clasificación que evalúe y agilice la intervención y/o derivación al nivel adecuado, redireccionando al paciente hacia el nivel de asistencia óptimo que precisa, dando con ello respuesta adecuada a sus expectativas en cuanto a su apreciación subjetiva de urgencia y la de su entorno. Asimismo de esta manera se evitarían alteraciones o interrupciones innecesarias en la actividad de las consultas.

Las funciones de la R.A.C. en síntesis son:

- Proteger a los pacientes más urgentes
- Aumentar la satisfacción de los usuarios
- Optimizar los recursos humanos y materiales

Un buen sistema de "R.A.C" debe de cumplir con las propiedades de REPRODUCTIBILIDAD + UTILIDAD + VALIDEZ, por lo que sus principales características han de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

510

PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

cumplir con los parámetros:

- Tener una buena concordancia interobservador.
- Ser útil para medir el nivel de urgencia
- Tener validez empírica para predecir la gravedad y la posible evolución de los pacientes.
- Ser aplicable en cualquier Servicio
- Ser aplicable a adultos y niños
- Disponer de indicadores de calidad propios de la escala.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Debido al elevado número de pacientes que se detectan en el Centro de Salud que acuden pidiendo cita como "indemorable" para ser atendidos en el momento, obliga a tener que realizar cambios constantes de la agenda con este procedimiento se pretende ordenar la demanda del usuario, resolviendo la demanda que avoca no es más que un procedimiento administrativo y además poner en valor el trabajo enfermero como agente de relación con la comunidad en la escala asistencial

OBJETIVOS DE LA R.A.C.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, para la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que un paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, aplicar las intervenciones enfermeras para garantizar su seguridad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recibir y acoger al ciudadano: la recepción y la acogida del paciente que acude demandando asistencia ante una situación de urgencias, son dos fases relacionadas de un mismo proceso. Consiste en tratar de una determinada manera a alguien que llega planteándole una opinión o propuesta. En esta fase se quiere cumplir el objetivo de recibir, identificar y valorar a la persona que requiere asistencia sanitaria.
2. Evaluación clínica rápida: se realiza una anamnesis rápida del paciente, que se basará tan solo en aquellos puntos que nos permitan formarnos una opinión sobre la gravedad del cuadro y la necesidad de atención más o menos inmediata. Deberá realizarse en el mínimo tiempo posible después de la llegada del paciente al ámbito de urgencias y emergencias en el que nos encontremos o de la recepción del aviso.
3. Realización de intervenciones de enfermería: son necesarias determinadas técnicas diagnósticas para poder encuadrar al paciente dentro de un marco de prioridad desde un punto de vista de la valoración de su problema. Se iniciarán desde esta consulta, como un vendaje compresivo de una herida sangrante, medios físicos en caso de fiebre, inmovilización provisional a la espera de estudios radiológicos, apoyo psico-emocional...
4. Establecer prioridad asistencial: fruto de los pasos anteriores podremos delimitar la gravedad del cuadro por el cual acude el paciente con unos datos objetivos y con la información que este nos da. Estableceremos así una prioridad asistencial que redundará en el tiempo de espera máximo que podrá soportar dicho paciente y siempre y cuando no existan recursos disponibles en ese momento para atenderlo o estos estén ocupados por otros paciente más graves o potencialmente graves. Con esto estamos eliminando la relación asistencia en función del orden de llegada.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

5. Informar: la enfermera de recepción es el primer contacto con personal sanitario que encuentra el usuario. Será su tarea informarlo desde el principio del funcionamiento del servicio y del circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas que se le soliciten. Facilitamos una aproximación mas humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto, facilitando estabilidad y confort y prestando ayuda emocional y psicológica predisponiendo así al usuario hacia una actitud terapéutica positiva.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CRONOGRAMA PROFESIONAL

1.-ADMINISTRACION:

Compete a las Auxiliares Administrativas la recepción de las Demandas de Atención Urgentes de Lunes a Viernes de 08:00 a 17:00 horas, y a los Celadores en el P.A.C. de Lunes a Viernes de 17:00 a 08:00 horas y los Sábados, Domingos y Festivos las veinticuatro horas. Su función se limitará estrictamente a la correcta filiación del paciente, avisando sin demora, o derivando la llamada, al personal de Enfermería encargado de la "R.A.C.", y poniendo en conocimiento de este el Médico de Guardia en ese momento.

2.-ENFERMERIA:

Compete a Enfermería la realización de la oportuna R.A.C. de Lunes a Viernes de 08:00 a 15:00 horas en relación a los pacientes asignados a su cupo, a excepción del día en que realiza jornada deslizante. En ese caso corresponderá al Profesional establecido en el cuadro de Guardias. De 15:00 a 08:00 de Lunes a Viernes, y durante las 24 horas de los Sábados, Domingos y Festivos será competencia de la Enfermera de Guardia en Atención Continuada.

3.-MEDICINA:

Corresponde la resolución del proceso al Médico de Familia del demandante de Atención Urgente de 08:00 a 15:00 horas de lunes a viernes, a excepción del día en que este realiza jornada deslizante; en este supuesto corresponderá al Profesional establecido en el cuadro de Guardias. De 15:00 a 08:00 de Lunes a Viernes, y durante las 24 horas de los Sábados, Domingos y Festivos será competencia del Médico de Guardia en Atención Continuada.

FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA RAC

Ordenación eficaz de la demanda mediante entrevista rápida, observación y exploración, distribución si fuera preciso según la situación de la estructura y organización de la unidad.
La aplicación de ciertas técnicas propias del ejercicio profesional.
No menos importante, ofertar a los pacientes y a sus familiares o acompañantes, una aproximación humana y profesional al problema planteado como demanda asistencial en todo su contexto.
Facilitar estabilidad, confort y prestar apoyo emocional y ayuda psicológica, para disponer al paciente en una actitud terapéutica positiva, obteniendo así el mas alto índice de calidad posible en el conjunto de las prestaciones sanitarias.
La enfermera evaluara la situación del usuario a su llegada o a la recepción del aviso en el caso de atención domiciliaria y determinara el grado de prioridad. Derivara al usuario que precisa cuidados inmediatos hacia el área de tratamiento y cuidados apropiados. Procediendo a una evaluación mas detenida, al usuario que no precisa cuidados inmediatos.
La enfermera iniciara los cuidados necesarios, según los protocolos establecidos, en función de las alteraciones de salud manifestadas y las necesidades identificadas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

En el caso de urgencias "menores", se encargara del seguimiento del usuario y de los cuidados mínimos requeridos. Además, en Atención Primaria, la enfermera podrá dirigir al usuario hacia otros recursos del sistema de salud.

Si el paciente y/o familiar presentan déficit de conocimientos relacionado con el motivo de consulta el enfermero/a les orientara adecuadamente, aclarando cualquier duda que expresen.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se usaran indicadores de calidad percibida por el paciente además de tasas de problemas resueltos respecto de los presentados

Tras realizar sesiones clinicas a los diferentes estamentos (medicina, enfermeria y administrativos) se realizará un pilotaje de la propuesta de mejora para valorar tanto su facilidad de implantacion en los clientes internos (trabajadores) como a los clientes externos (usuarios) se monitorizaran el numero de reclamaciones por este motivo y su variacion respecto de la situacion anterior a la implementacion del proceso de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FASES DE LA R.A.C.

1ª Fase: RECEPCION

La recepción es el momento en el cual se establece la relación sanitario/paciente. Identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.

Valoración primaria:

- Declaración del problema
- Reconocimiento inmediato de signos vitales
- Valoración riesgo vital
- Actuación inmediata, si procede.

2ª Fase: ACOGIDA

La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria, sistemática, realización de pruebas diagnosticas, medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud.

Valoración secundaria:

- Valoración del paciente por sistemas
- Análisis e interpretación de datos obtenidos
- Toma de decisiones clínicas.
- Actuación in situ- traslado a otro nivel asistencial o a área asistencial concreta
- Valoración de nivel de gravedad y determinación nivel de prioridad

3ª Fase: CLASIFICACION

La clasificación es el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una actuación concreta.

EVALUACIÓN INICIAL DEL USUARIO Y DETERMINACIÓN DEL GRADO DE PRIORIDAD

Debe de ser relativamente breve, recoger suficientes datos para establecer la gravedad del usuario y determinar la prioridad de los cuidados en función de su

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

estado de salud.

El objetivo de la evaluación no es establecer un diagnóstico, sino identificar las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados. La clasificación se establece en función del grado de gravedad de los síntomas y permite evitar el retraso que podría perjudicar al usuario, causándole daños mayores.

La evaluación inicial de paciente sea cual sea el ámbito donde se realice debe contar con las siguientes fases:

1ª Fase: Interrogatorio

¿Que le pasa?: motivo de consulta. Descripción del cuadro y su sintomatología delimitando el cuadro, para formarnos una opinión de su gravedad.

Existencia de dolor, localización y características.

¿Desde cuando?: delimitamos si es un cuadro agudo o una afectación crónica, o crónica descompensada...

Episodios previos: averiguamos la existencia de cuadros recurrentes.

Datos de interés relacionados con el motivo de consulta: y que sean pertinentes y de ayuda en la priorización, ya que se pretende que la consulta sea lo mas dinámica posible, será el Médico quien ahonde después en todos los antecedentes del paciente que sean necesarios para la historia clínica.

2ª Fase: Inspección

Búsqueda de signos de gravedad. Tan solo nos fijaremos en aquello que sea pertinente con el motivo de consulta y que nos ayude a priorizar.

- Aspecto general: impresión de gravedad.
- Piel y mucosas:
- Color: palidez, cianosis...
- Temperatura.
- Neurológico:
- Nivel de consciencia
- Respuesta al dolor
- Tamaño y respuesta pupila
- Motricidad
- Circulación:
- Pulso: palpable en zonas distales a traumatismos, amplitud, intensidad...
- Frecuencia cardiaca
- Respiración:
- Permeabilidad de vías aéreas
- Patrón respiratorio
- Existencia de trabajo respiratorio

3ª Fase: Intervenciones enfermeras:

Todo esto deberá quedar debidamente registrado en la Historia del paciente de forma inmediata y en el episodio creado al efecto, haciendo uso de los protocolos disponibles (actividades de enfermería y atención continuada)

4ª Fase: Establecer prioridad asistencial:

Una vez llegados aquí y tras la recogida de datos, se establece un juicio clínico rápido sobre la situación clínica del paciente (y su familia) para asignarle

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 510

PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN ATENCION PRIMARIA: CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

un nivel asistencial, que llevara consigo un nivel de priorización a la hora de atenderle en el ámbito de urgencias en el que se desarrolle la R.A.C.

Los niveles de urgencia resultantes del proceso de R.A.C. son:

- Nivel I: Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- Nivel II: Situaciones de emergencia o muy urgentes, con riesgo vital previsible, la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- Nivel III: Situaciones de urgencia, con potencial riesgo vital.
- Nivel IV: Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
- Nivel V: Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

En consecuencia se establecen los siguientes niveles de priorización:

- Nivel I y II = EMERGENCIA: riesgo potencial elevado y requiere intervención inmediata. Procede derivación a C.C.U./061
- Nivel A = URGENCIA VERDADERA: potencial de deterioro que necesita cuidados rápidos; Intervención Médica inmediata, la espera no debe pasar 30 minutos.
- Nivel B = URGENCIA RELATIVA: no hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; Citar en Consulta Médica indemorable.
- Nivel C = NO URGENCIA: no hay riesgo; la espera no es un factor de riesgo. Citar en Consulta Médica

La R.A.C. es en muchos casos el primer contacto que el usuario va a tener con el sistema sanitario buscando una solución a su problema de salud, por tanto es la vía de entrada a uno de los procesos que el sistema sanitario tiene descritos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· proyector para el ordenador instalado en el techo de la sala de proyecciones	2.500 €
Total	2.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

521

EDUCACION NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON TAO

2. RESPONSABLE SONIA BUIL CORONAS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CME MONZON
- Servicio/Unidad .. LABORATORIO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN ALOS PILAR. ENFERMERA. CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON. LABORATORIO
- GISTAU FERNANDEZ MARIA JESUS. ENFERMERA. CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON. LABORATORIO
- CALLEJAS REDONDO ESPERANZA. ENFERMERA. CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON. LABORATORIO
- PUYAL MELE ANA. ENFERMERA, SUPERVISORA. CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON. LABORATORIO
- PALACIN ARIÑO CLARA. ENFERMERA, SUPERVISORA DE NUTRICION. HOSPITAL DE BARBASTRO. NUTRICION Y DIETETICA
- ALONSO LAFONT MONTSERRAT. ENFERMERA. CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON. LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que acuden a la consulta de hematología/anticoagulación se plantean frecuentemente preguntas sobre nutrición y su relación con el sintrom .

Como sabemos, la riqueza en vitamina K de algunos alimentos puede interferir de forma negativa en el control del sintrom, ya que es un factor primordial para que la sangre coagule más o menos rápidamente. Por ello consideramos indispensable el conocimiento de aquellos alimentos que les benefician o les perjudican, así como las restricciones, contribuyendo a que los pacientes reciban una buena educación sanitaria respecto a la dieta y hábitos que más les convienen.

Son muchas las consultas que recibimos sobre la posibilidad de empleo de tratamientos naturales en los pacientes anticoagulados y sobre procesos gastrointestinales como la diarrea o los vómitos.

Hay un número importante de pacientes anticoagulados, que no comunican a los profesionales sanitarios, ni registran, las modificaciones dietéticas y alteraciones en procesos gástricos.

La incidencia de este tipo de pacientes va en aumento, por ello, la educación sanitaria en este aspecto supondría un aumento en la calidad de vida de dichos pacientes ya que en su mayoría el tratamiento se cronifica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. - Mejora en la educación nutricional al paciente con TAO.

2. - Mejor control del tratamiento anticoagulante.

3. - Disminución del numero de pacientes que modifican su dieta y no lo comentan.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ?Revisión Bibliográfica.

?Diseño e implementación de una encuesta para valorar el grado de conocimiento de los pacientes/cuidadores sobre alimentación y Tao.

?Diseño de un programa de educación sanitaria y elaboración de un díptico con indicaciones concisas y claras sobre los aspectos dietéticos más importantes en pacientes con TAO

1. Información sobre alimentos que contienen vitamina k en diferentes niveles.

2. Regímenes adelgazantes, ayunos, drenadores.

3. Hábitos: alcohol, tabaco y actividad física.

4. Recomendaciones saludables.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

521

EDUCACION NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON TAO

5. Influencia en enfermedades gastrointestinales.

6. Salud intestinal.

?Diseño y elaboración de un póster con toda la información que se expondrá en la consulta de hemostasia del Centro de Especialidades de Monzón y consulta de hemostasia del Hospital de Barbastro.

?Presentación del material a la Dirección y personal de servicios implicados.

?Implantación del proyecto educativo y material gráfico.

?Evaluación de resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- N° de pacientes con conocimientos correctos sobre la influencia de la dieta en el control de TAO x 100 / N° total de pacientes en tratamiento con TAO. Antes y después de la intervención

2.- N° de pacientes que registran un cambio de dieta x100/ N° total de pacientes con TAO. Antes y después de la intervención.

3.- Existencia de dípticos y póster.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2011: Revisión Bibliográfica.

ABRIL / MAYO 2011: Diseño e implementación de una encuesta de conocimientos a pacientes / cuidadores sobre alimentación y Tao.

JUNIO 2011: Diseño del programa de educación sanitaria y elaboración de díptico.

Diseño y elaboración del póster.

SEPTIEMBRE 2011: Presentación del material a la Dirección y personal de servicios implicados.

Implantación del proyecto educativo y material gráfico.

ENERO 2012: Pase de encuesta de conocimientos y evaluación de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· REALIZACIÓN DE DÍPTICOS	500 €
· REALIZACIÓN DE PÓSTER	120 €
Total	620 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

543

INFORMACION A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON, QUE PRECISAN REALIZARSE PRUEBAS ANALITICAS

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CME MONZON
- Servicio/Unidad .. LABORATORIO DE MONZON
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROMANOVA ROMANOVA ELENA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- VILLACAMPA BUIL ROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS
- BIELSA MOLINA PATRICIA. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- MATINERO BENITO LOURDES. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS
- GONZALEZ PAVON LAURA. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DIARIAMENTE DETECTAMOS EN LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES ERRORES U OMISIONES Y DUDAS DEBIDAS A LA FALTA DE INFORMACION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A EXTRAERSE SANGRE:

- DUDA SOBRE EL AYUNO. ¿QUE ES ESTAR EN AYUNAS?.
- OMISION O INCORRECCION EN LA RECOGIDA DE ORINA DE PRIMERA HORA Y DE 24 HORAS.
- MALA INFORMACION SOBRE DIAS DE EXTRACCION DE PRUEBAS ESPECIALES.
- APARICION DE HEMATOMAS ESPORADICOS POR MALA PRESIÓN.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE NO PUEDEN REALIZARSE LA EXTRACCIÓN POR NO ESTAR EN AYUNAS O POR ACUDIR EN DIAS INCORRECTOS.

- 2.- MEJORAR Y FACILITAR INFORMACION AL PACIENTE.
- 3.- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN SIN ORINA O MAL RECOGIDA.
- 4.-DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN SIN CITA.
- 5.-DISMINUIR LA APARICION DE HEMATOMAS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - REUNIONES CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LAS CONSULTAS EXTERNAS PARA UNIFICACION DE CRITERIOS.

- ELABORACION DE UNA HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTES QUE SE ADJUNTARA AL VOLANTE DE PETICION.
- DISEÑO DE UN POSTER PARA COLOCAR EN LAS DOS SALAS DE EXTRACCIONES, (CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON Y HOSPITAL DE BARBASTRO).
- ACTUALIZACION DE LA HOJA DE INCIDENCIAS DE LA CONSULTA DE EXTRACCIONES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) NUMERO TOTAL DE PACIENTES QUE LLEGAN SIN AYUNO / NUMERO TOTAL DE PACIENTES x 100

- 2) NUMERO TOTAL DE PACIENTES QUE LLEGAN SIN ORINA O MAL RECOGIDA / NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON PETICION DE ORINA x 100.
- 3) NUMERO DE PACIENTES QUE NO PUEDEN REALIZARSE LA EXTRACCION EN DIAS ESPECIFICOS / NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON PETICIONES EN DIAS ESPECIFICOS x 100.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - MES DE ABRIL, INFORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE CONSULTAS EXTERNAS Y ELABORACION DE LA HOJA INFORMATIVA.

- MES DE MAYO DISEÑO DE POSTER Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE INCIDENCIAS.
- MES DE JUNIO, IMPLANTACION DE LA HOJA INFORMATIVA.
- MES DE OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, RECOGIDA Y EVALUACION DE DATOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 543

INFORMACION A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON, QUE PRECISAN REALIZARSE PRUEBAS ANALITICAS

- MES DE ENERO Y FEBRERO, CONCLUSIONES E INFORMACION AL PERSONAL DE CONSULTAS DE LOS RESULTADOS.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· HOJAS INFORMATIVAS	50 €
· REALIZACION DE POSTER	50 €
Total	100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 096

1. TÍTULO

DIFUSION Y ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN ATENCION A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO EN EL AMBITO DE LA SALUD

2. RESPONSABLE ALODIA ABAD RUIZ
- Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL/EVSS
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LEAR ARBUNIES AMALIA. MEDICO. CS BARBASTRO.
 - SANMARTIN ZARAGOZA SILVIA. MATRONA. CS BARBASTRO/CS BERBEGAL/CS ABIEGO.
 - CANUDO AZOR MARIA DOLORES. MEDICO. CS BERBEGAL.
 - BURREL RASO MATILDE ISABEL. TRABAJADORA SOCIAL. CS BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La violencia de género es una realidad con la que convivimos día a día y cuyo abordaje es complicado y delicado.

La Asamblea General de Naciones Unidas definió en la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer" (1993) la violencia de género como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada".

Es fundamental que los profesionales sanitarios estén preparados en la prevención, detección, atención, seguimiento y registro de los casos tanto en la urgencia, como en la no urgencia.

Hay mucha legislación internacional, nacional como autonómica y en estos momentos incluso comarcal, que hacen referencia a este hecho y que nos obliga directa o indirectamente a trabajar en ello.

Una muestra de ello son :

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer, 1979.
- Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la Violencia sobre la Mujer, proclamada por la Asamblea General, 1993.
- Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995.
- Resolución WHA 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud declarando la violencia como problema prioritario de salud pública, OMS, 1996.
- Informe del Parlamento Europeo, 1997.
- Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 1997.
- Resolución del Parlamento Europeo. Situación de la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres, 2006.
- Decisión 779/2007 del Parlamento Europeo. Programa específico para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (programa Daphne III), 2007.
- Ley Orgánica 15/1999. Protección de datos de carácter personal, 1999.
- Ley 27/2003, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica, 2003.
- Ley Orgánica 1/2004. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, 2004.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 096

1. TÍTULO

DIFUSION Y ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN ATENCION A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO EN EL AMBITO DE LA SALUD

- Ley 4/2007. Prevención y protección integral a las mujeres víctimas de violencia en Aragón, 2007.
- Proyecto de Ley de Servicios Sociales de Aragón, 2008.

En febrero de 2010 un grupo de profesionales de distintos ámbitos (Servicios Sociales, Sistema Sanitario, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Justicia y Educación) fuimos convocados para participar en la Mesa de trabajo promovida por el IAM, para la elaboración del "Procedimiento de Coordinación para la prevención y erradicación de la violencia contra la mujer de la Comarca de Somontano en Barbastro".

Por parte del Sistema Sanitario, fuimos varias representantes de los centros de salud de Barbastro y Berbegal y del Hospital de Barbastro.

Las reuniones de trabajo para la elaboración del documento fueron mensuales (quitado los meses de verano) hasta el mes de marzo de de este mismo año, concretamente el 17 de marzo de 2011, en la que finalmente se aprobó el documento definitivo por parte de todos lo profesionales que habíamos intervenido, y en nuestro caso además con el visto bueno del Equipo Directivo y Gerencia de nuestro Sector.

El grupo de sanitarias que hemos participado en la mesa nos hemos reunido a lo largo de este periodo en varias ocasiones, fuera de las convocatorias oficiales, para trabajar la parte de la intervención en los casos de violencia de género desde el ámbito sanitario, ya que era lo que teníamos que aportar. Resultado de este trabajo ha sido el detectar problemas y posibilidades de mejora en cuanto a:

- La aplicación de la Guía: "Guía de Atención Sanitaria a la mujer Víctima de Violencia Doméstica en Sistema de Salud de Aragón"
- Al desarrollo del trabajo cotidiano de los profesionales: dificultades en el abordaje de casos, desconocimiento del registro en OMI
- Necesidad de coordinación interdisciplinaria dentro del ámbito sanitario y de éste con otras instituciones que intervengan.
- Necesidad de formar un grupo de apoyo para los profesionales.
- Necesidad de mejorar los registros para realizar estudios científicos al respecto.

Por último, destacar que pensamos que nuestra aportación en el área sanitaria, de cara al Procedimiento, "simplifica y clarifica":

1. las actuaciones ante las mujeres,
2. las formas de posicionarnos como profesionales y
3. la coordinación entre las diferentes instituciones implicadas en este problema de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Sensibilización y concienciación por parte de los profesionales ante los casos de violencia de género.
- Facilitar herramientas de detección de casos y habilidades para manejo de éstos.
 - Potenciar el registro de casos en OMI u otro formato de registro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- Reuniones de Equipo de trabajo, para:
 - Preparar presentaciones y contenido para la divulgación en los centros.
 - Coordinación para seguimiento y desarrollo del Proyecto de Mejora.
- Sesiones en Centros de Salud y Hospital para divulgación de la Guía Sanitaria, Procedimiento de Coordinación Comarcal (en C. S de Barbastro, Berbegal y Abiego)/o de las distintas posibilidades de registro.
- Sesiones para dar a conocer el Procedimiento Comarcal en instituciones de la Comarca que lo soliciten.
- Facilitar nuestros contactos como consultores de compañeros que tengas dudas o quieran apoyo o segunda opinión de otro profesional.
- Colgar en Intranet los documentos elaborados
- Participar en la Mesa de Seguimiento constituida en la Comarca de Somontano.
 - Dar a conocer la existencia y objetivos de la Mesa a los sanitarios.
 - Trasladar a la mesa las incidencias detectadas en la atención y seguimiento de casos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de casos contabilizados, ya sea por ser registrados en OMI, u otro sistema de registro.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 096

DIFUSION Y ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN ATENCION A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO EN EL AMBITO DE LA SALUD

- N° de sesiones realizadas: mínimo C. S Barbastro, Berbegal, Abiego y Hospital.
- N° de reuniones de la Mesa y Asistentes.: dos asistentes por dos mesas.
- N° de reuniones de Equipo del Proyecto de Mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 de abril de 2011
Fecha de finalización: 1 de enero de 2011

Calendario:

Abril - Mayo: Preparación de material para las sesiones:

- Guía Sanitaria
- Procedimiento Comarcal
- Sistema de registro en OMI

Junio-Septiembre-Octubre: Difusión por centros.

Diciembre: Revisión de indicadores.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

651

ACOGIDA AL PERSONA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PEDIATRIA II

2. RESPONSABLE YOLANDA PILAR ABADIAS CUELLO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MATERNO INFANTIL
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTORI ANAYA CRISTINA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. MATERNO INFANTIL
- GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. MATERNO INFANTIL
- LOPEZ ALONSO BEGOÑA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. MATERNO INFANTIL
- LANAU LACORT ANA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. MATERNO INFANTIL
- FERRAZ BURGUETE ALEGRIA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. MATERNO INFANTIL
- LARROYA DOMPER ANA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. MATERNO INFANTIL
- RAMI BERNAD MARIA ANGELES. AUXILIAR DE ENFRMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. MATERNO INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La revisión del Manual de Funcionamiento del servicio de Pediatría, y de algunos de los Procedimientos más usados, permitió en 2010 unificar criterios de actuación del personal de la unidad y de los profesionales de nueva Incorporación.

El cambio de técnicas, como la centralización informática del cribado neonatal y otras, exige de nuevo continuar la revisión de procedimientos, adecuándolos a un formato normalizado del hospital.

A su vez, continua el alto grado de rotación de personal que precisa de una adaptación competente a la dinámica de trabajo de la unidad para garantizar atención de calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Se revisó el Manual de Funcionamiento de la unidad y se actualizó en referencia a la nueva infraestructura y los nuevos métodos de trabajo.

- Se diseñaron algunos de los Procedimientos en pediatría más usados.
- Se pre-diseñó una encuesta para evaluar la satisfacción del personal en su acogida.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el nuevo trabajador se adapte de forma rápida y eficiente a la dinámica de la unidad.

- Unificar criterios y actuaciones para todo el personal que actualmente trabaja en la unidad.
- Garantizar una atención de calidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Diseño de nuevos procedimientos en pediatría, así como finalizar los anteriores adecuándolos al formato normalizado del hospital. Se realiza en grupos de 2 ó 3 personas.

-Actualización del Manual de Funcionamiento de la unidad, según los cambios del último año. Cada apartado se revisa, según un orden establecido, por una o dos personas.

-Incorporar el Manual de Funcionamiento y Procedimientos a la Intranet del Sector y equipos informáticos de la unidad. Impresión de una copia.

-Finalizar el Manual de Acogida y encuesta de satisfacción al personal de nueva incorporación.

-Presentación en la dirección de enfermería y en la unidad, de todos los manuales del proyecto.

-Implementación del Manual de Acogida

-Análisis de los resultados anuales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Existencia del Manual de Acogida a personal de nueva incorporación.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 651

ACOGIDA AL PERSONA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PEDIATRIA II

- Existencia del Manual de Funcionamiento de la unidad, actualizado
- Porcentaje de trabajadores de nueva incorporación que reciben el manual.

Nº profesionales que reciben el manual / Nº profesionales de nueva incorporación * 100
-Porcentaje de respuesta a la encuesta de acogida.
Nº profesionales que responden la encuesta / Nº profesionales de nueva incorporación * 100.

- Grado de satisfacción del personal de nueva incorporación con la acogida.
- Número de procedimientos de pediatría actualizados siguiendo el formato normalizado del hospital de Barbastro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL A JUNIO 2011:
Revisión y diseño de procedimientos de pediatría.
Actualización del Manual de Funcionamiento.

SEPTIEMBRE 2011:
Diseño de la encuesta y Manual de Acogida.

OCTUBRE 2011:
Presentación del proyecto e Implementación del Manual de Acogida

ENERO Y FEBRERO 2012:
Recogida y evaluación de encuestas, evaluación de indicadores y conclusiones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Impresión de Manual de Procedimientos a color plastificado con cubiertas y tapa ...	300 €	
Total	300 €	

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 133

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON ADENOMAS DE COLON Y FAMILIARES DIRECTOS DE PACIENTES CON NEOPLASIA COLORRECTAL

2. RESPONSABLE JAVIER ALCEDO GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ISABEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. APARATO DIGESTIVO
· COSCOJUELA QUIROGA ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. APARATO DIGESTIVO
· GUEL TURMO FRANCISCA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. APARATO DIGESTIVO
· VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer colorrectal es en Europa la neoplasia maligna más frecuente que afecta conjuntamente a ambos sexos. Sólo en España se diagnostican anualmente 22.000 casos nuevos, lo que lo convierte en un problema de salud de primera magnitud. El elevado índice de curación cuando se detecta en fases iniciales (superior al 90%), y la posibilidad de identificar lesiones preneoplásicas de desarrollo lento y poblaciones de riesgo incrementado, convierten a esta patología en óptima para beneficiarse de actividades preventivas de índole poblacional (1,2). De hecho, los programas de cribado del cáncer colorrectal se han implantado de forma progresiva en las diferentes comunidades autónomas españolas y están actualmente siendo desarrollados en Aragón. Estos programas incluyen diferentes estrategias según se actúe sobre poblaciones de riesgo intermedio o alto.

Está bien establecido que los adenomas colorrectales son lesiones preneoplásicas. Su tratamiento disminuye de forma significativa el desarrollo de cáncer e incrementa la supervivencia (3,4). También se ha comunicado un aumento de la incidencia de cáncer de colon entre los familiares de pacientes con la misma enfermedad. Un 5% de los casos de la enfermedad pertenecen a formas hereditarias bien definidas (Poliposis adenomatosa familiar y síndrome de Lynch), mientras que un 15-20% adicional poseen una etiología en mayor o menor grado relacionada con la herencia (5,6). Tanto los sujetos que poseen historia previa de adenoma colorrectal, como los que cuentan con familiares afectados de neoplasia de colon son considerados población de alto riesgo y tributarios de programas específicos de vigilancia y cribado endoscópicos (7-9).

La aplicación de las acciones de prevención deberían iniciarse en la Atención Primaria, donde es posible identificar a los sujetos candidatos a la intervención. Sin embargo, en el Sector de Barbastro no existen criterios estandarizados en esta materia. No se ha implantado un programa concreto de prevención para el cáncer colorrectal. Los facultativos que desarrollan su labor asistencial en los Centros de Salud aplican discrecionalmente los consejos contenidos en las Guías de Práctica Clínica y no tienen la posibilidad de solicitar de forma directa la realización de una exploración endoscópica. Así, los pacientes identificados como de alto riesgo son remitidos a consulta especializada, donde el gastroenterólogo decide sobre la conducta adecuada en cada caso. Este proceder da lugar a la saturación de las consultas externas, sin que esto conlleve una aparente ventaja en el número de endoscopias a realizar.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS.

1. Ribes J, Navarro M, Cleries R, Esteban L, Pareja L, Binefa G, et al. Colorectal cancer mortality in Spain: trends and projections for 1985-2019. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009;21:92-100.
2. Kehoe J, Khatri VP. Staging and prognosis of colon cancer. Surg Oncol Clin N Am. 2006 Jan;15(1):129-46.
3. Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002 Jul 16;137(2):132-41.
4. de Jonge V, Sint Nicolaas J, van Leerdam ME, Kuipers EJ, Veldhuyzen van Zanten SJ. Systematic literature review and pooled analyses of risk factors for finding adenomas at surveillance colonoscopy. Endoscopy. 2011 Mar 24.
5. Pinol V, Andreu M, Castells A, Paya A, Bessa X, Rodrigo J. Frequency of hereditary nonpolyposis colorectal cancer and other colorectal cancer familial

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON ADENOMAS DE COLON Y FAMILIARES DIRECTOS DE PACIENTES CON NEOPLASIA COLORRECTAL

forms in Spain: a multicentre, prospective, nationwide study. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2004;16:39-45.

6. Lynch HT, Lynch JF, Lynch PM, Attard T. Hereditary colorectal cancer syndromes: molecular genetics, genetic counseling, diagnosis and management. Fam Cancer. 2008;7(1):27-39.

7. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: scientific review. JAMA. 2003 Mar 12;289(10):1288-96.

8. Whitlock EP, Lin J, Liles E, Beil T, Fu R, O'Connor E, Thompson RN, Cardenas T. Screening for Colorectal Cancer: An Updated Systematic Review. Evidence Synthesis No. 65, Part 1. AHRQ Publication No. 08-05124-EF-1. Rockville, Maryland, Agency for Healthcare Research and Quality, October 2008.

9. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4. www.guiasgastro.net.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Implementar el cribado del cáncer colorrectal entre los familiares de primer grado de pacientes con neoplasia (adenoma o carcinoma) colorrectal.

2. Adecuar los periodos de vigilancia de los adenomas colorrectales a las recomendaciones de una Guía Clínica basada en la evidencia científica. Secundariamente, evitar la sobrevigilancia.

3. Mejorar la accesibilidad de los usuarios a los recursos endoscópicos en las situaciones objeto del plan de mejora.

4. Evitar el uso innecesario de la consulta especializada, incrementando así su eficiencia.

5. Trasladar una parte de la actividad médica hacia profesionales de enfermería, dotando antes al personal adscrito a la Sección de Digestivo de los conocimientos adecuados para poder desempeñarla.

6. Mejorar la continuidad y la calidad en la información transmitida desde la atención especializada a la atención primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal, elaborada por la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y el Centro Cochrane Iberoamericano (CCI), contiene estrategias precisas basadas en la mejor evidencia científica disponible y define el manejo adecuado de cada situación clínica predisponente. Su aplicación correcta evita una sobrevigilancia a los pacientes y una saturación innecesaria de los recursos endoscópicos, manteniendo una adecuada relación entre el coste y la utilidad de la intervención.

Para alcanzar el objetivo de un adecuado cribado en pacientes de alto riesgo con los recursos disponibles, se proponen las siguientes acciones:

1. Implementación de la Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal en los Centros de Salud, mediante reuniones informativas entre gastroenterólogos y médicos de atención primaria.

2. Apertura de la agenda de citación a la Atención Primaria para las indicaciones de vigilancia de adenomas y familiares de primer grado de pacientes con adenoma o cáncer colorrectal.

3. Formación del personal de Enfermería adscrito a la Sección de Digestivo para dotarle de la capacidad de establecer recomendaciones en el cribado de familiares de pacientes con neoplasia colorrectal y en el seguimiento de aquellos con adenomas. Será complementada con la asistencia a un centro con experiencia en el cribado poblacional del cáncer colorrectal (H. Clínico Universitario de Zaragoza).

4. Anexar al resultado histológico y de la exploración endoscópica que se remite al facultativo de Atención Primaria un documento con la recomendación de vigilancia o cribado individualizada para cada paciente.

Las citadas acciones requieren de la realización de diferentes tareas a

realizar por varios profesionales. La responsabilidad de las mismas se distribuirá de la siguiente manera:

- Implementación de las Guías Clínicas en los Centros de Salud. Responsables: Dres Javier Alcedo e Isabel López-Franco.

- Asistencia en la formación del Personal de Enfermería. Responsables: Dres Javier Alcedo e Isabel López-Franco.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 133

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION DEL CANCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON ADENOMAS DE COLON Y FAMILIARES DIRECTOS DE PACIENTES CON NEOPLASIA COLORRECTAL

- Recopilación de la información endoscópica, histológica y sobre antecedentes oncológicos familiares y personales, precisa para establecer la recomendación sobre cribado y seguimiento. Responsables: D.U.E Ana Coscujuela, Francisca Gúdel y Noemí Valdovinos.

- Elaboración del documento de recomendación sobre cribado y seguimiento endoscópico individualizado. Responsables: D.U.E. Ana Coscujuela, Francisca Gúdel y Noemí Valdovinos.

- Evaluación y seguimiento del programa de mejora con revisión semestral. Responsables: D.U.E. Ana Coscujuela, Francisca Gúdel y Noemí Valdovinos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes con indicación inadecuada de colonoscopia de cribado / N° pacientes sometidos a cribado. Estándar esperado: < 20%

- N° de pacientes con indicación inadecuada de colonoscopia de vigilancia de adenoma / N° pacientes sometidos a vigilancia. Estándar esperado: < 20%

- N° de colonoscopias realizadas por cribado / N° de colonoscopias totales. Estándar esperado: 25-40%.

- N° de colonoscopias realizadas por vigilancia de adenomas / N° de colonoscopias totales. Estándar esperado: 25-40%.

- % Incremento en la demora para la realización de endoscopia (demora actual en días / demora en días en el momento de la evaluación x 100). Estándar esperado: < 75%.

La información necesaria para estos indicadores será extraída de la base de datos informática recientemente instalada en la Unidad de Endoscopia. Los periodos evaluados serán de 6 meses. De acuerdo a los resultados obtenidos se propondrán las oportunas acciones de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se prevé que el plan de mejora sea de aplicación indefinida, con progresivas modificaciones ajustadas a la evidencia científica disponible, y que se enmarque en un programa más amplio de prevención del cáncer colorrectal aplicable a población de riesgo alto y medio.

Para su puesta en marcha se ha diseñado el siguiente cronograma:

- Implementación de las Guías Clínicas en los Centros de Salud. Abril, Mayo y Junio de 2011.

- Formación del Personal de Enfermería, complementado con asistencia a un centro hospitalario con programa similar en funcionamiento (Hospital Clínico Universitario de Zaragoza). Abril y Mayo de 2011.

- Apertura de la agenda de citación de colonoscopias para Atención Primaria, para los supuestos contemplados en el plan de mejora. Octubre de 2011.

- Elaboración y anexo de un documento de recomendación sobre cribado y seguimiento endoscópico individualizado. Desde octubre de 2011.

