

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 59 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER	147	GUIA CLINICA PARA EL MANEJO DE LAS METRORRAGIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES (PRIMARIA-ESPECIALIZADA) EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	ROYO ROYO SILVIA	126	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA COMO MODELO DE EXCELENCIA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS BERBEGAL	GASCON DEL PRIM ELENA	118	ALGORITMOS PARA LA ATENCION URGENTE DE PATOLOGIA AGUDA GRAVE
BA	AP	CS BERBEGAL	LOPEZ ALONSO ANGELES	135	UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC: CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA APROBADO EN EL 2011
BA	AP	CS BINEFAR	MARTI JARNE FERNANDO	426	INDICACIONES DE CONSULTA EN FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO. COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
BA	AP	CS BINEFAR	PEREZ HUGUET MARIA PAZ	451	MEJORA EN LA GESTION DE MATERIAL NECESARIO PARA AUTOCONTROL DE PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	255	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	349	PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	BRAU PERIZ PATRICIA	262	REORGANIZACION DE LOS ARCHIVOS (ACTIVO Y PASIVO) DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CALVO GASCON ANA MARIA	357	MEJORA DE GESTIONES DIVERSAS EN EL AREA DE ADMISION DEL CS TAMARITE DE LITERA
BA	AP	DAP BARBASTRO	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	422	EVALUACION DEL IMPACTO CLINICO Y ECONOMICO DE LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO EN EAPS DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	DAP BARBASTRO	CLEMENTE ROLDAN EDUARDO	447	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACION DE ALTO RIESGO DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	449	CORRELACION DEL REGISTRO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA INDICACION DE ESTATINAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	DAP BARBASTRO	GARCIA CASANOVAS ANA MARIA	435	IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO CENTRALIZADO DE PERSONAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGO VICTOR	312	MEJORA DE LA COBERTURA DE CRIBADO DE CANCER CERVICOUTERINO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AT AMB	CME MONZON	MARTIN ALOS MARIA PILAR	353	REDACTAR UN FOLLETO INFORMATIVO SOBRE SU ENFERMEDAD PARA LOS PACIENTES CON EPOC
BA	AT AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO	GARCIA LACOMA MERCEDES	198	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ASISTENCIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH (TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD) EN LA USMIJ DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ABAD RUIZ ALODIA	393	DIFUSION Y ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN ATENCION A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO EN EL AMBITO DE LA SALUD
BA	HOSP	H BARBASTRO	ABAD SANZ MARIA	125	BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) ECOGUIADO PARA ANESTESIA Y ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA HERNIORRAFIA INGUINAL EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
BA	HOSP	H BARBASTRO	ALLUE FANTOVA NATALIA	431	GUIA DE ADMINISTRACION DE FARMACOS POR Sonda NASOGASTRICA
BA	HOSP	H BARBASTRO	ALONSO AYERBE LAURA	83	MEJORA EN EL MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESION (LPP) EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ANDRES ALIERTA MARTA	82	COMO AGILIZAR LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A HOSPITALIZACION
BA	HOSP	H BARBASTRO	ANTON QUIROGA JESUS	400	EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DOLOR CRONICO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	122	ADECUACION DE LA MONITORIZACION FETAL A LAS INDICACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL EN EL SNS, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ARRIBAS MARCO MARIA TERESA	260	ELABORACION DE GUIA CLINICA PARA TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO DIFERIDO ESPONTANEO PRECOZ
BA	HOSP	H BARBASTRO	AZNAZ MUÑOZ ROBERTO	267	MONITORIZACION DE LA DISPLASIA ANAL Y PREVENCIÓN DEL CARCINOMA ANAL EN PACIENTES VIH
BA	HOSP	H BARBASTRO	CASTRO SAURA NURIA	143	COMO MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CON CITACION DE PRUEBAS PREOPERATORIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN	338	ESTABLECER UN PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 59 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					COORDINADO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO	CUELLO RIVAS MARIA CARMEN	81	GESTION DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: FORMACION CONTINUADA
BA	HOSP	H BARBASTRO	DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES	62	MEJORA EN LA ATENCION AL NEONATO EN LA SALA DE PARTOS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO EN RCP NEONATAL
BA	HOSP	H BARBASTRO	EITO CUELLO JUAN JOSE	202	APLICACION DE LAS REGLAS DEL TOBILLO DE OTAWA DESDE SERVICIO DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	ELIZALDE BENITO ANGEL	343	DESARROLLO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ESCOLANO HURTADO CARMEN	34	ELABORACIÓN DE PROTOCOLO PARA LA ACOGIDA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	FERNANDEZ GIL MARTA	132	PROGRAMA DE DEAMBULACION CON EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	35	PLAN DE MEJORA EN LA PREVENCION DE CAIDAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	FRANCIA FRANCO FRANCISCO	401	ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGIA CEREBROVASCULAR
BA	HOSP	H BARBASTRO	GARCIA ORTIN JORGE CARLOS	155	EVALUACION DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO MEDIANTE LA MEDICION DE LA LONGITUD CERVICAL Y PROPUESTA PARA CONTROL AMBULATORIO DE LA MISMA, EVITANDO INGRESOS INNECESARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO	GARCIA SOLANS MERCEDES	352	PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIFICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)
BA	HOSP	H BARBASTRO	GASTON AÑAÑOS JUAN	408	IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA EL PROCESO DE ELABORACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RIOPPE IGROSOS
BA	HOSP	H BARBASTRO	GONZALEZ CORTIJO JAVIER	183	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN PACIENTES RECUPERADOS TRAS UNA PARADA CARDIACA
BA	HOSP	H BARBASTRO	GRACIA ASIN ESTHER	380	ACTUALIZACION Y MEJORA DE LA "GUIA DEL SUPERVISOR DE GUARDIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	GUARDIA DODORICO LORENA DEL PILAR	184	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA AGUDA (HOA)
BA	HOSP	H BARBASTRO	IGLESIAS APARICIO DANIEL	442	TRATAMIENTO PERCUTANEO (INFILTRACIONES Y RADIOFRECUENCIA) DE LA PATOLOGIA LUMBAR A CARGO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DE UN HOSPITAL COMARCAL
BA	HOSP	H BARBASTRO	MAGALLON PUY JUAN ALBERTO	290	MEJORA DEL SISTEMA DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	180	REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO "CODIGO SEPSIS GRAVE" EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	MUR ABENOZA ANABEL	119	REALIZACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE ACTUACION PARA MEJORAR LA CONFORTABILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS MOMENTOS DE MAYOR PRESION ASISTENCIAL
BA	HOSP	H BARBASTRO	MUR BARRABES DIANA	36	MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	MUZAS LACAMBRA PILAR	32	INFORMACIÓN DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	NOGUES TOMAS JAVIER	275	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL CONTROL DE LAS INDICACIONES DE CESAREA Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES DE LAS MISMAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	NOVELLON ESCOBEDO ANA ISABEL	22	FACTURACION A TERCEROS EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	OMIST ONDIVIELA SUSANA	464	EMPLEO DE TOXINA BOTULINICA PARA ALIVIO DEL DOLOR CRONICO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ONCINS TORRES ROSA	173	ESTRATEGIAS PARA POTENCIAR EL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA E IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES
BA	HOSP	H BARBASTRO	PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO	44	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO AFECTO DE DIABETES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO	PRADOS CHICA JOSE JAVIER	154	CONTROL Y OPTIMIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA VMNI EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ROJAS PEREZ EZQUERRA BEATRIZ	319	INSTAURACION DE UN PROTOCOLO CONJUNTO GINECOLOGIA-HEMATOLOGIA SOBRE LA ADMINISTRACION DE HIERRO INTRAVENOSO EN LA ANEMIA POSTPARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO	SEVA FERNANDEZ ANTONIO	215	EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y PSIQUICA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE SIGUEN TRATAMIENTO DEPOT
BA	HOSP	H BARBASTRO	SICART LONCAN SILVIA	386	ELABORACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS, GENERALES Y

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 59 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					ESPECIFICOS POR UNIDADES, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	TABUENCA VICEN CRISTINA	168	OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE ESTERILIDAD EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ZAMORA MUR ALFREDO	12	IMPLANTACION DEL METODO DE EXPLORACION CLINICA DE VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DISFAGIA OROFARINGEA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

147

1. TÍTULO

GUIA CLINICA PARA EL MANEJO DE LAS METRORRAGIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES (PRIMARIA-ESPECIALIZADA) EN EL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE JESUS JAVIER AGUAVIVA BASCUÑANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. JEFE GINECOLOGIA
· MARTINEZ CARRASCO JESUS. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. COORDINADOR MEDICO
· LAGUNA ALLUE LUIS MIGUEL. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· MOLINOS CASASNOVAS MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· FUMANAL COSCULLUELA MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
· EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. JEFE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La menorragia o sangrado abundante, se define como la percepción de sangrado excesivo durante el periodo menstrual regular que interfiere tanto en el terreno físico, emocional, social y material de la calidad de vida de la mujer que lo padece. Puede ocurrir de forma aislada o asociada a otros síntomas como anemia o dismenorrea.

Del 9 al 14% de las mujeres en edad fértil, sufren menstruaciones irregulares o menorragia. Alcanza hasta 30-35% entre los 25 y 44 años. No disponemos en la actualidad de datos de la frecuencia de consulta en Atención Primaria, pero suponen una de las causas más habituales de derivación a los Servicios de ginecología.