-Primera evaluación de resultados: Marzo de 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dietas desplazamientos de formación	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. El presente proyecto de mejora es asumido en su mayor parte con los medios humanos y materiales disponibles en la actualidad en la Sección de Aparato Digestivo del Hospital de Barbastro, por lo que precisa una muy escasa aportación económica inicial. Sin embargo, su mantenimiento en el tiempo, e incluso su ampliación en la línea de los objetivos institucionales declarados por el Sistema Aragonés de Salud pudiera hacer necesario el aporte de nuevos recursos

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

277

PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARTA ALCOLEA GUERRERO
- Profesión OTROS
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION DE GESTION Y SS.GG.
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORTES RAMAS ANA. COORDINADORA DE CALIDAD SECTOR BARBASTRO. HOSPITAL DE BARBASTRO. DIRECCION SECTOR BARBASTRO
- MUÑOZ MUR EUGENIO. JEFE ALMACEN GENERAL. HOSPITAL DE BARBASTRO. SUMINISTROS ALMACEN GENERAL
- GRANDE MAJON MARIA JOSE. SUPERVISORA AREA DE RECURSOS MATERIALES. HOSPITAL DE BARBASTRO. DIRECCION SECTOR BARBASTRO
- LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERA. C.S. BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- JUAREZ GRACIA CRISTINA. ENFERMERA. C.S. BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- ESCARTIN FONTANA BELEN. MEDICO. C.S. MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA
- JUAREZ CASTELLO PILAR. ENFERMERA. C.S. MEQUINENZA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El contrato programa del año 2010 exigía la implantación de un sistema de control de stocks y caducidades de los almacenes ubicados en los centros de salud del sector. Por este motivo, lo primero que se hizo fue un análisis de la situación, detectándose la necesidad de mejorar la sistemática existente. De ahí que, ya durante el año 2010 se empezaran a dar pasos hacia la elaboración e implantación de un Proceso de gestión de almacenes y stocks a nivel de Sector.

Las deficiencias encontradas estaban ligadas a la falta de un sistema de información que agilizara la gestión y a la falta de tiempo por la presión asistencial, lo cual tenía consecuencias a diferentes niveles:

1. Sobre los pacientes:

- Una rotura de stocks implica la no disponibilidad de un material en el momento en que se necesite.
- El no control de las caducidades puede ocasionar problemas en su salud.

2. Sobre los recursos económicos:

- Los excesos de stock en el almacén general y en los almacenes intermedios implican altos costes económicos para el sistema.

3. Sobre los profesionales:

- Existe un desconocimiento sobre el sistema de aprovisionamiento y las implicaciones económicas que tiene una mala gestión de los recursos materiales

4. Sobre los gestores:

- Los sistemas de información existentes no son eficaces puesto que sólo aportan información sobre la cantidad servida a cada centro de gasto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Implantar un sistema de información fiable para los gestores que permita tomar decisiones y medir su resultado.

2. Conocer los stocks almacenados y definir de forma consensuada los stocks mínimos y máximos por cada centro de coste.

3. Definir el Proceso y elaborar sus flujogramas detectando las responsabilidades que se derivan de ellos.

4. Uso eficiente de los recursos.

5. Ajustar los pedidos a los consumos.

6. Evitar la caducidad de los productos para evitar los efectos negativos en la seguridad del paciente.

7. Adecuarse a los requerimientos de la acreditación ISO 9001 en todo el Sector, en lo que a gestión de almacenes se refiere.

8. Estandarizar la distribución y etiquetado de los almacenes del sector en la medida de lo posible.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Análisis de la situación a través del envío de cuestionarios a los integrantes del proceso.

2. Definir los responsables de almacén por centro de coste.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

277

PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

3. Elaborar los calendarios de petición de material y su reparto por centro de coste.
4. Crear un apartado en la intranet donde recoger toda la documentación del proceso.
5. Diseñar los flujogramas del proceso.
6. Actualizar los pactos por centro de coste.
7. Fijar los stocks máximos y mínimos por centro de coste.
 - o Fijar los stocks mínimos en Atención Primaria de: Consultas médicas, consultas de enfermería, consultorios, sala de urgencias, carro de paradas, maletín de urgencias, maletín de médicos y maletines de enfermería.
 - o Estudiar la viabilidad de la implantación del sistema de almacenetes y almacenillos del programa SERPA.
 - o Pilotar la implantación en un servicio hospitalario.
 - o Formar y distribuir las planillas de control y estandarización a los responsables de los almacenes de los centros de coste.
 - o Visitar los centros de salud para recuento inicial, redistribución del almacén y etiquetado estanterías para inicio del proceso.
 - o Visitar el CME de Monzón para recuento inicial, redistribución del almacén y etiquetado estanterías para inicio del proceso.
 - o Visitar los centros de coste del hospital para recuento inicial, redistribución del almacén y etiquetado estanterías para inicio del proceso.
 - o Evaluar.
 - o Proponer nuevas acciones de mejora.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. . - Porcentaje de centros de coste que envían trimestralmente los recuentos de stock
(Número de centros que entregan recuentos / Total de centros) x 100
 - Porcentaje semestral de devoluciones por errores del almacén general 1
(Número de devoluciones por error del Almacén general en 6 meses / Total de devoluciones en 6 meses) x 100
 - Porcentaje trimestral de devoluciones por caducidad
(Número de devoluciones por caducidad / Total de devoluciones) x 100
 - Importe trimestral de las caducidades sobre el total consumido en el periodo
(Importe productos caducados en 3 meses / total productos servidos 3 meses) x 100
 - Número de roturas de stock anual por centro de salud
 - Porcentaje trimestral de roturas de stocks en las reservas del almacén general
(Número de productos no servidos en tres meses / total de productos servidos) x 100
 - Porcentaje trimestral de pedidos extraordinarios
(Número de pedidos extraordinarios por CS en tres meses / total pedidos extraordinarios CS) x100
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . - Análisis de la situación a través del envío de cuestionarios a los integrantes del proceso: Segundo trimestre 2011
 - Definir los responsables de almacén por centro de coste: Segundo trimestre 2011
 - Elaborar los calendarios de petición de material y su reparto por centro de coste: Segundo trimestre 2011
 - Crear un apartado en la intranet donde recoger toda la documentación del proceso: Segundo trimestre 2011
 - Diseñar los flujogramas del proceso: Segundo trimestre 2011
 - Actualizar los pactos: Segundo trimestre 2011
 - Fijar los stocks máximos y mínimos por CECSO: Segundo trimestre 2011
 - Fijar los stocks mínimos en Atención Primaria: Segundo trimestre 2011
 - Estudio de viabilidad de la implantación del sistema de almacenetes y almacenillos del programa SERPA: Segundo y tercer trimestre 2011
 - Pilotaje de la implantación en un servicio hospitalario: Cuarto trimestre 2011, primero y segundo del 2012
 - Formación y distribución de las planillas de control y estandarización a los responsables de los almacenes de los centros de coste: Tercer trimestre 2011
 - Visitar los centros de salud para recuento inicial, redistribución del almacén y etiquetado estanterías para inicio del proceso: Tercer y cuarto trimestre 2011 y primero del 2012
 - Visita CME de Monzón para recuento inicial, redistribución del almacén y etiquetado estanterías para inicio del proceso: Tercer trimestre 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

277

PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

- Visitar los centros de coste del hospital para recuento inicial, redistribución del almacén y etiquetado estanterías para inicio del proceso: Tercer y cuarto trimestre 2011 y primero del 2012
- Evaluación: Segundo trimestre 2012
- Propuesta de nuevas acciones de mejora: Segundo trimestre 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 16 ORDENADORES PORTÁTILES ACER	4.800 €
· 1 LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS	366 €
· PAQUETES DE 20 HOJAS DE COLORES ADHESIVAS	9 €
Total	5.175 €

11. OBSERVACIONES. *16 ORDENADORES PORTÁTILES ACER ASPIRE ONE D255-2DQKK NEGRO PARA LOS CENTROS DE SALUD Y UNO PARA RESPONSABLE DEL PROCESO

*1 LECTOR DE CODIGO DE BARRAS ... METROLONIC SCANNER LASER DE MANO BLUETOOTH MS 9535

1. TÍTULO

ADECUACION DEL AREA DE FARMACOTECNIA DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO A LA NORMATIVA DEL REAL DECRETO 175/2001

2. RESPONSABLE NATALIA ALLUE FANTOVA
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO. FARMACEUTICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- NAVARRO BOMETON PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- CABAU ABENOZA EUGENIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
- OLIVERA BARDAJI ROSARIO. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- ESCRIBA HUGUET JOSE MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- BRUNED SALAMERO ROSARIO. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- GUTIERREZ MAICAS ANA MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El 23 de febrero de 2001 se publica en el BOE el Real Decreto 175/2001, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales:

El objetivo de esta norma es permitir al farmacéutico garantizar la calidad de sus preparaciones. Para ello es necesario implantar un sistema que asegure que:

- Las fórmulas magistrales y preparados oficinales se elaboren y controlen según las normas de correcta elaboración y control de calidad.
- Las responsabilidades del personal estén especificadas
- Existan disposiciones sobre la aprobación definitiva de cada preparado, su almacenaje, distribución y manipulación posterior, de forma que su calidad se mantenga íntegra hasta la fecha de caducidad.

El farmacéutico elaborador de fórmulas magistrales y preparados oficinales evaluará el grado de aplicación y conformidad de sus procedimientos a estas normas, mediante la realización y registro de autoinspecciones periódicas y llevará a cabo las medidas correctoras necesarias.

El 16 de diciembre de 2003 se publica en el BOA una Orden del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la autorización y acreditación de los servicios de farmacia y oficinas de farmacia que elaboran fórmulas magistrales y preparados oficinales. Esta orden regula el procedimiento por el cual se autoriza a estos establecimientos a realizar una actividad que requiere unas condiciones especiales que garanticen la calidad de las fórmulas magistrales y preparados oficinales.

En la Orden del BOA del 16 de diciembre de 2003, el Departamento de Salud y Consumo establece varios niveles en función de las formas farmacéuticas que se elaboren y sus vías de administración. Siendo el más alto el Nivel III, que implica la elaboración de fórmulas estériles. Y establece el procedimiento a seguir para que un servicio o una oficina de farmacia consiga la acreditación necesaria para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales. Se ha de presentar una instancia al Servicio Provincial de Salud y Consumo correspondiente, adjuntando la siguiente documentación:

- Relación de personal con que cuenta el establecimiento y formación del mismo
- Listados de procedimientos normalizados de trabajo
- Memoria técnica de las instalaciones, utillaje y planos

Los tres puntos han de adecuarse a la normativa del RD 175/2001 sobre normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 370

ADECUACION DEL AREA DE FARMACOTECNIA DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO A LA NORMATIVA DEL REAL DECRETO 175/2001

oficinales.

Se pueden realizar contratos con oficinas de farmacia que sean elaboradoras y hayan solicitado autorización para elaborar a terceros con el fin de adquirirles a estas las preparaciones necesarias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Adecuar el local y el utillaje del área de farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro a las condiciones que exige el Real Decreto 175/2001.

- Elaborar e implantar los procedimientos y circuitos necesarios para adecuar el área de farmacotecnia del Servicio de Farmacia a la normativa establecida en el Real Decreto 175/2001.
- Conseguir la acreditación de Nivel III que concede el Servicio Provincial de Salud y Consumo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Locales y utillaje: el capítulo II del Real Decreto 175/2001 establece las características mínimas que han de reunir el local de preparación y el utillaje disponible. Se han de revisar y evaluar las necesidades para adecuarnos a estas características exigidas y valorar las modificaciones a realizar en el local y el utillaje necesario en función de las fórmulas magistrales y preparados oficinales a elaborar. - FARMACÉUTICOS + ENFERMERO + AUXILIARES

2. Documentación y circuitos: el capítulo III del Real Decreto 175/2001 establece la documentación necesaria. Todos los documentos han de ser elaborados, fechados y firmados por el farmacéutico.-FARMACÉUTICOS
La documentación básica a elaborar será:

- o Documentación general:
 - Procedimientos normalizados de limpieza
 - Procedimientos normalizados de mantenimiento y calibración del material y los equipos
 - Normas de higiene de personal
 - Atribuciones del personal
- o Documentación relativa a las materias primas:
 - Registro
 - Especificaciones
 - Ficha de control de calidad
- o Documentación relativa al material de acondicionamiento
- o Documentación relativa a las fórmulas magistrales y preparados oficinales:
 - Procedimiento normalizado de elaboración y control (PNT)
 - Guía de elaboración, control y registro.

3. Presentación de la solicitud de acreditación de nivel III al Servicio Provincial de Salud y Consumo. El plazo máximo para notificar la resolución expresa será de tres meses a contar desde la recepción de la solicitud en el Servicio Provincial. La idea es tener la acreditación antes del 1 de enero del 2012. --FARMACÉUTICOS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 370

ADECUACION DEL AREA DE FARMACOTECNIA DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO A LA NORMATIVA DEL REAL DECRETO 175/2001

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Conseguir la acreditación de nivel III que concede el Servicio Provincial de Salud y Consumo. SI / NO.
- Registro de todas las fórmulas magistrales y preparados oficinales realizadas según el RD 175/2001 desde la obtención de la acreditación. El objetivo es conseguir que el 100% de las preparaciones se elaboren disponiendo previamente del PNT y la guía redactados, fechados y firmados por el farmacéutico.
- Porcentaje de fórmulas magistrales y preparados oficinales enviados a planta o entregados al paciente con su correspondiente hoja informativa desde la obtención de la acreditación. El objetivo es conseguir un 100% de preparaciones entregadas con su hoja informativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril - mayo 2011: revisión y evaluación de las necesidades del local y del utillaje disponible para adecuarnos a estas características exigidas.

Junio - agosto 2011: elaboración de toda la documentación necesaria

1 septiembre 2011: presentación de la solicitud de acreditación de nivel III al Servicio Provincial de Salud y Consumo.

Desde la fecha de acreditación - 1 febrero 2012: recogida de datos

Febrero 2012: resultados e informes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Utillaje	200 €
· Balanza con precisión de 0,01mg	800 €
· Validación por Instituto Tecnológico de Aragón	400 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

507

CREACION DE LA GUIA CLINICA SOBRE LA INDUCCION DE PARTO Y CONTROL DE LA MISMA COMO UNA ESTRATEGIA MAS PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ARAGON SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ. GINECOLOGO. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ARRIBAS MARCO TERESA. GINECOLOGO. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CUELLO MARIA PILAR. ADMINISTRATIVA. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CAMPO BROTO MARIA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La inducción de parto es una de las técnicas más utilizadas en obstetricia, alcanzando en nuestro Servicio cifras de hasta el 19.81% de los partos durante el año 2010, cuando la OMS recomienda que no se supere el 10%. Aprovechando la actualización del protocolo de la SEGO sobre el embarazo cronológicamente prolongado, dentro de la estrategia del servicio para disminuir la tasa de cesáreas (recogido en otro proyecto de calidad) y siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la "Estrategia para la asistencia al nacimiento" del Ministerio de Sanidad, se decidió realizar una guía clínica sobre la inducción de parto para protocolizar los métodos y las indicaciones para llevarla a cabo, con el fin de disminuir la tasa de inducción y secundariamente la de cesáreas.

Se realizó un análisis de las inducciones programadas del año 2010 obteniéndose los siguientes resultados:

Número de inducciones: 128 Total de partos: 646. Tasa de inducciones: 19.81%.

Tasa de cesáreas: 22.65% (tasa de cesáreas general del servicio 17%):

Tocurgia: 9.37%

Partos eutócicos: 67.96%

Principal causa de inducción: RPM (38.28%), embarazo cronológicamente prolongado (31.25%), meconio (7.03%), RCIU (6.25%), EHE (7.81%), DG (3.12%), macrosoma (1.5%).

Tasa de cesárea corregida por causa de la inducción: RPM (21.62%), embarazo prolongado (26.08%), meconio (30%), RCIU (0%), EHE (14.28%), DG (33.33%), macrosoma (100%).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras la implantación en el año 2010 de los criterios de indicación de cesárea siguiendo el proyecto de calidad "Estrategias para la reducción de la tasa de cesáreas" pasamos de un 21.3% en 2009 a un 17% en 2010. Siguiendo esto, pretendemos, dando unos criterios de inducción de parto y ajustándonos al nuevo protocolo del Servicio, conseguir disminuir la tasa de inducciones y consecuentemente, la de cesáreas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Objetivos:

-Crear una base de datos con todos los casos de inducción.

-Analizar las causas cada 6-12m, para ver si cumplen los criterios exigidos por la SEGO.

-Analizar los métodos seguidos para la inducción y comprobar que siguen las normas del protocolo de asistencia al parto normal del que disponemos en el servicio.

-Analizar las cesáreas para ver si se ajustan a los criterios de indicación de cesárea (en relación con el proyecto de calidad "Estrategia para la disminución de tasa de cesáreas").

-Crear una guía clínica de inducción de parto.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

507

CREACION DE LA GUIA CLINICA SOBRE LA INDUCCION DE PARTO Y CONTROL DE LA MISMA COMO UNA ESTRATEGIA MAS PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS

- Crear un protocolo de inducción de parto.
- Añadir esto al consentimiento de plan de parto que se prepara para distribuir en la primera consulta de Obstetricia a las gestantes de nuestro área.
- Intentar reducir la tasa de inducciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tasa de cesáreas.
-Tasa de inducción.

Recogida en una base de datos de los casos de inducción del 2011.
Revisión de cada una de las inducciones en sesión clínica.
Reunión de los miembros del servicio de Ginecología y de las matronas a final de año para analizar la tasa de inducciones y la tasa de cesáreas asociada.
Análisis de los datos recogidos.
Encuesta de satisfacción a las pacientes sometidas a inducción de parto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación del protocolo de inducción de parto del Hospital de Barbastro en noviembre de 2010.
Primer análisis de los datos de 2010 en enero 2011.
Reunión de matronas y ginecólogos para analizarlos en febrero 2011.
Entrega del consentimiento del parto normal en la consulta de las 33s a todas las gestantes del sector a partir de marzo 2011.
Entrega de la encuesta de satisfacción a las pacientes a partir de enero 2011 y primera evaluación en junio 2011.
Nueva evaluación en septiembre de 2011 para comprobar si se han reducido las tasas de cesárea e inducción en los primeros 6 meses del año.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Charlas con Atención Primaria (desplazamientos	500 €
· Encuestas de satisfacción	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 421

1. TÍTULO

GESTION INFORMATIZADA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACIÓN
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COLL CLAVERO JUAN. INFORMATICO. HOSPIRAL DE BARBASTRO. INFORMATICA
- LOPEZ BEGUERIA BELEN. ADMINISTRATIVA. HOSPIRAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- BROTO BESTUE JESUS. FISIOTERAPEUTA. HOSPIRAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- LOSCERTALES SESE AGUSTIN. FISIOTERAPEUTA. HOSPIRAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- MAGAZ MONTANER RAQUEL. FISIOTERAPEUTA. HOSPIRAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- RAMON BUISAN ROSARIO. FISIOTERAPEUTA. HOSPIRAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- SANMARTIN SATUE CONCEPCION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPIRAL DE BARBASTRO. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro cuenta en la actualidad (marzo de 2011) con una media aproximada de 175 pacientes diarios (entre tratamientos individuales y colectivos) que pasan por el gimnasio y sala de electroterapia, y aquellos que se encuentran en lista de espera para tratamiento (115 aprox.).

Hasta la fecha, el sistema empleado como medio de información, distribución y control de los pacientes en el servicio de rehabilitación es la "ficha de tratamiento" (manuscrita). Y su gestión se realiza de forma totalmente manual.

A cada paciente se le asigna una o dos fichas de tratamiento en función de si se prescribe cinesiterapia, electroterapia o ambas.

Esto supone el movimiento diario de un importante volumen de fichas, tanto para la asignación al fisioterapeuta responsable de su tratamiento, como para control de asistencia, tránsito de las mismas para la valoración periódica del paciente en la consulta, así como tiempo empleado en la búsqueda de información relacionada con un determinado paciente, etc.

Además en próximas fechas entrará en funcionamiento, en la localidad de Ainsa, un nuevo centro con servicio de Fisioterapia, dependiente del servicio de rehabilitación del Hospital de Barbastro, y que implicaría el envío y recibo de las fichas de tratamiento para la comunicación entre ambas localidades.

El proyecto de mejora que se trata de llevar a cabo, surge de la necesidad de gestionar de manera más eficiente toda esta información mediante la implantación de un programa o software informático que permita la gestión integral de los pacientes desde la consulta del médico rehabilitador hasta su alta tras el tratamiento,

lo que supondrá una serie de ventajas como pueden ser:

La facilidad en la gestión, distribución y localización de los pacientes.

La accesibilidad de la información contenida en la misma. La recuperación de un dato determinado es de una forma mucho más rápida, frente a los minutos que puede requerir localizar, obtener y revisar una ficha convencional.

Disponibilidad, ya que diferentes usuarios de una red pueden consultar la misma información desde distintos puntos y en forma simultánea. Esto evita además el clásico "transito" de una ficha con el consiguiente riesgo de extravío, e incluso disponibilidad de la información en otros lugares: hospitales, centros de salud, etc.

Mayor legibilidad, claridad y orden de los datos, al ser el ingreso de los datos estandarizado, lo que aumenta la seguridad en las sesiones de tratamiento, aporta mayor claridad en la prescripción terapéutica y conlleva beneficios para los pacientes y los profesionales sanitarios.

El análisis y estudio estadístico de la información se puede obtener de forma rápida y eficiente.

Gestionar de forma informática la actividad de una unidad de rehabilitación en un hospital requiere una dotación tecnológica que incluya una red intrahospitalaria, una base de datos de pacientes, programa gestor de peticiones y un programa informático de gestión en rehabilitación. Tras la comunicación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

421

GESTION INFORMATIZADA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

con el servicio de informática del hospital, el proyecto parece viable y tan solo sería necesario el programa informático de gestión, al disponer ya el hospital del resto de requisitos.

Existen antecedentes de aplicación de experiencias llevadas a cabo con éxito en otros centros, como puede ser la implantación de software "Florence Clínico" en servicio de Rehabilitación del Hospital de Torrevieja (Alicante).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la atención y garantizar los derechos y satisfacción de los usuarios.
- Mejorando los procesos organizativos y de administración que inciden en la citación, recepción, documentación, espera, de los pacientes.
 - Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
 - Proporcionar una atención más eficiente.
 - Mejorar la legibilidad, y orden de los datos redundando en una claridad de la prescripción terapéutica.
 - Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
 - Mejorar la distribución y localización de los pacientes.
 - Mejorar la distribución de tiempo, permitiendo una mayor dedicación al tratamiento evitando dispersiones por requerimientos de tipo administrativo.
 - Disponer de datos de actividad y asistencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Establecer un sistema de gestión por procesos, que mediante un diagrama de flujo permita conocer los cauces que debe seguir el paciente y la ficha informatizada, conociendo el responsable en cada momento, desde la entrada del paciente en la consulta hasta el alta tras el tratamiento. En su elaboración participará por lo menos un integrante del proyecto de mejora de cada estamento implicado en las distintas partes del proceso.
- Establecer comunicación con el Servicio de Informática para la búsqueda de un programa que se adapte a las necesidades organizativas del servicio de rehabilitación, que utilice los recursos con los que ya cuenta el hospital a nivel informático y garantice la seguridad de los datos.
 - Valoración de los programas encontrados y decisión de utilización de uno de ellos por su adaptación o realizar uno propio por el servicio de informática del hospital.
 - Desarrollar un taller formativo y un manual de uso del programa informático para los profesionales.
 - Prueba piloto:
 - Asignar una consulta para la prueba piloto.
 - Determinar el tiempo de la prueba.
 - Valoración mediante los indicadores del grado de satisfacción.
 - Implantación definitiva del Proyecto.
 - Realización de encuesta de satisfacción de los profesionales.

Dentro del Equipo de mejora se harán grupos de trabajo para repartir y agilizar las actividades propuestas. Los responsables de estos grupos se irán decidiendo a lo largo de las reuniones mantenidas en el año, de forma que se fomentará la participación de todo el Equipo por igual.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de cumplimentación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 421

GESTION INFORMATIZADA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Nº de fichas informatizadas / Nº de fichas totales (informatizadas + manuscritas) x100

Nº de fichas informatizadas cumplimentadas completamente / Nº de fichas informatizadas x100

Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Caleandario:

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Marzo de 2011
- Búsqueda y valoración o elaboración de software que se adapte a las necesidades organizativas: Abril - Noviembre de 2011.
- Diseño y elaboración del diagrama de flujo: Abril - Mayo 2011.
- Elaboración del manual de uso: Octubre de 2011.
- Implantación del Proyecto Piloto: Noviembre de 2011.
- Implantación total del Proyecto: Enero de 2012
- Monitorización de indicadores y resultados: Diciembre de 2011 - Marzo de 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Software	600 €
· Equipo informático	900 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

203

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LAS BUENAS PRACTICAS Y LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL PROPUGNADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN EL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA JESUS BALASCH TERES

- Profesión MATRONA
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SATUE SALAMERO ELOISA. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- ADILLON ROURERA ASUNCION. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- AMARO JARILLA ELISA. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- GONZALEZ ANIDO ENCARNACION. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- FENES GRACIA MERCEDES. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- REMACHA GARCIA MARIA JOSE. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- NOGUES GARCIA ITZIAR. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud se suscribió en el año 2007, pretendiendo, garantizar unos servicios asistenciales en el que se fomente una práctica basada en un modelo humanista y ajustada a la evidencia científica.

En el año 2007 se inició en nuestro servicio un Plan de Mejora de calidad para promover el uso de buenas prácticas en la atención al parto normal y disminuir la práctica sistemática de episiotomías. Durante ese periodo se realizó el Protocolo de Atención al Parto normal, en colaboración con matronas, de Primaria y Hospital, Servicio de Ginecología, Pediatría y Anestesia. En este Protocolo se unifican criterios de actuación y se revisa las actuaciones en el parto normal según las evidencias actuales.

Se elaboró una vía clínica de Atención al parto normal que ha permitido disminuir la variabilidad clínica y unificar cuidados a la vez que ha permitido las altas a las 48 horas postparto sin incrementar los reingresos.

Durante los años 2007-2009, se monitorizaron todos los partos realizados en el hospital y a los tres años del Plan de Mejora de calidad el 66,34% de los partos se atendieron sin episiotomía, tenemos una tasa elevada de desgarros un 66,34% en 2009, pero el 82,34% de ellos son vanales y no precisan sutura, el 18,1% son desgarros tipo II y solamente hubo un desgarro grado III en 2008. El alta posparto en nuestro centro es de 2,5 días y la evolución de los desgarros vaginales es buena y cicatrizan sin problemas relevantes.

Durante el año 2010, seguimos trabajando para potenciar las buenas prácticas en la atención al parto normal, integrándolas en el trabajo diario habitual; mantenemos las reuniones con Ginecología y matronas de Atención Primaria para transmitir un mensaje unificado a las madres y seguimos todos los pasos y requisitos exigidos en la denominación de Hospital Amigo de los niños, cuyo galardón nos otorgaron en Mayo de 2009. La potenciación de la lactancia materna es un compromiso que seguimos habitualmente y el contacto piel con piel lo realizamos en todos los partos, incluso en las cesáreas programadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La atención a la mujer de parto en nuestro centro es individualizada y está acompañada por su pareja y con el apoyo permanente de la matrona y personal sanitario.

No realizamos rasurado ni el enema sistemáticamente. Aconsejamos a la mujer sobre las posturas más favorables para la evolución del parto.

Permitimos la deambulación siempre que sea posible..

Es una práctica habitual el contacto piel con piel, inclusive en las cesáreas.

La ligadura del cordón es tardía. La cohabitación madre-hijo, el inicio precoz de la lactancia materna y el apoyo de la madre en la lactancia materna, es una práctica cotidiana.

El número de partos en 2010 se ha incrementado en 41 con respecto al 2007.

En los tres años del Plan de Mejora han aumentado los partos sin episiotomía en un 28,55% hasta un 59,04%.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

203

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LAS BUENAS PRACTICAS Y LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL PROPUGNADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN EL SECTOR BARBASTRO

Los partos instrumentados en nuestro centro suponen un 8,20% y la tasa de cesáreas en el año 2010 ha disminuido un 3,7%, siendo del 17,33%.

Los desgarros vaginales se han incrementado a medida que ha aumentado el número de partos sin episiotomía profiláctica, incrementándose en un 9,16%. la mayoría son vaginales y tipo I que no requieren reparación y evolucionan sin complicaciones, permitiendo mantener una Estancia Média de 2,5 días en el parto normal.

En el 2010, un 77,86% de desgarros han sido tipo I y vaginales, hemos tenido 3 desgarros tipo III y uno tipo IV. Es necesario que revisemos este problema y deberemos seguir formándonos en la fisiología del parto normal y conocimiento del suelo pélvico

En los partos distócicos observamos una clara disminución de fórceps y espátulas con un incremento de Vacuum y Kiwi, una tocurgia más conservadora y menos lesiva para el suelo pélvico.

En 2010 el 74,45% de los partos fueron eutócicos, un 17,33% por cesárea y un 8,20% instrumentados. De los eutócicos un 59,04% fueron sin episiotomía.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Humanizar la atención al parto normal y situarla en su justa dimensión fisiológica.

- Mejorar las buenas prácticas en la Estrategia de la atención al parto normal: deambulación parturienta, permitir ingesta moderada de líquidos, ofrecer métodos de control del dolor alternativos a la a. Epidural. Planteamiento de a. Epidural evitando bloqueo motor para así favorecer la deambulación. Favorecer el expulsivo facilitando más posiciones a la parturienta. Continuar potenciando el contacto piel con piel y la lactancia materna.

- Unificar la información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos Niveles asistenciales.

- Mejorar la continuidad Asistencial entre ambos Niveles asistenciales.

- Mejorar la satisfacción e información a los usuarios.

- Promover la coordinación, formación y motivación de los profesionales.

- Disminuir el número de episiotomía profiláctica y de desgarros vaginales y perineales.

- Estabilizar y analizar la tasa de cesáreas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reuniones entre las matronas del hospital para la adhesión de las prácticas clínicas que nos quedan por aplicar.

- Reuniones con las matronas de AP para mejorar la actividad asistencial entre ambos niveles de trabajo y unificar información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos niveles.

- Reuniones con los ginecólogos del Servicio y realización de sesiones conjuntas.

- Formación de un grupo de Calidad con Ginecología, enfermería y pediatría que estudie los efectos adversos y proponga medidas correctoras.

- Asistencia al congreso Nacional de Matronas.

- Colaboración con el Servicio de Fisioterapia del hospital para conocer y mejorar la preparación perineal de las embarazadas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº Reuniones con matronas de Atención Primaria: 2

- Nº Sesiones de matronas hospital, AP y ginecólogos: 4

- % de disminución de las episiotomías realizadas: 10%

- Disminuir el porcentaje de partos intervenidos: 10%

- Disminuir la incidencia de desgarros vaginales: 10%

- Registrar resultados de buenas prácticas.

- Numero de reuniones con Servicio de Fisioterapia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En Abril de 2011, presentación del Plan de Mejora a los profesionales implicados.

Reuniones trimestrales para valorar la situación del plan de mejora.

Formación

Congreso Nacional de matronas.

Junio evaluación de resultados y reunión grupo de calidad.

Trimestralmente reunión con ginecología y discusión de casos clínicos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

203

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LAS BUENAS PRACTICAS Y LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL PROPUGNADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, EN EL SECTOR BARBASTRO

Noviembre: Evaluación de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia Congreso Nacional de Matronas	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

529

MEJORA DE LA GESTION DE LAS INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES (UNE-EN-ISO) GENERADAS EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JAIME BUERA AGRAZ
- Profesión OTROS
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE INFORMATICA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- COLL CLAVERO JUAN. INFORMATICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE INFORMATICA
 - YUSTE ARA ALFREDO. INFORMATICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE INFORMATICA
 - CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. MEDICO. DIRECCION AP BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La progresiva certificación / acreditación de servicios / centros del Sector Sanitario de Barbastro según normas de calidad (UNE-EN-ISO). Se define la incidencia como la desviación leve o puntual de la norma y que genera una rápida solución. Las no conformidades son desviaciones graves que generan la apertura de un informe de seguimiento de las acciones llevadas a cabo para solucionarlas.

La apertura de dichos informes en ocasiones genera mucha documentación, por lo que resulta difícil el seguimiento de los mismos. A veces hay varios organismos implicados en la gestión, por lo que la coordinación y la mejora de la comunicación parecen adecuadas.

Además, hasta el momento no se garantiza una respuesta dentro de un periodo de tiempo establecido y no están definidos las responsabilidades ni los flujos en la gestión de las incidencias y no conformidades.

La progresiva preocupación por la sostenibilidad del medio ambiente, lo que nos compromete a un consumo responsable de papel. La progresiva implantación de plataformas informáticas en el ámbito de las Ciencias de la Salud, que genere bases de datos fáciles de explotar y gestionar; así como la unificación de criterios.

Consecuencias:

1. Sobre los pacientes:
 - Mejora de la salud: garantizar que los servicios con un sistema de gestión de la calidad según norma UNE-EN-ISO actúan según las recomendaciones.
2. Sobre los recursos económicos:
 - Ahorro en el consumo de papel.
3. Sobre los profesionales:
 - Asegurar flujos y responsabilidades en la gestión de las incidencias y no conformidades del Sector.
 - Agilizar el proceso de gestión y seguimiento de las no conformidades
 - Mejora de la satisfacción de los profesionales implicados en las normas de calidad
 - Unificar criterios de actuación.
4. Sobre los gestores:
 - Mejora del flujo de actuación y de comunicación entre profesionales y gestores
 - Facilitar las revisiones por la dirección necesarias según la norma UNE-EN-ISO
 - Rápida implantación de los nuevos sistemas que se incorporen a las normas UNE-EN-ISO
 - Mejora de la satisfacción de gestores y profesionales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejora de la gestión y seguimiento de las incidencias y no-conformidades en el Sector de Barbastro

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 529

MEJORA DE LA GESTION DE LAS INCIDENCIAS Y NO CONFORMIDADES (UNE-EN-ISO) GENERADAS EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- 2. Definir el proceso de gestión de reclamaciones y no-conformidades en el Sector (flujos y responsabilidades)
- 3. Aumento de la notificación por parte de los profesionales implicados
- 4. Crear un sistema novedoso de gestión que sea imitado por otros Sectores en el SALUD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Definir el proceso (flujograma, responsabilidades y tiempos de actuación). Instrucciones comunes para todos los servicios / centros del Sector
•Diseño informático de la plataforma / base de datos e introducción de la misma en la Intranet del Sector
•Establecer los permisos de gestión de la intranet
•Difusión y progresiva implantación del sistema
•Evaluación.
•Propuesta de nuevas acciones de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Aumento de registro de incidencias del Sector respecto al año anterior. [(Nº de incidencias del año en curso - Nº de incidencias del año anterior) * 100] / Nº de incidencias del año en curso). Objetivo: >25%

-Aumento de registro de no conformidades del Sector respecto al año anterior. [(Nº de no-conformidades del año en curso - Nº de no-conformidades del año anterior) * 100] / Nº de no-conformidades del año en curso). Objetivo: >10%

-Garantizar los tiempos de respuesta (Nº de no-conformidades que exceden del tiempo de respuesta establecido en el proceso / Total de no-conformidades abiertas en el Sector) * 100. Objetivo: <20

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Definir el proceso: 2º TRIMESTRE 2011
- Diseño informático: 2º Y 3º TRIMESTRE 2011
 - Establecer permisos: 3º TRIMESTRE 2011
 - Difusión e implantación: 3º Y 4º TRIMESTRE 2011
 - Evaluación: 4º TRIMESTRE 2011
 - Propuesta de nuevas acciones de mejora: 4º TRIMESTRE 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático, adecuación del portal y desarrollo de la aplicación	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

175

ELABORACION DE UNA GUIA INFORMATIVA PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES BUERA BROTO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLAVERO BUIL ANTONIO. INFORMATICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE INFORMATICA
- SANCERNI ELSON RAQUEL. AUXILIAR ADMINISTRATIVA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
- DUESO BROTO ROSA. AUXILIAR ADMINISTRATIVA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
- OMISTE MARTINEZ PURA. AUXILIAR ADMINISTRATIVA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el hospital no existe una guía actualizada para información al usuario.

La información es un derecho del ciudadano-cliente de los servicios sanitarios.

La información es en sí misma un proceso que se inicia con los datos que damos al ciudadano en el marco del sistema sanitario, cosa que implica, por lo tanto, su conocimiento del Catálogo de Prestaciones y de la Carta de Derechos.

Implica también los datos que recibe como cliente de una determinada institución sanitaria, de la que tendrá que conocer su Cartera de Servicios.

La información deberá hacer referencia a todos aquellos aspectos que permitan al paciente tomar decisiones en el ejercicio de su autonomía, aspectos referidos a su propio proceso asistencial o al conjunto de información sanitaria en general.

El derecho a la información queda recogido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril y en la Ley Orgánica 5/1992 de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal. Estas normas se complementan con las generadas por las diferentes comunidades autónomas.

Por otro lado, este marco legal se armoniza con el Convenio sobre derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa (artículos del 5 al 9).

.La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en el capítulo IV. El respeto de la autonomía del paciente, recoge en uno de sus puntos "el derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, calidad y requisitos de acceso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Garantizar el derecho a la información

- Lograr una correcta orientación del usuario en nuestro hospital

- Mejorar la satisfacción del usuario del hospital en el 2011 en cuanto a la información recibida sobre la oferta de servicios y prestaciones, normas, accesos, ubicación de los servicios, derechos y deberes.

- Mejorar la imagen de nuestra organización y la percepción del usuario de la calidad asistencial recibida.

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

2.Estudio de quejas y reclamaciones presentadas en el SAU que hagan referencia a problemas con la información y orientación en las instalaciones del Hospital.

3.Diseño y realización de encuesta de satisfacción a usuarios.

4.Elaborar carteles informativos para colocar en todas la habitaciones

Elaboración de los carteles adaptados a nuestro hospital siguiendo las directrices de DGAU y la de Seguridad de Pacientes.

Distribución de carteles en todas las habitaciones del hospital.

5. Elaborar Guía informativa para usuarios

Recopilación de datos.

Organización del contenido.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

175

ELABORACION DE UNA GUIA INFORMATIVA PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Maquetación del cuadernillo.

Las guías de información se dejaron en las habitaciones para que puedan ser consultadas por los pacientes y familiares durante su ingreso.

6. Elaborar presentación para canal gratuito de televisión.

En el hospital disponemos de la posibilidad de acceso, en las televisiones instaladas en las habitaciones, a canales de emisión gratuita. A través de esos canales se podrá dar información a los pacientes y familiares sobre temas considerados de interés, mediante imágenes, presentaciones, videos..etc. y también reforzar la información que ya hemos puesto a su disposición en formato papel.

7. Presentación a Gerencia del Sector y DGAU.

8. Difusión interna a profesionales y externa a usuarios (medios de comunicación Sector, Salud Informa, etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Grado de satisfacción de los usuarios. Se compararan los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

2.Nº de quejas y reclamaciones presentadas en el SAU. Antes y después de la intervención.

3.Porcentajes de implementación de la Guía, carteles y presentación en TV

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ENERO 2011-Análisis de las necesidades del centro

-Búsqueda y recopilación de información de información, marco legal..etc.

FEBRERO 2011-Revisión de los carteles centralizados y adaptación a nuestro hospital.

- Diseño encuesta de satisfacción a usuarios

MARZO

ABRIL 2011

-Recopilación datos para la elaboración del contenido de la guía (normas, cartera de servicios, recursos, prestaciones, derechos y deberes...etc

ABRIL

MAYO

JUNIO 2011

-Implementación de encuesta de satisfacción a usuarios

-Recuento Nº de quejas y reclamaciones registradas

MAYO 2011

-Elaboración y organización del contenido de la Guía.

JUNIO

JULIO 2011

-Reuniones con informática para consensuar y maquetar formatos de Guía y presentación para TV

SEPTIEMBRE 2011

-Impresión de la guía.

-Elaboración de la presentación para TV

OCTUBRE 2011

-Elaboración de la presentación para TV

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 175

ELABORACION DE UNA GUIA INFORMATIVA PARA LOS USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

NOVIEMBRE
DICIEMBRE 2011
-Presentación del trabajo realizado a la Dirección de Sector, DGAU, Comisiones de Calidad y Confort.
-Difusión a profesionales y usuarios.
-Distribución de los carteles
-Reparto de las guías
-Instalación para la emisión en los canales gratuitos de TV

ENERO
FEBERO
MARZO 2012
-Porcentajes de implementación de la Guía, carteles y presentación en TV
-Implementación de encuesta de satisfacción a usuarios
-Recuento N° de quejas y reclamaciones registradas
-Evaluación comparativa de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *La maquetación de la guía en formato papel	100 €
Total	100 €

11. OBSERVACIONES. *La maquetación de la guía en formato papel se realiza en nuestro hospital, así como la impresión en color. Se precisa un papel de 110g en tamaño A4 a un coste de 3.75€ cada paquete de 250 hojas.

*La información en formato imagen, no supone costes económicos añadidos ya que el hospital tiene el convenio firmado con la empresa responsable de las televisiones para poder utilizar 3 canales gratuitos de TV.

La información en formato imagen, no supone costes económicos añadidos ya que el hospital tiene el convenio firmado con la empresa responsable de las televisiones para poder utilizar 3 canales gratuitos de TV.

- La elaboración se realizará en colaboración con los Servicios de Informática del Hospital
-La realización de los carteles de información esta centralizada con la D.G.A.U.
Por lo que no reflejo el gasto estimado de estos servicios

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 576

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO "RX DE TORAX" EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE NURIA CASTRO SAURA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. RADIOLOGIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BITRIAN ELCACHO ANDRES. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - COLLADA LUQUE ROSANA. TER. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - FONDEVILA CANCER MARTA. TER. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - LANASPA BENITEZ ROCIO. TER. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
 - ABRIL AVELLANAS ELENA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el hospital de Barbastro se está desarrollando una cultura de calidad iniciada en algunos Servicios Centrales como Laboratorios y Central de Esterilización gracias a la implantación de normas ISO de acreditación.

En el servicio de Radiodiagnóstico, también servicio central, existe inquietud y necesidad sentida por los propios trabajadores, de iniciar procesos de normalización.

La normalización de los procesos es una práctica de gestión que sirve para mejorar la eficiencia de los mismos, ya que su metodología permite analizar de forma sistemática la secuencia de actividades y los profesionales que intervienen, intentando reducir la variabilidad de los mismos.

En esta línea y teniendo en cuenta que la exploración más demandada es la radiografía de Tórax, se pretende introducir la gestión por procesos dentro de la unidad con el proceso "RX Tórax".

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Reducir la variabilidad del proceso.
- Definir actuaciones y responsables que garanticen la continuidad asistencial en el proceso.
 - Centrar las actuaciones profesionales en el usuario teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas.
 - Impulsar la evaluación sistemática y mejora continua del proceso.
 - Lograr una óptima calidad de imagen que permita una orientación diagnóstica correcta.
 - Servir como punto de partida para el desarrollo de nuevos procesos en la unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Revisión de la normativa técnica y de calidad que afecta a las actividades y profesionales participantes en el proceso.

- Descripción de actividades del proceso. Elaboración del mapa y diagramas de flujo
- Diseño de documentación del proceso
- Definición de indicadores
- Adecuación y revisión de los sistemas de información existentes, que recojan los datos del proceso.
- Implantación del proceso
- Información al profesional con periodicidad establecida sobre la marcha de los indicadores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

- ¿Está definido y documentado el proceso? Si/NO
- Nº sesiones de información al profesional

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 576

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO "RX DE TORAX" EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- ¿Existe un cuadro de indicadores definido? SI/NO
- % de radiografías repetidas por mala técnica (no adecuación al proceso)
- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Definir el proceso e indicadores: - Durante el 2º trimestre
 - Adecuar sistemas de información: - Durante el 2º y 3º trimestre
 - Difusión e implantación: - Durante el 3º y 4ª trimestre
 - Evaluación: - Durante el 4º trimestre
 - Propuesta de nuevas acciones de mejora: - Durante el 4º trimestre
- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 526

1. TÍTULO

APLICACION CORRECTA DE LA NORMA ISO 15189, EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, EN UN LABORATORIO YA ACREDITADO

2. RESPONSABLE ROSA MARIA CORED NASARRE
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESTEVE MORLAN MILAGROS . ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE LABORATORIO
- MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE LABORATORIO
- GRANDE MANJON MARIA JOSE. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE LABORATORIO
- RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL. AUX. DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE LABORATORIO
- VILLACAMPA BUIL ROSA. AUX. DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE LABORATORIO
- BIELSA MOLINA PATRICIA. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE LABORATORIO
- MATINERO BENITO LOURDES. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO NO REUNE LAS CONDICIONES OPTIMAS DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD QUE INDICA LA NORMATIVA ISO 15189 EN EL APARTADO 5.2 REFERENTE A INSTALACIONES Y CONDICIONES AMBIENTALES.
- LOS MATERIALES EMPLEADOS EN LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES PUEDEN MEJORAR EN CUANTO A SEGURIDAD PARA EVITAR RIESGOS DE INOCULACION EN LOS PROFESIONALES.
 - SE PUEDE MEJORAR EN LA RECOGIDA Y RECEPCIÓN DE MUESTRAS DE ORINAS PROCEDENTES DE CENTROS DE SALUD DEL SECTOR, CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON Y SERVICIOS DE HOSPITALIZACION:
- AUMENTANDO LA SEGURIDAD EN EL PERSONAL
 - COMODIDAD PARA EL PACIENTE EN LA RECOGIDA DE LA MUESTRA
 - DISMINUYENDO EL NUMERO DE NUEVAS PETICIONES DE ANALITICAS POR CONTAMINACION.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - AUMENTAR LA COMODIDAD, PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA SALA DE EXTRACCIONES.
- AUMENTAR LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DEL SECTOR DE BARBASTRO IMPLICADOS EN EL CIRCUITO DE EXTRACCIONES DE SANGRE Y ANALISIS DE ORINA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE NUEVOS EQUIPOS DE SEGURIDAD PARA LA EXTRACCION DE SANGRE Y RECOGIDA DE ORINA A TODO EL PERSONAL IMPLICADO DEL SECTOR.
- COLOCACION DE POSTER PARA PROFESIONALES EN TODOS LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR, CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON Y HOSPITAL DE BARBASTRO.
 - REALIZACIÓN DE ENCUESTAS A TRABAJADORES DEL SECTOR ANTES Y DESPUES DE LA ACTUACION.
 - IMPLANTACION DE LOS NUEVOS CONTENEDORES DE ORINA E INFORMACION POR PARTE DE LOS PROFESIONALES A LOS USUARIOS.
 - COLOCACIONES DE BIOMBOS O SEPARADORES PARA GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DE LOS PACIENTES.
 - COLOCACION DE MAQUINAS DISPENSADORAS DE NUMEROS EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON Y CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, PARA NO LLAMAR CON NOMBRE Y APELLIDOS Y ASI PRESERVAR LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NUMERO DE ANALISIS DE CULTIVO ORINA CON NUEVA PETICION A CAUSA DE CONTAMINACION / NUMERO TOTAL DE CULTIVOS DE ORINA. NUMERO DE INOCULACIONES ACCIDENTALES COMPARATIVAS EN SEIS MESES PREVIOS Y SEIS MESES POSTERIORES A LA ACTUACION.
% GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE TODO EL SECTOR CON LA NUEVA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE VACIO/SEGURIDAD.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MES DE ABRIL, CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE LOS NUEVOS EQUIPOS E IMPLANTACION DE LOS EQUIPOS DE SEGURIDAD PARA EXTRACCION DE

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 526

APLICACION CORRECTA DE LA NORMA ISO 15189, EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, EN UN LABORATORIO YA ACREDITADO

SANGRE.

MES DE MAYO, ELABORACION DE LAS ENCUESTAS E IMPLANTACION DE LOS NUEVOS CONTENEDORES DE ORINAS.

MES DE JUNIO, REALIZACION DE LAS ENCUESTAS Y COLOCACION DE LOS POSTER EN LOS CENTROS DEL SECTOR.

MES DE OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, COLOCACION DE LOS BIOMBOS SEPARADORES EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y COLOCACION DE LAS MAQUINAS DISPENSADORAS DE NUMEROS EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON Y HOSPITAL DE BARBASTRO.

MES DE ENERO, REALIZACION DE LA ENCUESTA POSTERIOR A LAS ACCIONES.

MES DE FEBRERO, EVALUACION.

MES DE MARZO, CONCLUSIONES FINALES E INFORMACION A TODO EL SECTOR.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· BIOMBOS/SEPARADORES	2.000 €
· MAQUINAS DISPENSADORAS(2)	300 €
Total	2.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

564

ASISTENCIA HUMANIZADA EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION CORONAS FUMANAL
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GONZALEZ GARCIA MARISA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hemos observado que durante nuestra corta andadura en la Unidad de Cuidados Intensivos, hay ocasiones excepcionales, que para el optimo funcionamiento del servicio debe primar el bienestar y la humanización en la asistencia a pacientes y familiares. Teniendo en cuenta las diferentes formas de actuación entre los profesionales y para evitar conflictos y unificar criterios, vemos necesario consensuar actuaciones y respuestas a dicha situaciones especiales, dirigidas a realizar una asistencia humanizada, mejorando así nuestro trabajo y la relación dispensada tanto a pacientes como a familiares.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

Mejorar la satisfacion percepcionusuario UCI.

Evitar el conflicto entre los profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revision bibliografica.
- Definir las situaciones excepcionales a contemplar.
 - Definir las formas de actiacion en estas situaciones.
 - Protocolizar normeas de actuaciones ante dichas situaciones.
 - Elaborar cuestionario para medir las satisfacion de los usuarios.
 - Valoracion de resultados.
 - Consensuar protocolo de actuacion con todos los miembros del equipo.
 - Establecer sesiones informativas de las medidas adoptadas para todos los profesiona

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- Grado de satisfacion de los familiares con el trato recibido con los diferentes profesionales.
 - N° de reclamaciones o quejas que se registran en el servicio de atencion al usuario.
 - % de encuestas que se recogen al alta en el buzón de sugerencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Elaboracion del Cuestionario: Abril 2011.
Pase de encuestas : Mayo- Junio- Julio- Agosto 2011.
Modificacion de las Actuaciones y puesta en practica: Septiembre - Octubre - Noviembre y Diciembre 2011.
Pase del 2º cuestionario: Enero- Febrero- Marzo -Abril 2012.
Medicion de los indicadores . Mayo 2012.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

564

ASISTENCIA HUMANIZADA EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 536

1. TÍTULO

PROCESO DE ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA (AP) DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANA CORTES RAMAS
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESPIN UTRERA MARIA JOSE. DUE. HOSPITAL DE BARBASTRO. CENTRAL DE ESTERILIZACION
 - MONCLUS MURO ANA TERERA. DUE. C.S. BARBASTRO. C.S. BARBASTRO
 - DE LA CRUZ LUCIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. C.S. BARBASTRO. C.S. BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la estrategia europea de seguridad del paciente, desde el Ministerio de Sanidad se realizaron diversos estudios que pretendían medir el impacto de los efectos adversos derivados de la atención sanitaria, tanto a nivel hospitalario (estudio ENEAS) como en atención primaria (estudio APEAS). El estudio APEAS pone de manifiesto que, aunque la frecuencia de efectos adversos en AP es baja y la mayoría de ellos son leves, hasta el 70% de los mismos son evitables. En cuanto a los tipos de efectos adversos detectados, el 8,4% de ellos se debían a infecciones asociadas a los cuidados, ocupando el segundo lugar después de los relacionados con la medicación. Teniendo en cuenta esto, y que la higiene de manos y la limpieza-desinfección-esterilización del instrumental clínico constituyen las medidas más eficaces para la prevención de las infecciones, se plantea este proyecto. Por otro lado, el proceso de esterilización del instrumental clínico, entre otros aspectos, debe estar sujeto a diversos controles físicos, químicos y biológicos que garanticen que el proceso ha sido satisfactorio, según se indica en diversas normas UNE (866, 867, 868...). En los Centros de Atención Primaria del sector de Barbastro, existen miniclaves para la esterilización del instrumental clínico utilizado en las curas e intervenciones de cirugía menor, sin embargo, no disponemos de información de cómo se realiza este proceso ni de los controles utilizados para su control.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Disponer de un inventario de miniclaves actualizado y su estado.
 - Tener un plan de mantenimiento de los miniclaves, que asegure un funcionamiento correcto de los mismos.
 - Definir el proceso de esterilización en Atención Primaria y flujogramas correspondientes.
 - Conocer la calidad del proceso de esterilización.
 - Integrar el proceso de esterilización de Atención Especializada y Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- Elaborar un inventario de miniclaves utilizados.
 - Elaborar el proceso de esterilización que incluya todas las fases: limpieza del material, procesado y empaquetado, esterilización propiamente dicha, así como los controles necesarios y su registro.
 - Impartir sesiones formativas al personal de los centros implicados en el proceso, en colaboración con el personal de la Central de Esterilización del Hospital de Barbastro.
 - Implementar sistema de transporte de los controles biológicos a la Central de Esterilización del Hospital de Barbastro.
 - Establecer un sistema de registro de los resultados obtenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- Porcentaje de centros que implementan el proceso. Objetivo: = 95%
 - Porcentaje de ciclos nulos. Objetivos: = 10%
 - Porcentaje de controles biológicos positivos al mes. Objetivo: = 5%
 - Averías de equipos (por tipo de equipos)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 536

PROCESO DE ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA (AP) DEL SECTOR DE BARBASTRO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Visita a los Centros para inventariar los miniclave: abril-mayo
-Definir el proceso: abril-mayo
-Seiones formativas: junio
-Sistemática de transporte y coordinación con la Central de Esterilización del Hospital de Barbastro: junio-julio
-Implementar proceso y sistema de registro: agosto-noviembre
-Evaluación: diciembre
-Propuesta de nuevas acciones de mejora: diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Una caja de integradores químicos	343 €
· Una caja de controles biológicos	904 €
Total	1.247 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

403

CODIFICACION DE DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE BEATRIZ COSCUJUELA ROMAN
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE REHABILITACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LABAD ARAMBURU JORGE. MEDICO REHABILITADOR. HOSPITAL BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
- LOPEZ BEGUERIAS BELEN. ADMINISTRATIVA. HOSPITAL BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
- SANTA INES DURAN IÑIGO. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
- PUEYO ACIN BLANCA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
- BROTA MANZANO DAVID. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
- RAMON BUISAN ROSARIO. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
- ZUERAS MENDOZA OLGA. ADMINISTRATIVA. HOSPITAL BARBASTRO. DOCUMENTACION CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada día nos enfrentamos en nuestro servicio de rehabilitación con las dificultades de no poder realmente cuantificar el trabajo que se realiza en nuestro servicio al no tener codificadas las diagnósticos y tratamientos. Se tratará de recoger y codificar el tratamiento y el diagnóstico médico de los pacientes susceptibles de tratamiento, así nos permitirá cuantificar, gestionar y registrar nuestro trabajo además de comunicarnos con el resto de los profesionales del servicio especialmente con los fisioterapeutas.

En el hospital se utiliza la codificación con el CIE-9 pero este sistema no nos es útil en el servicio de rehabilitación, puesto que no especifica bien los procedimientos terapéuticos y diagnósticos y no nos serviría como herramienta de trabajo. Por todo ello hemos pensado en realizar un sistema de codificación que nos sea útil tanto en las consultas de rehabilitación como en fisioterapia.

Serviría de base para otro proyecto de mejora de calidad, "gestión informatizada de los pacientes de rehabilitación", que se desea implantar en el servicio y nos permitiría desde las consultas médicas remitir directamente a fisioterapia el diagnóstico, tratamiento y prioridad del mismo.

Todo ello implicaría una serie de ventajas:

- accesibilidad de la información a todos los miembros del equipo.
- facilitar el análisis y estudio estadístico de la información.
- mayor legibilidad y disponibilidad de la transmisión de la información desde las consultas de rehabilitación hacia el gimnasio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -un sistema de codificación útil y accesible a todos los miembros del equipo.

-un sistema útil de información que sea capaz de operar en tiempo real y sea accesible para todo el equipo que contemple la seguridad y confidencialidad de los datos.

-sistema de recolección de datos fiables y homogéneos para todo el servicio.

-podría servir como instrumento eficaz de gestión y auto evaluación del servicio.

-todo ello redundaría en una atención más eficiente del paciente así como una mayor satisfacción de los profesionales y finalmente en una mejor gestión del servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - codificación de los tratamientos y diagnósticos médicos de los pacientes susceptibles de tratamiento utilizando un sistema de codificación exclusivo del servicio.

-presentación del proyecto al resto de profesionales del equipo.

-desarrollo del proyecto.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 403

CODIFICACION DE DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE DIAGNÓSTICOS CODIFICADOS / N° DE TRATAMIENTOS PRESCRITOS EN CONSULTA TOTALES x 100

N° DE TRATAMIENTOS CODIFICADOS / N° DE HISTORIAS TOTALES x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha de inicio: 1 de abril 2011
- Elaboración y búsqueda de los códigos que afecten al servicio de rehabilitación: abril-mayo2011
- Codificación de las historias: mayo-noviembre 2011
- Monitorización de los resultados: diciembre 2011
- Implantación del proyecto: enero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· PC para el apoyo tecnológico del servicio 900 €
Total 900 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

382

MEJORAR LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA MEDIANTE LA UTILIZACION DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VNI) CON PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA RESPIRATORIA (CPAP)....

2. RESPONSABLE MERCEDES DOMINGUEZ CAJAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRÍA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BUSTILLO ALONSO MATILDE. MEDICO/A. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
- CONDE BARREIRO SANTIAGO. MEDICO/A. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
- CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
- LALAGUNA MALLADA PAULA. MEDICO/A. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
- MINGUEZ SORIO JULIA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La CPAP nasal es una modalidad de VNI que proporciona una presión positiva en la vía aérea facilitando la mecánica respiratoria del paciente. Es un modo ventilatorio eficaz, económico y beneficioso en el Síndrome de Dificultad Respiratoria del recién nacido. El objetivo de esta forma de soporte ventilatorio es mantener una adecuada capacidad residual funcional pulmonar, previene la necesidad de ventilación mecánica invasiva y disminuye las lesiones pulmonares inducidas por la ventilación y la toxicidad por el O₂. El uso de este tipo de ventilación en neonatos con dificultad respiratoria evita intubaciones orotraqueales y traslados al hospital de referencia evitando además los riesgos que conlleva el traslado de este tipo de pacientes. Incluso, ante la necesidad de traslado es posible su uso en la ambulancia evitando intubación y los riesgos que esta conlleva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Colocación de forma precoz VNI en el neonato con dificultad respiratoria así como en aquel con apneas.
- Disminución del número de intubaciones Orotraqueales y traslados a unidades de UCI neonatal.
 - Capacitación de los profesionales en el uso de este método de ventilación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Adquisición de CPAP nasal.

- Realización de protocolo de utilización de la CPAP en neonatos con dificultad respiratoria. Dra. Domínguez y Dr. Conde.
 - Formación del equipo médico y de enfermería del manejo y de la monitorización necesaria durante su uso.
- Dra. Dominguez, Dr. Conde, Dra. Lalaguna, Dra. Bustillo, Dr. Carrasco, Julia Minguez.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de neonatos que han requerido uso de la CPAP.

- Número de neonatos con dificultad respiratoria que han precisado traslado o intubación a pesar de la ventilación no invasiva.
- Porcentaje de profesionales de la Unidad que han realizado los talleres de formación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización de protocolo de actuación en neonatos con dificultad respiratoria. Abril 2011.

- Presentación del producto en la unidad. 14 de Abril 2011.
- Taller de formación en el uso y monitorización de CPAP. Abril-Mayo2011.
- Inicio de uso de la CPAP tras la formación realizando hoja de recogida de datos del uso y monitorización realizada en cada paciente. Mayo 2011.
- Evaluación en Diciembre de 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

382

MEJORAR LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA MEDIANTE LA UTILIZACION DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA (VNI) CON PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA RESPIRATORIA (CPAP)....

· *CPAP BURBUJAS (tipo Fisher & Paykel Healthcare SAS),	1.658 €
· **Humidificador respiratorio con sonda de temperatura. Presupuesto	2.497 €
Total	4.155 €

11. OBSERVACIONES. *CPAP BURBUJAS (tipo Fisher & Paykel Healthcare SAS), kit de 10 unidades con distintos tamaños de interfases y arneses. Presupuesto con fecha 30 de Marzo de 2011.

**Humidificador respiratorio con sonda de temperatura. Presupuesto solicitado con fecha 30 de Marzo de 2011.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

269

DISEÑO SISTEMA DE CONTROL VESTUARIOS-TAQUILLAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ASUNCION DOMPER BUIL
- Profesión OTROS
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. HOSPITAL
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALCOLEA GUERRERO MARTA. SUBDIRECTORA GESTION. HOSPITAL DE BARBASTRO. DIRECCION GESTION
- RINCON CARMONA JORGE. ADJUNTO JEFATURA PERSONAL SABALTERNO. HOSPITAL DE BARBASTRO. PERSONAL SUBALTERNO
- MIRANDA ROMAN CARMEN. GRUPO GESTION ADMINISTRATIVO. HOSPITAL DE BARBASTRO. PERSONAL
- CAMPO SIN ALICIA. AUPERVISORA AREA ENFERMERIA RRHH. HOSPITAL DE BARBASTRO. DIRECCION ENFERMERIA
- IZURA RABAL JOSE LUIS. MECANICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. MANTENIMIENTO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años el hospital de Barbastro esta inmerso en un periodo de obras y reformas en las que se han visto incluidos los vestuarios de los trabajadores, habiéndose realizado varios cambios de ubicación de estos, así como la redistribución de taquillas. Debido a esto ultimo y al no adecuado control de las taquillas nos encontramos con la ausencia de taquillas para el personal de nueva incorporación, se han recibido muchas peticiones de taquilla así como repetidas quejas del personal por tener que cambiarse en lugares no destinados para tal fin (almacenes, aseos etc...)

Si tenemos en cuenta el Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo, en el que se refleja el deber de la organización de disponer de vestuarios. Vestuarios, duchas, lavabos y retretes.

- Los lugares de trabajo dispondrán de vestuarios cuando los trabajadores deban llevar ropa especial de trabajo y no se les pueda pedir, por razones de salud o decoro, que se cambien en otras dependencias.
 - Los vestuarios estarán provistos de asientos y de armarios o taquillas individuales con llave, que tendrán la capacidad suficiente para guardar la ropa y el calzado. Los armarios o taquillas para la ropa de trabajo y para la de calle estarán separados cuando ello sea necesario por el estado de contaminación, suciedad o humedad de la ropa de trabajo.
 - Los lugares de trabajo dispondrán, en las proximidades de los puestos de trabajo y de los vestuarios, de locales de aseo con espejos, lavabos con agua corriente, caliente si es necesario, jabón y toallas individuales u otro sistema de secado con garantías higiénicas. Dispondrán además de duchas de agua corriente, caliente y fría, cuando se realicen habitualmente trabajos sucios, contaminantes o que originen elevada sudoración. En tales casos, se suministrarán a los trabajadores los medios especiales de limpieza que sean necesarios.
- Creemos que una vez finalizadas las obras, ubicados definitivamente los vestuarios y estabilizado el personal tras la resol

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuada gestión de los vestuarios y taquillas del hospital de Barbastro, ordenando, revisando y distribuyendo las taquillas existentes en el hospital.

Aumentar la satisfacción de los trabajadores del hospital, proporcionándoles los espacios adecuados para los cambios de ropa.

Cumplir con la normativa de salud laboral vigente.

Crear un sistema de control y distribución único con una sola persona de referencia para todo el personal del hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Identificar y ordenar numéricamente las taquillas
1. Primera fase vestuarios 1,2,3

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

269

DISEÑO SISTEMA DE CONTROL VESTUARIOS-TAQUILLAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. Segunda fase vestuarios 3,4 y resto de vestuarios. Jefe de personal subalterno.

- Mediante carteles informativos en los vestuario y vía correo electrónico informar al personal del hospital para que marque en su taquilla nombre servicio y fecha. Subdirección de gestión , Dirección de Enfermería.
- Elaborar listado de todo el personal del hospital con nombre, categoría profesional, situación laboral, N° de teléfono y N° de taquilla. Servicio de personal.
- Elaboración de una hoja Excel de control. Jefatura personal subalterno
- Identificar las taquillas con etiquetas intercambiables con nombre discriminando por color el personal fijo , el interino y los contratados eventualmente. Jefatura personal subalterno, Dirección de Enfermería, Servicio de personal.
- Numeración unificada de todas las taquillas. jefatura personal subalterno
- Revisar sistemáticamente las taquillas, apertura y cambio de cerradura de las taquillas no identificadas. jefatura personal subalterno servicio mantenimiento.
- Distribuir las taquillas libres. jefatura personal subalterno, dirección de enfermería
- Incluir en el libro de acogida del personal de nueva incorporación, el lugar de recogida de las llaves y la obligatoriedad de devolver las llaves al finalizar los contratos. Servicio de personal, Dirección de Enfermería.

- Recuerdo a la entrega de llaves de dicha obligatoriedad, jefatura personal subalterno.
- Llamada telefónica a los trabajadores que no cumplan con las indicaciones. El encargado de realizar la llamada será el responsable de la entrega de llaves, jefatura personal subalterno.
- Listado diario de los trabajadores que finalicen contrato. Servicio de personal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de personal fijo o interino (platilla) con taquilla/ N° total de personal fijo o interino (platilla) X 100 = %
N° de personal eventual con taquilla / N° total de personal eventual X 100 0 %
% correcta identificación de taquillas x vestuarios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2011

Realización de un Listado de todo el personal del hospital con nombre, categoría profesional, situación laboral, N° de teléfono y N° de taquilla. Antes de 31 de marzo del 2011.

ABRIL 2011

Identificar y ordenar numéricamente las taquillas Primera fase vestuarios 1,2,3 antes del 19/04/2011

Identificar las taquillas con etiquetas intercambiables con nombre y n° de taquilla discriminando por color el personal fijo , el interino y los contratos eventuales.

MAYO 2011

Revisión sistemática de las taquillas , apertura o cambio de cerradura de las taquillas libres.

Elaborar listado paralelo de taquillas ocupadas por personal eventual.

Distribución de taquillas libres entre el personal durante el mes de mayo.

Segunda fase vestuarios 4,5 y resto de vestuarios.

Mediante carteles informativos en los vestuario y vía correo electrónico informar al personal del hospital que marque en su taquilla nombre servicio y fecha. Ç

JUNIO 2011

Identificar y ordenar numéricamente las taquillas Primera fase vestuarios 4,5 y anexos.

Identificar las taquillas con etiquetas intercambiables con nombre y n° de taquilla discriminando por color el personal fijo , el interino y los contratos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 269

DISEÑO SISTEMA DE CONTROL VESTUARIOS-TAQUILLAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

eventuales. Antes del 15 de junio.
Revisión sistemática de las taquillas , apertura o cambio de cerradura de las taquillas libres.
Añadir las libres al listado de taquillas destinadas para personal eventual.
Distribución de taquillas libres entre el personal de nueva contratación. Antes del 30 de junio
SEPTIEMBRE 2011
Corte de evaluación . Jefatura personal subalterno, Dirección enfermería
MARZO 2012
Corte de evaluación . Jefatura personal subalterno, Dirección enfermería

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fundas adhesivas transparentes para identificación.	525 €
· tarjetas identificativas colores	33 €
· Cerraduras taquillas	375 €
· Llaveros porta etiquetas plastico	30 €
· Taquillas	1.008 €
Total	1.971 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 317

DESARROLLO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANGEL ELIZALDE BENITO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. UROLOGÍA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UROLOGIA
 - VALLANO ENRIQUE JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UROLOGIA
 - CRESPO MAYOR VICENTE. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UROLOGIA
 - ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. ENFERMERIA PLANTA 4ARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Embolia Pulmonar es la causa evitable más frecuente de fallecimientos intrahospitalarios. Un aspecto clave para la profilaxis apropiada es identificar los factores de riesgo de trombosis. A lo largo de los últimos meses, en el Servicio de Urología se han incorporado nuevas técnicas terapéuticas, con una complejidad mayor en la preparación y seguimiento hospitalario. Los factores inherentes a la aplicación de las mismas (edad avanzada, inmovilidad prolongada, grandes operaciones quirúrgicas,...) aumentan directamente el riesgo de padecer Trombosis Venosa Profunda y como consecuencia Embolia Pulmonar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Identificar los Factores de Riesgo de enfermedad tromboembólica.
 2. Aplicar el protocolo de profilaxis tromboembólica de acuerdo a los riesgos asociados.
 3. Evitar o al menos disminuir la incidencia de Embolia Pulmonar en el Servicio de Urología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. José Ignacio Hijazo Conejos: Revisión de la literatura actual sobre enfermedad Tromboembólica. Javier Vallano Enrique: Asistencia a cursos y congresos cuyo contenido incluya principalmente la materia. Ángel Elizalde Benito: Desarrollo de Protocolo adaptado al Servicio de Urología. Laura Alonso Ayerbe: Integración del Protocolo en la asistencia hospitalaria. Vicente Crespo Mayor: Aplicación práctica del mismo en todos los casos que esté indicado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Revisión de la aplicación del Protocolo: revisión de Historias Clínicas de pacientes ingresados para ver grado de cumplimiento. Incidencia de enfermedad Tromboembólica en el Servicio: confrontar ingresos hospitalarios del Servicio de Urología y Diagnostico de enfermedad Tromboembólica en el Hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-Mayo: Revisión de literatura y desarrollo del Protocolo. Junio-Octubre: Revisión de Historias Clínicas. Noviembre: Análisis de resultados. Diciembre: Elaboración de conclusiones.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- Asistencia a Cursos y Congresos 2.000 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 317

DESARROLLO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Total 2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 094

MEJORA DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA MEDIANTE REALIZACION DE BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS

2. RESPONSABLE MARTA FERNANDEZ GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANCHEZ URIA LUCIANO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIOLOGIA
· ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIOLOGIA
· ORDAS NASARRE FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIOLOGIA
· GALLEGO FRANCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIOLOGIA
· NAJERA CAMPUZANO IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIOLOGIA
· HIDALGO LERMA ALFONSO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIOLOGIA
· ANTON QUIROGA JESUS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema: Control del dolor postoperatorio tras artroplastia total de rodilla

Importancia del tema: El dolor agudo postoperatorio altera una variedad de funciones fisiológicas, que pueden precipitar complicaciones clínicas en el paciente e influir en el resultado óptimo de la cirugía. El bloqueo de nervios periféricos en artroplastia de rodilla es una técnica segura y eficaz para controlar el dolor agudo postoperatorio.

Utilidad del proyecto: Mejorar el control del dolor postoperatorio, y como consecuencia, los resultado clínicos, en pacientes intervenidos de artroplastia total de rodilla

Métodos de detección y priorización: Pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla

Situación de partida: Manejo del dolor postoperatorio en artroplastia de rodilla únicamente con analgesia intravenosa

Causas: Artroplastia total de rodilla catalogada como cirugía mayor de dolor severo

Fuentes de información:

1. Femoral nerve block improves analgesia outcomes after total knee arthroplasty: A meta-analysis of randomized controlled trials
Paul J.E., Arya A., Hurlburt L., Cheng J., Thabane L., Tidy A., Murthy Y.
[Article in Press] Anesthesiology 2010
2. Long-term effects of sciatic nerve block in addition to femoral nerve block on functional outcome after total knee arthroplasty (TKA)
Wegener J., Van Ooij B., Hollmann M.W., Stevens M.F., Preckel B.
Regional Anesthesia and Pain Medicine 2010 35:5 (E190-E191)
3. Femoral nerve block for postoperative pain therapy after knee arthroplasty
Can Ö.S., Özgencil E., Hasdogan M., Ökten F.
Anestezi Dergisi 2009 17:4 (181-185)
4. Continuous peripheral nerve blockade for postoperative analgesia
Le-Wendling L., Enneking F.K.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 094

MEJORA DE ANALGESIA POSTOPERATORIA EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA MEDIANTE REALIZACION DE BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICOS

Current Opinion in Anaesthesiology 2008 21:5 (602-609) Cited by: 4

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el control del dolor agudo postoperatorio en artroplastia de rodilla, y secundariamente, conseguir una mejora de resultados clínicos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de bloqueo y colocación de catéter en nervio periférico para infusión de anestésicos locales con el objetivo de controlar el dolor agudo postoperatorio en la artroplastia de rodilla. Tanto para la realización del bloqueo como para su control durante las 48 horas siguientes, se precisan un F.E.A. de anestesiología y un D.U.E. especializados en dolor agudo postoperatorio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para monitorizar el dolor: Escala analgésica visual (EVA), que deberá ser menor o igual a 3. Para monitorizar los resultados clínicos y quirúrgicos: días de hospitalización

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se iniciará el 1 de abril de 2011 y durará 6 meses. Se realizará una charla informativa a todos los D.U.E. para dar a conocer la técnica de bloqueo de plexo nervioso (utilidad, manejo y complicaciones) Se recogerán diariamente los datos necesarios para evaluar la efectividad del proceso

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Agujas de neuroestimulación	200 €
· Catéteres de infusión en nervio periférico	200 €
· Anestésico locales	100 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE DESGARROS PERINEALES DURANTE EL PARTO

2. RESPONSABLE RUT FERNANDEZ SANCHEZ
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- OMIST ONDIVIELA SUSANA. MEDICO/A. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
 - MUÑOZ DIESTRE MARIA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
 - ELBOJ SASO MARIA SALAS. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. HOSPITAL DE BARBASTRO
 - SIERRA PASCUAL TERESA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
 - LAPEÑA LLERA ANA ISABEL. MATRONA. CS MONZON URBANO. UNIDAD MATERNOINFANTIL
 - REMACHA GARCIA MARIA JOSE. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UNIDAD DE PARTOS
 - AMARO JARILLA ELISA. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UNIDAD DE PARTOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el Servicio de ginecología del hospital de Barbastro se recogen durante tres años los datos relativos a la incidencia de episiotomías y desgarros perineales durante los partos acontecidos en este hospital. Durante la presentación de resultados de su proyecto "Plan de mejora en el sector de Barbastro, para potenciar las buenas prácticas y la estrategia de atención de parto normal propugnada por el Sistema Nacional de Salud", se observa una disminución importante en la práctica de episiotomías en las parturientas, pero con el consecuente aumento de desgarros perineales. De un 30,49% de partos sin episiotomía en el 2007 a un 59,04% en el año 2010. Y de un 59,50% de desgarros en el 2007 a un 68,66% en el 2010. Es el descubrimiento de estos resultados lo que sirve de estímulo y motivación para poner en marcha un proyecto de mejora que pudiera paliar estos datos negativos y al mismo tiempo, sensibilizar al sector enfermero de la existencia de técnicas y tratamientos de rehabilitación en el campo de la ginecología y la urología.

Se considera que además de un proyecto útil, basándonos en toda la bibliografía y estudios de investigación que avalan las técnicas que se van a utilizar, es un proyecto novedoso en el sistema público de salud aragonés, por abordarse desde el Servicio de Rehabilitación, que es por otra parte el que debiera asumir siempre toda la prevención primaria y secundaria, y todos los tratamientos relacionados con los aspectos de preparación y recuperación física durante el embarazo y después del parto.

Para llevarlo a cabo, contamos con la participación de cuatro fisioterapeutas, dos de ellas especializadas en suelo pélvico, una médico rehabilitadora, dos matronas que trabajan en partos, una matrona de atención primaria y el apoyo desde ginecología, después de las primeras conversaciones mantenidas con su jefa de Servicio. La iniciativa de mejora iría dirigida a mujeres nulíparas y a mujeres multíparas que sufrieron una episiotomía en partos anteriores, ya que es en estos casos donde existe evidencia hasta la fecha de la utilidad de las técnicas que se van a aplicar.

Revisión bibliográfica:

- Kettle, C: Perineal tears. London: Nursing Times Books, 1999.
- Mynaugh, P.A.: A randomized study of two methods of teaching perineal massage: effects on practice rates, episiotomy rates, and lacerations Birth. Vol 18, nº3. -September 1991. pp 153-159.
- Johanson, r.: Perineal masaje for prevention of perineal trauma in childbirth. Lancet 2000; vol 355, nº 9200, 250-251.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminuir la incidencia de desgarros perineales durante la fase de expulsivo en los partos.
- Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes.
 - Llevar a cabo un estudio de investigación que nos aporte más luz sobre los beneficios del masaje perineal antes del parto en la prevención de los desgarros perineales, y su relación con la posición materna durante el parto, edad materna y dirección del pujo o no.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

223

PREVENCIÓN DE DESGARROS PERINEALES DURANTE EL PARTO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. o Establecer conexión con el Servicio de ginecología para pautar y concretar la derivación de las pacientes embarazadas al Servicio de Rehabilitación.