Entre las causas que explican la etiología de la menorragia se ha descrito una posible alteración en la producción local de prostaglandinas, miomas, pólipos endometriales, fibromas submucosos, dispositivos intrauterinos (DIU) y con menor frecuencia, cáncer. A veces por infecciones locales, o enfermedades sistémicas: hipotiroidismo, insuficiencia renal, hepatopatía en fases avanzadas o enfermedades hematológicas y de éstas la más frecuente es la enfermedad de Von Willebrand (VW), con una prevalencia del 13% y mayor en adolescentes. En cerca del 50% de las mujeres con menorragia no se encuentra la causa desencadenante (James AH, 2006; Sweet MG, 2012; Pinkerton JV, 2011; Lopes JE, 2010; Jayasinghe Y, 2005).

El sangrado disfuncional uterino es un término ambiguo que se utiliza para definir el sangrado menstrual abundante sin causa estructural objetivable que la origine.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El presente proyecto trata de establecer unas pautas de actuación ante las menorragias entre niveles asistenciales del sector de Barbastro, fomentando la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL

Mostrar un modelo de atención integral a las menorragias entre Atención Primaria y Atención Especializada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Mejorar la atención a las mujeres que presentan esta patología.

2.- Destacar la importancia que tiene en los procesos de atención sanitaria la coordinación entre los diferentes eslabones asistenciales.

3.- Desarrollar y consensuar un protocolo de actuación conjunta y consensuado ante las menorragias, entre Atención Primaria y Especializada.

4.- Disminuir costes sanitarios.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.1.- Abordar el problema de las menorragias de forma multidisciplinar y favorecer la coordinación Primaria-Especializada en el manejo de esta patología.

6.2.- Disminuir la derivación de Primaria a Especializada por patologías banales.

6.3.- Disminuir los tiempos de espera para mujeres afectas de patología.

6.4.- Disminuir la derivación por urgencias de mujeres con patología susceptible de tratamiento en consultas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1.- Crear un equipo de trabajo.

7.2.- Fomentar la formación interna.

7.3.- Reunión de los integrantes del equipo.

7.4.- Reunión del equipo de Atención primaria con los especialistas correspondientes.

7.5.- Revisar el Protocolo de Menorragias.

7.6.- Establecer circuito asistencial.

7.7.- Elaborar un sistema de recogida de datos en Primaria y Especializada.

7.8.- Monitorizar el número de derivaciones por esta patología a Atención Especializada

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1.- Número de mujeres que consultan en Atención Primaria por una menorragia.

8.2.- Porcentaje de mujeres remitidas por Hemorragia Uterina Anormal a consultas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

147

GUÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LAS METRORRAGIAS ENTRE NIVELES ASISTENCIALES (PRIMARIA-ESPECIALIZADA) EN EL SECTOR BARBASTRO

- 8.3.- Porcentaje de mujeres remitidas por Hemorragia Uterina Anormal a Urgencias Hospitalarias.
8.4.- Número de mujeres que precisan tratamiento por anemia grave.
8.5.- Número de mujeres con patología oncológica que curse con metrorragias.
Se considerará satisfactorio si en cada uno de los indicadores se obtienen resultados > 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reunión del equipo de trabajo Mayo 2013.
Presentación del Protocolo en los Centros de Salud del Sector. Junio 2013.
Evaluación: Noviembre 2013.

11. OBSERVACIONES. Con la creación de la guía clínica para el manejo de las metrorragias, pretendemos favorecer la coordinación entre Niveles Asistenciales y facilitar la atención a las mujeres de nuestro Sector.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEJORA

OTRA PALABRA CLAVE 2. CALIDAD

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

126

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA COMO MODELO DE EXCELENCIA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE SILVIA ROYO ROYO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS ALBALATE DE CINCA
 - Localidad ALBALATE DE CINCA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- MOLINOS CASASNOVAS MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ CARRASCO JESUS. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- ABADIAS CALVO PAZ. EAC. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- SORINAS FORNIES SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El mayor número de situaciones de emergencia vital y de parada cardio respiratoria tiene lugar en el ámbito de la Atención Primaria. Tan importante como poseer los conocimientos de la cadena de supervivencia es conocer el material, medicación, aparataje y fungibles, y su disposición tanto en el carro como en el maletín de reanimación, así como su puesta a punto para que estén listos para su uso en cualquier momento.

La atención al paciente grave en nuestra comunidad funciona como una cadena asistencial que comienza en la Atención Primaria, con una asistencia inicial en los servicios de urgencia de los Centros de Salud o en el propio domicilio del paciente. En los casos de remisiones al nivel secundario, son trasladados en transporte sanitario de Soporte Vital Básico (SVB) o Avanzado (UVI), verdaderas unidades de terapia intensiva móviles, donde se da continuidad al tratamiento y a la asistencia iniciada por el equipo de Atención Primaria camino del hospital.

La existencia del Centro Coordinador de Urgencias permite coordinar cada uno de los eslabones de esta cadena asistencial.

Esta primera asistencia vital por parte de los equipos de Atención Primaria lleva implícita las primeras medidas de la medicina intensiva. Así, dentro de los principios del soporte vital para los pacientes graves, estas medidas referidas se contemplan como la única vía que garantiza evitar o minimizar la hipoxemia, situación desencadenante de la liberación de los mediadores de la Respuesta Inflamatoria Sistémica, con lo que se acorta el tiempo de agresión y por ende, una mejora de la supervivencia y de la calidad de vida residual.

De igual forma, una precoz y correcta actuación, implica estancias hospitalarias más cortas, lo que genera menores costos contemplados tanto a nivel de días de estancia hospitalaria como a nivel de fármacos precisados. En resumen, obtener mayor eficiencia y eficacia.

Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de urgencias diseñado orgánica y funcionalmente para esperar al paciente, con una garantía asistencial que permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El presente proyecto trata de establecer en el Centro de Salud de Albalate de Cinca una sistemática que recoja el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la sala de urgencias.

Además, el trabajo en equipo con cumplimiento disciplinado y científico de algoritmos y protocolos, organizan, estandarizan y ordenan los procesos de atención al paciente grave, permitiendo trabajar de consenso. Este método de trabajo de consenso ha demostrado disminución en la mortalidad, las complicaciones y los fallos y errores médicos en los servicios de urgencias.

La aplicación de los protocolos y algoritmos consensuados, aplicando los conocimientos y la experiencia de la Medicina Basada en la Evidencia, constituye un paso indispensable para garantizar la calidad en la atención a la urgencia y la emergencia, y una herramienta de inestimable valor para la evaluación de la asistencia por los diferentes comités de calidad.

Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL

Mostrar un modelo de atención integral a la urgencia y la emergencia para un Centro de Salud, buscando la excelencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Describir la estructura y funcionamiento de la sala de urgencias y emergencias en un Centro de Salud.
- 2.- Destacar la importancia que tiene en los procesos de atención al paciente grave el conocimiento del material del que se dispone, así como la seguridad que aporta el conocimiento de su obligada ubicación y de su correcto funcionamiento.
- 3.- Desarrollar y consensuar los algoritmos que pauten la conducta a seguir ante los problemas más prevalentes, como el politraumatizado, el trauma craneoencefálico, cuadros sincopales, el dolor torácico, el paro cardio respiratorio y las arritmias cardíacas, así como para las enfermedades más frecuentes de acuerdo a la

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

126

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA COMO MODELO DE EXCELENCIA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

morbilidad de nuestra zona, la Cardiopatía Isquémica y la Enfermedad Cerebro Vascular.

4.- Exponer los principales indicadores propuestos para evaluar la calidad de los resultados en los procesos de atención a la urgencia y la emergencia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la sala de urgencias, con una periodicidad semanal.

- Registro del informe de verificación de los aparatos (electrocardiógrafo, desfibrilador y otros)

- Registro y control puntual y exhaustivo de las caducidades de los fármacos.

- Reestructuración de la sala, adaptada a las necesidades asistenciales.

- La participación activa de todos los profesionales del Centro mediante un amplio proceso de análisis y discusión, que permita la realización e implantación de este proyecto, con un elevado sentido de pertenencia por parte de los profesionales integrantes.

- Desarrollar los protocolos establecidos de consenso y garantizar su cumplimiento.

- Editar los protocolos para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria.

- Cumplimiento adecuado de las tareas previstas, lo que permitirá aplicar el flujo correspondiente para su funcionamiento en términos de excelencia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MÉTODO

- Estudio del nivel de calidad.

- Designación de un profesional responsable de verificar la calidad en la ejecución del proyecto y el cumplimiento de las actividades planificadas, que ha de ser un elemento con impacto positivo.

- Evaluación constante de los principales indicadores de calidad en los procesos de atención a la urgencia, que ha de permitir el desarrollo continuo del programa de perfeccionamiento de la calidad en aras de brindar un servicio de excelencia.

- Se espera presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica.

- Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento.

ACTIVIDADES

- Reuniones del equipo. Elaboración de criterios y organización de un sistema de atención integral a las urgencias en el ámbito de Atención Primaria.

- Confección, discusión y aprobación en consenso de los protocolos y algoritmos de actuación, adaptados a las características propias del centro.

- Sesiones clínicas del equipo. Discusión de casos clínicos y problemáticas suscitadas. Fomentar la formación interna.

- Farmacología en carro y maletín: sistema de clasificación por colores: rojo, sistema circulatorio; azul, sistema respiratorio; verde, otros sistemas; amarillo, dosificaciones infantiles. Dentro de cada color, orden alfabético según principio activo.

- Elaboración de un sistema de registro de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se utilizará una hoja Excel. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización.

- Elaborar un inventario, con fechas de caducidad, del material fungible. Igualmente se utilizará una hoja Excel y se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Contemplará, además, el correcto funcionamiento del mismo en cada una de las revisiones. Este material fungible, al menos comprenderá:

- Ventilador manual tipo balón, valvula unidireccional y posibilidad de ventilación con FiO2 mediante conexión a fuente de O2 (adulto y niño).

- Equipo de aspiración eléctrico fijo o portátil con reservorio.

- Juegos de tubos endotraqueales adulto, niño y lactante.

- Mascarilla laríngea tipo Fastrach.

- Dispositivo tipo Air Track.

- Laringoscopio con palas de adulto y niño.

- Mascarillas de ventilación adulto y niño.

- Material fungible de apoyo a la ventilación.

- Maletines de resucitación cardiopulmonar diferenciados para adulto y niño, con el material adecuado.

- Dispositivo para suspensión de soluciones de perfusión intravenosa.

- Material fungible para punción y canalización percutánea venosa.

- Esfingomanómetro, fonendoscopio y linterna de exploración.

- Material que permita la inmovilización integral del paciente, así como la inmovilización de miembros superiores, inferiores y columna y juego de collarines cervicales.

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

126

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA COMO MODELO DE EXCELENCIA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

- Equipos de sondaje y drenaje estériles y desechables.
- Elaborar un inventario, con fechas de cada procedimiento de esterilización, del material de curas y cirugía. Igualmente se utilizará una hoja Excel y se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización.
- Registro de las revisiones del recipiente frigorífico o isoterma, dotado de un termómetro, a efectos de registrar la temperatura idónea para la conservación de ciertos fármacos específicos. Igualmente se utilizará una hoja Excel y se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización.
- Registro de las revisiones del oxígeno: Botella con capacidad total mínima de 2.000 litros, con caudalímetro que permita un flujo de 15 litros por minuto, humidificador y manómetro de control de presión. Cálculo de los litros disponibles y registro de los mismos. Igualmente se utilizará una hoja Excel y se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización.
- Revisión del desfibrilador: Desfibrilador de tipo portátil con autonomía, provisto de parches adhesivos, que sirvan como electrodos de ECG y para desfibrilar, con los accesorios necesarios. Igualmente se utilizará una hoja Excel y se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización.
- Revisión del electrocardiógrafo. Igualmente se utilizará una hoja Excel y se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización.
- Periodicidad de las revisiones: semanal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La calidad aplicada a la salud comprende un alto nivel de excelencia profesional con un uso eficiente de los recursos humanos y materiales con un mínimo de riesgo para el paciente, obteniendo un alto grado de satisfacción en pacientes y familiares con un impacto positivo final en la salud.

La aplicación de este concepto en los servicios de urgencias lleva implícito hacer lo correcto correctamente, sin complicaciones, cuando está indicado y en el momento preciso en todos los procesos de atención al paciente.

Para poder evaluar posteriormente la calidad de estos procesos se debe disponer de los protocolos con los correspondientes algoritmos de actuación que estandaricen las conductas a seguir por cualquier miembro del equipo.

Existirá calidad en la atención de la urgencia cuando los resultados o efectos de las actuaciones satisfagan las necesidades de los pacientes y además se cumplan las normas y procedimientos del sistema, es decir, que se logre la calidad con eficiencia, eficacia y efectividad.

Los indicadores al medir las variables son esenciales para resumir y medir los resultados de la tarea asistencial del Centro de Salud. Estos indicadores deben cumplir los requisitos de validez, confiabilidad, sensibilidad, especificidad y ser exactos, precisos y fáciles de obtener.

Los indicadores que proponemos serían:

- Actividad del Centro de Salud en horario de atención continuada: nº de urgencias atendidas durante el período propuesto, nº de urgencias que han precisado algún tipo de maniobra de soporte vital avanzado.
- Eficiencia del Centro de Salud en horario de atención continuada: grado de cumplimiento de los protocolos realizados sobre la patología más prevalente de nuestra zona: nº de casos de la patología protocolizada / nº de casos en los que se ha cumplido el protocolo.
- Indicadores operativos: grado de cumplimentación semanal de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador.

Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >95%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Análisis de la situación: 1º trimestre

-Construir un grupo de trabajo (multiprofesional): 1º trimestre

-Realización de Protocolos sobre la patología más prevalente: 1 y 2º trimestre.

-Formación de cursos más sesiones: 2º y 3º trimestre.

-Nombrar responsables en el Centro de Salud (almacen, botiquín, carro de paros, coche y maletín): 3º trimestre.

-Selección de indicadores a evaluar y periodicidad: 3º trimestre.

-Evaluación: 4º trimestre.

-Propuesta de nuevas acciones de mejora: 4º trimestre

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

126

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA
COMO MODELO DE EXCELENCIA EN LA ATENCION INTEGRAL DE LAS URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

118

ALGORITMOS PARA LA ATENCION URGENTE DE PATOLOGIA AGUDA GRAVE

2. RESPONSABLE ELENA GASCON DEL PRIM

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . LOPEZ ALONSO ANGELES. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- . GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- . JUAREZ GRACIA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- . ALCUBIERRE CURA JOSE. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- . CANUDO AZOR LOLA. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
- . CABRERO CALVO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el ámbito de la Atención Primaria se producen gran cantidad de

situaciones de urgencia. En ocasiones, algunas de ellas comprometen la vida del paciente, por lo que es importante conocer los flujos de actuación antes de que éstas se produzcan.

Como objetivos de este proyecto nos planteamos:

- Unificar criterios de forma consensuada y basados en guías de práctica clínica, para el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas graves atendidas de urgencia, tanto a domicilio como en el centro de salud.
- Asegurar los flujos y responsabilidades en la atención a los procesos seleccionados.
- Conocer las pautas de actuación en determinadas patologías antes de que éstas se produzcan.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el abordaje y resolución clínica de la patología aguda grave atendida de modo urgente.

- Reducir la variabilidad en la atención.
- Difusión de los algoritmos a otros centros de salud del sector.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Selección por consenso de al menos 5 patologías agudas graves para la realización de algoritmos.

- Revisión de cada patología y presentación en sesión clínica al EAP.
- Elaboración de los algoritmos.
- Presentación del contenido de los maletines de urgencias y explicación del manejo del material así como de la medicación de urgencia disponible en nuestro centro de salud.
- Colocación de los algoritmos en el servicio de urgencias.
- Difusión de los algoritmos a otros centros de salud del sector.
- Evaluación y propuesta de nuevas acciones de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Mensualmente se revisarán las patologías atendidas en horario de atención continuada, analizando las seleccionadas en este proyecto.

- % de patologías que siguen los algoritmos- De las patologías seleccionadas al menos el 50% seguirán los algoritmos elaborados.
- Uso del material común de Urgencias en el 50% de las atenciones registradas en las patologías seleccionadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril y Mayo de 2013: selección de las patologías y realizar las revisiones y sesiones correspondientes a cada una.

- Mayo 2013: revisión del material y medicación disponible en el centro de salud y su adecuación.
- Junio 2013: realización del los algoritmos y colocación en el servicio de urgencias.
- En Octubre: seguimiento de la atención realizada en estas patologías.
- En Diciembre: evaluación final del proyecto.

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

POBLACIÓN DIANA

- . EDAD. Todas las edades
- . SEXO. Ambos sexos
- . TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

118

ALGORITMOS PARA LA ATENCION URGENTE DE PATOLOGIA AGUDA GRAVE

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

135

UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC: CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA APROBADO EN EL 2011

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GASCON DEL PRIM ELENA. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· GUILLEN SOLANO CARMEN. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· JUAREZ GRACIA MARIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· ALCUBIERRE CURA JOSE. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CANUDO AZOR DOLORES. MEDICO/A. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA
· CABRERO CALVO MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERBEGAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio. La base del diagnóstico está constituida por la espirometría, que complementa la exploración física. Es importante que los profesionales de Atención Primaria realicen unas espirometrías de calidad y que estén capacitados para su lectura. En el año 2012 se presentó la Estrategia de atención al paciente con EPOC en el Sistema de Salud de Aragón.