- o Elaborar unos folletos informando a las pacientes sobre los beneficios del masaje perineal antes del parto, y otras cuestiones, que deberían repartirse en las consultas de ginecología o por parte de las matronas en los centros de salud. Si se considera que es mejor ésta última opción, habría que reunirse previamente con las matronas del sector de Barbastro de atención primaria, para que además de entregar los folletos, existiera una campaña de divulgación de este proyecto de mejora, para aquellas futuras madres interesadas en beneficiarse del aprendizaje de las técnicas.
- o Definir el contenido de la primera consulta por parte de la médico rehabilitador: recogida de datos personales y otros de interés para el estudio, estimación de la derivación de cada paciente al fisioterapeuta para su inclusión o no en el proyecto, etc.
- o Habilitar una sala o box en el Servicio de Rehabilitación para llevar a cabo las técnicas de prevención de desgarros perineales que se van a aplicar.
- o Preparar a las fisioterapeutas que van a formar parte del equipo de mejora para llevar a cabo estas técnicas.
- o Determinar todos los aspectos del contenido y forma de las sesiones: información que se va a aportar a las pacientes, frecuencia de los controles o revisiones que se van a realizar, distribución de las funciones, etc.
- o Establecer un método para registrar los resultados del proyecto después del parto de las mujeres que formaron parte del mismo, que probablemente será la inclusión en el programa informático del HP doctor, para valorar si las embarazadas incluidas en el estudio tienen o no desgarros perineales durante el parto.
- o Reuniones de todo el equipo de mejora para concretar todos estos puntos y que cada uno lo haga extensivo al resto de sus compañeros: matrona del centro de salud al resto de matronas de AP, etc.
- o Aprovechar la participación de la responsable de esta propuesta, como ponente en la charla se suelo pélvico incluida en el curso de "Lactancia materna" de este año (mayo 2011), para divulgar este proyecto entre los asistentes al mismo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :
- Cuantificación del número de pacientes que se han incluido en el estudio.
 - Cuantificación del número de embarazadas que reciben información sobre los beneficios del masaje perineal y otras cuestiones presentadas en los folletos.
 - Grado de utilidad y satisfacción de las embarazadas incluidas en el estudio: mediante encuesta

Los indicadores de medida que se utilizarán serán de grado de cumplimiento:

$\frac{\text{Nº de pacientes que se derivan a Rhb}}{\text{Nº de pacientes incluidas en el Proyecto}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de pacientes reciben información previa en A.P}}{\text{Nº de pacientes incluidas en el Proyecto}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de ptes a las q se da folleto incluíd en estudio}}{\text{Nº total de pacientes incluidas en el Proyecto}} \times 100$

$\frac{\text{Nº ptes con desgarros perineales incluíd en estudio}}{\text{Nº total de embarazadas incluidas en el Proyecto}} \times 100$

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 15/02/2011
Fecha de finalización: 31/12/2012
Revisión bibliográfica y elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Febrero de 2011
Reuniones con Jefa de Servicio de ginecología, matronas,...: Marzo - Abril 2011.
Determinar las pautas y la frecuencia de las sesiones de fisioterapia: Abril 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

217

PAUTA PREOPERATORIA PARA PACIENTES BAJO TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y/O ANTICOAGULANTE EN CIRUGIA PROGRAMADA

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER GALLEGO FRANCO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- FERNANDEZ GIL MARTA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- NAJERA CAMPUZANO IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- SANCHEZ URIA LUCIANO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- ORDAS NASARRE FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- ANTON QUIROGA JESUS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema: morbilidad elevada en pacientes quirúrgicos bajo tratamiento con fármacos que alteran la hemostasia
Importancia del proyecto : manejo del paciente bajo tratamiento anticoagulante y/o antiagregante plaquetario. Estos fármacos alteran la hemostasia provocando una mayor incidencia de hemorragia intraoperatoria e incrementando el riesgo de hematoma espinal cuando se practican técnicas anestésicas perimedulares.
Utilidad: ante la cada vez mayor indicación de dichos fármacos en el tratamiento y prevención de enfermedades tromboembólicas y su potencial interacción con técnicas anestésicas regionales, se elabora una guía para el manejo preoperatorio de dichos fármacos en cirugía programada.
Causas: ausencia de un protocolo consensuado con los servicios quirúrgicos para el manejo de dichos pacientes.

Fuentes de información:

-Perioperative management of antiplatelet agents in noncardiac surgery
Juan V.Llau, Cristina López-Forte, Luisa Sapena and Raquel Ferrandis
(European Journal of Anaesthesiology 2009; Vol 26 n°3)

-Guía clínica de fármacos inhibidores de la hemostasia y anestesia regional neuroaxial
Sociedad española de Anestesiología-Reanimación y Terapéutica del Dolor. Medicina Transfusional y Fluidoterapia Perioperatoria
(Revista Española de Anestesiología y reanimación 2005; 52: 413-420)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor coordinación con los servicios quirúrgicos en la preparación preoperatoria de pacientes bajo tratamiento antiagregante plaquetario con estos fármacos, unificando criterios y evitando aplazamientos de intervenciones. .
Control y seguimiento por parte de Hematología del paciente con tratamiento anticoagulante que es remitido desde nuestra consulta para proceder a una pauta sustitutiva del mismo a nivel ambulatorio previo a la operación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas: elaboración de una guía de manejo preoperatorio de estos fármacos.
Responsables: facultativos del Servicio de Anestesia y Reanimación que hacen la valoración preoperatoria en la Consulta Externa.
Procedimiento: cumplimiento del protocolo elaborado que ha sido consensuado y aceptado por los servicios quirúrgicos y de Hematología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para monitorizar el proyecto: cumplimiento del protocolo por los servicios implicados y validación en nuestra consulta como último requisito antes de la programación quirúrgica
Para monitorizar los resultados: comparar con el número de intervenciones aplazadas antes de la elaboración de este protocolo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 217

PAUTA PREOPERATORIA PARA PACIENTES BAJO TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE Y/O ANTICOAGULANTE EN QUIRURGIA PROGRAMADA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Esta guía está en vigor desde Octubre de 2010, se hará una valoración anual de los resultados y se actualizará según se aprueben nuevos fármacos que afecten al objetivo del estudio.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 472

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA MONITORIZAR LAS COMPLICACIONES DE LAS HISTERECTOMIAS Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JORGE CARLOS GARCIA ORTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARCO TERESA TERESA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA
· GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA
· GUARDIA LORENA DEL PILAR. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante los años 2009 y 2010, hemos monitorizado todas las histerectomias realizadas en el Servicio de ginecología del hospital de Barbastro, estudiando el tipo de cirugía que se realiza, las complicaciones de las intervenciones, la estancia media, etc.

La cirugía ginecológica programada mas frecuente en nuestro servicio es la histerectomía. Durante el año 2009 realizamos un total de 100 y 70 en el 2010 Hemos estudiado el tipo de histerectomías realizadas durante los dos años y observamos que de todas las realizadas en 2009, el 38,4% eran vaginales, el 54,7% abdominales, 5,8% asistidas por laparoscopia y 1 laparoscópica total. En 2010 ha aumentado el porcentaje de histerectomías vaginales en un 5,88% , han disminuido las abdominales un 10% y las asistidas por laparoscopia aumentaron en un 4.62%. A pesar de este incremento consideramos que las histerectomías por vía laparoscópica se realizar en un porcentaje pequeño. La monitorización de las complicaciones, durante los dos años del estudio, ha demostrado una disminución de las mismas del 11,72%. La Estancia Media Total ha disminuido en 0,63 días, a expensas de una disminución en las vaginales de 0.28 días y en las abdominales de 0,63. Paradójicamente, no hemos conseguido disminuir la Estancia Media en las histerectomías asistidas por laparoscopia, posiblemente por no disponer de vía clínica específica y utilizar los mismos criterios de alta que en los otros tipos de histerectomía o porque no tenemos buena curva de aprendizaje en esta cirugía.

Consideramos necesario seguir mejorando, tanto en la disminución global de complicaciones, como en conseguir un incremento de la cirugía laparoscópica y de la Estancia Media en este tipo de cirugía.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2010 se han realizado 70 histerectomias. 30 menos que en el año 2009.

HISTERECTOMIAS REALIZADAS	2009	2010
Total histerectomias	100	70
Vaginales	38,4%	44,28%
Abdominales	54,7%	44,28%
Laparoscópicas	6,8%	11,42%

COMPLICACIONES.

Durante el año 2010 se han producido, 2 hematomas en dos histerectomías vaginales y una dehiscencia de herida. No hemos tenido ninguna complicación intestinal y solamente en una paciente ha habido complicación urológica. En 3 pacientes ha sido necesario realizar transfusión (una abdominal, una vaginal y una laparoscópica).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

472

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA MONITORIZAR LAS COMPLICACIONES DE LAS HISTERECTOMIAS Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Herida Quirúrgica	10%	4,28%		
Intestinales	2,3%	0		
Urológicas	3,5%	1,4%		
Transfusiones	5,8%	4,28%		
Complicaciones totales	21.6%	9,88%	(-11.72%)	

ESTANCIA MÉDIA.

La Estancia Média de todas las histerectomías realizadas ha sido de 5,21 días.

En las vaginales ha sido de 4,90 días y en las abdominales de 5.67. En las histerectomías por laparoscopia la E.M ha sido de 5,25 días.

	2009	2010		
E.M Total	5.84	5,21	(-0.63 días)	
E.M.Vaginales	5,18	4,9	(-0,28 días)	
E.M.Abdominales	6,30	5,67	(-0,63 días)	
E.M.Laparoscópica	5,2	5,25		

Llama la atención que a pesar de haber disminuido las complicaciones en un 11,72%, la Estancia Media solo ha disminuido en 0.63 días. En las Histerectomias asistidas mantemos la misma estancia que el año 2009.

El total de Estancias evitadas son 44,1. Calculando la Estancia média en nuestro centro sobre unos 300€el presente Plan de Mejora supone un ahorro económico de unos 13.230€.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el número de complicaciones un 10%.
Disminuir la estancia media en las histerectomías laparoscópicas.
Incrementar en un 10% las histerectomías por laparoscopia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesión clínica con los facultativos del Servicio para revisión de los resultados y presentación del Plan.
Revisión de la vía clínica del servicio y seguimiento estricto de la misma.
Elaboración de una nueva vía clínica del Servicio para histerectomía laparoscópica.
Monitorización trimestral de las histerectomías realizadas y de las complicaciones.
Cumplimiento de los criterios de alta, reflejados en la vía clínica
Reevaluación de las indicaciones quirúrgicas por dos profesionales.
Presentación de todos los casos quirúrgicos en Sesión para valorar la indicación idónea.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Monitorizar las complicaciones.
Número de histerectomías.
Tipo de histerectomías realizadas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 472

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA MONITORIZAR LAS COMPLICACIONES DE LAS HISTERECTOMIAS Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Porcentaje de complicaciones.
Estancia media por procesos.
Objetivos 2011:
Disminuir la Estancia Media global un 10%.
Disminuir la E. M en la cirugía laparoscópica en un 20%.
Incrementar el número de histerectomías laparoscópicas en un 10

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2011. Presentación del Plan en el servicio.
Abril 2011 Elaboración de la vía Clínica de cirugía laparoscópica.
Junio 2011. Sesión Clínica. Revisión bibliográfica sobre complicaciones en cirugía ginecologica.
Noviembre 2011. Evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Asistencia curso formación laparoscopia 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

347

ELABORACION DE UNA GUIA DE ADMINISTRACION DE FARMACOS VIA PARENTERAL PARA EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO GASTON AÑÑOS

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- PUYELO BLECUA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- BUERA AGRAZ JAIME. INFORMATICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE INFORMATICA
- PALACIN SOPENA BEATRIZ. AUXILIAR ADMINISTRATIVA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- AGUAROD CAMPILLOS BLANCA. AUXILIAR ADMINISTRATIVA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- PLAZA GARANCHO MARIA JOSE. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- LISA MORCILLO CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de fármacos es una de las prácticas más habituales en un centro hospitalario y actualmente la administración de medicación vía parenteral ha sufrido un gran incremento (más procesos agudos, más número de fármacos de administración parenteral...).

Desde el Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro hemos detectado que una de las consultas más frecuentes recibidas es sobre la administración de fármacos vía parenteral (forma de preparación, vía, sueros compatibles, estabilidad...). De las consultas al Servicio de Farmacia registradas en 2010 aproximadamente 1/3 de las mismas estuvieron relacionadas con la administración parenteral de fármacos. (29 de 89).

Como respuesta a esta demanda de información se toma la iniciativa de elaborar una guía de administración de fármacos vía parenteral, que incluya todos los fármacos de nuestra guía farmacológica y que sea fácil y rápida de consultar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Proporcionar un instrumento de ayuda al personal sanitario para una correcta administración de los medicamentos vía parenteral, mediante la elaboración de una guía.

- Facilitar el acceso a dicha guía a través de su disponibilidad on-line, a través de la intranet del sector.
- Edición impresa de la citada guía.
- Estandarización de la administración parenteral de los fármacos en el centro, disminuyendo así el riesgo de que se produzcan errores en este proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Diseño de la hoja informativa. (presentación, forma de preparación, vías posibles de administración, sueros compatibles, estabilidad de las preparaciones...) - FARMACEÚTICOS + ADMINISTRATIVAS

- Revisión de la bibliografía disponible de todos los fármacos de administración parenteral incluidos en la guía de nuestro centro (excluyendo los que se preparan en campana en el Servicio de Farmacia). - FARMACÉUTICOS
- Elaborar la hoja informativa de cada uno de los fármacos.-FARMACEÚTICOS + ENFERMERA
- Colgar la guía de administración en la intranet con un contador de entradas. - INFORMÁTICO
- Editar la guía en formato papel.-ADMINISTRATIVAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Disminución del número de consultas al Servicio de Farmacia sobre administración de medicamentos (comparar con los datos que tengamos desde registro de consultas hasta el momento en que la difundamos).

- Número de entradas a la guía colgada en intranet (contador informático).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 347

ELABORACION DE UNA GUIA DE ADMINISTRACION DE FARMACOS VIA PARENTERAL PARA EL HOSPITAL DE BARBASTRO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 1 mayo-12 septiembre2011: revisión de los fármacos y diseño de la hoja informativa.
- 12 septiembre de 2011: colgar en intranet la guía.
- 1 octubre de 2011: difundir la impresa.
- 1 febrero de 2012 (comprobar los indicadores, número de consultas hasta el 12 de septiembre y desde el 12 de septiembre al 1 de febrero de 2012, y ver el número de entradas a la guía en intranet).
- febrero de 2012: resultados e informes.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· impresora de color	300 €
· cartuchos	100 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 520

1. TÍTULO

ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JAVIER GONZALEZ CORTIJO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- PRADOS CHICA JOSE JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- LOPEZ GONZALEZ ISABEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- GRAU SALAMERO LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- LISA LOPEZ VICTORIA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las paradas cardiacas (PCR) representan un problema importante dentro del sistema sanitario no sólo a nivel del ámbito sanitario sino también a nivel económico y social. Según fuentes consultadas se estima que entre un 0.4 -2 % de ingresados precisan técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP). Se estima que 1 de cada 6 pacientes sobrevivirá. Sin embargo existe la evidencia de que puede reducirse la mortalidad y secuelas de la PCR si se mejora la respuesta asistencial. Para ello proponemos optimizar la atención al paro mejorando el sistema de alerta , iniciando precozmente la RCP básica y continuando rápidamente la RCP avanzada y con los cuidados postresucitación. La recogida ordenada de los datos permitirá aplicar medidas de mejora futuras.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Estandarizar el circuito de aviso a la PCR con un teléfono directo y que este número sea conocido por todo el personal del hospital.
-Conseguir que el contenido de los carros de parada sea igual en todo el hospital tanto en contenido como en distribución. Se propondrá una sistemática de revisiones con reciclaje del material y la medicación utilizada y posteriormente se precintará y se anotará en un libro de registro.
-Implicar al personal de enfermería y auxiliares en el inicio de la RCP precoz fomentando la formación y la realización de simulacros.
-Creación de un formulario de atención a la PCR siguiendo el modelo Utstein donde se recojan los datos demográficos del enfermo, datos concernientes a la parada, datos pronósticos .Con esto valoraremos el impacto de las iniciativas propuestas y elaborar proyectos de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Circuito de aviso a la PCR: asignaremos una extensión telefónica directa para avisar en caso de PCR. Se marcará la extensión 29365 (control de uci) indicándose el lugar donde se está produciendo la parada, cerciorándose de que el mensaje se ha recibido claramente .El personal auxiliar de la uci se encargará de avisar al equipo de atención al paro (intensivista , anestesista , urgencias , médico de planta).El buscapersonas nº 45 podrá utilizarse excepcionalmente en caso de no lograr una conexión telefónica directa.Se distribuirán unos logotipos plastificados por todos los controles de enfermería indicando la vía correcta de activación de la alarma por PCR.
- Normalización de los carros de paros.Se revisarán todos los carros de paros confirmándose que existe toda la medicación y el material fungible.Se emitirá un listado para anotar semanalmente las revisiones y tras cada parada. Se precintará tras cada revisión y firmará el responsable. Los registros obtenidos durante el proceso de calidad serán recogidos y analizados estadísticamente por las enfermeras participantes en el plan de calidad.
- Implicar al personal de enfermería y auxiliar en la atención al paro.
Realizaremos talleres prácticos de RCP cada trimestre con ejercicio de megacode al final del mismo Los cursos serán voluntarios y de duración máxima de 3 horas. esta actividad será impartida por los medicos del equipo de mejora.
-Creación de un formulario en el que registremos los datos de las PCR .Se seguirá el modelo Utstein recogiendo datos epidemiológicos , tipo de parada ,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 520

ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

tiempos de respuesta , supervivencia y secuelas.Existirá un formulario en cada carro de paros y será repuesto tras cada uso.La recogida de los datos será tarea de las enfermeras del equipo de mejora y los datos obtenidos se analizarán en conjunto por todos los miembros del equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Evaluar la rapidez del sistema de activación, mediante tasa :
Pacientes que reciben RCP precoz (< 4 minutos) por enfermería/ total de enfermos que recibe RCP x 100.
Objetivo > 60 %.

-Evaluar la coordinación entre sistema RCP básica con RCP avanzada mediante tasa:

Pacientes que reciben RCP avanzada (Adrenalina o desfibrilación) en menos de 8 minutos / total de enfermos que reciben RCP x 100.
Objetivo > 60%.

-Evaluar grado de cumplimiento en el registro de los formularios de paradas:
Número de paros en los que se rellena el formulario de registro / total de paros activados x 100
Objetivo > 70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración desde el 1 de Abril de 2011 hasta 1 Abril del 2012.

Elaboración de logotipos de alerta al paro y formularios de recogida de datos: Abril y Mayo.
Talleres de RCP y megacode: Junio Septiembre, Diciembre, Marzo.
Revisiones carros de paradas: Abril y Mayo.
Recogida de hojas de registro de carros e inclusión en base de datos: Trimestral.
Recogida de formularios de registro de paros e inclusión en base de datos: Trimestral

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PLASTIFICADORA Y MATERIAL	100 €
· CARTUCHO IMPRESORA COLOR	100 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

220

MEJORA DEL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECIALES DURANTE SU INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.).

2. RESPONSABLE CARLOS GONZALEZ IGLESIAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ CORTIJO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- LOPEZ GONZALEZ ISABEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- MARTINEZ TRIVEZ PILAR. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- SANAGUSTIN GARCES CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- OTTO NOGUERO PAZ. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- GARCES CAMPO BEGOÑA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Un gran numero de los pacientes que ingresan en la UCI, bien sea por su patología previa, por la enfermedad actual o por ambas, llegan a la unidad con una situación nutricional basal deficitaria. Si a ello añadimos que la situación de estrés que soportan (patología actual), el uso de medicaciones especiales, el encamamiento y la dificultad para el aporte de nutrientes, suponen un consumo aumentado (a veces superior al aportado) nos encontramos ante una situación de difícil manejo.

La detección precoz y la puesta en marcha de medidas correctoras del déficit nutricional de forma rápida pueden ayudar a la recuperación de los pacientes y disminuir y contribuir a minimizar el numero de complicaciones (ulceras de decúbito, infecciones...)

Como métodos de detección del problema disponemos del peso, talla e índice de masa corporal y parámetros analíticos relacionados con la situación nutricional.

La situación de partida actual es, en un numero importante de casos, iniciar el aporte de nutrición sin tener un control de la situación basal al ingreso por lo que es difícil comparar la evolución y la eficacia de la medida. Puede ser debido a la falta de experiencia, descoordinación personal médico-enfermería y desconocimiento de fórmulas y programas informáticos para el control nutricional.

Las fuentes de información a utilizar fundamentalmente son las guías y protocolos sobre temas nutricionales realizados por la sociedad española de cuidados intensivos (SEMICYUC) y por la sociedad española de nutrición enteral y parenteral (SENPE).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Adquirir conciencia por parte de todo el personal de la unidad de que la nutrición forma parte del tratamiento de los pacientes.

- Conseguir que la mayor parte de los pacientes con requerimientos nutricionales especiales tenga introducido algún tipo de nutrición antes de las 72 horas desde el momento de ingreso en nuestra unidad.
- Unificar criterios a la hora de solicitar analíticas relacionadas con el problema, en la recogida de muestras y de pautar las nutriciones correspondientes según la situación del paciente y los resultados obtenidos.
- Hacer un seguimiento de la evolución nutricional una vez instauradas las medidas e plantear modificaciones según los resultados
- Control de las glicemias lo más correcto posible como mejora del pronóstico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de Protocolo de Nutrición artificial y de control de glicemias de la unidad de cuidados intensivos.

- Unificar la analítica específica para el control nutricional y los días fijos en los que se realizará de forma rutinaria (no urgente) de la misma. Los resultados conllevan ajuste de la nutrición para los próximos días.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

220

MEJORA DEL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECIALES DURANTE SU INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.).

- Utilización de un programa informático que calcule el déficit nutricional con relación a las analíticas de los pacientes y a los aportes realizados y que ayude a los profesionales médicos en la selección de la nutrición más apropiada para cada paciente.
- Hojas de registros y recogidas de datos que permitan el seguimiento de los pacientes y a posteriori puedan ser usadas para obtener resultados a utilizar en congresos, publicaciones...

ACTIVIDADES:

1.- Diseño del Plan de Mejora Nutricional y formación del grupo encargado de ello.
Responsable: Responsables de Calidad y Nutrición del Servicio.

2.- Búsqueda y revisión de la Bibliografía relacionada con el tema.
3.- Diseño y realización de Protocolos: Nutrición y Control de Glicemias.
Estandarización de analíticas y recogida de muestras.
Realización de las hojas de recogidas de Datos.
Responsable: Grupo formado: médicos, enfermerías, auxiliares.

4.- Aprendizaje y manejo del Programa Informático de Diagnostico y Control Nutricional, mediante sesiones teórico prácticas y simulación de resultados.
Responsable: Responsable de Nutrición y Personal Médico.

5.- Difusión de los Protocolos realizados mediante sesiones informativas y guías de bolsillo de fácil acceso y comprensión.
Responsable: Grupo encargado de su elaboración: médicos, enfermerías, auxiliares.

6.- Puesta en marcha y aplicación del Plan de Mejora nutricional.
Responsable: Todo el personal del Servicio.

7.- Recogida de Datos: de los pacientes que ingresan desde el momento del ingreso hasta el alta aunque se hayan suspendido los requerimientos nutricionales especiales por mejoría.
Responsable: miembros del grupo de mejora de calidad: medicos, enfermerías.

8.- Chequing del proceso: revisión de la implantación y resultados iniciales. Con los mismos valorar modificaciones o recordatorios de los protocolos y la sistemática a realizar.
Responsables: Responsables de Calidad y Nutrición del Servicio y grupo de mejora.

9.- Evaluación de los datos recogidos, comparación con los estándares recogidos en la literatura y realización de los Informes correspondientes.
Responsable: Responsable de Nutrición y grupo del proyecto de mejora.

10.- Difusión de los resultados al personal del servicio, a los responsables de Calidad del centro y a la Dirección del centro.
Responsable: Responsables de Calidad y Nutrición del Servicio, Jefe de Servicio y supervisora de enfermería.

11.- Continuación del Plan Nutricional del Servicio: Propuestas de mejora (modificando el % de objetivos de resultados).
Presentación del trabajo y los resultados en Congresos y o publicaciones.
Responsables de Calidad y Nutrición del Servicio. Grupo del plan de mejora de calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. OBJETIVO 1:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

220

MEJORA DEL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECIALES DURANTE SU INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.).

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI.

INDICADORES: N° de pacientes con valoración del estado nutricional en < 72 h / N° pacientes que precisan nutriciones especiales ingresados en la UCI x 100.

Índice actual: ND

Objetivo 2011: 80%

OBJETIVO 2:

CONOCER LOS REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES. INDICADORES: N° de pacientes con Cálculo de requerimientos nutricionales / N° pacientes que precisan nutriciones especiales ingresados en la UCI x 100

Índice actual: ND

Objetivo 2011: 85%

OBJETIVO 3:

NUTRICIÓN PRECOZ DE LOS PACIENTES

INDICADORES N° de pacientes con algún tipo de nutrición introducida en < 48 h del ingreso / N° pacientes que precisan nutriciones especiales ingresados en la UCI x 100

Índice actual: ND

Objetivo 2011: 85%

Formas de monitorización de los Indicadores descritos:

Indicador 1:

- Hojas de Registro de Parámetros relacionados con el estado nutricional de los pacientes en las gráficas diarias de enfermería: peso, talla.
- Seguimiento de las analíticas específicas de control nutricional solicitadas y realizadas en los pacientes.

Indicador 2:

- Revisión de los pacientes introducidos en el Programa informático de Nutrición.
- Registros realizados en las hojas de recogidas de datos sobre la aplicación de Fórmulas para el cálculo de requerimientos nutricionales.

Indicador 3:

- Anotaciones en las Gráficas de Enfermería del tipo y el momento de inicio de una nutrición y sobre su tolerancia.
- Detección en las órdenes de tratamiento médico del momento en el que se pauta la introducción de algún tipo de nutrición.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Diseño del Plan de Mejora Nutricional y formación del grupo encargado de ello: ABRIL 2011

2.- Búsqueda y revisión de la Bibliografía relacionada con el tema: MAYO 2011

3.- Diseño y realización de Protocolos: Nutrición y Control de Glicemias.

Realización de las hojas de recogidas de Datos: MAYO-JUNIO 2011.

4.- Aprendizaje y manejo del Programa Informático de Diagnóstico y Control Nutricional: MAYO 2011

5.- Difusión de los Protocolos realizados: JUNIO 2011

6.- Puesta en marcha y aplicación del Plan de Mejora nutricional: DE JULIO A DICIEMBRE DE 2011.

7.- Recogida de Datos: DE JUNIO A JULIO DE 2011.

8.- Chequeo del proceso: revisión de la implantación y resultados iniciales: SEPTIEMBRE 2011.

9.- Evaluación de los datos recogidos y realización de Informes: ENERO Y FEBRERO 2012

10.- Difusión de los resultados al personal del servicio y a la Dirección del centro: FEBRERO 2012

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 220

MEJORA DEL CONTROL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES ESPECIALES DURANTE SU INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.).

11.- Continuación del Plan Nutricional del Servicio: Propuestas de mejora (modificando el % de objetivos de resultados).
Presentación del trabajo y los resultados en Congresos y o publicaciones: MARZO 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *IMPRESORA A COLOR Y CARTUCHOS DE COLOR PARA LA MISMA: para la	450 €
Total	450 €

11. OBSERVACIONES. DADO QUE SE TRATA DE UN TEMA SOBRE EL QUE CONTINUAMENTE SE VAN REALIZANDO ESTUDIOS A NIVEL MUNDIAL QUE EN OCASIONES CONLLEVAN CAMBIOS IMPORTANTES, ESTE PROYECTO ESTÁ SUPEDITADO A POSIBLES MODIFICACIONES SI CON ELLO SE ENTIENDE UNA MEJORA EN LA PLANIFICACIÓN, DISEÑO, DESARROLLO O RESULTADOS DEL MISMO.

*IMPRESORA A COLOR Y CARTUCHOS DE COLOR PARA LA MISMA: para la realización y distribución de guias de bolsillo de acceso rápido.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 132

1. TÍTULO

CONTROL Y MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, IMPLEMENTADO EN 2010

2. RESPONSABLE LORENA DEL PILAR GUARDIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ROJAS EZQUERRA BEATRIZ. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - TABUENCA VICENS CRISTINA. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - NOGUES TOMAS JAVIER. GINECOLOGO. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - ARRIBAS MARCO TERESA. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - LAS HERAS ANA JULIA GARCIA. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 - NOGUES GARCIA ITZIAR. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La CMA es uno de los adelantos médicos y sociales más importantes de los últimos años, de forma que está suponiendo un cambio revolucionario en la prestación de la asistencia especializada a los pacientes. El motivo del interés del desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria es múltiple: Ofrecer a las pacientes tributarias de estos programas, la técnica menos agresiva y que menos trastornos sociales y laborales les produzca. Disminuir la morbimortalidad y los riesgos derivados de la hospitalización. Disminuir las repercusiones sociales motivadas por el ingreso hospitalario. Disminuir las listas de espera quirúrgicas. Uso eficiente de los recursos, intentando racionalizar el costo y el gasto sanitario.

En el Servicio de ginecología del Hospital de Barbastro se realizaron durante el año 2010, 379 cirugías programadas, de las cuales el 16,88% fueron de forma ambulatoria. Se cuatuplicaron en el 2009 las intervenciones ambulatorias con respecto al 2008, pero por diferentes problemas organizativos tanto del servicio como de los quirófanos en el 2010 no vemos un aumento de estas intervenciones.

Estos datos, muestran que es necesario mejorar y reforzar el funcionamiento y los resultados del programa de cirugía mayor ambulatoria. Asi como también sumar procedimientos a esta forma de trabajo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS:

Impacto hospitalario del plan de Mejora de Calidad:

En el año 2008 se realizaron solo un 4,9% de cirugías ambulatorias contra un 17,4% logrado con el plan de mejora en el 2009. En el 2010 este porcentaje se mantiene casi estable, con una leve disminución.

	2008	2009	2010		
CIRUGIAS PROGRAMADAS			343	385	379
CMA	17	67	64		
% CMA	4,9%		17,4%	16,88%	

En 2010 el programa de CMA del servicio sufrió varias contingencias; por problemas tanto organizativos de quirófano (falta de disponibilidad de quirófanos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

132

CONTROL Y MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, IMPLEMENTADO EN 2010

para cirugías programadas, dificultad en la integración de las cesáreas en los partes de ginecología y reducción de la plantilla de ginecólogos temporalmente; por situaciones que se prolongaron en el tiempo tales como oposiciones y bajas dentro de la plantilla), lo que derivó en detrimento de la velocidad de crecimiento de dicho proyecto.

En los quirófanos destinados a la CMA, se programaron 70 intervenciones; de las cuales excluimos: 2 cesáreas programadas (que ocuparon sitio en dicho quirófano), 4 procedimientos de HSK (2 quirúrgica y 2 diagnóstica), que fueron realizados en estos partes de quirófano pero que las pacientes permanecieron ingresadas ya que por patologías previas no cumplían con los requisitos pautados para la cirugía ambulatoria.

De los 64 procedimientos programados, solo fue suspendido 1 procedimiento, lo cual se debió a problemas de comunicación con la paciente (no hablaba mucho español y no tenía acompañantes que lo hicieran), por lo que no comprendió que debía asistir en ayunas.

En este aspecto se evidencia una franca mejoría del programa con respecto al año anterior.

	2009		2010	
PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS		67		64
PROCEDIMIENTOS SUSPENDIDOS	4 (5,9%)			1(1,5%)
INTERVENCIONES REALIZADAS	74			103

Se intervinieron 63 pacientes, muchas intervenciones contaron con mas de un procedimiento en el mismo acto quirúrgico: polipectomía mas legrado biopsico o bien Histeroscopia mas biopsias vulvares, miomectomías por histeroscopia (en total 10). También hubo un aumento de procedimientos menores diferentes a histeroscopia; como: extracción de DIU; extracción de implantes anticonceptivos (IMPLANON); reconstrucción de episiorrafia; resección de brida vaginal.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	103
BIOPSIAS VULVARES	2
HSK QUIRÚRGICA	25
HSK DIAGNÓSTICA	21
EXERESIS TUMORES VULVARES	6
POLIPECTOMIAS CERVICALES	3
PROCEDIMIENTOS MULTIPLES	10
OTROS	6

Impacto económico del plan de Mejora de Calidad:

Durante el año 2008, las pacientes que se programaban para procedimientos como histeroscopias y biopsias; ingresaban el día anterior, lo que suponía dos estancias por paciente. Por lo que en el año 2009 se evitaron 106 estancias.

Calculando la EM en el hospital de Barbastro de 290,08 €, se ha ahorrado el hospital: 30748 €.

Durante el año 2010 se evitaron 103 estancias ahorrándose el hospital de Barbastro aproximadamente la misma cantidad de dinero en estadias hospitalarias.

De las 63 mujeres que fueron atendidas en la CMA tuvieron que ser ingresadas 4 (2,52%).

	2009		2010
PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS		67	63
INTERVENCIONES REALIZADAS	74		103

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 132

1. TÍTULO

CONTROL Y MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO, IMPLEMENTADO EN 2010

INGRESOS	2 (2,7%)	4 (2,52%)	
COMPLICACIONES SIN INGRESO		4 (5,4%)	0

No se constataron complicaciones como desgarros cervicales o lesiones vulgares. Los ingresos se debieron:

- 2 ingresos por sospecha de perforación uterina (que debieron recibir tratamiento antibiótico profiláctico) pero que fueron dadas de alta sin mas complicaciones.
- 1 ingreso por fiebre > 39 °C sin foco aparente que recibió tratamiento antibiótico y alta sin complicaciones.
- 1 ingreso por intolerancia a anestesia (que había sido general en su caso).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Aumentar la Cirugía Mayor Ambulatoria hasta un 20% del total de la cirugía del Servicio. Priorizando este sistema de quirófano sobre la internación en determinados procedimientos.

- ? Monitorizar los Procesos realizados por CMA.
- ? Realizar informe de alta en todas las historias Clínicas.
- ? Aumentar la satisfacción de las usuarias y familiares evitando hospitalizaciones innecesarias.
- ? Afianzar y remarcar los criterios de inclusión y exclusión de las pacientes en este tipo de cirugías para disminuir la tasa de fracaso, complicaciones e internaciones.
- ? Incorporar nuevos procedimiento quirúrgicos que por su complejidad y recuperación permitan ser incluidos en este sistema.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ? Coordinación con el Servicio de Anestesia para la correcta elección de las pacientes.

- ? Aplicación de forma estricta del protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria del Servicio.
- ? Adquisición de material quirúrgico adecuado.
- ? Motivación e implicación de los profesionales del Servicio .
- ? Establecer un programa de Evaluación y Control de la actividad.
- ? Minimizar los fallos en las indicaciones quirúrgicas ambulatorias, y potenciar el correcto funcionamiento de la dinámica ambulatoria desde la consulta hasta el servicio de reanimación.
- ? Incorporar otros procedimientos a este sistema ambulatorio, como conizaciones cervicales; ligadura tubárica por laparoscopia, colocación de mallas para incontinencia en pacientes seleccionadas, etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. + porcentaje de intervenciones por CMA vs internaciones.

- porcentaje de complicaciones sobre el total de intervenciones.
- porcentaje de mujeres intervenidas , tecnicas realizadas, co

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. abril, incorporación de nuevos procedimientos al programa.

abril reunión informativa de los servicios de ginecología, anestesia y unidad de cuidados postoperatorios para definir condiciones de las nuevas intervenciones. noviembre evaluación de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· cursos de formación en histeroscopia y laparoscopia	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 604

IMPLANTACION Y CONTROL DE SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO PARA PREPARACION PREOPERATORIA EN PACIENTES QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO HIJAZO CONEJOS
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. UROLOGÍA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ELIZALDE BENITO ANGEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UROLOGIA
- CRESPO MAYOR VICENTE. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UROLOGIA
- VALLANO ENRIQUE JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UROLOGIA
- ALONSO AYERBE LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos meses se ha incrementado el número y la complejidad de las intervenciones quirúrgicas del Servicio de Urología de Barbastro (cistectomía radical, laparoscopia, cirugía percutánea renal, cirugía endoscópica ureteral...etc.). Así mismo, la reciente inauguración de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital conlleva la posibilidad y responsabilidad de intervenir en el propio centro pacientes con comorbilidad por patologías asociadas, que antes no era posible realizar por carecer de estos medios tan sobresalientes. Por último, destacar así mismo, que recientemente se ha comenzado a intervenir pacientes de nuestra lista de espera en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

De todo lo expuesto anteriormente se deducirá que cada vez sea más importante una estricta preparación preoperatoria de nuestros pacientes quirúrgicos, procurando que la intervención y el postoperatorio inmediato transcurran con el máximo de garantías posible.

Varias son las complicaciones que descenderán en frecuencia con la aplicación del protocolo adecuado, prestando especial atención a la infección de herida quirúrgica.

Al menos un tercio de las infecciones nosocomiales registradas en 2009 en USA se debieron a infecciones de herida quirúrgica, observando un incremento de la incidencia de manera exponencial, al aumentar la complejidad de la cirugía y la existencia de patología médico quirúrgica concomitante en los pacientes a estudio. (Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 2009. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee .Alicia J. Mangram, MD et cols. INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY, Abril 2009

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad no existe un protocolo específico para la preparación del paciente quirúrgico de urología en nuestro Hospital.

Los pacientes siguen una preparación muy similar, pero con ciertas variaciones en función de cuantos días de ingreso anteceden a la cirugía, la planta de hospitalización en la que ingresan e incluso si el procedimiento se lleva a cabo bajo un régimen de cirugía sin ingreso.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º-Unificar preparación preoperatoria del paciente quirúrgico urológico.
2º- Realizar un protocolo individualizado por proceso quirúrgico para los pacientes a intervenir por el Servicio de Urología.
2º-Disminuir el índice de infección de herida quirúrgica.
3º-Mejorar los resultados globales del proceso completo ingreso-cirugía-alta hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión de los miembros del equipo para unificar criterios. Responsable Angel Elizalde.

Realizar Protocolo de preparación preoperatoria individualizado por proceso. Responsable: J. Ignacio Hijazo.

Presentación del protocolo y adiestramiento del personal implicado en el mismo. Responsable: J. Ignacio Hijazo y Angel Elizalde

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 604

IMPLANTACION Y CONTROL DE SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO PARA PREPARACION PREOPERATORIA EN PACIENTES QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Monitorizar el cumplimiento del protocolo en las historias clínicas aleatorizadas: Responsable: Vicente Crespo.

Análisis de resultados: Responsable Dr. Vallano.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Porcentaje de pacientes con protocolo de preparación completado.

-Incidencia de infección de herida quirúrgica.

-Incidencia de episodios adversos acontecidos por déficit en la preparación preoperatoria (administración correcta de medicación domiciliaria, niveles correctos de glucemia perioperatoria...etc.)

-Estancia media hospitalaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011. Reunión del Equipo de trabajo (facultativos-enfermería).

Mayo 2011. Elaboración del Protocolo y puesta en conocimiento del personal implicado (enfermería de planta y bloque quirúrgico).

Octubre-Noviembre 2011. Monitorización de cumplimiento (revisión aleatoria de historias clínicas).

Diciembre 2011: Evaluación de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Seminarios en Hospital y Centros de Atención Primaria por el	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. *Seminarios en Hospital y Centros de Atención Primaria por el personal incluido en el proyecto.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 621

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA A COCAINA Y OTROS ESTIMULANTES (UASA SECTOR BARBASTRO).

2. RESPONSABLE MARTA PILAR JIMENEZ CORTES

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. UASA MONZON
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERNANDEZ PARICIO JAZMINA. TRABAJO SOCIAL. UASA MONZON-AYUNTAMIENTO DE MONZON. UASA MONZON
- GARCIA GILART RAQUEL. PSICOLOGIA. UASA MONZON-AYUNTAMIENTO DE MONZON. UASA MONZON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2009 se creó una Unidad de Atención y Seguimiento a las adicciones (UASA) en el Sector de Barbastro. La necesidad de la existencia de esta Unidad partía de la alta prevalencia de consumo de tóxicos en el sector, de los cuales un número elevado acudían y continúan acudiendo en la actualidad a la UASA de Huesca, o realizan el seguimiento en centros asistenciales de otras provincias (Lérida). La propuesta de la Unidad era agrupar toda la asistencia del sector en un solo centro de referencia, de manera que aquellos pacientes que ya acuden a otros centros sean derivados al nuestro, al mismo tiempo, fomentar la necesidad asistencial en todos aquellos casos no diagnosticados o sin seguimiento reglado.

1. Justificación de la creación de un programa socioterapéutico grupal de familiares
Desde la UASA se atienden las drogodependencias bajo un enfoque biopsicosocial, a nivel individual, grupal y familiar; para ello el trabajo es realizado por un equipo interdisciplinar interviniendo en las áreas sanitaria, psicológica y social.

Dentro del tratamiento de las drogodependencias, la familia juega un papel fundamental a lo largo del proceso de de rehabilitación, ya que este problema no afecta únicamente al paciente identificado, sino que repercute en el funcionamiento del resto del grupo familiar. Es por ello, que consideramos fundamental, siempre que sea posible, llevar a cabo un abordaje familiar desde el inicio del tratamiento.

En nuestra experiencia de atención a drogodependientes y a sus familiares observamos que algunas de las características más habituales del grupo familiar cuando acuden al Servicio son:

- Amenazas y chantajes en la convivencia
- Ambivalencia entre el sentimiento de culpabilidad, o por el contrario, se deposita en "otros" la aparición y la solución del problema
- Imposibilidad de reflexión y resolución de dificultades, sobre la situación en la que se encuentran, ante el bloqueo producido por la angustia y las tensiones.
- Falta de normas y límites claramente establecidos en la dinámica familiar.
- Problemas de comunicación ente los distintos miembros del grupo familiar (siendo generalmente inexistente o distorsionada)
- Aislamiento de su entorno socio-relacional.
- Tendencia a esconder el problema.
- Principalmente es la madre la que busca ayuda y se responsabiliza, en un principio, del tratamiento.

Teniendo en cuenta todas estas posible situaciones, se considera que la intervención con la familia es fundamental para conseguir los cambios necesarios en el grupo familiar, y a su vez en el paciente identificado, siendo los objetivos generales de la intervención grupal con la familia los siguientes:

- a) Contribuir a que la familia comprenda su papel a lo largo del proceso de tratamiento y encuentre el modo adecuado de participar de forma activa en el mismo
- b) Crear un espacio propio para los familiares del drogodependiente, en el que pueda expresar sus sentimientos e inquietudes de forma que consigan un mejor funcionamiento familiar.

La elección de la intervención grupal es porque ayuda más facilmente a avanzar en los proceso de cambio. En el trabajo grupal a través de una metodología

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

621

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA A COCAINA Y OTROS ESTIMULANTES (UASA SECTOR BARBASTRO).

activa y participativa se puede aprender o consilidar habilidades cognitivas, emocionales y sociales efectivas para tomar conciencia y realizar los cambios necesarios tanto a nivel personal como familiar y del entorno.
El grupo es una herramienta poderosa, ya que al tener sus miembros intereses y necesidades comunes se facilita la identificación y la expresión de sentimientos que han estado retenidos y esto les produce dolor. El grupo es un entorno protegido en el que la persona se hace consciente de riesgos que entrañan distintas actitudes, comportamientos o valores que antes no contemplaba, favorece la intención de cambio y si se decide cambiar, lo hace con mayor facilidad, siendo estos cambios más perdurables en el tiempo.
El programa grupal se coordinará con la terapia individual, el tratamiento psicofarmacológico y la atención psicosocial.

Bibilografía:

- Fernandez Olazabal P, Louro Bernal I, Hernández Mandado P,: Elaboración de una estrategia educativa para la familia del alcohólico. Rev Cubana Med Gen Integr 1,997; 13 (4): 330-339
- Servicio Extremeño de Salud: Protocolo de Atención a Familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas. PIDCA 2008-2012
- Martínez Gonzales JM, Molina Molina B, Ruiz Martínez M, Torres Sanchez A,: La familia en el tratamiento del drogodependiente. Diputación de Granada, 2000
- Colli Alonso, M; Prendes Varela, M. Terapia de grupo en alcoholismo: un modelo ambulatorio para su abordaje. LiberAddictus
- Calvo Botella E: Redes de apoyo para la intervección social: la familia. Salud y Drogas 2007; vol 7, nº1, PP 45-56
- Garcia Natal R, Sebastián Estebanz P: Experiencia grupal con familiares de drogodependientes en tratamiento. Cuadernos de Trabajo Social 1995; nº8, pp 161-167
- Campo García B, Snachez Fumanal A: Grupos socioterapéuticos de cuidadores para la mejora de la calidad de vida familiar . Mosaico 2008; nº 40, pp 37-43

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Creación de un Programa Socioterapéutico de intervención grupal con familiares de dependientes a cocaínay otros estimulantes

- ? Crear un espacio terapéutico propio para familiares
- ? Cumplimiento del programa grupal por parte de los asistentes de un 75% de las sesiones
- ? Proporcionar a la familia un mejor conocimiento del fenómeno de las drogodependencias y los aspectos relacionados con ellas.
- ? Resaltar la importancia que tiene la familia, motivándola para que se implique a lo largo del proceso de tratamiento.
- ? Aprender y poner en practica aquellas pautas de comunicación más adecuadas que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar
- ? Proporcionar a la familia pautas y habilidades necesarias para que su actuación sea operativa frente al problema.
- ? Lograr que las familias no vivan el problema de la adicción como algo único y exclusivamente suyo
- ? Ayudarles a que modifiquen los esquemas relacionales que puedan estar favoreciendo el mantenimiento de la conducta adictiva
- ? Restablecer los roles dentro de la jerarquía familiar y buscar una línea de actuación común ante el problema
- ? Potenciar el apoyo mutuo entre los miembros del grupo familiar frente al problema individual.
- ? Fomentar que los miembros del grupo familiar participen en su entrono socio-relacional, contando con los recursos de la comunidad.
- ? Favorecer el intercambio de experiencias y soluciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Criterios de inclusión en el grupo:

- Mayores de 18 años
- Familiares que convivan o mantengan una relación directa con pacientes de trastorno por dependencia a cocaína u otros estimulantes
- Que el paciente esté en rehabilitación en la UASA y cumpla criterios de trastorno por dependencia a cocaína u otros estimulantes
- Firmará un consentimiento informado con las normas del grupo correspondiente

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

621

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA A COCAINA Y OTROS ESTIMULANTES (UASA SECTOR BARBASTRO).

Estructura de los grupos:

- Grupos cerrados
- Heterogéneos (diferencias por edades, sexo...)
- Máximo 12 participantes por grupo
- Participación en cada grupo de un terapeuta y un coterapeuta
- Sesiones programadas: de entre 8 a 10, con una frecuencia semanal
- La asistencia será reforzada por los terapeutas y por el propio grupo,
- Contenido de las sesiones adecuado a cada tipo de dependencia, incluyendo contenidos tales como:
 - a. Aporte de información relevante
 - b. Conceptualización del proceso adictivo
 - c. Colaboración terapéutica vs. "anti-terapéutica"
 - d. La comunicación en el ámbito familiar
 - e. Pautas, normas y límites en la convivencia familiar
 - f. Organización familiar
 - g. Expresión de emociones
 - h. Conductas que pueden indicar riesgo de recaída
 - i. Relajación

Se seleccionarán los participantes para cada grupo. Para ello, en base a la teoría y a la experiencia clínica, se considera importante centrarse en cuatro aspectos fundamentales:

- Grado de conocimiento de la dependencia
- Impacto de la misma en la familia
- Relaciones familiares
- Potencialidades de la familia

Utilizando las siguientes escalas y cuestionarios:

- Cuestionario de Salud General de Goldberg
- Cuestionario sobre el funcionamiento familiar (FF-SIL)
- Cuestionario Familiar (FQ)
- Cuestionario de evaluación de la comunicación familiar (CA-M/CA-P)
- Escala de percepción de la función . Cuestionario familiar (APGAR)
- Entrevista semi-estructurada para la familia del adicto diseñada para esta finalidad por el equipo profesional de la UASA.

Se citará a cada familia de forma individual para aportarle la información necesaria, firmar el consentimiento informado y completar las escalas y cuestionarios indicados.

Una vez finalizado el periodo de sesiones, se volverá a citar individualmente a cada participante, se valorará la situación clínica y se rellenarán los tests con el objetivo de valorar los cambios:

- Una vez finalizado la terapia grupal

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 621

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA A COCAINA Y OTROS ESTIMULANTES (UASA SECTOR BARBASTRO).

- A los 6 meses de haber finalizado la terapia
- Al año de haber finalizado la terapia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de evaluación:

- número de familias que comienzan el programa
- número de familias que finalizan el programa
- número de sesiones grupales y asistencia

Evaluación:

- a) Creación de un programa grupal socioterapéutico con familiares de diagnosticados de trastorno por dependencia a cocaína u otros estimulantes
- b) Implementación de un programa de grupal socioterapéutico en familiares de pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia a cocaína y otros estimulantes .
- c) Medición de la comunicación familiar (cuestionario CA-M/ CA-P)
- d) Medición de la funcionalidad de la familia (APGAR y FF-SIL)
- e) Cambio en los roles familiares

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Enero- Abril 2011: Búsqueda bibliográfica, estructura de las sesiones, asignación de sesiones.

- Mayo- Julio 2011: Diseño de las sesiones, cuestionarios, etc.
- Agosto-Septiembre 2.011: Inclusión de participantes y realización de consultas individuales por cada uno de los mismos para realización de tests pre-grupo.
- Octubre- Diciembre 2011: Sesiones grupales
- Fin de sesiones: realización de re-test
- Junio 2012 (6 meses): revaloración de los participantes y re-test
- Diciembre 2012 (1 año): revaloración de los participantes y re-test
- Una vez finalizados los primeros grupos, se iniciará el proceso con otros dos grupos socioterapeuticos para familiares de pacientes de alcohol y cocaína (Febrero 2012- Abril 2012)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1	6 posters para su difusión en comunidades científicas	300 €
· 2	Fotocopias de las escalas (test y retest	100 €
· 3	Ordenador portatil	700 €
	Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 007

MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE HISTORIAS CLINICAS EN REHABILITACION CON EL DIAGNOSTICO DE LUMBALGIA Y/O LUMBOCIATALGIA

2. RESPONSABLE JORGE LABAD ARAMBURU
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CASAS LAZARO JOAQUINA. MEDICO/A. HOSPITAL DE BARBASTRO. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Realizar una buena historia clínica es la base para enfocar correctamente cualquier problema médico. Ésto es especialmente importante en las lumbalgias. Sin embargo es aún relativamente escasa la bibliografía que trata este aspecto. Sistematizar la historia clínica es un elemento básico para recoger datos fundamentales que nos permitan orientar el cuadro clínico. Máxime en las lumbalgias que nos permitirán descartar aquellas causas graves de lumbalgia.

Los objetivos de la historia clínica de un paciente con dolor lumbar serían:

1. Realizar una aproximación diagnóstica y descartar una patología potencialmente grave.
2. Conocer el pronóstico y la probabilidad que tenemos de aplicar un tratamiento eficaz.
3. Decidir si hay que solicitar alguna prueba complementaria
4. Definir el plan de tratamiento.

5. Ser la base para establecer una buena relación médico paciente.

Por todo é ello creo que es fundamental la necesidad de protocolizar la historia clínica, porque hay diversos trabajos que demuestran la variabilidad a la hora de recoger datos en la historia clínica de un mismo paciente por dos médicos diferentes e incluso si un mismo médico la recoge en momentos diferentes.

El protocolo además no debe añadir burocracia, al contrario debe simplificar y facilitar la elaboración de la historia clínica ,tiene que ser práctico, debe ser aceptable para el médico y el paciente, sólo debe incluir datos relevantes con significación diagnóstica, pronóstica y terapéutica y no debe emplear más de 20-30 minutos en un paciente nuevo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Realizar una buena historia clínica que nos permita conseguir los objetivos citados en la introducción.
- Disminuir la variabilidad en la recogida de datos entre los médicos del servicio.
 - Aumentar la fiabilidad a la hora de recoger los datos en la historia clínica.
 - Establecer unos protocolos que sean fiables y sencillos de rellenar y nos lleven poco tiempo.
 - Como objetivo secundario disminuir costos al sistema al racionalizar la petición de pruebas complementarias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Se iniciará con una revisión bibliográfica.

-Se redactará un documento con los ítems mínimos que a nuestro juicio debe recoger una historia clínica de lumbalgia. En todos ellos se dará una breve explicación de cómo se deben recoger en la historia.

- Se realizará una revisión de un mínimo de 100 historias y un máximo de 200 del servicio de rehabilitación con el diagnóstico de lumbalgia o lumbociatalgia.
- Se valorará el grado de cumplimentación de esos ítems en nuestro servicio.
- Se analizarán los resultados.
- El objetivo final es la elaboración de una hoja de protocolo don de se recojan todos aquellos ítems relevantes para poder aplicarlos en nuestra consulta clínica diaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realizaremos un documento de trabajo donde se pondrán los ítems relevantes para la historia, el porcentaje de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 007

MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE HISTORIAS CLINICAS EN REHABILITACION CON EL DIAGNOSTICO DE LUMBALGIA Y/O LUMBOCIATALGIA

cumplimentación mínimo que debería obtener en cada uno de los ítems.

Posteriormente se realizará una revisión de historias con el diagnóstico de lumbalgias y/o lumbociatalgias y cuantificación del grado de cumplimentación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio 01-04-2011

Fecha final 31-12-2011

Revisión bibliográfica abril 2011

Elaboración de documento de trabajo abril 2011

Revisión historias clínicas desde mayo 2011 hasta noviembre 2011.

Elaboración de protocolo de lumbalgias diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 116

PROGRAMA DE CALIDAD EN CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA: MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE INTOLERANCIA A LOS HIDRATOS DE CARBONO O SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES PEDIATRICOS

2. RESPONSABLE PAULA LALAGUNA MALLADA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BUSTILLO ALONSO MATILDE. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
 - CONDE BARREIRO SANTIAGO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
 - DOMINGUEZ CAJAL MERCEDES. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
 - CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA
 - MINGUEZ SORIO JULIA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor abdominal crónico y las diarreas persistentes son motivo de consulta muy frecuente en pediatría. La intolerancia a los hidratos de carbono y el sobrecrecimiento bacteriano son algunas de las causas más frecuentes que justifican esta sintomatología. Además la intolerancia a la lactosa se puede producir de forma secundaria en casos de enfermedad celíaca o alergia a las proteínas de leche de vaca. El diagnóstico puede ser clínico y valorando la evolución tras el tratamiento empírico, la exclusión del azúcar implicado o el tratamiento antibiótico respectivamente. La realización del test de hidrógeno espirado confirma habitualmente la sospecha clínica y apoya el diagnóstico para tomar la decisión terapéutica más adecuada en cada caso. Con la confirmación del diagnóstico clínico se puede evitar la exclusión de los lácteos de la dieta que además de innecesaria, puede producir déficits en la ingesta recomendada de calcio. Así mismo apoya la utilización de antibióticos en los casos de sobrecrecimiento bacteriano. El test de hidrógeno espirado es una prueba sencilla, inocua y de fácil realización en la edad pediátrica. En nuestro hospital es necesario derivar a los pacientes en los que está indicada su realización al Hospital Miguel Servet, lo que supone una demora en el diagnóstico y un trastorno para los pacientes por el desplazamiento. Tampoco está disponible su realización para gastroenterología de adultos que se derivan al hospital San Jorge de Huesca. Si dispusiéramos del monitor portátil un gran número de pacientes podrían beneficiarse de una mejora en el diagnóstico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el diagnóstico de los niños remitidos a consulta de gastroenterología pediátrica por dolor abdominal o diarreas crónicas mediante la realización de un test de hidrógeno espirado en los casos en que se indique.
- Mejorar el manejo de los pacientes a los que se realiza la prueba asegurando la interpretación de los resultados sin demora y pautando el tratamiento adecuado en cada caso.
 - Reducir el número de pacientes a los que se impone una dieta de exclusión de lácteos sin confirmar el diagnóstico.
 - Número de pacientes derivados de gastroenterología de adultos que se derivan a la consulta de enfermería de consultas externas para la realización del test de hidrógeno espirado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Adquisición del monitor portátil de test de hidrógeno espirado. Diseño de protocolo de realización de la prueba e indicaciones. Realización de un taller de formación sobre la realización e interpretación de la prueba al personal médico y de enfermería. Realización del test de hidrógeno espirado en consulta de enfermería de consultas externas en los casos pediátricos indicados desde la consulta de gastroenterología pediátrica. Realización de la prueba a los pacientes adultos en los que se solicite desde el propio hospital. Indicación del tratamiento adecuado tras la interpretación de la prueba el mismo día de su realización en los casos pediátricos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de profesionales formados en los talleres.
- Número de pruebas realizadas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

116

PROGRAMA DE CALIDAD EN CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA: MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE INTOLERANCIA A LOS HIDRATOS DE CARBONO O SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES PEDIATRICOS

- Número de pacientes pediátricos que consultan por dolor abdominal y/o diarreas a los que se les realiza la prueba.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización del documento de protocolización de la prueba y especificación de las indicaciones: Abril 2011

Adquisición del monitor portátil Abril 2011

Entrenamiento del personal Mayo 2011

Realización de pruebas a partir de mayo 2011

Evaluación del proyecto Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Monitor Gastro + hidrógeno espirado	2.000 €
· Boquilla Cartón Monouso Flatpak (Caja 250u.)	40 €
· Kit Calibración (Cilindro 20Lts.100ppmH2+Regulador+Adaptador	283 €
· Recambio Kit Calibración (Cilindro 20Lts.100ppmH2) para Gastro	200 €
· Pieza Y+D Sistema Pediátrico Gastro+ y mascarillas pediátricas	70 €
Total	2.593 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 547

1. TÍTULO

REALIZACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y AISLAMIENTO DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN UCI

2. RESPONSABLE PILAR MARTINEZ TRIVEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. UCI
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CORONAS FUMANAL CONCEPCION. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
 - ALEGRE CASTRO MARCOS. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
 - PLANA FREIXANET ANTONIA. AUXILIAR CLINICA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
 - TREMPES GARCIA PILAR. AUXILIAR CLINICA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
 - GRASA LANAU JOSE ANTONIO. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
 - LABORDA TOMAS ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
 - SANAGUSTIN GARCES CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y oportunidad del proyecto:

En los centros hospitalarios, de forma especial en unidades especiales como UCI, U. de Dialisis , etc pero también, en centros sociales (geriátricos , residencias de ancianos ...) la incidencia creciente de infecciones nosocomiales, resistentes a múltiples antibióticos, es uno de los problemas más relevantes, de la atención sanitaria en la actualidad .
La presencia de microorganismos con resistencia adquirida a múltiples antibióticos, complica el manejo y la evolución de los pacientes críticos.

El abordaje de la multiresistencia antibiótica , requiere formación adecuada , trabajo en equipo con otros profesionales y conocimiento de la epidemiología local. En la mayoría de los casos, la aparición de de estos MMR , conlleva un aislamiento de contacto de los pacientes , incluso cuando sólo están colonizados , con el fin de evitar brotes epidémicos , ó situaciones de epidemia debidas a transmisión cruzada.
La infección por un MMR comparada con la causada por uno sensible , incrementa los costes entre 5.000 y 25.000 euros.

Por todo ello, la importancia de la vigilancia activa , para identificar de forma precoz la colonización/infección de nuestros pacientes y así:

- 1- Implementar de una forma rápida las medidas de control necesarias para minimizar la dispersión de los mismos a otros pacientes
- 2- Mejorar la tasa de antibióticos adecuada en los tratamientos empíricos de las infecciones.

En resumen, es recomendable realizar vigilancia activa en las UCI, valorando ,con los servicios implicados (microbiología, preventiva , etc) los microorganismos problema de la unidad y los recursos disponibles, para protocolizar la periodicidad y las muestras a extraer, para iniciar lo antes posible el aislamiento y otras medidas (descolonización en caso de SARM, etc.) .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estandarizar medidas de abordaje de la multiresistencia Antibiótica en UCI y extra UCI
- Mejorar la formación de los profesionales implicados .
 - Mejorar el trabajo en equipo y el conocimiento de la epidemiología local.
 - Ayudar a la toma de decisiones respecto a estrategias de control y tratamiento de MMR:
 - Mejorar los programas de vigilancia epidemiológica y microbiológica.
 - Implementar las medidas de control que disminuyan la transmisión cruzada dentro y fuera de la unidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

547

REALIZACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y AISLAMIENTO DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN UCI

- Identificar de forma precoz la colonización/infección.
- En definitiva, mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- Elaboración y difusión del Protocolo
- Puesta en marcha del protocolo.
- Darlo a conocer también al resto de los profesionales implicados en el hospital.
- Que el protocolo mejore la atención al paciente (intraUCI y extraUCI).

Responsables:

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de proceso:

- 1- nº pacientes detectada infección-colonización / nºpacientes infectados-colonizados .
- 2- nºpacientesMRR con aislamiento correcto/nºpacientes MRR
- 3- nºprofesionales UCI conocen protocolo MRR / Total profesionales UCI.
- 4- nº profesionales otros servicios que conocen el protocolo /total profesionales.

Fuentes de datos:

- Registros UCI
- Historia clinica
- Encuestas

Estandar:

- 1- 80%
- 2- 90%
- 3- 90%
- 4- 70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización Protocolo Aislamiento MRR en UCI: Abril-mayo 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 547

REALIZACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y AISLAMIENTO DE GERMENES MULTIRRESISTENTES EN UCI

- Puesta en marcha y difusión del proyecto : Junio 2011
- Reuniones del Grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto : al menos 1/trimestre.
- Sesión dedicada a recordar el protocolo en la unidad y resto del hospital: Octubre 2011

- Analisis de los resultados: Marzo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· toner impresora color	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLINICA EN UN SUH

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MIRALBES CASTERA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORTEGA CASTRILLO ITZIAR. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
- EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
- DOMPER CUELLO JOSEFA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
- DIAZ MARTINEZ NOEMI. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
- GONZALEZ GARCIA MAGDALENA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
- CANELLAS SANCHEZ PILAR. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
- MAGALLON PUY JUAN A.. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. E n el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, se recoge en la estrategia 8 como "Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS". En ella se propone, entre otros aspectos, promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria, así como diseñar y establecer un sistema nacional de notificación de efectos adversos (EA).

En el año 2005, el Ministerio de Sanidad realizó el Estudio Nacional sobre EA (ENEAS). Diseñado para el análisis de EA hospitalarios, del total de ellos un 20,6% ocurrieron durante el periodo de prehospitalización, siendo la naturaleza del problema principal, el uso del medicamento (34,8%), la infección nosocomial (17,8%) y relacionado con un procedimiento quirúrgico (17,8%).

Los servicios de urgencias (SU) son elementos del Sistema Sanitario donde puede producirse una tasa de EA elevada. Dos datos cifran la situación en Urgencias: en el estudio ENEAS, un 9,8% de los EA del periodo de prehospitalización ocurrieron en urgencias en alguna atención previa a la que ocasiona la hospitalización y un 37,5% de los que ocurren en el periodo de admisión en planta tienen su origen en el SU. Estos, dada su especial idiosincrasia, parecen un escenario de alto riesgo para la aparición de estos eventos, ya que en ellos confluyen muchas causas como presión asistencial, falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuadas de los pacientes, los turnos de trabajo y las guardias, las interrupciones continuas, y los errores de comunicación entre profesionales, pacientes, medicación, etc, son las causas que más se han apuntado como desencadenante de EA en los SU.

Todo esto justifica la necesidad de la identificación de los mismos para la elaboración de estrategias que minimicen su aparición.

La acción que proponemos con el objetivo de mejorar la seguridad clínica la basaremos en los siguientes puntos:

1. Averiguar la cultura de seguridad clínica presente en la organización.
2. Fomentar la difusión de la cultura de la Seguridad Clínica entre la organización y la formación de los profesionales de urgencias.
3. Mejorar la comunicación entre los profesionales.
4. Establecer sistemas de análisis y facilitar herramientas para compartir las experiencias y el conocimiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la seguridad clínica de los pacientes en el SU. Haciendo especial hincapié en evitar los efectos adversos relacionados con los medicamentos, en la disminución de las infecciones nosocomiales y en minimizar las complicaciones en el curso clínico
2. Fomentar la difusión de alguna estrategia para conseguir cambios en la cultura de la seguridad con el desarrollo de actividades de sensibilización y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLINICA EN UN SUH

formación de los profesionales.

3. Facilitar herramientas y recursos para la identificación de errores en los sistemas de trabajo y favorecer la disminución de la probabilidad de la aparición de errores.

4. Ayudar a enfrentarse ante EA desde la perspectiva de la multicausalidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formar un subgrupo multidisciplinar de seguridad dentro de la Comisión de Calidad del Servicio.

2. Realización de una encuesta al personal del Servicio de Urgencias al inicio y a la finalización del proyecto. Como herramienta para dicha evaluación usaremos el modelo "Adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture".

3. Formación básica en seguridad del personal del Servicio con sesiones clínicas programadas.

4. Configurar un registro de efectos adversos (EA).

5. Colocación de un buzón en lugar visible para la recogida de los registros .

6. Evaluación de los EA .

7. Análisis modal de fallos y efectos adversos (AMFE) por el equipo del proyecto. Análisis por el método London de un EA ocurrido en el servicio.

8. Información a todos los miembros del Servicio de los datos obtenidos.

9. Establecer medidas correctoras para evitar nuevos EA en la medida en que sea posible.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Controles aleatorios del cumplimiento del lavado de manos; uso correcto de soluciones hidroalcohólicas y de guantes; limpieza sistemática del fonendoscopio en el SU.

2. El análisis de las encuestas nos permitirá averiguar el grado de conocimiento previo de la cultura de seguridad entre la organización, y evaluar, a posteriori, el nivel de implantación e implicación entre el personal del SU.

3. N° auxiliares de enfermería del SU que realicen la formación/Total auxiliares del SU x 100

4. N° enfermeras del SU que realicen la formación/Total enfermeras del SU x 100

5. N° médicos del SU que realicen la formación/Total médicos del SU x 100

6. N° MIR que realicen la formación/Total MIR x 100

7. Tiempo de espera para triaje:

N° de pacientes con un tiempo llegada-triaje = $10' / N^{\circ}$ total de pacientes clasificados x 100

Estándar: 100%

8. Constancia de la FR:

N° de pacientes con determinación de constantes a los que se ha registrado la FR/ N° de pacientes con determinación de constantes x 100

Estándar: 100%

9. Constancia de la vía de administración farmacológica en las órdenes de tratamiento:

N° de pacientes con constancia de la vía de administración farmacológica/ N° de pacientes con órdenes de tratamiento x 100

Estándar: 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA INICIO: mayo de 2011

FECHA FINALIZACIÓN: noviembre de 2011

FORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE MEJORA: Mayo 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE SEGURIDAD CLINICA EN UN SUH

SESIONES FORMATIVAS DEL PERSONAL DE LA UNIDAD: Mayo y junio 2011

MONITORIZACIÓN DEL LAVADO DE MANOS EN CUALQUIER MOMENTO DE LA JORNADA LABORAL, UNA VEZ FINALIZADAS LAS SESIONES TEÓRICAS Y MIENTRAS DURE EL PROYECTO.

REUNIONES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE MEJORA: Mayo, junio, julio y septiembre de 2011.

MEMORIA FINAL DEL PROYECTO: Diciembre 2011

INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA POR E-MAIL Y GENERAL A TRAVÉS DE LA COMISIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1.	Un buzón para la recogida de incidencias	50 €
· 2.	80 CD, carpetas y bolígrafos con el material didáctico	50 €
· 4.	Taller de Seguridad Clínica en SUH	500 €
	Total	600 €

11. OBSERVACIONES. *3. Folletos informativos de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 539

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JOSEFA MOLES ALASTRUE
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. LABORATORIO DE HEMATOLOGIA (BANCO DE SANGRE)
· Sector BARBASTRO
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MUZAS LACAMBRA PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE BANCO DE SANGRE
· CORED NASARRE ROSA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE BANCO DE SANGRE
· ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE BANCO DE SANGRE
· QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE BANCO DE SANGRE
· ROMERO ARPA MILAGROS. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. LABORATORIO DE BANCO DE SANGRE
· LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE BANCO DE SANGRE
· PERELLA ARNAL MATILDE. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE BANCO DE SANGRE
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DEL HOSPITAL DE BARABASTRO, HEMOS DETECTADO PASOS QUE SON MEJORABLES DENTRO DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN:
-HAY UN NÚMERO ELEVADO DE PETICIONES DE PRUEBAS CRUZADAS QUE LLEGAN MAL CUMPLIMENTADAS.
-RECIBIMOS EN NUESTRO LABORATORIO GRAN NUMERO DE TUBOS-EDTA CON SANGRE PARA REALIZAR LAS PRUEBAS CRUZADAS, DONDE NO SE IDENTIFICA EL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.
-AL ASUMIR LOS D.U.E.S DE HOSPITALIZACION EL ACTO DE LA TRANSFUSIÓN Y MANEJO DE HEMODERIVADOS, ES NECESARIA UNA FORMACIÓN PARA LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS.
-ES NECESARIA UNA ACTUALIZACIÓN DE LOS ROCEDIMIENTOS EXISTENTES.
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) CUMPLIMENTACION CORRECTA DE LA PETICIÓN.
2) IDENTIFICACIÓN CORRECTA CON LA ETIQUETA, DE LA MUESTRA, CON LA FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.
4) AUMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO Y TRANSFUSIÓN DE LOS HEMODERIVADOS POR PARTE DE LOS D.U.E.S. DE HOSPITALIZACIÓN.
5) QUE EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN TENGA UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION PARA TRABAJAR CON SEGURIDAD.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -DISEÑO E IMPLEMENTACION DE LA ENCUESTA DE VALORACION DE CONOCIMIENTOS.(PERSONAL DE ENFERMERIA DE BANCO DE SANGRE).
-ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION PARA LA ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
-SESIONES FORMATIVAS, PARA LOS D.U.E.S. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL PERSONAL DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE).
-PASE DE ENCUESTAS POST FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA.
-VALORACION DE LAS HOJAS DE INCIDENCIAS.(EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
-CAMBIO DE VOLANTE DE PETICION DE PRUEBAS CRUZADAS, DONDE SE APRECIE TODA LA TRAZABILIDAD DEL PROCESO. (COMISION DE TRANSFUSION).
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NUMERO TOTAL DE PETICIONES MAL CUMPLIMENTADAS / NUMERO TOTAL DE PETICIONES RECIBIDAS x 100
- NUMERO TOTAL DE INCIDENCIAS REGISTRADAS / NUMERO TOTAL DE TRANSFUSIONES REALIZADAS x 100
- % DE ENFERMEROS DE HOSPITALIZACION QUE SUPERAN EL 80% DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MES DE ABRIL Y MES DE MAYO, RECOGIDA DE DATOS Y ELABORACION DE LA ENCUESTA.
MES DE JUNIO ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION Y SEGUNDA QUINCENA, FORMACION.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

539

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

MES DE SEPTIEMBRE, PRIMERA QUINCENA FORMACION, SEGUNDA QUINCENA PASE DE ENCUESTAS.
MES DE OCTUBRE Y MES DE NOVIEMBRE, EVALUACION.
MES DE DICIEMBRE, CONCLUSIONES E INFORMACION A LAS UNIDADES.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PROCEDIMIENTOS PARA HOSPITALIZACION Y SERVICIOS DEL HOSPITAL	100 €
· REALIZACION DE 12 POSTER	100 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

003

OPTIMIZACION EN LA GESTION DE CAMAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE GABRIEL MOTIS MONTES

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. SUPERVISOR T/N
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SICART LONCAN SILVIA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SUPERVISOR T/N
- CABRERO LASIERRA JAVIER. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SUPERVISOR T/N
- GRACIA ASIN ESTHER. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SUPERVISOR T/N

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la actual presión asistencial motivada por el trabajo derivado por la actividad quirúrgica para poder cumplir con el pacto de la garantía sanitaria y siendo que el Hospital de Barbastro da cobertura a una población bastante envejecida, hay que cambiar la forma de gestionar las camas hospitalarias, para conseguir que la ocupación de estas sean las necesarias y que no genere situaciones de "colapso" asistencial en la unidad de urgencias, por no poder dar cabida a la demanda puntual de los pacientes. Se intenta proporcionar un funcionamiento asistencial lo más fluido posible, que de cobertura al trabajo rutinario de mañanas, asegure la disponibilidad de camas para los pacientes de urgencias y asegurar que los pacientes asignados a actividad quirúrgica de tardes, tengan la asistencia programada, evitando en lo posible el tener que desprogramar partes quirúrgicos, con la consiguiente molestia que esto genera tanto al usuario como a sus familiares.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la puesta en marcha de este proyecto, se pretende conseguir una optimización de los recursos existentes, para que el trabajo sea lo más fluido posible, usando los recursos disponibles en la actualidad, generando el menor coste al mayor beneficio posible.

Evitar situaciones de colapso en la unidad de urgencias, bien en la sala de observación o bien en los Boxes de reconocimiento, los cuales en situaciones de sobrecarga deben doblarse para poder dar cabida a la demanda asistencial, con el detrimento que esto provoca en la calidad asistencial por el hacinamiento de los pacientes y la situación de descontrol por parte de los profesionales que están prestando asistencia.

Limitar en lo posible que los pacientes que ya están programados y avisados para un proceso quirúrgico de tardes, tengan que ser suspendidos para otra ocasión, porque la situación del Hospital así lo requiere.

Evitar las horas de espera de los usuarios al ingreso, al no estar las camas o habitaciones disponibles para su utilización, tanto para el ingreso de pacientes programados para actividad quirúrgica de tardes, como para pacientes que se encuentran en la sala de observación de urgencias en espera de cama hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para asegurar la fluidez en la gestión de camas, hay que partir de la situación actual de que las Altas hospitalarias se dan a partir de las 14h. Esto hay que agilizarlo. Para ello los pacientes ingresados, los cuales los facultativos tengan una expectativa de Alta hospitalaria en 24 horas, deben avisar al paciente y familiares de dicha situación, comunicando que deben dejar la cama libre a las 12 horas.

Si nos encontramos ante un paciente dependiente y pendiente de traslado en ambulancia, hay que dejarlo en su habitación. Si por el contrario el paciente es autónomo y únicamente espera que lo recojan, se le proporcionará alojamiento en otra zona de la unidad y los recursos que este necesita, hasta que este abandone el hospital (medicación, hostelería...)

El facultativo especialista debe pasar planta a partir de las 8,30 horas y al paciente que sea dado de Alta, dejar un informe de Alta provisional con las indicaciones necesarias de medicación, recetas, próxima visita, etc, para posteriormente, mandar al paciente el informe de Alta a su domicilio por correo postal, o bien, una administrativa en turno de tardes puede dejar los informe redactados la tarde anterior al Alta hospitalaria.

Con el Alta a las 12 horas, aprovechamos el personal de limpieza del turno de mañanas para dejar la cama libre e incluso se pueden realizar ingresos desde urgencias. Se dispone de mas personal de enfermería en el turno de mañanas en las plantas, un celador por unidad y una limpiadora por unidad. En el turno de tardes hay 3 limpiadoras para todo el hospital y 5 celadores para todo el hospital.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

003

OPTIMIZACION EN LA GESTION DE CAMAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Con las Altas a las 12 horas, da tiempo a ingresar pacientes para los quirófanos de la tarde, si por situaciones excepcionales se han tenido que usar las camas reservadas y retrasar el ingreso de estos pacientes del programa de tardes con las Altas del día siguiente.

Si se ha tenido que suspender un quirófano programado de tardes, estos pacientes deben ser incluidos en un parte quirúrgico diurno, para evitar que en otra ocasión les vuelva a ocurrir lo mismo y asegurar que la garantía sanitaria se cumpla.

Se puede agilizar la disponibilidad de las Altas, si aumentamos el personal de limpieza en el turno de tardes, aunque sea con un contrato de media jornada, para cubrir las primeras horas de la tarde, que son las que marcan el ritmo de trabajo de todo el turno. Actualmente de las 3 limpiadoras de turno, una permanece fija en Quirófano y las otras 2, asumen las altas hospitalarias, partos, uci y urgencias. Una limpiadora fija en urgencias y partos, liberaría a las de planta de realizar muchos desplazamientos por el hospital, con lo cual se agilizarían las limpiezas de las camas de alta.