Como objetivos de este proyecto nos planteamos:

- Continuar mejorando 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).
- Beneficiarnos del uso de la espirometría en pacientes incluidos en el programa 319 (Atención al paciente con dependencia del tabaco).
- Manejo adecuado del diagnóstico de pacientes con sospecha de EPOC, así como del tratamiento de los ya diagnosticados.
- Asegurar que las espirometrías que se realizan en el centro de Salud de Berbegal se realizan con unos criterios mínimos de calidad.
- Establecer flujos y responsabilidades en el paciente EPOC, unificar criterios de actuación y disminuyendo con ello la variabilidad clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Se realizaron en abril de 2011 la Presentación del programa de mejora a los miembros del EAP y las sesiones formativas en el EAP sobre Espirometrías y EPOC.
- Asistencia a dos reuniones con el objetivo de crear Grupo de trabajo del Programa EPOC en Aragón, coordinando A. Primaria y Especializada.
- Elaboración del Procedimiento de Mantenimiento de aparatos de espirometría en centros de salud del Sector de Barbastro.
- Aumentar la cobertura en pacientes EPOC con intervención sobre tabaco. En el corte realizado en junio la cobertura era del 25,00%; en el corte de octubre del 2012 era del 37,50%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar en la practica clínica de la patología respiratoria
- Aumentar el rendimiento del espirómetro
- Ayudar al abandono del tabaco
- Mantener y potenciar la consulta de tabaco - espirometrías.
- Potenciar la educación sanitaria a la población diana.
- Definir el proceso de realización de espirometrías, con su flujograma, responsables y en la medida de lo posible, tiempos mínimos de actuación.
- Asegurar que las espirometrías cumplen con los criterios mínimos establecidos de reproducibilidad y aceptabilidad.
- Difusión a otros Centros de Salud del Sector.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesiones clínicas de presentación y uso de la guía española de la EPOC
- Sesiones clínicas de presentación del programa de atención al paciente EPOC en el sistema de salud de Aragón
- Sesión clínica de deshabitación tabaquica
- Consulta del tabaco-espirometrías.
- Definir el proceso de realización de espirometrías en formato ISO 9001 y difusión a otros Centros de Salud del Sector.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Calendario de sesiones con las fechas previstas de realización de las mismas y evaluación de su cumplimiento.
- Aumentar la cobertura de la espirometría en pacientes EPOC (registro en su historia clínica)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

135

UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC: CONTINUACION DEL PROYECTO DE MEJORA APROBADO EN EL 2011

- Realización de espirometrías en pacientes con clínica respiratoria (registro en la historia clínica)
- Criterios de aceptabilidad y reproductibilidad.
- Proceso realizado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - En Abril y Mayo realización de las sesiones clínicas.
- Evaluación de resultados a finales de Septiembre y evaluación final en Diciembre de 2013.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

426

**INDICACIONES DE CONSULTA EN FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO.
COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES**

2. RESPONSABLE FERNANDO MARTI JARNE
- Profesión FISIOTERAPEUTA
 - Centro CS BINEFAR
 - Localidad BINEFAR
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GUAL PLANAS MONTSERRAT. FISIOTERAPEUTA. CS MONZON URBANO.
 - MAGAZ MONTANER RAQUEL. FISIOTERAPEUTA. CS FRAGA.
 - RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA. FISIOTERAPEUTA. CS GRAUS.
 - LABAD ARAMBURU JORGE. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
 - OMIST ONDIVIELA SUSANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
 - CASAS LAZARO JOAQUINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. REHABILITACION
 - VALLES GALLEGO VICTOR. MEDICO/A. DAP BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación física. La incorporación de la fisioterapia en atención primaria, comprende actividades asistenciales, con actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica, y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad.

- Los protocolos de funcionamiento de las Unidades de Fisioterapia de atención primaria datan de antes de las transferencias sanitarias y no han sido revisados en nuestra Comunidad Autónoma.
- Hay mucha variabilidad en los motivos de derivación de pacientes por parte de los médicos de atención primaria, lo que condiciona las cargas de trabajo de las distintas Unidades del Sector.
- También existe variabilidad en las derivaciones de pacientes que acceden a las Unidades de Fisioterapia de AP procedentes de AE; no hay criterios consensuados.
- En algunas Unidades hay listas de espera en consultas y para tratamientos programados.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
Mejorar la accesibilidad y racionalizar los tiempos de espera.
Sistematizar la atención de los procesos más frecuentes
2. Sobre los profesionales
Mejorar la coordinación entre profesionales implicados: fisioterapeutas de AP, médicos de AP y rehabilitadores.
3. Sobre la organización / recursos económicos
Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (AP y AE) y continuidad de cuidados
Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Sistematizar la atención de los procesos más frecuentes, estableciendo criterios de inclusión y exclusión para la atención en AP de dichos procesos.
- Adecuación de las derivaciones de los procesos seleccionados a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria.
 - Mejorar la calidad de proceso de derivación entre niveles asistenciales de los procesos clínicos osteomusculares de elevada prevalencia mediante el establecimiento de criterios (consenso) y de circuitos de derivación (protocolos clínicos).
 - Establecer el circuito asistencial de manera que quede estructurado el proceso de entrada, mantenimiento y salida del paciente marcando, al mismo tiempo, los límites del proceso rehabilitador, es decir, el tiempo que precisa cada patología o proceso para su resolución o, en su caso, estabilización.
 - Optimización de recursos, pudiendo dedicar parte del tiempo destinado a pacientes en la que su atención no está indicada en AP, evitando duplicidades, equilibrando la accesibilidad, mejorando la calidad y aumentando la eficiencia de la atención.
 - Mejorar la coordinación entre procesos asistenciales, mejorar la información y comunicación clínica entre los profesionales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de situación y definir qué procesos son los más prevalentes.
- Elaborar un protocolo de consenso de sector de derivaciones (criterios de inclusión) de las patologías seleccionadas
 - Definir los procesos (flujogramas, responsables y tiempos de actuación)
 - Difusión e implantación progresiva de los protocolos
 - Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión de protocolos de derivación. Al menos 1 por centro y año.
- Al menos 2 procesos definidos, consensuados y aprobados antes de fin de 2013
 - Número de pacientes derivados y procedencia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

426

**INDICACIONES DE CONSULTA EN FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO.
COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES**

- Número de pacientes derivados a fisioterapia de AP que no cumplen criterios de inclusión de derivación, analizados por procedencia: MAP, RHB, Trauma, Neuro u otros.
- Número de pacientes que vuelven a RHB después de realizar tratamiento fisioterápico en AP por no haber mejoría clínica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis de la situación (primer trimestre)
Construir un grupo de trabajo (multiprofesional) (segundo trimestre)
Realización de protocolos sobre la patología más prevalente (segundo - tercer trimestre)
Formación: cursos y/o sesiones (tercer trimestre)
Implantación progresiva en los CS (tercer trimestre)
Selección de indicadores a evaluar y periodicidad (segundo trimestre)
Evaluación (cuarto trimestre)
Propuestas de nuevas acciones de mejora (cuarto trimestre)

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

451

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE MATERIAL NECESARIO PARA AUTOCONTROL DE PACIENTES DIABETICOS

2. RESPONSABLE MARIA PAZ PEREZ HUGUET

- . Profesión ENFERMERIA
- . Centro CS BINEFAR
- . Localidad BINEFAR
- . Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- . Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . ALLUE CIUTAT MARTA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR.
- . ALTEMIR CAMPO LOURDES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR.
- . CHAVERRI ALAMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS BINEFAR.
- . GIBANEL TRELS JEZABEL. ENFERMERO/A. CS BINEFAR.
- . MARTINEZ SENTIS VICENTE. ENFERMERO/A. CS BINEFAR.
- . PARDO MIGUEL MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS BINEFAR.
- . IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud de Binefar atiende a una población de 12000 habitantes, alcanzando actualmente una cobertura del 70% sobre los pacientes esperados (10% de los mayores de 14 años).

*Autoanálisis: análisis de glucemia capilar por parte del propio paciente

*Autocontrol: análisis complementado con medidas terapéuticas en dependencia de los resultados

Detectamos un sistema de registro y distribución de material de autoanálisis para pacientes diabéticos poco eficiente, a la vez que vemos la necesidad de controlar los criterios de inclusión de estos pacientes en el autoanálisis.

También debe mejorar la gestión del material adaptándose a las necesidades en cuanto a cantidades adecuadas, peticiones en tiempo y forma y suministro adecuado hasta llegar al paciente.

OBJETIVO PRINCIPAL.

- Gestionar de forma eficiente el material de autoanálisis y/o autocontrol (tiras) en nuestro Centro de Salud, de acuerdo con las necesidades de los pacientes y a la evidencia científica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

? Crear un listado de pacientes por cada cupo / profesional (medicina y enfermería) con diagnóstico de DM que usan tiras reactivas de glucemia capilar.

? Adecuar las necesidades reales de cada paciente (tiras mensuales) en dependencia de su tratamiento según lo establecido por la evidencia científica

? Adaptar el peticionario mensual a las necesidades reales del Centro de Salud para reducir los pedidos especiales.

? Reducir el gasto en tiras adecuándolo a las necesidades reales de cada paciente (anual

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ?- Gestión eficiente de las tiras reactivas de glucosa capilar en pacientes con DM de nuestro Centro de Salud.

?- Mejorar la autorresponsabilidad del paciente en la gestión de recursos, mediante Educación Sanitaria.

?- Reducción de costes asociados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ?- Crear una hoja de registro Excel que permita recoger datos de los pacientes que requieren tiras reactivas de control de glucemia capilar (pacientes con diagnóstico de DM, Glucemia basal alterada o Intolerancia a la glucemia que requieren control o autocontrol de glucemia capilar).

?- Incluir el plan terapéutico individualizado del paciente (farmacológico y no farmacológico). Adaptar el consumo de tiras de cada paciente a la evidencia científica. ANEXO I

?- Registro de pacientes que tienen prescrito autoanálisis y que se ajusta a las recomendaciones en autocontrol de SED (Última revisión 2012 y ANEXO 2)

?- Conocer y adaptar la cantidad necesaria de material por cada cupo de profesional y mes.

?- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de archivos completado de forma correcta/ N° de cupos profesionales del Centro de salud.

Objetivo: 80%

- N° de pacientes que tiene prescripción de tiras reactivas / N° de pacientes que tiene prescripción de tiras reactivas y que se ajustan a las recomendaciones de la SED. (ANEXO 2)

Objetivo : 80%

- Reducir el N° de pedidos especiales : No pueden exceder de 1 cada 3 meses.

- Reducción del gasto del CS y por cupo (respecto a 2012)

- N° de tiras de pacientes diabéticos con tiras reactivas (Teórico por profesional) / N° de tiras consumidas (real por profesional).

Objetivo: 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ?- Crear una hoja de registro Excel que permita recoger datos de los pacientes que requieren tiras reactivas de control de glucemia capilar (MAYO 2013)

?- Incluir el plan terapéutico individualizado del paciente (farmacológico y no farmacológico). Adaptar el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

451

MEJORA EN LA GESTION DE MATERIAL NECESARIO PARA AUTOCONTROL DE PACIENTES DIABETICOS

consumo de tiras de cada paciente a la evidencia científica (JUNIO - JULIO 2013)

?- Conocer y adaptar la cantidad necesaria de material por cada cupo de profesional y mes (AGOSTO - SEPTIEMBRE 2013)

?- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (DICIEMBRE 2013)

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO BERGES RAQUEL. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. EAP
- PUYUELO LARDIES ASUNCION. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. EAP
- ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2006, se formó el equipo de calidad del C.S. de Castejón de Sos con

el objetivo del desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad para conseguir la certificación UNE-EN ISO 9001:2008, objetivo que se cumplió en el 2010. Durante todos estos años hemos trabajado, bien por iniciativa propia o siguiendo las instrucciones de los distintos consultores que hemos tenido. Este último año, somos conscientes que nuestra motivación y por lo tanto nuestra actividad, ha disminuido.

Las causas son múltiples pero fundamentalmente se concretan en la falta de directrices, información y apoyo de los otros niveles. Nosotras, también somos responsables de habernos dejado llevar por la apatía generalizada. Ante la posibilidad del abandono, hemos decidido llevar a cabo este proyecto para "reactivarnos", ya que somos un sistema convencidas de que ISO debe seguir adelante si queremos un sistema público sanitario de calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -REACTIVACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE CALIDAD MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE UNA DINÁMICA DE TRABAJO (SISTEMATIZACIÓN).

- Aumento de la motivación y satisfacción de los miembros del equipo de calidad.
- Potenciar iniciativas de mejora del EAP.
- Mayor autogestión de nuestros proyectos.
- Mejora en el seguimiento y aplicación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Fomentar la implicación de otros miembros del EAP.
- Mantener la certificación UNE-EN ISO 9001:2008
- Aumento de la satisfacción de los usuarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reuniones periódicas cada 1-2 meses.

Debido a la dispersión geográfica donde realizan sus actividades los miembros del equipo de calidad, y debido a la dificultad para conseguir financiación para su sustitución, las reuniones se realizarán en horario de Atención Continuada de dos de sus miembros (médica y enfermera), la administrativa deslizará parte de su horario laboral a jornada de tarde.

Si es necesario, se distribuirán las actividades a realizar de manera individual.

- Incorporación de nuevos miembros al equipo.
- Seguimiento cuatrimestral de objetivos.
- Seguimiento trimestral del Sistema de Gestión de Calidad.
- Mantener comunicación periódica con otros niveles.
- Informar en reuniones del EAP, del seguimiento de objetivos e indicadores.
- Asistencia a cursos de formación sobre calidad.
- Impartir sesiones clínicas en el EAP, sobre el sistema de Gestión de Calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de reuniones realizadas en el año => 6

-Nº de reuniones de calidad realizadas con los miembros del EAP => 5

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013-abril 2014

- 1ª reunión abril/cada 2 meses.
- 1ª reunión calidad con el EAP: Abril.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

255

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

349

PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS MONZON RURAL
- Localidad MONZON
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORONAS FUMANAL CONCEPCION. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- GRACIA NADAL GLORIA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN SORIA CAROLINA. MAC. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo del proyecto es facilitar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología crónica ocasiona.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. NO SE HA APLICADO TODAVIA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos:

- Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico
- Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético
- Control glucémico adecuado.
- Adherencia a la medicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad, así como métodos de enseñanza, aprendizaje y atención a la Diabetes Mellitus se tratara de enfermeras del Centro de Salud de Monzon rural.

Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluacion y puesta en comun de experiencias y al termino del proceso, sobre noviembre diciembre evaluacion.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes , evaluado a los 3 meses y a los 6 meses , esperado mas del 10% de mejora.

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al termino del programa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2013 implementar un plan de aprendizaje y desarrollo para fortalecer conocimientos,técnicas, habilidades y actitudes.

Periodo de Mayo a Junio de 2013 exposiciones con apoyo audiovisual, visualización y discusión de vídeos, tormenta de ideas, el panel, estudio de casos, debates abiertos con turnos de palabras.

Inicio de talleres de junio a diciembre de 2013 , pesentación de todos los miembros del grupo y la puesta en común de sus expectativas sobre el mismo.

Talleres mensuales Recordando el compromiso de asistencia y adhesión al grupo y confidencialidad de lo tratado en el mismo. Haremos un resumen del contenido a tratar y explicaremos la metodología que vamos a aplicar. Al inicio de cada sesión se hará un

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

349

PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

recuerdo de la sesión

Evaluación a los tres meses y al término del programa, mediante test y controles para valorar el grado de mejora.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes diabéticos Tipo II en CS MONZON RURAL

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

262

REORGANIZACION DE LOS ARCHIVOS (ACTIVO Y PASIVO) DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

2. RESPONSABLE PATRICIA BRAU PERIZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VEGA CUETO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAMARITE DE LITERA. SERVICIO DE ADMISION
· SOPENA NOGUERAS NURIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAMARITE DE LITERA. SERVICIO DE ADMISION
· CALVO GASCON ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida:
* Archivo pasivo: Cajas de cartón apiladas con las Historias Clínicas de los fallecidos, sin orden aparente.
* Archivo activo: Historias Clínicas (HC) archivadas verticalmente en cajoneras por año de nacimiento, con insuficiente capacidad para el gran volumen de material que había, por lo tanto, suponía una gran dificultad de búsqueda y su posterior archivado, debido al poco espacio que había por archivador, colocando en algún caso las HC en un año al que no correspondían; al no encontrar las HC, se procedía a abrir una nueva, produciéndose así, en muchos casos, duplicidad de las mismas, y pérdida de documentos al archivar a veces la misma HC en dos años diferentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * Archivo pasivo: Tener todas las HC de los fallecidos organizadas por año de defunción. Además liberar espacio de almacenamiento para proceder a organizar el archivo activo de HC.

* Archivo activo: Se espera conseguir un notable ahorro de tiempo a la hora de colocar y extraer las HC, menor posibilidad de extravío de las mismas, puesto que al ir identificadas con números y colores en el lomo de la carpeta, cualquier HC mal colocada se distingue enseguida.
Se espera conseguir también una unificación del archivo, puesto que hasta el momento cada médico tenía un archivador en su consulta; ahora pasarán a estar todas las HC en una misma sala, para su consulta tanto por médicos como por enfermeras, sin tener que entrar a la consulta del médico cada vez que se necesita una HC.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. *Archivo pasivo: se han sacado todas las HC de las cajas, comprobando en BDU si efectivamente esos pacientes eran éxitos, y anotando en la HC el año de fallecimiento. Posteriormente, se han depositado en cajas, debidamente etiquetadas con su año de fallecimiento. Todo este material se ha colocado en un cuarto anexo al del archivo de HC activo, dejando así espacio libre para el archivo activo. (FASE FINALIZADA)

Además se han sacado listados de fallecidos por CIAS, para que de los consultorios de los pueblos pertenecientes al CS Tamarite (Albelda, Alcampell, Algayón, Altorricón, Baells, Baldellou, Camporrells, Castillonroy y Nachá), traigan a Tamarite las HC de dichos fallecidos, integrándolos así en un archivo pasivo único y liberando espacio en el archivo de HC de dichos consultorios. (FASE EN EJECUCIÓN)

*Archivo activo: Se ha comenzado por uno de los cupos de medicina que pasan consulta en el mismo Centro de Salud; En primer lugar, se han comprobado una por una, todas las HC del cupo del Dr. Aliaga; se han sacado del archivo activo muchas HC de pacientes que estaban fallecidos y todavía estaba allí la HC, para pasarlas al archivo pasivo; Con el resto de HC, se ha comprobado, contrastando con OMI y BDU, que el paciente pertenezca realmente al CS Tamarite, pues había también muchas historias de pacientes desplazados, a los cuales en su día se les abría HC en papel. A partir de ahí, se está colocando cada HC en carpetas de cartón marrón (llamadas hamacas) identificadas cada una de ellas con pegatinas numéricas y por colores (coincidiendo con la fecha de nacimiento: año-mes), para su posterior colocación de forma horizontal en estanterías.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. * Archivo pasivo: en el plazo de 9 meses se espera tener todas las HC de los fallecidos de los distintos consultorios en el CS Tamarite
* Archivo activo: en el plazo de 7-8 meses, se espera tener el 60% de las HC en el mismo formato (los cupos Dr. Aliaga y Dra. Lausin, agruparían el 60% del total de HC), y en el plazo de 1 año tener el 100% de las HC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *Archivo Pasivo:
Inicio: marzo 2013
Marzo 2013: archivo pasivo CS Tamarite (FASE COMPLETADA)
Abril 2013 a Diciembre 2013: expurgo de archivo de los consultorios locales (FASE EN EJECUCIÓN)