Desde la Dirección del centro, se podrían incentivar las intervenciones sin ingreso para limitar el número de camas hospitalarias a usar para programa quirúrgico, principalmente en situaciones de epidemias o brotes estacionarios que generan mayor carga asistencial en la unidad de urgencias y de ello el colapso de la unidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El mejor indicador que encontramos es el evitar que en la unidad de urgencias se generen colapsos en la atención por falta de camas, debiendo retrasar los ingresos hospitalarios para cuando existan camas libres y evitar doblar boxes de reconocimiento por la situación de hacinamiento y falta de privacidad que esto provoca tanto a los pacientes como a los acompañantes. Disminuir el número de reclamaciones de los usuarios, bien por situaciones de espera de cama en la unidad de urgencias que se prolongan en días o bien por tener que suspender partes quirúrgicos ya programados, para poder dar cabida a la demanda asistencial puntual. Evitando estas situaciones y mejorando la fluidez, repercutiría en la percepción por parte del usuario, de una atención de calidad, al tener la atención centrada en su confort, obteniendo mejor valoración en la puntuación de las encuestas de satisfacción de los usuarios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La puesta en marcha del proyecto debería ser lo antes posible, pues la carga actual de trabajo, así lo requiere, la duración del mismo debe ser continua, pues esta orientado a conseguir un mejor funcionamiento del hospital en general y para siempre. Siendo esta evaluada de forma anual para comprobar que estas mejoras repercuten en el buen funcionamiento del hospital y la satisfacción del usuario de los servicios del hospital.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

122

1. TÍTULO

PREVENCIÓN DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA MUÑOZ DIESTRE
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AZANZA PARDO JORGE. FISIOTERAPIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- BROTO BESTUE JESUS. FISIOTERAPIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ. FISIOTERAPIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- ELBOJ SASO SALAS. FISIOTERAPIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- FERNANDEZ SANCHEZ RUT. FISIOTERAPIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- SIERRA PASCUAL TERESA. FISIOTERAPIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. REHABILITACION
- VINYAS ORUS ENRIQUE. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SALUD LABORAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La necesidad de abordar la prevención entre los profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital de Barbastro surge a raíz de un curso de "autocuidados para el profesional" que tuvo lugar durante cuatro ediciones en nuestro Centro desde el 2006 al 2008. Tanto por la transmisión verbal a los fisioterapeutas que impartieron la actividad formativa, como por las valoraciones finales que cumplieron los alumnos, pudimos detectar su valoración positiva, ante la posibilidad que se les brindó por aprender unas pautas encaminadas a mejorar su estado de salud, destacando el hecho de que por primera vez en un curso se tuviera en cuenta su bienestar físico y psicológico y expresando el deseo de que se le diera continuidad a esta iniciativa de prevención de algias para el personal hospitalario.

La realidad de nuestro hospital es que se destina la mayor parte del tiempo de la actividad laboral, al cuidado y seguridad del paciente, y los proyectos de mejora propuestos, suelen ir destinados a mejorar la calidad asistencial de estos pacientes y así incrementar su grado de satisfacción. Pensamos que es igual de importante la satisfacción de los profesionales y fomentar la realización de actividades o proyectos encaminados a este fin, influyendo directamente en su mejor actitud ante el trabajo desempeñado, con el consiguiente beneficio de la persona que recibe la atención. Además creemos que esta oportunidad de mejora es novedosa e interesante por los resultados que conllevará tanto a nivel de satisfacción del profesional, como a nivel de gestión, por la dimanante reducción de bajas e incapacidades laborales que probablemente se producirá.

Como fuente de información que respalda este proyecto destacar al Dr. Claus Knapp en su libro "El dolor de espalda. Prevención y tratamiento", donde dice que el aparato locomotor humano, la espina vertebral en este caso, se usa poco y mal, y que el ejercicio suave, reiterado y sobre bases científicas, constituye el mejor remedio para prevenir los dolores que su disfunción causa, o para aliviar los que ya se han establecido.

Revisión bibliográfica:

- "El dolor de espalda. Prevención y tratamiento". Dr. Claus Klapp. Escuela de espalda.
- "Manipulación de pacientes". Paul Dotte.
- "Tratamiento de las algias". Jeannine Mars-Pryszko

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos conseguido cumplir con el calendario de las actividades planeadas para el año 2010:

- 1-Elaboración de una encuesta inicial para conocer el interés por el proyecto propuesto por parte de los profesionales del Hospital del Barbastro.
- 2-Diseño y elaboración de un folleto de normas de higiene postural y AVD.
- 3-Presentación y divulgación del proyecto.
- 4-Monitorización de indicadores y resultados.

La monitorización del proyecto de mejora no puede cuantificarse en su totalidad, sino sobre una muestra, que corresponde al periodo desde el comienzo de los talleres (18-12-1010) hasta esta fecha 20-3-2011, siendo dicha muestra de 46 personas, de un total de 163 inscritas en el proyecto.

Los datos de los resultados corresponden a:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 122

PREVENCION DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Indicadores de medida seleccionados.
Cuantificación de los profesionales que acuden al servicio de Salud Laboral y que hayan realizado el taller.
Resultados de la encuesta de satisfacción cumplimentada a la finalización del taller

Indicadores de medida seleccionados

Nº de profesionales incluidos en el Proyecto_46_ x 100 = 6,76 %
Nº de profesionales que trabajan en el hospital 680

Nº de profesionales que se apuntan a los talleres inicialmente__163 x 100 = 100 %
Nº de profesionales que incluidos en el Proyecto Total 163

Nº de profesionales a los que se entrega folleto_46_ x 100 = 100 %
Nº de profesionales incluidos en el Proyecto 46

Cuantificación de los profesionales que acuden al servicio de Salud Laboral tras realizar el taller.

Entre lo 46 profesionales que han realizado el taller , ninguno ha acudido al servicio se Salud Laboral durante este periodo.

Encuesta de satisfacción realizada a la finalización del taller:

Desde el inicio de la puesta en marcha de los talleres (18-10-2010) se han realizado 8, con un resultado final de 46 profesionales que han finalizados estos talleres, de los cuales 36 han cumplimentado la encuesta, valorando de 1 a 5 los siguientes aspectos, (siendo 5 la valoración más alta y 1 la más baja). Los resultados son los siguientes:

- 1- ¿Has asistido regularmente a los talleres?
 - El 67 % valoró con un 5
 - El 25 % " 4
 - El 8 % " 3
- 2 - ¿Consideras adecuado el tiempo de duración de los mismos?
 - El 39 % valoró con un 5
 - El 36% " 4 El 17 % valoró con un 3
 - El 6 % " 2
 - El 3% " 1
- 3 - ¿Consideras adecuado el tiempo de duración de las sesiones?

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

122

PREVENCIÓN DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

	El 50 % valoró con un 5	
	El 31 % " "	4
	" 14 % " "	3
	" 6 % " "	2
4 - ¿Consideras adecuadas las condiciones de la sala?	El 33 % valoró con un 5	
	" 42 % " "	4
	" 22 % " "	3
	" 3 % " "	2
5 - ¿Como valoras la claridad en la explicación de los ejercicios?	El 97 % valoró con un 5	
	" 3 % " "	4
6 - ¿Te ha resultado fácil la ejecución de los ejercicios?	El 72 % valoró con un 5	
	" 28 % " "	4
7 - ¿El taller ha influido positivamente en tu forma de moverte y trabajar?	El 14 % valoró con un 5	
	" 58 % " "	4
	" 28 % " "	3
8 - ¿Consideras que ha contribuido a mejorar tu salud?	El 31 % valoró con un 5	
	" 53 % " "	4
	" 17 % " "	3
9 - ¿Te ha sido de utilidad el folleto de normas de higiene postural?	El 63 % valoró con un 5	
	" 31 % " "	4
	" 6 % " "	3
10 -¿Cual es tu valoración global del taller?	El 72 % valoró con un 5	
	" 28 % " "	5
11 -¿Piensas continuar los ejercicios por tu cuenta?	El 83 % contestó SI	
	" 6 % " NO	
12 -¿Cambiarías algún aspecto de los talleres?	El 26 % contestó SI	
	" 74 % " NO	

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Prevenir la aparición de algias vertebrales u otras patologías del personal hospitalario mediante el aprendizaje de normas de higiene postural y autocuidados. Disminuir la demanda en el Servicio de Salud laboral por parte de los trabajadores del hospital. Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1)En primer lugar se estableció comunicación con el Servicio de Salud Laboral para obtener los datos relativos a las patologías de columna vertebral relacionadas con los trabajadores del hospital que han sido usuarios de dicho Servicio.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

122

PREVENCIÓN DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2) Seguidamente, realizamos una encuesta para valorar, por un lado, el grado de satisfacción actual de los profesionales en cuanto al desarrollo de actividades preventivas y/o paliativas de algias de columna, y por otro lado, los horarios y la disponibilidad que consideran más adecuados para desarrollar los talleres de prevención en el hospital y el interés en participar en los mismos.

3) Se elaboró y diseñó de un folleto informativo de higiene postural y AVD, para entregar a los trabajadores que acudan a los talleres.

4) Se han planificado los talleres prácticos de prevención:
Acordando su contenido.

Distribuyendo los horarios

Asignando los fisioterapeutas que van a dirigirlos: consensuar contenidos y calendario.

Estableciendo un sistema previo de registro de los trabajadores interesados en participar en los talleres.

5) Se ha realizado la presentación y divulgación del Proyecto.

6) Se ha implantación del Proyecto.

7) Hemos elaborado una encuesta de grado de satisfacción en relación con los talleres de prevención practicados, entre los profesionales que los han recibido.

Dentro del Equipo de mejora se harán grupos de trabajo para repartir y agilizar las actividades propuestas. Los responsables de estos grupos se irán decidiendo a lo largo de las reuniones mantenidas en el año, de forma que se fomentará la participación de todo el Equipo por igual.

Está previsto, continuar con los talleres, dándolos por finalizados cuando todo los profesionales del hospital que se han inscrito, los hayan realizado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitorización

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

Porcentaje de profesionales del hospital que participan en la acción preventiva.

Cuantificación del personal incluido en el estudio: mediante registro manual de los profesionales que voluntariamente acuden a los talleres.

Cuantificación de los trabajadores que acuden al Servicio de Salud Laboral después de la acción preventiva del Proyecto.

Cuantificación de los profesionales que acuden a Salud Laboral por algias y que no han ido a los talleres de prevención.

Cuantificación del número de profesionales que reciben folleto informativo.

Grado de utilidad y satisfacción del personal implicado: mediante encuesta.

Grado de cumplimentación de registros

Los indicadores de medida que se utilizarán serán de grado de cumplimiento:

N° de profesionales incluidos en el Proyecto__ x 100

N° de profesionales que trabajan en el hospital

N° de profesionales que se apuntan a los talleres inicialmente__ x 100

N° de profesionales que incluidos en el Proyecto

N° de profesionales a los que se entrega folleto__ x 100

N° de profesionales incluidos en el Proyecto

N° prof. que van a Salud Laboral (algias vertebrales) no incluidos en el proyecto_ x 100

N° de profesionales que van a Salud Laboral por algias vertebrales 6

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 01-02-2011

Fecha de finalización: 30-06-2012

Caleendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 255

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA GUIA DE TELEFONOS INFORMATIZADA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE NAVARRO BOMETON
- Profesión OTROS
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. CENTRAL TELEFONICA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BUERA BROTO DOLORES. ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
- DUESO BROTO ROSA. AUX. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
- SANCERNI ELSON RAQUEL. AUX. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
- OMISTE MARTINEZ MARIA PURA. AUX. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL DE BARBASTRO. S.A.U.SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
- ESTRAÑA PELEGRIN FRANCISCO. TELEFONISTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. CENTRAL TELEFONICA
- FUMANAL SAHUN MARIA JOSE. TELEFONISTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. CENTRAL TELEFONICA
- CARDIEL GONZALEZ ROSA. TELEFONISTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. CENTRAL TELEFONICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A causa de los cambios estructurales que se han producido en nuestro Hospital por las obras realizadas en estos últimos años, se ha modificado la ubicación de algunos servicios y otros han sido de nueva creación. Con ellos, los teléfonos internos han sufrido variaciones y han aumentado.

A pesar de haberse realizado actualizaciones en las guías existentes (la última en junio de 2010) y haberse repartido a todos los servicios, en la Central de información se reciben un gran número de consultas del personal del hospital solicitando información sobre las extensiones tanto internas como externas. Las guías existentes registran solo las extensiones internas del hospital.

No hay directorios de teléfonos externos ni en papel ni colgados en la Intranet del Sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general:

--Actualizar los datos y unificarlos en su ubicación, tanto en formato papel como vía telemática, facilitando así la accesibilidad por parte de los profesionales.

Objetivos específicos:

- Actualizar todos los teléfonos internos y externos del Sector
- Divulgar esta actualización a todos los profesionales
- Facilitar el acceso al Directorio telefónico vía telemática
- Elaborar un libro guía
- Unificar la ubicación en la Intranet del Sector de Barbastro de todo el Directorio telefónico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- 1.Registro del número de consultas de los profesionales a la Central solicitando información sobre números de teléfono tanto internos como externos
 - 1.1. Estudio previo
 - 1.2. Estudio posterior, a los tres meses.
- 2.Encuesta telefónica de satisfacción a los profesionales
 - 2.1. Estudio previo
 - 2.2. Estudio posterior, a los tres meses.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 255

ELABORACION DE UNA GUIA DE TELEFONOS INFORMATIZADA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

3. Recopilación de datos. Recoger todos los números de teléfonos del Sector de Barbastro

- 3.1. Hospital
- 3.2. Centros de salud
- 3.3. Centros concertados del sector

4. Organización y estructuración de los datos registrados

5. Consenso del formato, tanto en papel como vía telemática

6. Elaboración de los libros-guía

7. Elaboración del procedimiento para facilitar la accesibilidad

8. Presentación a Dirección del trabajo realizado

9. Inclusión del directorio en la Intranet del Sector para acceso general de los todos los profesionales

10. Transmisión de las nuevas ubicaciones de los directorios telefónicos y de su acceso

- 10.1. Reunión con los responsables de las unidades
- 10.2. Reparto de libros guía y de listados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de consultas registradas en la Central de información de los profesionales, solicitando números de teléfono y extensiones internas. Antes y después de la intervención.

- Grado de satisfacción de los profesionales del Sector. Antes y después de la intervención.
- Porcentaje de implementación de libros-guía y listados en el Sector Barbastro.
- Número de consultas al Directorio telefónico en la Intranet, tras tres meses d

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Este Proyecto se inicia en Marzo de 2011 y tiene prevista su conclusión en Abril de 2012

CRONOGRAMA

MARZO 2011

1. Diseño de plan de trabajo y asignación de tareas

ABRIL 2011

1. Evaluación inicial: Registro de las consultas en Centralita sobre los números de teléfono externos e internos
2. Diseño y realización de encuesta de satisfacción a los profesionales (estudio previo)

MAYO 2011

1. Recopilación de datos
 - Hospital
 - Centros de salud
 - Centros concertados del sector

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

ELABORACION DE UNA GUIA DE TELEFONOS INFORMATIZADA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

JUNIO 2011

1. Organización y estructuración de los datos registrados
2. Diseño de Libro-Guía
 - Consenso en maquetación libro guía (-Programa más adecuado para maquetación, cuestiones informáticas...)

JULIO 2011

1. Maquetación del libro guía

SEPTIEMBRE 2011

1. Evaluación sobre necesidades: número de libros guía
2. Revisión y correcciones de los libros guía

OCTUBRE 2011

1. Impresión de los libros guía
2. Preparación de un procedimiento para facilitar la accesibilidad a todos los profesionales del sector

NOVIEMBRE 2011

1. Presentación a la Dirección del centro del trabajo realizado

DICIEMBRE 2011 / ENERO 2012

1. Inclusión del Directorio en la Intranet
2. Información a todos los profesionales
3. Reparto de libros guía

FEBRERO-MARZO-ABRIL 2012

1. Evaluación de resultados
 - Encuestas a los usuarios. Parámetros:
 - Recogida de datos
 - Elaboración de gráficos
 - Posibles mejoras
2. Informe de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. El diseño, maquetación, impresión e inclusión del Directorio en la Intranet del Sector, se realizará también con las impresoras, el papel y los recursos humanos de los que dispone el centro

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

501

**PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES.
APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA**

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER NOGUES TOMAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICA. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA
- LOPEZ BONILLA AGUSTIN. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. GINECOLOGIA
- FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- REMACHA GARCIA MARIA JOSE. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- SATUE SALAMERO ELOISA. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS
- ADILLON ROURERA ASUNCION. MATRONA. HOSPITAL DE BARBASTRO. PARTOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cesárea es la intervención urgente de cirugía mayor más frecuente en los hospitales generales que se atienden partos. La tasa de cesáreas en Aragón durante los tres últimos años permanece estable sobre un 21,57%. Con un descenso de 1,51% en los hospitales públicos y un incremento de 3,87% en los hospitales privados.

Existe la sensación en la sociedad actual, que el parto por cesárea es más seguro y se infravaloran los riesgos maternos que conlleva la realización de esta intervención no justificada.

Entre los hospitales públicos aragoneses, la mayor tasa de cesareas en 2010, la tiene el H. San Jorge de Huesca con un 24,86% , el que más ha conseguido bajar ha sido H. Obispo Polanco de Teruel con un 16,28%. Barbastro ocupa el 4ª lugar con un 17,51%.

Desde el año 2006, trabajamos en el hospital de Barbastro en la estabilización de la tasa de cesáreas y en la disminución de las complicaciones. A los tres años de la instauración del Plan Conseguimos, disminuir las cesáreas complicadas de un 33,3% en el 2005 a un 11.1% en el 2007. La tasa de infecciones de la herida quirúrgica pasó de un 6,6% en el 2005 a un 1,7% en el 2007 y la estancia media pasó de 7,3 días en el 2005 a 5,2 días en 2008.

Durante el año 2009 planteamos un nuevo Plan de Mejora de Calidad que permitiera conocer las indicaciones, complicaciones, % de cesáreas realizadas con anestesia loco-regional y otros parámetros de interés clínico y evaluar la adecuación de las indicaciones de cesárea, tanto urgente como programada, a unos criterios de Calidad previamente pactados por el Servicio.

Durante el año 2010, al año de instaurar el Plan de Mejora de Calidad, hemos evaluado las cesáreas realizadas en el Servicio, complicaciones de las mismas y el porcentaje de las que cumplían criterios de idoneidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2010 se realizaron en el Servicio 112 cesáreas. Tasa de 17,51%, un 66% urgentes y un 33,9% programadas. Ha disminuido la tasa de cesáreas urgentes en un 3,37%.

La profilaxis antibiótica se ha incrementado en un 13,36% con respecto al año 2008, llegando en 2010 a un 91,96%.

El porcentaje de las cesáreas realizadas con anestesia loco-regional se ha incrementado un 1,5%.

Las complicaciones totales han disminuido un 7,65% y las que hemos observado han sido de baja complejidad, ello explica la escasa diferencia entre la EM de las cesáreas con y sin complicaciones.

La Estancia Media ha sido de: 4,4 días en las cesáreas sin complicaciones y 4,6 en las cesáreas con complicaciones (E. M global de 4,5 días). En el año 2008 la E. M fue de 5,5 días en las cesáreas complicadas y 4,9 días en las no complicadas (E.M. global de 5,2) se ha rebajado la EM en 0,7 días.

El porcentaje de madres que han parido por cesárea y dan lactancia materna ha disminuido un 9%.

Al analizar las indicaciones de las cesáreas urgentes realizadas se observa: Que un 62,15% de las cesáreas urgentes lo son por parto estacionado, Fallo de inducción y desproporción pélvica.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

501

**PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES.
APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA**

En las cesáreas programadas, el 44,7% de ellas lo son por presentación podálica y un 15,7% por cesárea anterior mas otro factor. El porcentaje de 2 cesáreas anteriores se ha incrementado en un 4,2%.

Al evaluar los criterios de idoneidad se observa que un 93,24% de las cesáreas urgentes cumplen los criterios y un 100% de las programadas.

Como situaciones mejorables:

Se observa un descenso en el porcentaje de lactancia materna y un incremento de las cesáreas realizadas por parto estacionado. La variabilidad entre los profesionales oscila entre un 27,27% a un 11,35%.

RESULTADOS CONSEGUIDOS.

Tasa de cesáreas 3,73% menor que en 2008.

Monitorización del 100% de las cesáreas realizadas.

Disminución de complicaciones globales en un 7,65%

Disminución de la E.M. en 0,7 días.

Lactancia materna ha disminuido en un 9%.

IMPACTO ECONÓMICO :

Cesáreas evitadas: 24. (3,7%)

Estancias evitadas en las 24 cesáreas no realizadas con relación al parto normal:48 días.

Estancias evitadas en las 112 cesáreas realizadas por la disminución de 0,7 días de E.M: 78,4.

Total estancias evitadas: 126,4.

Calculando a unos 299€por Estancia, supone un ahorro de 37.793.6€ al año, sin contar el resto de gastos de quirófano, medicación, etc.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantener la tasa de cesáreas del 2010.

Control y monitorización del número de cesáreas realizadas.

Mantener la misma tasa de complicaciones

Mantener y / o estabilizar la Estancia Media

Potenciar la lactancia materna en las madres que se les ha practicado una cesárea

Disminuir la variabilidad injustificada por Facultativo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Control y monitorización del número de cesáreas realizadas en 2011.

Mantener reuniones y comunicación con enfermería de planta y matronas del hospital.

Seguimiento de la Vía Clínica establecida en el Servicio.

Mantener los criterios de idoneidad de la indicación de cesáreas, pactados en el 2009.

Evaluar la idoneidad de las indicaciones de las cesáreas realizadas en el Servicio una vez al mes.

Favorecer el contacto precoz de la madre y el recién nacido tras el parto por cesárea.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de cesáreas del 2011.

Estancia media de las cesáreas.

Porcentaje de complicaciones.

Tasa de cesáreas urgentes adecuadas a los criterios de idoneidad 90%

Tasa de cesáreas programadas adecuadas a los criterios de idoneidad 100%.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

501

PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES.
APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA

Porcentaje de madres que se ha realizado cesárea y dan lactancia materna.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2011: Presentación del Plan de mejora.
Abril 2011: Reunión Matronas y evaluación cesáreas primer trimestre.
Junio 2011: Reunión conjunta ginecólogos- matronas y revisión de los resultados.
Octubre 2011: Revisión del Plan.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Congreso Nacional de matronas	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 028

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES ENCAMADOS HOSPITALARIOS QUE PRECISAN DE MOVILIZACIONES PASIVAS

2. RESPONSABLE SUSANA OMIST ONDIVIELA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASAS JOAQUINA. MEDICO/A. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO REHABILITACION
- ORTEGA DOMPER OLIVIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO REHABILITACION
- SANTA INES DURAN IÑIGO. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVIDIO DEC REHABILITACION
- ACIN PUEYO BLANCA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO REHABILITACION
- FERNANDEZ SANCHEZ RUT. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO REHABILITACION
- SIERRA PASCUAL TERESA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO REHABILITACION
- BROTA MANZANO PASCUAL. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes encamados hospitalarios en situación de inestabilidad, precisan de movilizaciones pasivas para mantener rangos articulares y evitar posiciones viciosas y deformidades.

Hasta ahora se nos consultaba para realizar una Rehabilitación pasiva, pero dado el aumento de interconsultas, y la demanda asistencial en el gimnasio, se ha valorado la posibilidad de confeccionar un folleto informativo estándar, para que sean los familiares los que realicen dicha movilización, previa valoración del médico Rehabilitador.

Con ello, el paciente estaría atendido; al familiar, un fisioterapeuta le enseñaría las movilizaciones, y le daría el documento en el que irían incluidas todas las pautas indicadas.

Literatura:

- Kapandjy
- Enciclopedia Medico -Quirurgica de Rehabilitacion

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Dar atención a pacientes que por su situación clínica inestable, precisan sólo de movilizaciones pasivas, y reservar el gimnasio para le rehabilitación activa, más propia de un hospital de agudos.

-Poder atender en el gimnasio la demanda asistencial a la que nos hemos visto abocados, dado el aumento de intervenciones quirúrgicas del Servicio de Traumatología, y que precisan de una Rehabilitación activa

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Basándonos en la literatura actual se elaborará un folleto de movilizaciones pasivas, explicando como realizarlas, y en que arco de recorrido (según la exploración médica previa).

Se acompañará el texto de dibujos/fotos aclaratorios

-Tras exploración por el Médico, se entregará el documento al familiar del paciente, dando verbalmente, la misma explicación que figura en el documento, individualizando cada caso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Ante las interconsultas llegadas al Servicio de Rehabilitación, el médico subirá a valorar al enfermo. Si su situación clínica lo permite y está indicado, le pautará el tratamiento fisioterápico correspondiente.

Si su situación clínica no lo permite, y el objetivo es preservar el recorrido articular, se enseñaran a los familiares dichas movilizaciones pasivas, y se entregará el documento explicativo correspondiente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 287

IMPLANTACION DE LA VMNI EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE ITZIAR ORTEGA CASTRILLO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PRADOS CHICA JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
 - MIRALBES CASTERA FRANCISCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
 - ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS
 - CEGOÑINO JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. NEUMOLOGIA
 - HERRERO PABLO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. NEUMOLOGIA
 - HURTADO PONCE GABRIEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS.
 - TOA ELENA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se refiere a cualquier modalidad de soporte ventilatorio que no emplee la intubación endotraqueal para ventilar al paciente. La aplicación de presión positiva en la vía aérea de forma no invasiva data de 1930, cuando Alvan Barach demostró que la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) era útil en el tratamiento del edema agudo de pulmón. La utilización de la VMNI-CPAP se apoya sobre el hecho de que el cierre progresivo de los alvéolos, y el shunt alveolo-capilar ocurren esencialmente al final de la espiración, cuando la capacidad residual funcional (CRF), y la presión transpulmonar es baja. La aplicación de una presión positiva mantenida al finalizar de la espiración (PEEP), permite:

- Reducir el grado de colapso alveolar.
- Apertura de los alvéolos parcialmente colapsados.
- Mejora consecuentemente la oxigenación, especialmente en pacientes que no mejoraron inicialmente con tratamiento inicial con oxigenoterapia a alto flujo OAF. La presión positiva provoca un aumento de la capacidad residual funcional (CRF), estabilización de alvéolos ya abiertos, y apertura de las unidades alveolares parcialmente colapsadas. Debe considerarse como un fenómeno dependiente del factor tiempo, y del nivel de presión positiva clínicamente eficaz aplicado. El reclutamiento alveolar, es uno de los objetivos principales de la utilización del modo CPAP en VMNI, tanto a nivel extra hospitalario (transporte sanitario), Urgencias -Emergencias, y Unidades de Cuidados Críticos. Su aplicación básicamente permite aumentar el número de alvéolos disponibles, útiles para el intercambio de gases, además de una mejora de la compliance pulmonar.(1)(2)

Un cálculo, probablemente infraestimado, calcula en torno a un uso de la VMNI de 3 pacientes al mes en una población de 125.000 habitantes (utilizando criterios muy estrictos de selección y teniendo en cuenta que cada vez se aportan nuevos estudios con nuevas indicaciones de la técnica, es decir, la tendencia es claramente a aumentar el uso de la técnica)(3) Con respecto a las cargas de enfermería varios estudios han monitorizado el tiempo que las enfermeras precisan para implementar esta técnica y sus cuidados derivados. Si consideramos las 8 primeras horas desde el inicio de la VMNI, las enfermeras requieren 100 minutos aproximadamente como media de trabajo por cada paciente con el que se usa esta técnica frente a los 130 minutos que empleamos aproximadamente si ejecutamos otras terapias respiratorias (gafas nasales, mascarilla tipo Venturi, mascarillas de alto flujo...). Si consideramos el período de las siguientes 8 horas: la VMNI requiere como media 80 minutos de nuestro trabajo y las otras terapias respiratorias 65 minutos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

287

IMPLANTACION DE LA VMNI EN URGENCIAS

(4) (5).

Disponemos de la infraestructura apropiada, es decir, espacio físico definido, con la monitorización adecuada y personal con dedicación (médico/enfermera).

Por todo ello, la implantación de la VMNI debe ser una prioridad en el plan general estratégico del Servicio de Urgencias, como lo ha sido de la mayor parte de Hospitales de Aragón.

Bibliografía:

1. Esquinas A., Blasco J., Hatlestad D. Ventilación No Invasiva en Emergencias, Urgencias y Transporte Sanitario. Editorial Alhulia. 2003.
2. Artacho R, Garcia de la Cruz JI, Panadero JA, Jurado A, Degayon H y Guerrero A. Ventilación no invasiva. Utilidad clínica en urgencias y emergencias. Emergencias 2000; 12: 328-36.
3. Custardoy Olavarrieta. M.I Hospital "vega Baja" Orihuela. Alicante
4. Blanca Gutiérrez JJ, Hervás Padilla J, Alba Fernández CM. Evidencias sobre la Ventilación Mecánica No Invasiva: su aplicación a los cuidados. Evidentia 2006 ene-mar; 3(7).
5. Company Morales I, Lorente Castilla S, Castillo Lorente JI, Puertas Vázquez I, Muñoz Caballero MA. Cuidados de enfermería del paciente crítico con VMNI: diagnóstico resultados (NOC) e intervenciones (NIC). Tempus Vitalis; 2003, 3(3)
6. Avilés Serrano M, Clemente Iglesias P. Ventilación mecánica no invasiva. Enferm Científ 2004 mar-abr 264-265:39-47
7. Marco Eza O, Vila Balcells B, Bogaz Marín S, Rosell Barrachina I. Atención de enfermería al paciente tratado con bipap en urgencias. Metas Enferm 2004 jun 7(5):14-19
8. Ayuso Baptista, F. Fundamentos e Indicaciones de la Ventilación No Invasiva en Urgencias y Emergencias. Ponencia del XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Galicia). Octubre 2003.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la morbimortalidad.

- Disminuir la necesidad de IOT y ventilación mecánica invasiva.
- Disminuir la estancia hospitalaria e intra-UCI, sobre todo en el subgrupo de pacientes con EPOC agudizado y en el EAP
- Instaurarla en estadios relativamente precoces de la insuficiencia respiratoria, al contrario que la intubación orotraqueal, que muchas veces se pospone hasta situaciones avanzadas de fallo respiratorio, en ocasiones llegando a la parada respiratoria, con el riesgo añadido que esto supone. Así pues, al menos en teoría, la VNI podría reducir retrasos en ciertas actuaciones que pueden poner en riesgo la vida del paciente.
- Garantizar una continuidad en dicha terapia:
 - o Implicación con la Asistencia Urgente Prehospitalaria: "Código CPAP". (Emergencias 061).
 - o Consenso en cuanto a criterios de aplicación de VNI con el Área de Urgencias.
 - o Coordinación del ingreso en Neumología, Cardiología y Medicina Interna.
 - o Consenso en cuanto al ingreso en UCI en caso de mala evolución.
 - o Dotación de dispositivos de VMNI en el Servicio de Urgencias.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

287

IMPLANTACION DE LA VMNI EN URGENCIAS

- Implicación activa de la Dirección y de la Coordinación de Calidad del Hospital y dotación de dispositivos de VMNI en el Servicio de Urgencias.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Formación inicial (cursos) dirigida a médicos y enfermeras de los servicios implicados sobre los principios básicos de la VMNI para poder realizar dicha técnica con seguridad:
1. Saber a qué tipo de paciente se aplica y cuáles son sus ventajas.
 2. Conocer y saber diferenciar los distintos modos ventilatorios.
 3. Conocer tanto el material como el procedimiento de la VMNI: interfases, tubuladuras, ventiladores.
 4. Conocer los controles a realizar durante la VMNI.
 5. Conocer las posibles complicaciones para intentar prevenirlas.
 6. Proporcionar unos cuidados de calidad al paciente con VMNI.
- Formación continuada de todo el personal implicado en el proceso (sesiones clínicas).
-Guías de actuación y diseño adecuado de los circuitos asistenciales.
-Diseño de una hoja de registro de VMNI en Urgencias (datos clínicos, parámetros evolutivos, monitorización, resultados, destino, tiempos, diagnostico
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- ANÁLISIS DE TIEMPOS:
- TIEMPO PUERTA - VMNI
 - TIEMPO DE VMNI EN URGENCIAS.
 - DIAS DE ESTANCIA EN PLANTA.
 - DIAS DE ESTANCIA EN UCI.
- 2.- DESTINO FINAL DEL PACIENTE
3.- DIAGNOSTICO.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- FECHA DE INICIO DE LA FORMACIÓN EN MAYO 2011.
2.- SESIONES FORMATIVAS DURANTE TODO EL AÑO.
3.- REUNIONES DEL GRUPO DE MEJORA EN JUNIO, JULIO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE DE 2011.
4.- IMPLANTACION PROCESO EN DICIEMBRE 2011.
5.- ANÁLISIS DE RESULTADOS EN DICIEMBRE DE 2011.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|---|-------|
| · MATERIAL DIDACTICO Y DE SOPORTE TECNICO | 500 € |
| Total | 500 € |
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

504

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR LA GESTION DE RESERVA DE SANGRE EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS

2. RESPONSABLE MATILDE PERELLA ARNAL

- . Profesión MEDICO/A
- . Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- . Servicio/Unidad .. HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA
- . Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- . LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- . ROMERO ARPA MILAGROS. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- . QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- . MUZAS LACAMBRA PILAR. DIPLOMADA UNIVERSITARIA ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- . NIEVES MARRO GRACIA. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- . ANA SOBREVIELA RUIZ. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL DE BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los componentes sanguíneos son un bien escaso.

El Servicio de Transfusión ha detectado que un gran número de unidades de concentrados de hematíes, solicitadas para procedimientos quirúrgicos programados, no se transfunden.

Dicha reserva conlleva la inmovilización de las mismas, en ocasiones, hasta de dos o tres días después de la intervención en previsión de que puedan ser utilizadas. También implica un consumo de recursos materiales y humanos innecesarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor disponibilidad de concentrados de hematíes para su uso inmediato.

Reducción del número de unidades caducadas al dotar de mayor fiabilidad al sistema.

Mayor eficiencia en la gestión de los recursos materiales y humanos:

- . Disminución de las pruebas cruzadas realizadas.
- . Reducción del costo que conllevan estas actividades ineficientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un protocolo para reserva y procedimientos a realizar según el tipo de intervención quirúrgica. Consensado con la Comisión de Transfusión y los Servicios implicados.

Adecuación del modelo de solicitud al nuevo procedimiento.

Sesiones informativas impartidas por los médicos del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital de Barbastro a los Servicios implicados.

Formación interna al personal del Servicio de Transfusión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de unidades transfundidas/Número de unidades cruzadas x100.

Número de intervenciones suspendidas/Número total de I.Q. programadas x100.

Coste de tarjetas tipaje y escrutinio/Coste tarjetas pruebas cruzadas x100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mes de Mayo: Sesiones informativas.

Mes de Junio: Elaboración del protocolo y adecuación del nuevo modelo de solicitud .

Meses de Octubre, Noviembre y Diciembre: instauración del nuevo procedimiento.

Mes de Enero: evaluación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 504

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA MEJORAR LA GESTION DE RESERVA DE SANGRE EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS PROGRAMADAS

Mes de Febrero: conclusiones.

Mes de Marzo: información a los servicios implicados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Guía de procedimientos de reserva de sangre para Cirugía Programada	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

283

EVALUACION MEDIANTE TECNICAS INMUNOHISTOQUIMICAS ESPECIFICAS DE LAS BIOPSIAS DUODENALES OBTENIDAS EN PACIENTES CON SOSPECHA CLINICA DE ENFERMEDAD CELIACA

2. RESPONSABLE SORAYA PUENTE RODRIGUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANATOMÍA PATOLÓGICA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ONCINS TORRES ROSA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad celiaca es una forma de enteropatía que se produce cuando un individuo genéticamente predispuesto entra en contacto con alimentos que contienen gluten. El gluten es una proteína capaz de desencadenar una respuesta inmune que altera la histología normal del epitelio intestinal causando un espectro de lesiones que han sido descritas y sucesivamente clasificadas por Marsh, Oberhuber y Corazza, y que oscilan entre el aumento de la población linfocitaria (más de 25 linfocitos intraepiteliales por cada 100 células epiteliales) hasta la atrofia completa de las vellosidades. Estas alteraciones derivan en la aparición de estados carenciales (anemia y osteopenia), así como de síntomas digestivos variados y manifestaciones extradigestivas múltiples. En la mayor parte de los casos, tanto el daño histológico como los síntomas suelen revertir cuando se realizan modificaciones dietéticas para eliminar los alimentos que contienen gluten (1,2).

Ahora bien, las lesiones histológicas descritas no son patognomónicas de la enfermedad celiaca. La atrofia vellositaria y la enteritis linfocítica también se observan en sujetos con sobrecrecimiento bacteriano, insuficiencia exocrina del páncreas, consumo de AINEs, infecciones parasitarias o gastroenteritis víricas, infección por *Helicobacter pylori*, enfermedad de Crohn, enteropatía autoinmune, colitis microscópica, inmunodeficiencias, alergias alimentarias, linfoma, conectivopatías, etc (3,4). Esto condiciona la necesidad de practicar un complejo diagnóstico diferencial entre las diferentes entidades nosológicas, para establecer el tratamiento adecuado a cada individuo.

Contrariamente a lo que se pensaba hasta fecha reciente, los casos con enteritis linfocítica aislada (grado I de la clasificación de Marsh), que había sido concebida como una forma leve o silente de enfermedad celiaca, pueden tener similares manifestaciones digestivas, e incluso extradigestivas a las que padecen aquellos con atrofia vellositaria (grado 3 de la clasificación de Marsh) (5). De hecho, en un estudio reciente realizado en pacientes con dispepsia tipo distrés postprandial en los que se obtuvo una biopsia duodenal, aproximadamente el 38% de los casos tenían daño histológico y en casi la mitad de ellos la única lesión objetivable era una enteritis linfocítica (6). Finalmente, un estudio sistemático en pacientes con criterios de diarrea funcional y síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, que incluyó entre su metodología la realización de biopsia duodenal y el procesado de las muestras por inmunotinción CD3 en los individuos genéticamente predispuestos, encontró lesión tipo Marsh I y II en el 33% de los casos (7).

El Protocolo de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celiaca (8), recientemente editado por un panel de expertos y distribuido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, propone que en aquellos individuos pertenecientes a grupos de riesgo (familiares de primer grado y enfermedades autoinmunes asociadas) o en los que exista sospecha clínica y serología específica antitransglutaminasa o predisposición genética (haplotipos HLA DQ2 ó DQ8), se practique una biopsia duodenal para precisar el diagnóstico. La muestra así obtenida debe ser procesada adecuadamente. Los estudios histológicos convencionales empleando técnica convencional con hematoxilina&eosina pueden infradiagnosticar la enteritis linfocítica, por lo que para su mejor definición es necesario recurrir a técnicas inmunohistoquímicas específicas del tipo inmunotinción CD3.