Finalización Diciembre 2013

*Archivo Activo:
Inicio: Abril 2013
Abril-julio 2013: Archivo HC cupo Dr. Aliaga
Agosto-Noviembre 2013: Archivo HC cupo Dra. Lausin
Diciembre 2013-Febrero 2014: Archivo HC cupo Dra. Castro

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

262

REORGANIZACION DE LOS ARCHIVOS (ACTIVO Y PASIVO) DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Marzo-Abril 2014: Archivo HC cupo Pediatría: Dra. López-Franco

Finalización: Abril 2014

11. OBSERVACIONES. La realización del proyecto dependerá, en gran medida, del suministro del material necesario en plazo.11. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA

- EDAD.
- SEXO.
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

357

1. TÍTULO

MEJORA DE GESTIONES DIVERSAS EN EL AREA DE ADMISION DEL CS TAMARITE DE LITERA

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO GASCON

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS TAMARITE DE LITERA
- Localidad TAMARITE DE LITERA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VEGA CUETO ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAMARITE DE LITERA. SERVICIO DE ADMISION
- SOPENA NOGUERAS NURIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAMARITE DE LITERA. SERVICIO DE ADMISION
- BRAU PERIZ PATRICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS TAMARITE DE LITERA. SERVICIO DE ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SITUACIÓN DE PARTIDA:

SISTEMA DE ENTREGA/RECOGIDA DE RECETAS: Las recetas se recogían sin registrar e OMI, se dejaban por cupos en unas cajas vacías para que los médicos las hicieran. Cuando las traían hechas, nos las dejaban en otras cajas para entregarlas a los pacientes.

REGISTRO DE GESTIONES ADMINISTRATIVAS EN OMI: Anteriormente la mayoría de las gestiones administrativas se registraban en el SICAP (también llamado "programa azul").

REGISTRO DE LAS DERIVACIONES DE INTERCONSULTAS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OMI: Anteriormente todo esto también se registraban en el SICAP.

ESCANEADO DE DOCUMENTOS PARA INCLUIR EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI: Esto no se hacía anteriormente al no tener un escáner en el Centro de Salud.

BDU: INCLUSIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MAIL EN LA FICHA DE TARJETA SANITARIA DE CADA PACIENTE: No se hacía anteriormente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. SISTEMA DE ENTREGA/RECOGIDA DE RECETAS: Mayor agilidad a la hora de hacer las recetas y también mayor rapidez al localizar las recetas y entregarlas al paciente.

REGISTRO DE GESTIONES ADMINISTRATIVAS EN OMI: Control de los documentos gestionados a través de OMI (solicitudes/recepción de HC, recepción de RX, otras pruebas....)

REGISTRO DE LAS DERIVACIONES DE INTERCONSULTAS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OMI: Control de las derivaciones que hacemos a especialistas, tanto de Lérida como de Aragón.

ESCANEADO DE DOCUMENTOS PARA INCLUIR EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI: Adjuntar a las HC en OMI información de los pacientes ajenas al Salud.

BDU: INCLUSIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MAIL EN LA FICHA DE TARJETA SANITARIA DE CADA PACIENTE: Mayor recogida de datos de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SISTEMA DE ENTREGA/RECOGIDA DE RECETAS: A la hora de recoger las recetas, se registra el nombre de cada paciente en OMI, ocupando un hueco de acto administrativo de la agenda del médico al que pertenece y se coloca en una bandeja identificada con el nombre de su médico. Esto da una mayor agilidad a los profesionales sanitarios a la hora de hacer las recetas, puesto que ya las encuentran cargadas en el ordenador. Respecto a la recogida de las mismas, se han habilitado unas cajoneras, cada una de ellas con separadores ordenados alfabéticamente, donde se colocan las recetas, cada una en su letra correspondiente. Esto hace que la búsqueda de las mismas sea mucho más rápida cuando el paciente las viene a recoger, puesto que vamos directamente a la letra del apellido, y no hay que pasarlas todas de una en una como se hacía antes.

REGISTRO DE GESTIONES ADMINISTRATIVAS EN OMI: Antes se apuntaba todo en el SICAP, pero al desaparecer este programa, se creó una carpeta de gestiones administrativas en la pestaña de Salas de OMI; aquí se registran las gestiones que desde admisión se solicitan o reciben, para que los profesionales sepan en todo momento sin tener que entrar en la HC si se ha recibido alguna prueba, o bien si se ha solicitado o recibido su HC si ha sido solicitada a otro centro de salud.

REGISTRO DE LAS DERIVACIONES DE INTERCONSULTAS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OMI: Al desaparecer el Sicap, se crearon una serie de carpetas en la pestaña Otros de OMI: a su vez incluye una serie de subcarpetas, cada una perteneciente a un centro de Lérida o de Aragón, para poder derivar los volantes de interconsulta a los especialistas cuando no tenemos citas en las agendas de Libre Elección. Además cuando desde los distintos centros nos envían la cita del paciente en la especialidad (día y hora) lo apuntamos en la nota de la cita.

ESCANEADO DE DOCUMENTOS PARA INCLUIR EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI: Esta tarea se hace desde finales del año 2012, cuando instalaron el escáner en el área de admisión del centro.

BDU: INCLUSIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MAIL EN LA FICHA DE TARJETA SANITARIA DE CADA PACIENTE: Cuando vengan los pacientes a hacer gestiones o modificaciones en Tarjeta Sanitaria, les pedimos la dirección de correo electrónico con el fin de recabar la mayor cantidad posible de datos de los pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. SISTEMA DE ENTREGA/RECOGIDA DE RECETAS:

ESCANEADO DE DOCUMENTOS PARA INCLUIR EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI:

REGISTRO DE GESTIONES ADMINISTRATIVAS EN OMI:

REGISTRO DE LAS DERIVACIONES DE INTERCONSULTAS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OMI:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

357

MEJORA DE GESTIONES DIVERSAS EN EL AREA DE ADMISION DEL CS TAMARITE DE LITERA

BDU: INCLUSIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MAIL EN LA FICHA DE TARJETA SANITARIA DE CADA PACIENTE: Llamar trimestralmente a la CAU (BDU) para que nos indiquen el número de tarjetas sanitarias en cuyas fichas está incluida la dirección de correo electrónico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SISTEMA DE ENTREGA/RECOGIDA DE RECETAS: Finalizado.

ESCANEADO DE DOCUMENTOS PARA INCLUIR EN LA HISTORIA CLINICA DE OMI: Esta fase no tiene calendario previsto, puesto que se empezó a hacer hace unos meses, y se va a seguir haciendo en el futuro.

REGISTRO DE GESTIONES ADMINISTRATIVAS EN OMI: Esta fase no tiene calendario previsto, puesto que se empezó a hacer hace unos meses, y se va a seguir haciendo en el futuro.

REGISTRO DE LAS DERIVACIONES DE INTERCONSULTAS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN OMI: Esta fase no tiene calendario previsto, puesto que se empezó a hacer hace unos meses, y se va a seguir haciendo en el futuro.

BDU: INCLUSIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MAIL EN LA FICHA DE TARJETA SANITARIA DE CADA PACIENTE: Inicio: abril de 2013. Finalización: indefinida.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEJORA Y AGILIDAD

OTRA PALABRA CLAVE 2. COMODIDAD EN EL TRABAJO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

422

EVALUACION DEL IMPACTO CLINICO Y ECONOMICO DE LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO EN EAPS DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro DAP BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA MINGUEZ MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO.
 - BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
 - MONCLUS MURO ANA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO.
 - LORDAN IBARZ MARIA GORETTI. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO.
 - YUSTE ARA ALFREDO. INFORMatico/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
 - CALDERON GRAU PILAR. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO.
 - DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO. MEDICO/A. DAP BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los ancianos son una población especialmente sensible a la polimedicación ya que además de la mayor morbilidad que tienen debido a la edad y que conlleva un mayor uso de fármacos, poseen unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas o interacciones medicamentosas.

El Servicio Aragonés de Salud en el año 2012 ha puesto en marcha el "programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedicado" con la finalidad de proporcionar herramientas tanto al clínico como al paciente para mejorar la utilización de los fármacos y por tanto mejorar la calidad de vida del paciente anciano polimedicado fomentando la corresponsabilidad del paciente en sus cuidados.

El objetivo de este proyecto es la evaluación del impacto clínico y económico del programa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. -Optimizar el efecto de la medicación

- Disminuir el número de fármacos (innecesarios, duplicados, etc)
- Disminuir yatrogenia.
- Fomentar la corresponsabilidad del paciente en sus cuidados.
- Reducir costes

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Análisis de situación

- Sesiones de formación - elaboración de instrucciones comunes del Sector
- Estudio de interacciones de fármacos (Ej: clopidrogel con omeprazol); estimar los efectos adversos evitados (los más prevalentes y/o relevantes)
- Estudio antes - después: número de fármacos, costes, número de pacientes polimeditados, etc
- Diseño de SQL de explotación de los datos de OMI de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión
- Implantación de la receta electrónica
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de situación

- Sesiones de formación - elaboración de instrucciones comunes del Sector
- Estudio de interacciones de fármacos (Ej: clopidrogel con omeprazol); estimar los efectos adversos evitados (los más prevalentes y/o relevantes)
- Estudio antes - después: número de fármacos, costes, número de pacientes polimeditados, etc
- Diseño de SQL de explotación de los datos de OMI de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión
- Implantación de la receta electrónica
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número total de fármacos suspendidos, número de fármacos cambiados

- % fármacos suspendidos (post revisión clínica) - A nivel de Sector, CS y cupo
- % fármacos cambiados - muestreo de historias
- % pacientes a los que se les ha suspendido algún fármaco.
- % pacientes a los que se les ha cambiado algún fármaco. - muestreo de historias
- % pacientes en los que se ha detectado alguna duplicidad (de aquellas seleccionadas) - A nivel de Sector, CS y cupo
- Pacientes ancianos polimeditados con valoración de la adherencia al tratamiento como "mala adherencia", a los que se les ha activado el plan de cuidados estandarizado de "gestión ineficaz de la salud" (%).
- Pacientes ancianos polimeditados en los que se ha realizado revisión clínica de la medicación (%).
- Variación del coste (Euros) en fármacos de los pacientes revisados en el programa en el sector y CS
- Número de efectos adversos evitados en la población de sector (de aquellos seleccionados en cuanto a su prevalencia y/o relevancia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

	2 Trim.	3 trim.	4 Trim.
Análisis de la situación		1 Trim.	
Construir un grupo de trabajo (multiprofesional)			1 Trim.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

422

1. TÍTULO

EVALUACION DEL IMPACTO CLINICO Y ECONOMICO DE LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO EN EAPS DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

SQL 1 Trim Y 2Trim
Implantación de la receta electrónica 2 Trim y 3trim
Selección de indicadores a evaluar y periodicidad 3 Trim
Evaluación 4 trim
Propuestas de nuevas acciones de mejora 4 trim

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

447

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER COLORRECTAL EN POBLACION DE ALTO RIESGO DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE EDUARDO CLEMENTE ROLDAN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro DAP BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. SECCION DIGESTIVO
 - GARCIA MINGUEZ MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO.
 - BLASCO OLLETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
 - TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BINEFAR.
 - VIDALLER BORRAS JUAN. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
 - COLL CLAVERO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Es la segunda neoplasia más frecuente, tanto en hombres como en mujeres. También representa la segunda causa de muerte por cáncer

- La supervivencia aumenta cuando se diagnostica en estadios precoces
- Los programas de cribado en población de riesgo medio (>50 años) y en grupos de alto riesgo (familiares de pacientes con CCR y pacientes con adenomas), han demostrado aumento de supervivencia y coste-eficacia.
- No están protocolizados los criterios de derivación desde AP a AE ni la sistemática para hacerlo de los pacientes con alta sospecha de CCR
- No está implantado un sistema de cribado para pacientes de alto riesgo en estos momentos en el Sector de Barbastro
- Demoras debidas a la necesidad de realizar una consulta en AE previa a la colonoscopia
- Presentación de la "Estrategia de Prevención de Cáncer colorrectal en la Comunidad Autónoma de Aragón del año 2012"

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
 - Disminuir la incidencia y morbimortalidad por CCR en nuestro medio
 - Detección precoz de lesiones preneoplásicas
 - Vigilancia de pólipos colónicos
 - Cribado de cáncer hereditario (familiares de pacientes con CCR)
 - Reducir la demora diagnóstica en pacientes sintomáticos (síntomas y signos de alerta)
2. Sobre los profesionales
 - Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes tanto en el ámbito de AP como en AE
 - Reducción de la carga asistencial en consultas de digestivo (AE)
3. Sobre la organización / recursos económicos
 - Evitar la duplicación de consultas y pruebas diagnósticas
 - Adecuar los recursos del Sector a las estrategias marcadas por la CCAA de Aragón

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Inclusión progresiva de los CS en el programa
- Definir los flujogramas, responsables y tiempos de actuación en las siguientes situaciones:
 - Vigilancia de pólipos colónicos
 - Familiares de pacientes con CCR (estudio de pacientes con CCR hereditario)
 - Reducción de la demora diagnóstica en pacientes sintomáticos
 - Implantar progresivamente las acciones incluidas en la "Estrategia de Prevención de Cáncer colorrectal en la CCAA de Aragón"
 - Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales. Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP - AE. Evitar la duplicación de consultas - pruebas diagnósticas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de situación
- Sesiones de formación
 - Implantación progresiva en varios centros de salud
 - Definir flujogramas para vigilancia de pólipos colónicos, familiares de pacientes con CCR
 - Creación de la consulta de alta resolución en el hospital de Barbastro
 - Establecer una vía de diagnóstico rápido para pacientes de alto riesgo sintomático
 - Creación de un correo electrónico de digestivo para la gestión de casos con signos - síntomas de alarma (solicitud de consulta preferente para digestivo).
 - Estudio para la creación de un aplicativo informático para la gestión de casos en la Intranet del Sector (telemedicina). Gracias a este aplicativo se podrá gestionar de manera visual los tiempos de espera y el estado de cada paciente dentro del programa.
 - Implantación progresiva en OMI del sistema de alarmas mediante Beeps para avisar del momento en el que es necesario realizar la prueba diagnóstica correspondiente. Implicar al Médico de AP para la creación de Beeps en OMI
 - Crear una consulta de alta resolución para pacientes sintomáticos con síntomas de alarma
 - Aumentar la coordinación entre los diferentes servicios implicados. Reducir los tiempos de espera: estudios

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

447

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER COLORRECTAL EN POBLACION DE ALTO RIESGO DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

de extensión (anatomía patológica), Comité de Tumores, Colonoscopias (Sección de digestivo), preoperatorio (servicio de anestesia), servicio de cirugía y tratamiento por parte del servicio de oncología

- Estudio de la posibilidad de la búsqueda de familiares de primer grado a partir de los Registros de Cáncer y de Mortalidad de la CCAA de Aragón (registro civil, censo poblacional,...)
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes de alto riesgo con endoscopia solicitada desde AP

- Porcentaje de colonoscopias con diagnóstico de CCR en pacientes de alto riesgo
- Porcentaje de colonoscopias con diagnóstico de adenoma avanzado (con CCR) en pacientes de alto riesgo
- Porcentaje de CCR atendidos por circuito diagnóstico rápido (derivados de AP)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis de la situación (MAYO 2013)

Construir un grupo de trabajo (multiprofesional) (ABRIL 2013)

Definir flujogramas para vigilancia de pólipos colónicos, familiares de pacientes con CCR (MAYO - JUNIO 2013)

Creación de la consulta de alta resolución en el hospital de Barbastro y vía de diagnóstico rápido para pacientes de alto riesgo (JUNIO 2013)

Creación de un correo electrónico de digestivo para la gestión de casos con signos - síntomas de alarma (solicitud de consulta preferente para digestivo). (JUNIO 2013)

Sesiones de formación e implantación en los CS (SEPTIEMBRE 2013)

Estudio para la creación de un aplicativo informático para la gestión de casos en la Intranet del Sector y cruce con bases de datos poblacionales (registros de cáncer y mortalidad) (SEPTIEMBRE 2013)

Evaluación (DICIEMBRE 2013)

Estudio para la reducción de tiempos de espera (AÑO 2014)

Propuestas de nuevas acciones de mejora

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

449

CORRELACION DEL REGISTRO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA INDICACION DE ESTATINAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO**2. RESPONSABLE** FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ACIN GARCIA SANTIAGO. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
- MONCLUS MURO ANA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO.
- CORTINA LACAMBRA RAQUEL. MEDICO/A. CS MONZON RURAL.
- YUSTE ARA ALFREDO. INFORMATICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Las estatinas son medicamentos útiles para prevención primaria (disminuir la morbimortalidad de eventos cardiovasculares). Su indicación se basa en los factores de riesgo que influyen en el cálculo del riesgo Cardiovascular. Algunos de estos factores son modificables, por lo que el RCV puede llegar a disminuir, no estando indicadas en ese momento.