En el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Barbastro no se realiza de forma rutinaria el examen inmunohistoquímico tipo CD3 en la evaluación de las biopsias duodenales, por lo que patologías malabsortidas intestinales como la enfermedad celiaca pueden estar siendo infradiagnosticadas. Este hecho causa que un grupo de pacientes sean catalogados erróneamente como "funcionales" y no puedan beneficiarse de tratamientos específicos (restricción dietética en enfermedad celiaca, antibióticos en sobrecrecimiento bacteriano e infección por *H. pylori*, etc). Pasan a ser enfermos crónicos que frecuentan las consultas de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

283

EVALUACION MEDIANTE TECNICAS INMUNOHISTOQUIMICAS ESPECIFICAS DE LAS BIOPSIAS DUODENALES OBTENIDAS EN PACIENTES CON SOSPECHA CLINICA DE ENFERMEDAD CELIACA

atención primaria o especializada y precisan fármacos de forma constante, tanto por persistencia de los síntomas como por la aparición de complicaciones debidas a la alteración inmune y a un estado carencial mantenido en el tiempo.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS.

1. Green PH, Cellier C. Celiac Disease. N Eng J Med 2007. 357(17):1731-43.
2. Walker MM, Murray JA. An update in the diagnosis of coeliac disease. Histopathology 2010 DOI: 10.1111/j.1365-2559.2010.03680.
3. Brown I, Mino-Kenudson, Deshpande V, Lauwers GY. Intraepithelial Lymphocytosis in Architecturally Preserved Proximal Small Intestinal Mucosa. Arch Pathol Lab Med. 2006;130:1020-1025.
4. Owens SR, Greenson JK. The pathology of malabsorption: current concepts. Histopathology 2007, 50, 64-82. DOI: 10.1111/j.1365-2559.2006.02547.
5. Esteve M, Rosinach M, Fernández-Bañares F, Farré C, Salas A, Alsina M, Vilar P, Abad-Lacruz A, Forné M, Mariné M, Santaolalla R, Espinós JC, Viver JM. Spectrum of gluten-sensitive enteropathy in first-degree relatives of patients with coeliac disease: clinical relevance of lymphocytic enteritis. Gut. 2006 Dec;55(12):1739-45.
6. Santolaria S, Alcedo J, Lorente S, Cuartero B, Díez I, Marigil M, Vera J, Gimeno J, Montoro M. Elevada prevalencia de lesiones histológicas duodenales en pacientes con dipepsia tipo dismotilidad y endoscopia negativa. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31(3):A165.
7. Fernández-Bañares F, Esteve M, Salas A, Alsina M, Farré C, González C, Buxeda M, Forné M, Rosinach M, Espinós JC, Maria Viver J. Systematic evaluation of the causes of chronic watery diarrhea with functional characteristics. Am J Gastroenterol. 2007 Nov;102(11):2520-8.
8. "Diagnóstico precoz de la enfermedad celiaca" Protocolo del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. <http://www.aegastro.es>.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aumentar la calidad científico-técnica mediante el incremento en el diagnóstico de organicidad en los pacientes con dispepsia y sospecha clínica de malabsorción intestinal que posean una endoscopia digestiva alta sin lesiones macroscópicas. El objetivo final es el de poder proporcionar un tratamiento específico.

2. Aumentar la eficiencia mediante la disminución en la frecuentación en consultas y la necesidad de tratamiento farmacológico crónico en pacientes con dispepsia y/o sospecha clínica de malabsorción, en los que las exploraciones endoscópicas no descubren lesiones macroscópicas responsables.

3. Obtención de confirmación diagnóstica de enfermedad celiaca en pacientes con serología positiva antitransglutaminasa, o en aquellos pertenecientes a grupos de riesgo y genética compatible.

4. Adecuar la metodología diagnóstica empleada a las propuestas del protocolo del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre "Diagnóstico Precoz de la enfermedad celiaca".

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las acciones de mejora que se prevé aplicar son las que siguen:

1. Obtención de biopsias de la segunda o tercera porción duodenal (4 biopsias) en todos los pacientes que presentando una endoscopia digestiva alta sin lesiones macroscópicas, hayan consultado por dispepsia y sospecha clínica de malabsorción, y/o serología positiva frente a celiacía, y/o pertenencia a grupos de riesgo con genética compatible.

(Responsable: Dr Javier Alcedo)

2. Examen histológico de las muestras con la siguiente sistemática:

(Responsables: Dras Soraya Puente y Rosa Oncins)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 283

EVALUACION MEDIANTE TECNICAS INMUNOHISTOQUIMICAS ESPECIFICAS DE LAS BIOPSIAS DUODENALES OBTENIDAS EN PACIENTES CON SOSPECHA CLINICA DE ENFERMEDAD CELIACA

- a. Tinción inicial mediante hematoxilina&eosina en dos niveles para valorar la orientación de las vellosidades intestinales.
 - b. Valorar la altura de la las vellosidades y la profundidad de las criptas.
 - c. Si no existe alteración arquitectural de las vellosidades, realizar inmunotinción CD3, para el conteo intraepitelial de los linfocitos T del tercio distal. Se analiza en 3 vellosidades con objetivo de gran aumento. Se expresa en porcentaje de linfocitos T/ enterocitos.
 - d. Clasificación de los hallazgos según gradación de Marsh modificada o de Corazza.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes con dispepsia y endoscopia negativa en los que se realiza biopsia duodenal / N° total de pacientes con dispepsia y endoscopia negativa. Estándar esperado: > 80%
- N° de pacientes con biopsia duodenal a los que se practica inmunotinción CD3 / N° total de pacientes con biopsia duodenal. Estándar esperado: > 90%
 - N° de pacientes con biopsia duodenal patológica tras inmunotinción / N° de pacientes con biopsia e inmunotinción. Estándar esperado: 20-40%.
- La información necesaria para estos indicadores será extraída de la base de datos informática recientemente instalada en la Unidad de Endoscopia y los archivos informatizados de la Unidad de Anatomía Patológica. Los periodos evaluados serán de 6 meses.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se prevé que el plan de mejora sea de aplicación indefinida, con progresivas modificaciones ajustadas a la evidencia científica disponible.
Para su puesta en marcha se ha diseñado el siguiente cronograma:
- Periodo de formación en centros de excelencia: Abril de 2011.
 - Puesta en marcha de la técnica de inmunotinción CD3 como método rutinario: Desde 1 de Mayo de 2011.
 - Obtención sistemática de biopsias duodenales en los casos indicados y envío de muestras a la Unidad de Anatomía Patológica: Desde 1 de Mayo de 2011.
 - Primera evaluación de resultados: Enero de 2012.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|---------|
| · Dietas para desplazamientos de formación | 2.000 € |
| Total | 2.000 € |
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 087

1. TÍTULO

INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO DE LAS ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL QUE OFRECE EL HOSPITAL DE BARBASTRO, DE ACUERDO CON ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ARAGON SANZ MARIA ANGELES. GINECOLOGO. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - NOGUES TOMAS JAVIER. GINECOLOGO. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - ARRIBAS MARCO TERESA. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - GUARDIA LORENA DEL PILAR. GINECOLOGA. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - CAMPO BROTO MARIA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En junio de 2008 se instauró en nuestra área el screening bioquímico de primer trimestre, método de elección para el cribado de anomalías cromosómicas avalado por nuestra sociedad, lo que nos permitió alargar en un principio la indicación de amniocentesis por edad materna a los 38 años como primer paso para erradicar el criterio "edad materna". Se ha demostrado en numerosos estudios que la edad materna como criterio de amniocentesis no tiene validez, siendo muy superada por la ecografía y los métodos de screening bioquímico.

Este cambio en un criterio tan conocido en la población de gestantes de nuestro medio fue difícil de aceptar, siendo necesario una muy exhaustiva información, apoyada por la evidencia científica. En general, las pacientes fueron aceptándolo y disminuimos hasta en un 50% el porcentaje de amniocentesis, sobre todo por edad materna, pero a costa de un gran aumento de amniocentesis por ansiedad (hasta un 20% en 2009 y 19.7% en 2010).

Para intentar disminuir la cantidad de amniocentesis por ansiedad materna se decidió poner en marcha un programa de información sobre las técnicas de Diagnóstico Prenatal en nuestro medio.

El Hospital de Barbastro atiende a pacientes remitidas de tres consultas: Barbastro, Monzón y Fraga. En la primera consulta de Obstetricia a las 12s se les informa de la posibilidad de Diagnóstico Prenatal ajustada a cada caso. En ocasiones en esa misma consulta tienen que decidir si realizarse amniocentesis o no, lo que obliga muchas veces a volver a citar para ver lo que decide la pareja.

La base de datos de Diagnóstico Prenatal (ViewPoint) está instalada en el Hospital de Barbastro lo que dificulta el análisis ajustado del riesgo con el Fetal Test en consulta, de manera que sólo se obtiene de rutina en la ecografía de nivel II. Las pacientes de Fraga no tienen historia en el hospital, lo que hace imposible corregir su riesgo durante el nivel II con el resultado del laboratorio (del que no disponemos en la ecografía en el hospital).

Para someterse al screening de primer trimestre se les hace firmar un consentimiento informado que apenas pueden leer durante la consulta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se planteó la creación de un folleto informativo, escrito de manera clara y sencilla, para hacer llegar a las pacientes en la primera consulta que realiza la matrona de área a las 8s, con el fin de que, al llegar a nuestra consulta, ya tengan pensado y decidido a qué técnica se van a acoger. Con ese mismo folleto iría el consentimiento informado para amniocentesis y para screening bioquímico, y un plano de situación para localizar el ecógrafo en el área de Partos.

Esto no implica que no sea el ginecólogo quien, en la primera visita a las 12s, dé todas las explicaciones correspondientes a las técnicas disponibles y la indicación médica en cada caso.

En la consulta de última visita de embarazo se entregará a las embarazadas una encuesta de satisfacción sobre el control de embarazo en el Hospital de Barbastro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Charla con las matronas de Atención Primaria para explicarles el contenido del folleto.
-Realización del folleto explicativo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

087

INFORMACION A LAS GESTANTES DE NUESTRO MEDIO DE LAS ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO PRENATAL QUE OFRECE EL HOSPITAL DE BARBASTRO, DE ACUERDO CON ATENCION PRIMARIA

- Comenzar a entregarlo en la primera visita en Atención Primaria en enero 2011.
- Revisión de las amniocentesis y sus indicaciones a los 6 y 12 meses (junio y diciembre 2011).
- Encuesta de satisfacción entre las embarazadas del sector a entregar en la última visita del embarazo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Revisión de las amniocentesis y sus indicaciones.
- Tasa de amniocentesis por ansiedad materna.
 - Tasa de amniocentesis con respecto al total de partos. Todo esto recogido en la base de datos de Diagnóstico Prenatal del servicio de Ginecología y Obstetricia.
 - Satisfacción de las embarazadas en encuesta en el tercer trimestre.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Incluir en los cursos realizados por el servicio durante el año 2011 una charla sobre Diagnóstico Prenatal.
- Charla con matronas de Atención Primaria en noviembre-diciembre 2010.
 - Empezar a distribuir los folletos en enero 2011.
 - Empezar a entregar las encuestas de satisfacción en junio 2011.
 - Análisis de las amniocentesis en diciembre 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cursos de formación en Diagnóstico Prenatal	1.000 €
· Desplazamientos a Atención Primaria	300 €
· Realización de los folletos	200 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 090

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

2. RESPONSABLE PABLO SANCHEZ-RUBIO LEZCANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASTELLAR OTIN ELENA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
· SANTALIESTRA GRAU JESUS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. MIR MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
· OMATOS MANGADO SONIA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La comorbilidad es frecuente en nuestra sociedad y aumenta con la edad. El término paciente pluripatológico (PP) fue definido en 2002 por un Comité de expertos de la Junta de Andalucía que estableció unos criterios para su diagnóstico. Estos criterios fueron revisados en 2007 e incluyen diferentes categorías de enfermedades

La prevalencia de PP es de 1,38% en la población general y aumenta al 5% en los mayores de 65 años.

El 42% de los pacientes que ingresan en servicios de medicina interna puede considerarse pluripatológico. La incidencia de PP en los servicios de medicina interna de nuestro país se ha calculado en 38,5/100 pacientes/mes.

Los PP tienen una gran mortalidad asociada y un deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria que les supone una dependencia y además contribuye a un mayor esfuerzo por parte de la familia y los cuidadores.

Los PP realizan visitas frecuentes a sus médicos y enfermeras y a los servicios de urgencias y ocupan gran parte de las camas hospitalarias, especialmente en los servicios de medicina interna. La asistencia al PP conlleva un importante consumo de recursos económicos y sanitarios, tanto de forma directa como indirecta.

En Aragón no existen unidades de atención al PP y no se han realizado estudios ni se han iniciado programas de atención a los mismos. La atención a los PP requiere la coordinación de diferentes profesionales implicando a médicos de hospital médicos de primaria, enfermeras, trabajadores sociales y fisioterapeutas, además de la coordinación con los familiares y cuidadores.

Existen en proyectos estudios conjuntos con profesionales de Atención Primaria de Salud coordinados junto con la Unidad de Investigación en Atención Primaria, para en un futuro posterior establecer programas de atención conjunta a estos pacientes garantizando la continuidad asistencial.

Bibliografía
Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud 2006. Disponible en www.ine.es.

Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.
Ollero M (Coord.), Álvarez TM, Barón FB y cols. 2ª Edición. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.

Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD en nombre del grupo para el estudio de la Actividad de Medicina Internas de Andalucía. Rev Clin Esp 2005; 205: 413-7.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

090

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

García-Morillo JS, Berrnabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, Gonzáles de la Puente M et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc) 2005; 125: 5-9.

Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, M.A Ortiz-Camuñez M.A., García-Morillo. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008; 208(1):4-11.
Fernández Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit 2008; 22: 137-43.

Medrano González, F. / Melero Bascones, M. / Barba Romero, M. A. / Gómez Garrido, J. / Llabrés Díaz, J. / Moreno Salcedo, J. / Comorbilidad, pluripatología, consumo de recursos y pronóstico de pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna. An Med Intern (Madrid) 2007; 24: 525-30.

Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, Moreno-Gaviño L, Cassani-Garza M, Ortiz-Camuñez MA, Ollero-Baturone M. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Mar 24. [Epub ahead of print].

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se pretende concienciar a los médicos internistas que son los que atienden a estos pacientes cuando ingresan en el hospital y dar a conocer el concepto de PP a los médicos de atención primaria. Además se intenta difundir y familiarizar a estos profesionales con las herramientas de valoración funcional, cognitiva y social aplicables a estos pacientes.

Al finalizar este proyecto se espera conseguir que se modifique la forma de trabajo de los médicos internistas de forma que identifiquen a los PP que ingresan en sus servicios y les realicen una valoración funcional adecuada y completa. También se espera conseguir que los médicos de atención primaria conozcan los criterios de PP y los apliquen en su trabajo para en un futuro desarrollar programas conjuntos en la atención a estos pacientes. Uno de estos proyectos ya en fase avanzada de diseño tiene como objetivo disminuir la polifarmacia innecesaria en este grupo de pacientes.

De forma paralela a este proyecto de mejora se ha iniciado un proyecto de investigación denominado proyecto PLUPAR, aprobado por el IACS e impulsado por la Dirección de Planificación y Aseguramiento, para conocer la prevalencia del problema y las posibles formas de abordaje.

Posteriormente se pondrán en marcha iniciativas para disminuir la polifarmacia, disminuir los ingresos hospitalarios y mejorar la coordinación en la atención a los PP. Estas iniciativas se presentarán en las próximas convocatorias del Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A todos los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna y atendidos por los médicos participantes se les aplicarían los criterios de PP. A los PP identificados se les haría una valoración de la comorbilidad aplicando el índices de Charlson, de las actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y de las actividades instrumentales con el índice de Lawton-Brody, de la función cognitiva con el cuestionario de Pfeiffer y una valoración sociofamiliar con la escala de Gijón. Además se les aplicaría el índice pronóstico PROFUND. En el momento del alta se hará un informe complementario de valoración funcional que se remitirá al médico de familia responsable del enfermo. Todo el proceso tendrá una duración de 3 meses. Posteriormente se realizará una auditoría de una muestra de las historias clínicas de los PP incluidos y se remitirá una encuesta a los médicos de familia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Métodos:

Auditoría del 10% de los casos de cada centro seleccionados por muestreo aleatorio.
Encuesta dirigida a los médicos de atención primaria

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

090

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION FUNCIONAL

Indicadores:

- % de PPP a los que se ha realizado el índice de Barthel.
- % de PPP a los que se ha realizado el índice de Lawton-Brody.
- % de PPP a los que se ha realizado el cuestionario de Pfeiffer.
- % de PPP a los que se ha realizado la escala sociofamiliar de Gijón.
- % de PPP a los que se ha calculado el índice PROFUND.
- % de médicos de atención primaria que devuelven la encuesta contestada.
- % de médicos de atención primaria que han recibido al menos un informe de valoración.
- % de médicos de atención primaria que conocían el concepto de PPP.
- % de médicos de atención primaria que conocían los criterios de diagnóstico de PPP.
- % de médicos de atención primaria que consideran útil la valoración del PPP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-Marzo 2011	Preparación del estudio
Abril-Junio de 2011	Recogida de datos
Julio-Septiembre de 2011	Evaluación de indicadores
Octubre de 2011	Memoria de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. No se solicitan recursos

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

490

REVISION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ESTHER SANTORROMAN JOVELLAR

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COSCOJUELA ROMAN ELIA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- DIA ORTEGA AIDA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- HIDALGO SANCHEZ RAUL. ENFERMERO. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- GARCIA CLAU SUSANA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- MENDIARA BERBIELA YOLANDA. ENFERMERA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- CALVO SARVISE ASUNCION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI
- DIAZ AGUADO ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE BARBASTRO. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Como concluye el trabajo presentado en las Jornadas de Calidad e Investigación del Sector de Barbastro en noviembre de 2010 " ¿Existen criterios unificados en los protocolos / procedimientos de enfermería existentes en un hospital de III nivel? ", se establece la necesidad de realizar un manual de protocolos/procedimientos de enfermería que cumplan los criterios de calidad establecidos para evitar la variabilidad en la práctica enfermera, y con una estructura que permita revisiones sistematizadas y continuas, como continuo es el avance del conocimiento enfermero.

Esta necesidad se hace evidente con la apertura de la UCI. El personal que iba a pertenecer a ella trabajó en un manual de procedimientos básicos que sirviera de soporte, dada su falta de experiencia en general en dicho servicio, las diversas procedencias de todos los profesionales y la variabilidad de los procedimientos existentes en el hospital.

Dicho manual pretendía ser tanto de consulta, como para unificar criterios de actuación y que sirviera de referencia al personal de nueva incorporación a la unidad.

Una vez puesta en marcha la unidad se vio que precisaba modificaciones tanto en su formato, como en contenidos, para ajustarse a unos criterios mínimos de calidad, siguiendo las indicaciones de la Unidad de Calidad y el trabajo del grupo EBE Aragón.

Así mismo, dado que en la UCI, el soporte informático es la forma de registro utilizado, se considera que dicho manual debería estar accesible desde la intranet del Sector, permitiendo actualizaciones, revisiones y su consulta por parte de los profesionales de todo el sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Adecuar el actual Manual de Procedimientos al formato normalizado en nuestro Hospital.
- Actualizar los procedimientos teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible.
- Crear una guía de bolsillo donde figuren algoritmos de actuación y escalas de valoración de los procedimientos, seleccionados entre el personal.
- Incorporar el Manual a la Intranet del Sector y equipos informáticos de la unidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 490

REVISION DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión del listado de los procedimientos existentes. Aida Dia y Asunción Calvo
- Búsqueda bibliográfica sobre evidencia científica. Raul Hidalgo
- Presentación del formato normalizado de procedimientos. Supervisora Calidad
- Diseño de una guía metodológica para la elaboración de procedimientos. Elia Coscojuela y Yolanda Mendiara
- Revisión y adecuación de los procedimientos al formato normalizado. Susana García e Isabel Diaz
- Selección y diseño de contenidos de la Guía de bolsillo. Elia Coscojuela y Yolanda Mendiara
- Presentación del manual y guía a la dirección de enfermería y personal de la unidad. Esther Santorromán
- Incorporación del Manual a la intranet de Sector y equipos informáticos de la unidad. Unidad de informática

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

?Estructura:

- 1.Existencia del manual de procedimientos en soporte informático en la UCI e Intranet del Sector.
- 2.Existencia de la Guía práctica de bolsillo

?Proceso:

- 1. % de procedimientos de enfermería de la UCI, adaptados al nuevo formato.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

ABRIL 2011: Revisión del listado de los procedimientos existentes.
Búsqueda bibliográfica sobre evidencia científica.
Presentación del formato normalizado de procedimientos
MAYO 2011: Diseño de una guía metodológica para la elaboración de procedimientos.
MAYO-OCTUBRE 2011:Revisión y adecuación de los procedimientos al formato normalizado.
NOVIEMBRE 2011: Selección y diseño de contenidos de la Guía de bolsillo.
DICIEMBRE 2011: Presentación del manual y guía, a la dirección de enfermería y personal de la unidad.
ENERO 2012: Difusión de la guía, Incorporación del Manual a la intranet de Sector y equipos informáticos de la unidad.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material papelería (cartones, tapas, material encuadernación,...	200 €
· Cargas de tinta de fotocopidora en color	300 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

614

CIRUGIA PROTESICA UNICOMPARTIMENTAL DE RODILLA MINI INVASIVA

2. RESPONSABLE CHRISTIAN SCHINDER AMSLER

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PELEATO PABLO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL objetivo planteado hace dos años, fue revisar las indicaciones quirúrgicas de los implantes protésicos de rodillas de las listas de espera del Hospital de Barbastro. Según criterios de evaluación e indicación protésica según edad del paciente, ejes anatómicos del miembro inferior, actividad que desarrolla en la vida cotidiana, estado osteocondral de la articulación, y antecedentes quirúrgicos previos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Una vez reevaluada toda la lista quirúrgica de paciente pendientes de prótesis totales de rodilla, se constató que un 30% de las indicaciones de prótesis totales fueron convertidas en parciales, unicompartmentales, basándose en los criterios mundiales de la escuela de la universidad de Oxford y la escuela Parisina, del doctor Cartier. Se realizaron entre el año 2009 y 2011 45 implantes unicompartmentales de rodillas, con resultados entre muy buenos y excelentes, evaluados en su postoperatorio al mes tres meses, seis meses y un año- Se utilizó el score de Oxford para la evaluación funcional.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Rápida recuperación para el paciente, mayor propiopercepción de la articulación para los mismo, mayor rango de movilidad. Se preserva mayor stock óseo en la articulación. Puede tener una segunda chance quirúrgica a la hora de revisar un implante por una prótesis total. Le beneficia económicamente al Salud en ahorro del costo del implante, días de ingreso, medicación y rehabilitación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sería necesario organizar en conjunto con psicología, rehabilitación el pre y postoperatorio, para minimizar la invasividad al paciente, copiando modelos existentes en Hospitales del Reino Unido. Lo cual mejora la calidad de atención prestada al paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los pacientes son seguidos puntualmente por un profesional traumatólogo mensualmente en su evolución por un periodo de un año, tiempo importante en la osteointegración del implante

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El trabajo se inició hace dos años y está previsto continuar este estudio y metodología durante 5 años

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 444

1. TÍTULO

COORDINACION ATENCION PRIMARIA –ESPECIALIZADA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

2. RESPONSABLE CRISTINA TABUENCA VICEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GABRIEL ELIZALDE BENITO ANGEL. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE UROLOGIA
· HIJAZOS CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE UROLOGIA
· VALLANO ENRIQUE JAVIER. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. JEFE DE SERVICIO DE UROLOGIA
· GARCIA ORTIN JORGE CARLOS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· GUARDIA LORENA DEL PILAR. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· SANTALIESTRA GRAU JESUS. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. MIR MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología del suelo pélvico es un trastorno que afecta a una tercera parte de la población femenina adulta. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos (3) cifró en un 37% el porcentaje de mujeres que presentaba una o más alteraciones del suelo pélvico, un 15% padecía Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) un 13% vejiga hiperactiva (VH); un 6% tenía prolapso de órganos pélvicos (POP) y un 25% sufría incontinencia anal (IA). Existen otros trabajos (9) en el que se observa unas cifras de prevalencia de las diferentes patologías del suelo pélvico que varían del 1 al 47% en la IU, del 1 al 39% en la IA y del 16 al 46% para el POP. Estas variaciones epidemiológicas, son debidas en parte a los diferentes métodos empleados para el diagnóstico, a la no existencia de cuestionarios validados y a que las propias pacientes se muestran reacias a consultar al médico a cerca de un problema tan delicado como la IU o la IA. En nuestro Sector Sanitario de Barbastro, desconocemos la incidencia real de patología del suelo pélvico, ya que hasta ahora se está llevando de forma independiente por los Servicios de ginecología y urología, no disponemos de registros, ni de cuestionarios de evaluación ni protocolos de derivación desde Atención Primaria. Para facilitar la atención a las mujeres se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar (Primaria, Especializada) para protocolizar y coordinar los diferentes Niveles Asistenciales en el manejo de esta patología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad la patología del suelo pélvico se estudia y trata de forma indistinta por los servicios de Urología y Ginecología de nuestro hospital. No hay establecidos ningún protocolo unificado por parte de estos servicios, así como tampoco hay protocolos de derivación desde atención primaria a estos servicios para el diagnóstico y tratamiento de la patología del suelo pélvico, por lo que se ha decidido unificar criterios mediante la creación de una unidad multidisciplinar que se encargue del manejo integral de esta patología en nuestro hospital.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º-Facilitar el Diagnóstico de la patología del Suelo Pélvico en Atención Primaria. 2º-Unificar protocolos. 3º-Monitorizar la patología del Suelo Pélvico: Incidencia global, tipo de cirugía realizada, complicaciones, Estancia Médica...Unificar criterios en Tratamiento Médico y Quirúrgico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión de los miembros del Equipo para unificar criterios. Responsable Dr. Hijazo. Realizar Protocolo de la Incontinencia Urinaria e informar del mismo en los Centros de Salud del Sector. Responsable: Victor Valles. Realizar Protocolo de valoración del Prolapso genital e informar a los Especialistas. Responsable: Dra. Lorena Guardia. Monitorizar los datos de las intervenciones realizadas: Responsable: Dr. Jorge Garcia. Realizar Vía Clínica de la Incontinencia Urinaria: Responsable Dr. Elizalde.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Cuestionario pre tratamiento de sintomatología. -Porcentaje de mujeres diagnosticadas de incontinencia (IUE, Vejiga Hiperactiva) durante el año 2011. -Porcentaje de mujeres intervenidas de IUE, técnicas utilizadas, complicaciones y resultado de la cirugía. -Porcentaje de mujeres tratadas por prolapso con cirugía conservadora. -Porcentaje de pacientes que son remitidas desde atención primaria a la unidad. -Porcentaje de pacientes remitidas desde atención primaria a las que se realizó correcta anamnesis, exploración y petición de pruebas complementarias básicas. -Cuestionario de calidad de vida post tratamiento.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 444

COORDINACION ATENCION PRIMARIA –ESPECIALIZADA EN EL MANEJO DE LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril. Reunión del Equipo de trabajo.Mayo 2011. Elaboración del Protocolo de IU.Junio presentación del Protocolo en Centros de Salud y Servicios de Urología y Ginecología.Noviembre: Evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Curso de Formación suelo pélvico.	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

306

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JAZMINA HERNANDEZ PARICIO

- Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
- Centro UASA MONZON-AYUNTAMIENTO MONZON
- Servicio/Unidad .. UASA MONZON
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SIESO SEVIL ANA ISABEL. ENFERMERIA. UASA MONZON. UASA MONZON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. Justificación de la creación de un programa socioterapautico grupal de familiares DE PACIENTES DEPENDIENTES DEL ALCOHOL

Desde la UASA se atiende el transtorno por dependencia alcohol bajo un enfoque biopsicosocial, a nivel individual, grupal y familiar; para ello el trabajo es realizado por un equipo interdisciplinar interviniendo en las áreas sanitaria, psicológica y social.

Dentro del tratamiento del alcoholismo, la familia juega un papel fundamental a lo largo del proceso de rehabilitación, ya que este problema no afecta unicamente al paciente identificado, sino que repercute en el funcionamiento del resto del grupo familiar. Es por ello, que consideramos fundamental, siempre que sea posible, llevar a cabo un abordaje familiar desde el inicio del tratamiento.

La dinámica de las familias alcohólicas se caracteriza por ser familias inflexibles donde las reglas, por lo general no están definidas, lo que hace que sus miembros se sientan confundidos e inútiles. En cuanto a los límites, estos tienden a ser rígidos o inexistentes La comunicación es indirecta y encubierta, donde los sentimientos pueden tener poco valor. Promueven la rebelión y la dependencia teniendo como consecuencia que sus miembros sean incapaces de resolver conflictos. Ante todo esto, los miembros del sistema familiar actúan y reaccionan de maneras que hacen que la vida sea más fácil y menos dolorosa para ellos. Para ello, la familia adopta roles disfuncionales.

En nuestra experiencia de atención a pacientes dependientes del alcohol y a sus familiares observamos que algunas de las características más habituales del grupo familiar cuando acuden al Servicio son:

- Insuficientes conocimientos acerca de la enfermedad alcohólica y sus particularidades, sobre como para llevar a cabo una adecuada intervención en el marco familiar
- Manifestación de actitudes negativas en la convivencia familiar que refuerzan la dinámica adictiva y dificultan la recuperación del alcohólico
- Existencia de expectativas superficiales acerca del tratamiento y la rehabilitación
- Inadecuado estilo de vida familiar . .

Teniendo en cuenta todas estas posibles características, se considera que la intervención con la familia es fundamental para conseguir los cambios necesarios en el grupo familiar, y a su vez en el paciente identificado, siendo los objetivos generales de la intervención grupal con la familia los siguientes:

- a) Contribuir a que la familia comprenda su papel a lo largo del proceso de tratamiento y encuentre el modo adecuado de participar de forma activa en el mismo
- b) Crear un espacio propio para los familiares del alcohólic@, en el que pueda expresar sus sentimientos e inquietudes de forma que consigan un mejor funcionamiento familiar.

La elección de la intervecnión grupal es porque ayuda más facilmente a avanzar en los proceso de cambio. En el trabajo grupal a través de una metodología activa y participativa se puede aprender o consilidar habilidades cognitivas, emocionales y sociales efectivas para tomar conciencia y realizar los cambios necesarios tanto a nivel perosnal como familiar y del entorno.

El grupo es una herramienta poderosa, ya que al tener sus miembros intereses y necesidades comunes se facilita la identificación y la expresión de sentimientos que han estado retenidos y que les produce dolor. El grupo es un entorno protegido en el que la persona se hace consciente de riesgos que entrañan distintas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 306

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

actitudes, comportamientos o valores que antes no contemplaba, favorece la intención de cambio y si se decide cambiar, lo hace con mayor facilidad, siendo estos cambios más perdurables en el tiempo.
El programa grupal se coordinará con la terapia individual, el tratamiento psicofarmacológico y la atención psicosocial.

Bibliografía:

- Fernandez Olazabal P, Louro Bernal I, Hernández Mandado P,: Elaboración de una estrategia educativa para la familia del alcohólico. Rev Cubana Med Gen Integr 1,997; 13 (4): 330-339
- Servicio Extremeño de Salud: Protocolo de Atención a Familiares de abusadores o dependientes de drogas u otras conductas adictivas. PIDCA 2008-2012
- Martínez Gonzales JM, Molina Molina B, Ruiz Martínez M, Torres Sanchez A,: La familia en el tratamiento del drogodependiente. Diputación de Granada, 2000
- Colli Alonso, M; Prendes Varela, M. Terapia de grupo en alcoholismo: un modelo ambulatorio para su abordaje. LiberAddictus
- Calvo Botella E: Redes de apoyo para la intervención social: la familia. Salud y Drogas 2007; vol 7, nº1, PP 45-56
- Garcia Natal R, Sebastián Estebanz P: Experiencia grupal con familiares de drogodependientes en tratamiento. Cuadernos de Trabajo Social 1995; nº8, pp 161-167
- Campo García B, Snachez Fumanal A: Grupos socioterapéuticos de cuidadores para la mejora de la calidad de vida familiar . Mosaico 2008; nº 40, pp 37-43

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Creación de un Programa Socioterapéutico de intervención grupal con familiares de dependientes a cocaína y otros estimulantes

- ? Crear un espacio socioterapéutico propio para familiares
- ? Cumplimiento del programa grupal por parte de los asistentes de un 75% de las sesiones
- ? Proporcionar a la familia un mejor conocimiento del fenómeno del alcoholismo y los aspectos relacionados con ellas.
- ? Resaltar la importancia que tiene la familia, motivándola para que se implique a lo largo del proceso de tratamiento.
- ? Aprender y poner en práctica aquellas pautas de comunicación más adecuadas que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar
- ? Proporcionar a la familia pautas y habilidades necesarias para que su actuación sea operativa frente al problema.
- ? Lograr que las familias no vivan el problema de la adicción como algo único y exclusivamente suyo
- ? Ayudarles a que modifiquen los esquemas relacionales que puedan estar favoreciendo el mantenimiento de la conducta adictiva
- ? Restablecer los roles dentro de la jerarquía familiar y buscar una línea de actuación común ante el problema
- ? Potenciar el apoyo mutuo entre los miembros del grupo familiar frente al problema individual.
- ? Fomentar que los miembros del grupo familiar participen en su entorno socio-relacional, contando con los recursos de la comunidad.
- ? Favorecer el intercambio de experiencias y soluciones

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Criterios de inclusión en el grupo:

- Mayores de 18 años
- Familiares que convivan o mantengan una relación directa con pacientes de trastorno por dependencia al alcohol
- Que el paciente esté en rehabilitación en la UASA y cumpla criterios de trastorno por dependencia al alcohol
- Firmará un consentimiento informado con las normas del grupo correspondiente

Estructura del grupo:

- Grupos cerrados
- Heterogéneos (diferencias por edades, sexo...)
- Máximo 12 participantes por grupo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

306

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

- Participación en cada grupo de un terapeuta y un coterapeuta
- Sesiones programadas: de entre 8 a 10, con una frecuencia semanal
- La asistencia será reforzada por los terapeutas y por el propio grupo,
- Contenido de las sesiones adecuado a cada tipo de dependencia, incluyendo contenidos tales como:
 - a. Aporte de información relevante sobre el alcoholismo
 - b. Conceptualización del proceso adictivo
 - c. Cómo ayudar al enfermo alcohólico
 - d. Expectativas ante la rehabilitación
 - e. La comunicación en el ámbito familiar
 - f. Organización familiar
 - g. Codependencia
 - h. Expresión de emociones
 - i. Conductas que pueden indicar riesgo de recaída
 - j. Relajación

Se seleccionarán los participantes para cada grupo. Para ello, en base a la teoría y a la experiencia clínica, se considera importante centrarse en cuatro aspectos fundamentales:

- Grado de conocimiento del trastorno de dependencia alcohólica
- Impacto de la misma en la familia
- Relaciones familiares
- Potencialidades de la familia

Utilizando las siguientes escalas y cuestionarios:

- Cuestionario sobre el funcionamiento familiar (FF-SIL)
- Cuestionario APGAR familiar.
- Cuestionario de codependencia de ROEHLING Y GAUMOND (1.9969), adaptación al castellano de Sirvent y Martínez
- Cuestionario breve sobre la dependencia emocional, de Jorge Castelló Blasco
- Entrevista semi-estructurada para la familia del adicto diseñada para esta finalidad por el equipo profesional de la UASA.

Se citará a cada familia de forma individual para aportarle la información necesaria, firmar el consentimiento informado y completar

Una vez finalizado el periodo de sesiones, se volverá a citar individualmente a cada participante, se valorará la situación clínica y se rellenarán los tests con el objetivo de valorar los cambios:

- Una vez finalizado la terapia grupal
- A los 6 meses de haber finalizado la terapia
- Al año de haber finalizado la terapia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de evaluación:

- número de familias que comienzan el programa
- número de familias que finalizan el programa
- número de sesiones grupales y asistencia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

306

CREACION DE UN PROGRAMA SOCIOTERAPEUTICO DE INTERVENCION GRUPAL CON FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

Evaluación :

- a. Creación de un programa grupal socioterapéutico con familiares de diagnosticados de trastorno por dependencia al alcohol.
- b. Implementación de un programa de grupal socioeducativo en familiares de pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia al alcohol.
- c. Medición de la mejora en el funcionamiento familiar (cuestionario FF-SIL)
- d. Medición de la funcionalidad de la familia (APGAR)
- e. Medición de la codependencia y la dependencia emocional (Cuestionario de codependencia de ROEHLING Y Cuestionario breve sobre la dependencia emocional de Jorge Castelló Blasco)
- f. Cambio en los roles familiares

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Enero- Abril 2011: Búsqueda bibliográfica, estructura de las sesiones, asignación de sesiones.
- Mayo- Julio 2011: Diseño de las sesiones, cuestionarios, etc.
 - Agosto-Septiembre 2.011: Inclusión de participantes y realización de consultas individuales por cada uno de los mismos para realización de tests pre-grupo.
 - Octubre- Diciembre 2011: Sesiones grupales
 - Fin de sesiones: realización de re-test
 - Junio 2012 (6 meses): revaloración de los participantes y re-test
 - Diciembre 2012 (1 año): revaloración de los participantes y re-test
 - Una vez finalizados los primeros grupos, se iniciará el proceso con otros dos grupos socioeducativos para familiares de pacientes de alcohol y cocaína (Febrero 2012- Abril 2012)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 6 posters para su difusión en comunidades científicas	300 €
· Fotocopias de las escalas (test y retest).	100 €
· Cuestionarios y escalas de valoración	500 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

312

CREACION DE UN PROGRAMA GRUPAL DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES Y MODIFICACION DE ESTILOS DE VIDA PERJUDICIALES PARA USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANA ISABEL SIESO SEVIL

- Profesión ENFERMERIA
- Centro UASA MONZÓN
- Servicio/Unidad .. UASA MONZON
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENEZ CORTES MARTA PILAR. MEDICO PSIQUIATRA. UASA MONZON. UASA MONZON
- GARCIA GILART RAQUEL. PSICOLOGA. UASA MONZON-AYUNTAMIENTO DE MONZON. UASA MONZON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2009 se creó una Unidad de Atención y Seguimiento a las adicciones (UASA) en el Sector de Barbastro. La necesidad de la existencia de esta Unidad partía de la alta prevalencia de consumo de tóxicos en el sector, de los cuales un número elevado acudían y continúan acudiendo en la actualidad a la UASA de Huesca, o realizan el seguimiento en centros asistenciales de otras provincias (Lérida). La propuesta de la Unidad es agrupar toda la asistencia del sector en un solo centro de referencia, de manera que aquellos pacientes que ya acuden a otros centros sean derivados al nuestro, al mismo tiempo, fomentar la necesidad asistencial en todos aquellos casos no diagnosticados o sin seguimiento reglado. Desde la UASA se atienden las drogodependencias bajo un enfoque biopsicosocial, a nivel individual, grupal y familiar; para ello el trabajo es realizado por un equipo interdisciplinar interviniendo en las áreas sanitaria, psicológica y social.