- Hay varios métodos para el cálculo del RCV, para este proyecto de mejora se atenderá al RCV Framingham, que incluye sexo, edad, tabaco, diabetes, presión arterial sistólica, colesterol total, HDL, hipertrofia ventricular izquierda y TA en tratamiento
- La gran mayoría a los que se les prescriben estatinas los consumen durante la mayor parte de su vida, sin que haya evidencia científica suficiente a partir de una edad determinada
- Prescripción de estatinas sin una indicación basada en la evidencia. Intentar que la prescripción de las estatinas se ajuste a su indicación de prevención primaria con un RCV al menos moderado
- Todas las personas con estatinas deberían tener realizado y estratificado el RCV
- Algunas personas que están tomando estatinas tienen un RCV que no justifica su prescripción
- Hay personas que están tomando estatinas en edades avanzadas
- Inclusión de indicadores de RCV en cartera de servicios
- Reducción de costes, el grupo de las estatinas representa globalmente un alto coste para el sistema. Hay fármacos que se asocian a estas prescripciones (potenciadores del efecto)

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
 - Disminuir la aparición de efectos secundarios e interacciones, optimizando las prescripciones
2. Sobre los profesionales
 - Mejor control de los pacientes con riesgo cardiovascular elevado
3. Sobre la organización / recursos económicos
 - Analizar y optimizar el uso de estatinas e hipolipemiantes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Inclusión progresiva de los CS

- Ahorro económico
- Optimizar el uso de estatinas a su indicación según el RCV del paciente
- Disminuir la polimedicación y los problemas derivados (interacciones, efectos adversos, etc). Mejora de la seguridad del paciente
- Disminuir la aparición de efectos secundarios generados por las estatinas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de situación

- Número de pacientes con RCV realizado (Por grupos de edad y sexo)
- Explotación de datos: SQL para extraer pacientes con RCV realizado en OMI (moderado -entre 15 y 20-, alto -entre 20 y 30- y severo - mayor de 30-.)
- Explotación de datos: Gasto farmacéutico por paciente en tratamiento con estatinas
- Cruzar ambas bases de datos y análisis de los mismos
- Sesiones de formación - sesión con recomendaciones de Sector
- Transmitir los resultados a los profesionales
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de pacientes con RCV moderado o severo que están en tratamiento con estatinas

- % de pacientes en tratamiento con estatinas que no cumplen los criterios de indicación de las mismas
- Gasto farmacéutico en estatinas y reducción del mismo respecto a 2012 (Sector y por CS)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Análisis de situación (MAYO 2013)

- Listados de pacientes y explotación de OMI (MAYO - JUNIO 2013)
- Estudio del gasto farmacéutico por paciente en tratamiento con estatinas (JUNIO 2013)
- Cruzar bases de datos y análisis de los mismos (JULIO-SEPTIEMBRE 2013)
- Sesiones de formación - sesión con recomendaciones de Sector (SEPTIEMBRE 2013)
- Transmitir los resultados a los profesionales (OCTUBRE - DICIEMBRE 2013)
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (ENERO 2014)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

449

CORRELACION DEL REGISTRO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA INDICACION DE ESTATINAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

435

IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO CENTRALIZADO DE PERSONAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO**2. RESPONSABLE** ANA MARIA GARCIA CASANOVA

- Profesión OTROS
- Centro DAP BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PERSONAL
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BUERA AGRAZ JAIME. INFORMatico/A. H BARBASTRO. INFORMatica HOSPITAL
- NOGUES SUSIN YOLANDA. INFORMatico/A. H BARBASTRO. INFORMatica HOSPITAL
- CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. TECNICO DE SALUD. DAP BARBASTRO.
- RIBA BRUBALLA JOSE ANTONIO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. DIRECCION SECTOR BARBASTRO
- FERNANDEZ LACAMBRA MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. SERVICIO PERSONAL
- LAPLAZA ARA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. SERVICIO PERSONAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Uso de diferentes bases de datos para gestión de personal de Atención Primaria que se disponen en el sector (Intranet, Servidores o Programa SHIRGA).

- Volcado de datos manual de esas bases de datos cuando se produce una modificación
- Necesidad de actualizar los RIF y los listados de personal continuamente
- Necesidad de registro por parte de diferentes servicios (y también la consulta por parte de diferentes personas).

Si está todo centralizado es más fácil su consulta y su actualización

- Petición de certificados (coordinador EAP, responsables, etc) y listados
- Variabilidad en los registros

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los profesionales
 - Facilidad en la consulta de datos
 - Actualización automática y en tiempo real de las variaciones que se produzcan
 - Integración con otros programas / aplicaciones disponibles en la actualidad
 - RIF: disponer de los reglamentos internos de funcionamiento actualizados en tiempo real
2. Sobre la organización / recursos económicos
 - Optimización del tiempo de los profesionales implicados
 - Creación de listados y certificados de forma automática

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Disminuir la carga de trabajo (distribuida actualmente en varios servicios del sector: personal, secretaría AP, dirección AP, informática)

- Disponer de una única base de datos centralizada
- Actualización instantánea de los diferentes bases de datos (RIF, responsables y plantillas)
- Extraer certificados y listados con facilidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Recopilación de las diferentes bases de datos disponibles en la actualidad

- Diseño de la nueva aplicación, Programa, registro y su ubicación (Intranet, Servidor Central, etc)
- Definir el proceso y flujograma con sus responsables. Establecer los permisos de escritura.
- Consulta: Definir quién puede hacer consultas sobre la base de datos
- Creación de informes, listados y certificados a partir de la base de datos
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Diseño de la nueva aplicación e implementación total a finales del año 2013 (si no se cumple, a finales de abril 2014)

- Flujograma y responsabilidades establecidas; así como los permisos de lectura / escritura a finales del año 2013 (si no se cumple, a finales de abril 2014)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Recopilación de las diferentes bases de datos disponibles en la actualidad (junio 2013)

- Definir el proceso y flujograma con sus responsables. Establecer los permisos de escritura. (SEPTIEMBRE 2013)
- Diseño de la nueva aplicación, Programa, registro y su ubicación (Intranet, Servidor Central, etc) (OCTUBRE 2013)
- Consulta: Definir quién puede hacer consultas sobre la base de datos (DICIEMBRE 2013)
- Creación de informes, listados y certificados a partir de la base de datos (DICIEMBRE 2013)
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (FEBRERO 2014)

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración**POBLACIÓN DIANA**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

435

IMPLEMENTACION DE UN REGISTRO CENTRALIZADO DE PERSONAL DE LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

312

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE CRIBADO DE CANCER CERVICOUTERINO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE VICTOR VALLES GALLEGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. DIRECTOR DE ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COLL CLAVERO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
- CALDERON GRAU PILAR. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO. DIRECCION
- CAVERO CEREZA ANA. MATRONA. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
- LAPEÑA LLERA ANABEL. MATRONA. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- GUAYARTE HERRERO OLGA. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - El diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix es un servicio de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y pese a los ciclos de mejora implementados desde 2005 conjuntamente con atención hospitalaria, se han aumentado los diagnósticos de lesiones, ha disminuido la variabilidad, se han evitado duplicidades, pero hemos incrementado la cobertura solo hasta el 49%. Para que el cribado sea eficaz hay que alcanzar al menos el 70% de cobertura.

- Probablemente existen citologías de mujeres de edades comprendidas en el intervalo de la población diana del cribado, realizadas en el ámbito privado no registrados en OMI-AP.
- Existe variabilidad en la implicación de los profesionales (médicos y enfermeras) para la captación de mujeres susceptibles de realizarse el cribado.
- En estos momentos, con un protocolo consensuado de Sector, buena coordinación con atención hospitalaria y un sistema de información, optimizar la captación y el registro permitirá obtener unos mejores resultados en salud.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
 - Diagnóstico en fases precoces.
 - Captación de grupos de alto riesgo (mujeres sin registros en OMI-AP)
2. Sobre los profesionales
 - Mejora de la coordinación
3. Sobre la organización / recursos económicos
 - Redistribución adecuada de los recursos existentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 2005		2006		2007		2008		2009	
2010	2011	2012							
Cobertura	37,40%	37,60%	39%	45%	41,90%	36,80%	46,68%	49%	
CIN III		9	10	12	14		12		
16	33	37							
CIN II				3		4		9	
2	2	3							
HSIL				15	18		21	18	
35	40								
Cáncer		1	2	1		3		2	
3	3	5							

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Informar a todas las mujeres de 25 a 65 años de la conveniencia de realizar el cribado de cáncer de cérvix.

- Aumentar la cobertura de cribado de cáncer de cervix en el sector
- Disminuir la tasa de lesiones de alto grado
- Diagnóstico en fases precoces de la enfermedad
- Establecer circuitos de derivación y tiempos máximos de atención.
- Mejorar la coordinación y continuidad asistencial inter e intra niveles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación, difusión del protocolo.

- Identificación a la población diana: mujeres de entre 25 y 65 años (27500 mujeres) que no tienen registrado en OMI-AP haber realizado actividades de cribado de cáncer de cérvix (14000 mujeres).
- Definir la SQL para extracción de listados del OMI: listados por CIAS.
- Redacción y envío progresivo de cartas a los domicilios de la población diana.

Se adjuntará tríptico informativo.

A las mujeres con citología realizada en otro ámbito asistencial se las invitará a que contacten con su enfermera para registrar el resultado en OMI-AP.
 A las mujeres sin citología realizada en el periodo de tiempo que corresponde al cribado, se la invitará a citarse en consulta de matrona.

- Citación:

- En consulta de enfermería para registrar aquellas mujeres con citología ya realizada y programar seguimiento.
- En consulta de matrona para realizar cribado.
- Coordinación con AE (S. Anatomía Patológica y Ginecología): creación de alertas y circuitos de derivación para citologías positivas para lesiones de alto grado (citación directa en consulta de Ginecología en plazo menor a 15 días)
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de cartas enviadas por Zona de Salud.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

312

MEJORA DE LA COBERTURA DE CRIBADO DE CANCER CERVICOUTERINO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

% de mujeres que han respondido a la invitación al cribado.

% de cobertura en relación a la población diana (25 - 64 años).

Implantación de los circuitos de derivación para resultados positivos (HSIL) antes de fin de 2013.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.	1 Trim.	2 Trim.	3 trim.	4 Trim.	
Análisis de la situación		x			
SQL, población diana			x		
Envío de cartas				x	
Registro en OMI, consultas			x	x	
Circuitos de derivación				