Justificación de la creación de un programa grupal de promoción de hábitos saludables

La salud es un concepto muy amplio que abarca todas las funciones del organismo, tanto físicas como psíquicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad", por tanto se pueden establecer estos tres componentes de la salud

- Componente físico (a nivel orgánico): hace referencia al funcionamiento óptimo de los distintos aparatos, sistemas, órganos, tejidos etc. que integran el organismo humano y cuyas alteraciones morfológicas y fisiológicas determinan las enfermedades.
- Componente mental (a nivel psicológico): indica la necesidad de un equilibrio interno, mostrando un nivel adecuado de autoestima y aceptándose tal y como es, conociendo sus capacidades y limitaciones.
- Componente Social: indica el grado de relación del individuo con su entorno. Con el medio natural en el que se integra y muy especialmente con el grupo humano del que forma parte en el ámbito familiar, laboral, de ocio y tiempo libre etc.

A su vez, la O.M.S., en la Conferencia de Alma-Ata (1978) define la Promoción de la Salud como "una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una toma de responsabilidad hacia lo que es su propia salud y la de la colectividad...", y sigue argumentando que "la salud mundial sólo mejorará cuando los propios interesados participen en la planificación, aplicación y toma de decisiones acerca de su propia salud." Continúa diciendo que "el personal de salud se tiene que preocupar no sólo del control y prevención de enfermedades, sino también del fomento y promoción de la salud"

Desde la experiencia asistencial en la Unidad de Atención y Seguimiento de las adicciones, hemos detectado que muchos de nuestros pacientes presentan hábitos de vida perjudiciales para su salud: alimentación poco saludable, con un exceso o defecto en la ingesta calórica y desequilibrio en la composición nutricional; sedentarismo, práctica de conductas sexuales de riesgo, déficit de actividades recreativas y desconocimiento de los recursos que la comunidad les puede ofrecer. Así mismo, los pacientes pueden presentar una baja autoestima, relacionada entre otros factores, con el estado de deterioro en las relaciones sociales, familiares y problemas laborales que la adicción les ha acarreado. A su vez, la baja autoestima se asocia con un déficit de habilidades sociales y estilos ineficaces de afrontamiento de problemas.

Por todo ello, el equipo asistencial de la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones de este sector hemos valorado la necesidad de que los usuarios

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

312

CREACION DE UN PROGRAMA GRUPAL DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES Y MODIFICACION DE ESTILOS DE VIDA PERJUDICIALES PARA USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

de la misma desarrollen estrategias para fomentar el autocuidado, y potencien su capacidad de elección de estilos de vida más saludables, evitando conductas de riesgo mediante la realización de un programa de intervención grupal de fomento de hábitos saludables y modificación de estilos de vida. Nuestro objetivo último es proporcionar a los pacientes información relevante y habilidades que les permitan mejorar todos estos aspectos, incrementando su calidad de vida.

La elección de la intervención grupal es porque ayuda más fácilmente a avanzar en los proceso de cambio, en el trabajo grupal a través de una metodología activa y participativa se puede aprender o consolidar habilidades cognitivas, emocionales y sociales efectivas para tomar conciencia y realizar los cambios necesarios tanto a nivel personal como familiar y del entorno.

El grupo es un entorno protegido en el que la persona se hace consciente de riesgos que entrañan distintas actitudes, comportamientos o valores que antes no contemplaba, favorece la intención de cambio y si se decide cambiar, lo hace con mayor facilidad, siendo estos cambios más perdurables en el tiempo.

El programa grupal se coordinará con la terapia individual, el tratamiento psicofarmacológico y la atención psicosocial.

Bibilografía:

1. Pérez Álvarez M. , Fernández Hermida J. , et al. (2003). Guía de tratamientos psicologicos eficaces II Psicología de la salud. Pirámide.
2. VIVIR SALUD-HABLE-MENTE. Programa de hábitos de vida Guía del instructor del Programa de Hábitos de vida saludable. Con la colaboración de FAEFES. y la Sociedad Española de Psiquiatría.
3. O.M.S. Educación para la salud - Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1989.
4. O.M.S. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1981.
5. Ministerio de salud y consumo. Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. 1999
6. Navarro Prado S et al. La etapa universitaria como factor de cambio de hábitos saludables. Educare21 2006; 24. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/>
7. Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2009-2011. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Madrid Elsevier, 2010.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Instauración de un Programa de intervención grupal para fomentar hábitos saludables y modificar estilos de vida perjudiciales.

- ? Cumplimiento del programa grupal por parte de los asistentes de un 75% de las sesiones.
- ? Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre hábitos de vida saludables con relación a la alimentación, el ejercicio físico y conducta sexual.
- ? Aumentar el conocimiento de los pacientes en relación al concepto de autoestima y habilidades sociales.
- ? Aumentar el conocimiento de los pacientes de los recursos existentes en la comunidad.
- ? Ayudar a que los pacientes identifiquen conductas de riesgo para su salud.
- ? Favorecer la puesta en práctica de un estilo de vida saludable: incrementar y/o mantener la actividad física, realizar una dieta equilibrada evitar la obesidad y el sobrepeso, evitar conductas sexuales de riesgo.
- ? Ayudar a que los pacientes identifiquen la relación entre conducta asertiva y mejora de la autoestima.
- ? Enseñar habilidades de comunicación y estrategias para modificar conductas.
- ? Mejorar la capacidad de afrontamiento de problemas del los pacientes.
- ? Aprendizaje de técnicas de manejo de ansiedad.
- ? Generar conductas de búsqueda de control regular de su salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Criterios de inclusión en el grupo:

- Mayores de 18 años

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

312

CREACION DE UN PROGRAMA GRUPAL DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES Y MODIFICACION DE ESTILOS DE VIDA PERJUDICIALES PARA USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

- Usuario de la UASA que se encuentre en fase de rehabilitación y cumpla las características definitorias del diagnóstico enfermero (00078) Gestión ineficaz de la propia salud.
- Firmará un consentimiento informado con las normas del grupo correspondiente

Estructura de los grupos:

- Grupos cerrados
- Heterogéneos (diferencias por edades, sexo...)
- Máximo 12 participantes por grupo
- Participación en cada grupo de un terapeuta y un coterapeuta.
- Sesiones programadas: de entre 8 a 10, con una frecuencia semanal
- La asistencia será reforzada por los terapeutas y por el propio grupo,
- Contenido de las sesiones:
 - a. Alimentación equilibrada: concepto y guías dietéticas.
 - b. Estrategias para mejorar los hábitos alimentarios.
 - c. Establecimiento de objetivos dietéticos saludables.
 - d. Beneficios del ejercicio físico. Tipos de ejercicio físico.
 - e. Incorporación del ejercicio a la rutina diaria. Componentes de un programa de ejercicio.
 - f. Conductas sexuales de riesgo. Métodos preventivos.
 - g. Recursos comunitarios.
 - h. Concepto de autoestima. Nivel de autoestima. Técnicas para aumentar la autoestima.
 - i. Habilidades sociales.
 - j. Relajación.

Evaluablemos la eficacia de la intervención mediante los siguientes cuestionarios:

- ? Cuestionario de salud SF-36
- ? Evaluación de conocimientos-nutrición extraído del programa Vivir Salud-Hable-Mente.
- ? Evaluación de conocimientos-forma física extraído del programa Vivir Salud-Hable-Mente.
- ? Escala de autoestima Rosenberg extraída del programa Vivir Salud-Hable-Mente.
- ? Escala de conocimientos y conducta sexual del PNSD (Plan Nacional sobre Drogas).

Para ello se citará al paciente de forma individual para aportarle la información necesaria, firmar el consentimiento informado y completar las escalas y cuestionarios indicados.

Una vez finalizado el periodo de sesiones, se volverá a citar individualmente a cada participante, se valorará la situación clínica y se rellenarán los cuestionarios con el objetivo de valorar los cambios:

- Una vez finalizado la intervención grupal.
- A los 6 meses de haber finalizado la intervención.
- Al año de haber finalizado la intervención

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 312

CREACION DE UN PROGRAMA GRUPAL DE PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES Y MODIFICACION DE ESTILOS DE VIDA PERJUDICIALES PARA USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de evaluación:

- número de pacientes que comienzan el programa
- número de pacientes que finalizan el programa
- número de sesiones grupales y asistencia

Evaluación

- a) Creación e Implementación de un programa de intervención grupal de fomento de hábitos saludables y modificación de estilos de vida perjudiciales en usuarios de la UASA con una Gestión ineficaz de su propia salud (00078).
- b) Medición de la mejoría en el nivel de salud de los participantes (cuestionario de salud SF-36)
- c) Aumento el nivel de conocimientos sobre alimentación y ejercicio físico (cuestionarios del programa Vivir Salud-Hable-Mente).
- d) Aumento el nivel de conocimientos sobre conductas sexuales de riesgo (escala de conocimientos y conducta sexual del PNSD).
- e) Medición de la mejoría del nivel de autoestima (escala de autoestima de Rosemberg).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Enero- Abril 2011: Búsqueda bibliográfica, estructura de las sesiones, asignación de sesiones.

- Mayo- Julio 2011: Diseño de las sesiones, cuestionarios, etc.
- Agosto-Septiembre 2.011: Inclusión de participantes y realización de consultas individuales con cada uno de los mismos para realización de cuestionarios pre-grupo.
- Octubre- Diciembre 2011: Sesiones grupales
- Fin de sesiones: realización de cuestionarios postintervención.
- Junio 2012 (6 meses): revaloración de los participantes y re-test
- Diciembre 2012 (1 año): revaloración de los participantes y re-test
- Una vez finalizado el primer grupo se iniciará el proceso con otro grupo de intervención para promoción de hábitos saludables y modificación de estilos de vida perjudiciales(Febrero 2012- Abril 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CUESTIONARIOS Y ESCALAS	200 €
· MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	300 €
· PÓSTERS	250 €
Total	750 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 315

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).

2. RESPONSABLE MERCEDES PEREZ FAULO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro USM BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL DE BARBASTRO
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA BERTOLIN RAFAEL. PSIQUIATRA. HOSPITAL DE BARBASTRO. HOSPITAL DE BARBASTRO
- CASTILLO GIMENEZ LORENA. PSIQUIATRA. HOSPITAL DE BARBASTRO. HOSPITAL DE BARBASTRO
- CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA. MEDICO DE ATENCION PRIMARIA. COORDINADOR MEDICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBAS. CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos mentales graves(TMGT) tienen una esperanza de vida menor que la población general y mayor riesgo de padecer enfermedades físicas. Esto se debe en parte a que tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares con un elevado aumento del riesgo metabólico y cardiovascular(RMC). Con elevada morbilidad y pérdida de unos 20 años de vida . A pesar de las elevadas tasas de infradiagnóstico e infratratamiento y bajo nivel de autocuidados no se realizan con regularidad exploraciones médicas protocolizadas ; como se recoge en la literatura y en las recomendaciones y Guías Terapéuticas de tratamiento, donde recomiendan la creación de programas concretos de evaluación y seguimiento de patologías médicas concomitantes en TMG. La excesiva mortalidad cardiovascular asociada con TMG se atribuye a un incremento de factores de riesgo modificables:

- * Obesidad.
- * Hábito Tabaquico.
- * Hipertensión.
- * Diabetes.
- * Dislipemia.
- * Síndrome Metabólico.
- * Psicofarmacos.

También debemos señalar la importancia que tiene en la salud y la calidad de vida de estos pacientes el que sus valores de prolactina estén en rango terapéutico. En ambos sexos se da un decremento de la libido. La hiperprolactinemia inducida por algunos psicofarmacos producen en la mujer anovulación y amenorrea con un mayor riesgo de padecer osteoporosis. En hombres puede afectar a la función adrenal ,el equilibrio electrolítico,ginecomastia ,galactorrea ,decremento de la libido e impotencia. Con el consiguiente deterioro de la salud física y de la esfera sexual, afectando todo ello negativamente a la autoestima. Actualmente no existe en el Sector Barbastro ,ni en otro Sector de Aragón que conozcamos ,un programa estructurado y sistemático de control de la salud física de los pacientes afectados de TMG .Realizándose de forma individualizada ,según los criterios personales de cada sanitario.

FUENTES DE INFORMACION :

- 1-Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave . GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL SNS .MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL.
- 2-PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL TMG: Zaragoza.SALUD.
- 3-Guías de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente,GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL SNS,MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL.
- 4-Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las sociedades de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica .Actas Esp.Psiquiatría 2008;36

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

315

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).

(5):251-264. Autores J.Saiz Ruiz ,J.Bobes Garcia ,J.Vallejo Ruiloba et al.
5-Pacto europeo por la salud mental y el bienestar U.E ,Bruselas ,13-06-2008.
6-Plan de accion 2008-11 de la WPA :Investigacion en salud general de los TMG.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha implementado la puesta en marcha del Programa de control y seguimiento de la salud fisica realizando la evaluacion de un grupo de pacientes en la USM Barbastro,como criterios de inclusion en el programa son padecer TMG y estar en tratamiento con neurolepticos . En concreto se ha realizado la captacion de 20 pacientes y se les realizo una monitorizacion inicial : Toma de tension arterial,ECG ,determinacion de IMC ,controles analiticos para detectar parametros de riesgo modificables,(colesterol,trigliceridos,glucemia,prolactina..)evaluacion de antecedentes personales y familiares de RMC .Asi como valoracion del estilo de vida :sedentarismo,habitos toxicos ,habitos alimentarios y pauta de psicofarmacos . Se mantuvo informacion con los Equipos de Atencion Primaria (MAP y DUE)si el RMC era alto y se han trabajado factores de riesgo modificables mediante un Programa Psicoeducativo de 12 sesiones en el que se trabajan la alimentacion, la actividad fisica y la autoestima ,nos quedan tres sesiones para terminar este programa y comenzar con el Programa Psicoeducativo Prolactina Esfera Sexual-Reproductiva y salud que esta pensado para hacerlo en 6 sesiones . Aunque todavia es pronto para extraer conclusiones puesto que es un programa de reciente implantacion .Si que es destacable el grado de aceptacion que la propuesta genera en nuestros pacientes asi como un elevado nivel de motivacion para el cambio.Los Programas Psicoeducativos son las herramientas para responsabilizarles en la medida de lo posible de su autocuidado. Participamos con la presentacion de una comunicacion tipo poster en las VIII Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD 2010 con el titulo"Elaboracion implementacion de un Programa de control de la salud fisica en pacientes con trastorno mental grave en la Unidad de Salud Mental de Barbastro". Tambien se presento la comunicacion tipo poster en el XXVII Congreso Nacional de Enfermeria de Salud Mental Cuidados en Salud Mental desde una

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dar continuidad al Programa en la USM de Barbastro e implantarlo a todo el Sector Barbastro . Monitorizacion final y resultados obtenidos tanto en el grupo control como en el experimental (Programas Psicoeducativos). Control periodico preventivo de prolactina en pacientes candidatos a seguimiento para detectar y valorar hiperprolactinemia secundaria a la toma de neurolepticos y adopcion de medidas terapeuticas . Potenciar el autocuidado y la gestion de la propia vida y valoren la importancia de los factores de riesgo modificables :(tabaquismo ,elevado consumo de grasas saturadas en la dieta ,sedentarismo...)y de como la adopcion de un estilo de vida saludable puede mejorar cualitativa y cuantitativamen

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. *Continuidad y mejora del diseño del programa de evaluacion y seguimiento de Salud Fisica en TMG. *Desde la Unidad de Salud Mental la Enfermera Especialista en Salud Mental ,en colaboracion con el resto del equipo de la Unidad de Salud Mental y Atencion Primaria realiza la captacion y seguimiento de pacientes que se pueden beneficiar del Programa y que cumplen criterios de inclusion . *Tras su diseño y puesta en marcha finalizar el programa con el grupo actual y evaluacion de en que medida hemos logrado los objetivos esperados durante la intervencion . *Comenzar con un nuevo grupo de pacientes que se beneficie del proyecto. *Revisiones de los pacientes que han finalizado los programas Psicoeducativos ,como minimo una vez al año.

*Reforzar individualmente en cada ocasion de interaccion que tengamos con el paciente (en las visitas de seguimiento, administracion de neurolepticos depot,protocolo de clozapina)lo trabajado en los Programas Psicoeducativos con el objetivo de lograr un empoderamiento real del paciente con respecto de su autocuidado y la importancia de mantener estilos de vida saludables. *Continuar trabajando con Atencion Primaria desarrollando y perfilando el proyecto desde un punto de vista interdisciplinar e integrador para conseguir mejorar la asistencia sanitaria en los TMG de nuestro sector. *Valorar las practicas en cuidados de la salud en relacion a patologias fisicas concomitantes a su trastorno psiquiatrico qu

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * Existencia del Programa de evaluacion y seguimiento de Salud Fisica. *Numero de pacientes / Numero de pacientes evaluados en total.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ELBAILE SARASA ROSARIO. MEDICINA. DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
- CALDERON GRAU PILAR. ENFERMERIA. DIRECCION ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
- ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICINA. CENTRO DE SALUD MONZON RURAL SECTOR BARBASTRO. CENTRO SALUD MONZON RURAL
- YSEBIE RONSE ISABEL. MEDICINA. CENTRO SALUD CASTEJON DE SOS SECTOR BARBASTRO. CENTRO SALUD CASTEJON DE SOS
- ANDREU GISBERT PILAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La población anciana es, en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial. Diversos estudios han puesto de manifiesto que un alto porcentaje de pacientes están tratados con polifarmacia, en España esta situación afecta al 34,2% de los ancianos que consumen fármacos a diario.

Los ancianos son especialmente vulnerables, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones.

La polimedicación puede estar asociada a la prescripción y uso de fármacos innecesarios o inadecuados y supone mayor riesgo de mal uso por errores de dosificación, de baja adherencia terapéutica o incumplimiento, de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas medicamentosas (RAM). La polimedicación además es un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano.

La no adherencia al tratamiento, o incumplimiento, se da en el 30-50% de los ancianos y está favorecida por la pérdida de memoria, la soledad, la disminución de la capacidad intelectual y los déficit sensoriales. Hasta el 80% de los ancianos se automedican, originando un mayor consumo de fármacos y un mayor riesgo de RAM e interacciones farmacológicas. Las RAM son frecuentes en el anciano, y su prevalencia es del 5% cuando se consume un fármaco, cifra que se eleva hasta prácticamente el 100% cuando se consumen 10 o más fármacos. Muchas RAM en los ancianos son evitables y pueden disminuirse con una prescripción individualizada, especialmente si se trata de medicamentos dependientes de la dosis. Los principales factores de riesgo son la polifarmacia y la comorbilidad (4 o más enfermedades crónicas).

Se estima que las RAM son responsables de hasta un 30% de los ingresos hospitalarios en los pacientes mayores, siendo la principal causa de RAM en ellos la prescripción inapropiada (PI) de fármacos y la mala monitorización de tratamientos prescritos. La PI de fármacos en la población geriátrica está considerada una cuestión de salud pública, relacionada con la morbilidad, la mortalidad y el uso de recursos sanitarios.

El Sistema Nacional de Salud Británico ha incluido en su cartera de servicios la revisión anual de tratamientos en los pacientes con más de 75 años, siendo al menos semestral cuando toman cuatro o más medicamentos.

El seguimiento farmacoterapéutico viene recogido en la Resolución del Consejo de Europa del año 2001, como un elemento esencial de prevención y limitación de los riesgos iatrogénicos .

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La revisión de tratamientos en los pacientes ancianos polimedicados es una de las estrategias más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

detectar posibles incidentes relacionados con la utilización de los medicamentos (duplicidades, reacciones adversas, interacciones farmacológicas, etc

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Aprobación para la inclusión en OMI-AP del protocolo de revisión del uso de la medicación crónica por parte del personal de enfermería.

42 de 75 médicos con pacientes considerados polimedidados(>75 años con 6 ó más fármacos) han empezado a trabajar el programa (abierto episodio A13 correspondiente y hecho test de Morisky-Green-Levine)

631 de 3348 pacientes mayores de 75 años y que toman 6 ó más fármacos tienen abierto episodio A13 y hecho test de Morisky-Green-Levine)

Resultados obtenidos en 2010 en los indicadores:

1. Porcentaje de médicos que han empezado a trabajar en el programa del polimedicado 56%
2. Porcentaje de pacientes incluidos en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morisky).18

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la Seguridad en la toma de fármacos en el paciente polimedicado mediante la detección y resolución de incidentes relacionados con la utilización de medicamentos (duplicidades, reacciones adversas, interacciones farmacológicas).

-Mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

-Realizar la revisión clínica sistematizada de la medicación crónica del anciano y detectar prescripciones inapropiadas que presenten riesgos para el mismo.

-Mejorar la gestión de prescripciones en OMI-AP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- Revisión anual del uso de la medicación de los pacientes que ya se tienen incluidos en el programa del polimedicado.
- Elaboración de un protocolo de revisión clínica de la medicación crónica. La revisión clínica del tratamiento comprende una adecuación de la medicación a la indicación y situación clínica para cada paciente.
- Constitución de un grupo de trabajo formado por parte de los miembros de la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) cuyo objetivo será elaborar una tabla con los principios activos de mayor riesgo para la población polimedificada y de más de 75 años, a partir de los criterios de Beers, y de los Stop-Start
- Elaboración de una ficha de cada principio activo elegido, con información crítica y práctica para el clínico.
- Los miembros del grupo de trabajo de la CURM impartirán sesiones en todos los EAP para distribuir las fichas elaboradas y explicar el protocolo de revisión clínica de los tratamientos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes a los que se le ha hecho la revisión anual del uso de la medicación/total de pacientes incluidos en el programa del polimedicado.

- % de principios activos de los que se ha hecho una ficha.
- % EAP en los que se han impartido sesiones de revisión clínica de tratamientos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-junio 2011: Formación del grupo de trabajo de la CURM, elección de los principios activos de mayor riesgo en población anciana.

Junio-septiembre 2011: elaboración de fichas de los principios activos elegidos

Septiembre-diciembre 2011: sesiones en los EAP de formación en revisión clínica de los tratamientos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

524

MEJORA DE LA COBERTURA EN GRUPOS DE PACIENTES PRIORITARIOS: ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

2. RESPONSABLE EDUARDO CLEMENTE ROLDAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION AP BARBASTRO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALDERON GRAU PILAR. ENFERMERIA. DIRECCION AP BARBASTRO.
- DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO. MEDICO. DIRECCION AP BARBASTRO.
- TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO. EAP BINEFAR.
- BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO. EAP BARBASTRO.
- GUALLARTE HERRERO OLGA. ENFERMERIA. EAP MONZON URBANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tabaquismo es un problema de salud pública que causa una alta morbilidad y mortalidad. Es la primera causa evitable de enfermedad y muerte prematura en España.

La cobertura al paciente dependiente del tabaco está incluido en el contrato programa del año 2010 (tiene un peso del 5%). En estos momentos el Sector tiene una cobertura del 15,1% (con un rango del 44% al 5% por EAP, en dependencia del grado de implantación del OMI-AP y de la captación de los fumadores). En estos momentos esta cobertura no entra en el rango mínimo que el SALUD acuerda con los sectores para su evaluación (esta escala varía de 20 al 50%).

Para el año 2011 se ha estimado que el 29,61% de la población del Sector es fumadora (aproximadamente unos 28135 fumadores), esta prevalencia ha aumentado desde el año 2010 (26,8%). Además, el peso de este indicador ha aumentado al 6% del contrato programa.

Una de las consecuencias que está acarreado la implantación de la nueva Ley del tabaco (Ley 42/2010 de 30 de diciembre) es que una gran parte de la población fumadora está pensando en dejar de fumar o ha iniciado un progresivo proceso de deshabituación tabáquica.

Con todo, se ha evidenciado que existe un infrarregistro en algunos EAP del Sector, en los que a pesar de estar realizando actividades, éstas no se registran de forma adecuada en el OMI-AP, por lo que no pueden ser cuantificadas.

Además, en otros centros no se realizan actividades o se realizan de manera aislada, por lo que parece necesaria la coordinación y la unificación de criterios del Sector a nivel centralizado. Por otra parte, la cobertura en las personas menores de edad es prácticamente nula.

Consecuencias:

1.Sobre los pacientes:

- Mejora de la salud: disminución de la mortalidad y la morbilidad de enfermedades relacionadas con el tabaco

2.Sobre los recursos económicos:

- Menor cantidad de consultas debidas a enfermedades relacionadas con el tabaco.

3.Sobre los profesionales:

- Mejor control de la población a la que presta servicio.
- Fomento de las actividades preventivas.

4. Sobre los gestores:

- Mejora de los resultados obtenidos en el contrato programa del Sector

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

524

MEJORA DE LA COBERTURA EN GRUPOS DE PACIENTES PRIORITARIOS: ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Disminuir la prevalencia de fumadores en el Sector Sanitario de Barbastro
2.Mejorar la cobertura de atención al paciente dependiente del tabaco.
3.Mejorar el registro de fumadores
4.Incrementar el número de fumadores a los que se ha realizado "intervención breve" o "intensiva"
5.Incrementar la captación en población menor de 18 años
6.Promoción de la salud: implantar actividades de intervención sanitaria en la comunidad (colegios, asociaciones de vecinos, etc

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. •Análisis de la situación
•Creación de un grupo de trabajo (Grupo de trabajo contra el tabaquismo)
•Mejora de la captación de los pacientes fumadores
•Elaboración de unas instrucciones comunes para todos los EAP del Sector
•Formación y sesiones clínicas a nivel de EAP (dirigido a todos los profesionales sanitarios). Unificar criterios en la población del Sector.
•Ofertar en todos los Centros de Salud una consulta de atención al paciente dependiente del tabaco / deshabituación. Nombrar un responsable del programa del tabaco en todos los EAP y asegurar que todos los EAP dispongan de cooxímetro.
•Elaboración de un tríptico informativo para los fumadores
•Crear una Unidad de Tabaquismo de referencia para el Sector.
•31 de mayo: Día Mundial sin Tabaco. Fomento de las actividades recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad.
•Evaluación.
•Propuesta de nuevas acciones de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Aumento del número de nuevos episodios creados en relación al paciente dependiente del tabaco (Cobertura). (Nº pacientes con episodio abierto de tabaco en OMI-AP / población fumadora estimada de la zona) * 100. Objetivo: >20% (Cálculo de este indicador en Sector y por EAP).

-Registro del hábito tabáquico en la población EPOC. (Nº de registros de hábito tabáquico / Nº pacientes com EPOC) * 100. Objetivo: 80%.

-Preguntar a todas las personas mayores de 10 años sobre su hábito tabáquico. [(Nº registros en población menor de 18 años en 2011 - Nº registros en <18 años en 2010) * 100 / Nº registros en población <18 años en 2011]. Objetivo: >25%.

-Aumento de las intervenciones breves iniciadas en el Sector. (Nº fumadores con intervención breve iniciada / Nº pacientes con episodio de tabaco) * 100. Objetivo: >20%.

-Inicio de la intervención intensiva. (Nº fumadores con intervención intensiva/ Nº pacientes con episodio de tabaco) * 100. Objetivo: >10%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Análisis de la situación: 1º TRIMESTRE 2011

- Grupo de trabajo: 2º TRIMESTRE 2011

- Instrucciones comunes: 2º TRIMESTRE 2011

- Formación: curso + sesiones: 2º Y 3º TRIMESTRE 2011

- Nombrar responsables en todos los CS (Consulta): 2º Y 3º TRIMESTRE 2011

- Acciones Día Mundial sin Tabaco: 2º TRIMESTRE 2011

- Elaborar tríptico informativo: 2º TRIMESTRE 2011

- Unidad de tabaquismo de Sector: 3º TRIMESTRE 2011

- Evaluación: 4º TRIMESTRE 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 524

MEJORA DE LA COBERTURA EN GRUPOS DE PACIENTES PRIORITARIOS: ATENCION AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

- Propuesta de nuevas acciones de mejora: 4º TRIMESTRE 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cañón proyector de bolsillo Samsung LED SP 410M	500 €
· Material de papelería (tríptico + plastificado)	200 €
Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

535

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE VICTOR VALLES GALLEGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA SECTOR DE BARBASTRO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- AGUSTIN LOPEZ BONILLA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- LAPEÑA LLERA ANA ISABEL. MATRONA. EAP FRAGA.
- MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. EAP FRAGA.
- ONCINS TORRES ROSA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
- PUENTE RODRIGUEZ SORAYA. MEDICO. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 2005, iniciamos un Plan de Mejora de Calidad entre A. Primaria y Especializada centrado en la actualización del Plan de Atención a la Mujer. Uno de los problemas detectados fue un número elevado de citologías realizadas y una baja cobertura poblacional en nuestro Sector.

A los tres años de establecer el Plan de Mejora 2005-2007 hemos conseguido disminuir en 2.195 las citologías realizadas en el sector, fundamentalmente a expensas de las que se realizaban en el hospital (Cribado oportunista y repetidas innecesariamente) también se ha incrementado la detección de lesiones preinvasivas (CI III) desde una media de 8 lesiones diagnosticadas al año durante los años 2003 al 2005 hasta 15 HSIL en 2007. La cobertura poblacional permanece estable entre 37,6% y 38,9%.

La cobertura poblacional en nuestro Sector es de baja y a los 5 años de establecer el Plan de calidad, no hemos conseguido incrementarla manteniendonos en un 36,8%. Pensamos que hay defectos en la recogida y hemos tenido fallos en los sistemas OMI, pero consideramos necesario seguir trabajando con los Equipos de Atención Primaria para potenciar la captación hasta conseguir el 70% recomendado en cualquier programa de cribado poblacional bien organizado. Por otra parte no seguimos diagnosticando cánceres invasores en mujeres no cribadas (Fallo de Cribado) en la misma proporción que antes de establecer el programa.

Un número importante de las citologías realizadas lo son a mujeres no incluidas en la población Diana del programa de cribado, jóvenes después de tres años del inicio de las relaciones sexuales. En 2011 se han incluido en cartera de servicio a las mujeres entre 25 y 65 años.

Los conocimientos actuales afirman que es necesaria la infección persistente del virus del papiloma humano para que exista un cáncer de cérvix y la recomendación de promocionar la prevención Primaria por medio de la vacuna es firme por varias Sociedades científicas (SEGO).

El grupo de trabajo formado en nuestro Sector, consideramos necesario desarrollar estrategias que nos permitan aumentar el cribado poblacional de cáncer cérvix, implicando a los profesionales de la Atención Primaria en la captación de las mujeres.

Hemos observado que como consecuencia de la implantación de los protocolos de Diagnóstico Precoz de Ca de Cérvix y de Seguimiento del Embarazo Normal, del incremento de población femenina en edad fértil y del incremento de indicaciones de citologías en edades fuera del rango del programa, se está produciendo demoras en la atención en las consultas de Matronas de Atención Primaria en las áreas más pobladas y que puede ser necesario incrementar y/o reordenar recursos.

Durante los años 2008 y 2009 hemos monitorizando todos los resultados de las citologías realizadas en el Sector y proponiendo acciones de Mejora que nos permitan incrementar la cobertura poblacional y disminuir las pruebas innecesarias, aumentando la tasa de detección de lesiones preinvasivas y por lo tanto potenciando la prevención secundaria del Cáncer de Cervix en Nuestro Sector.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

535

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

En 2010 hemos revisado nuestro protocolo de cribado, para adaptarnos a las nuevas evidencias científicas que proponen incluir la detección del VPV en el cribado de cáncer de cervix, esta Prueba, disminuye los falsos negativos y permite mantener la periodicidad de 5 años en el cribado poblacional con mayor seguridad para la paciente.

Hemos actualizado nuestro Protocolo de Sector, introduciendo la detección del virus del papiloma humano a partir de los 30 años tal como recomienda la SEGO Junto con la citología y si las dos pruebas son negativas, repetir a los 5 años.

Nos parece necesario, que tanto Atención Primaria, como Especializada sigamos el mismo algoritmo y dispongamos de las mismas técnicas para transmitir criterios uniformes a la población.

Al aumentar la seguridad de la prueba nos permite, disminuir el número de citologías mal indicadas y el número de consultas, tanto en las matronas de Atención Primaria, como en las consultas de Ginecología, aumentando la seguridad de las pacientes, sin incrementar el gasto del Programa y favoreciendo la orientación de los recursos a las pacientes de riesgo.

Creemos firmemente que el cribado poblacional debe ser homogéneo en todo el Sector y ofrecer las mismas técnicas en los diferentes Niveles Asistenciales. La monitorización exhaustiva de todas las pruebas que se realizan en el Sector por parte del Servicio de Anatomía Patológica, nos permite introducir métodos correctivos que impidan una mala utilización de las técnicas y evitar que se realicen pruebas innecesarias, que no se atengan al protocolo e incrementen el gasto sanitario innecesariamente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2010 en el Sector Sanitario de Barbastro se han realizado un total de 4770 citologías, 3860 (80,92%) de las cuales se han solicitado desde Atención Primaria. Las matronas de Atención Primaria, han incrementado en 568 las citologías realizadas en 2010 con respecto al 2009 y Los especialistas han realizado 319 citologías menos.

A los 6 años de instaurar el Plan de Mejora se han disminuido las citologías totales realizadas en el Sector Barbastro en un 27,5%.

Los Especialistas del Sector han realizado 2.802 citologías menos que en el año 2005, un 75,4% menos que al inicio del Plan, ello implica un mínimo de 5.604 consultas evitadas en los centros de Especialidades.

Se han incrementado las citologías realizadas por las matronas de Atención Primaria en un 34,5% y en los Centros de Salud se han realizado 1980 visitas más que en 2005.

Se ha incrementado el número de lesiones preinvasivas de 9 CIN III en 2005 a 16 en 2010, lo que nos indica que se están captando mujeres nuevas y se ha evitado repetir citologías a mujeres ya cribadas.

La cobertura del Sector según los datos extraídos del OMI-AP ha sido en el año 2010 del 36,8%.

Durante el año 2009 se inició la realización del test HPV en un Equipo de Atención Primaria del Sector y se realizaron 185 detecciones, en 2010 se han realizado 409 determinaciones en dicho Equipo de Atención Primaria. En el año 2009, el 72% de los test HPV que se realizaban en el Sector se solicitaron por parte de los especialistas, mientras que el pasado año, este porcentaje bajó hasta el 47,8%. En tan solo un año de implantación en un solo Equipo de Atención Primaria (EAP), se solicitan las mismas pruebas por parte de Atención Primaria que de Atención Especializada.

El impacto económico del Plan de Mejora teniendo en cuenta las citologías y consultas de especialistas evitadas y sumando el costo del incremento que suponen las visitas, citologías y determinación del test HPV realizadas por Atención Primaria, supone un ahorro económico de al menos 322.771,56€.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Febrero 2010: Presentación del Plan en servicio Ginecología. Sesión Clínica.
- Reuniones con Directivos de Atención Primaria. Mayo 2010. Octubre 2010.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

535

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

- Elaboración y revisión del Protocolo de cáncer de cérvix.
 - Elaboración de nuevo tríptico informativo para las mujeres y profesionales.
 - Octubre-2010.Sesión con matronas de Atención Primaria. Evaluación de resultados del Plan de Mejora. Presentación Protocolo cribado cérvix.
 - Reuniones con Anatomopatólogas del Hospital revisión protocolo cribado.
 - Reuniones ginecólogos hospital. Revisión protocolo cribado.
 - Abril 2010 Valoración de las citologías que no se atienen a protocolo.
 - Diciembre 2010. Evaluación del Proyecto de Mejora de cáncer de cervix.
 - Charlas a la Población. 17- Febrero 2010. Charla informativa en Barbastro sobre Prevención Cáncer Genital. Organizada por la Asociación contra el cáncer.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la mortalidad por Cáncer de cervix.
- Aumentar la cobertura poblacional de cáncer de Cervix en el Sector Barbastro un 10%.
 - Reforzar la unidad de criterios de cribado entre Atención Primaria y A. Especializada.
 - Transmitir mensajes idénticos a la población.
 - Mantener la detección de Lesiones Preinvasivas (mas de 15 CINIII al año).
 - Mejorar la eficiencia de las consultas de ginecología y matronas y la adecuación de la indicación de citologías.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Coordinación con Atención Primaria. Reuniones con los Directivos.
- Sesiones en los Centros de Salud sobre HPV / Cáncer de cervix:
 - Charlas a la población para concienciar de la necesidad de acudir a las consultas de A. Primaria a realizarse las pruebas pertinentes.
 - Distribución de información escrita (Trípticos informativos).
 - Implementar el cribado poblacional con la detección de DNA del virus de Pápiloma.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de citologías realizadas por Zona Básica de Salud
- Media de días de demora en la recepción de los resultados de citologías.
 - Número de test HPV realizados por Zona Básica de Salud
 - Cobertura por Sector y por Zona Básica de Salud
 - Consultas de Gine primeras y sucesivas. (% primeras)
 - Días de demora en consultas de matrona para citología.
 - Días de Demora en consulta de Ginecología.
 - Número de citologías que no se adecuan a protocolo (N° solicitudes de citologías que no se adecuan a protocolo / total de solicitudes de citologías * 100)
 - Número de test de HPV que no se adecuan a protocolo (N° solicitudes de test HPV que no se adecuan a protocolo / total de solicitudes de test HPV * 100)
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 19-01-2010: Reunión con las matronas de Atención Primaria, Presentación de los resultados del Plan de Mejora 2010.
- 15-02-2011. Sesión del Servicio para informar de los resultados del Proyecto.
 - 7-04-2011: Charla informativa a la población sobre cáncer de cervix en Torrente de Cinca, promovida la Junta local de Amas de casa.
 - 12-04- 2011 Reunión con los Directivos de Primaria
 - Mayo 2011. Sesiones en los Centros de Salud del Sector.
 - Noviembre 2011. Evaluación y propuesta de nuevas acciones de mejora

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 535

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Tripticos informativos		200 €
	Total	200 €
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR		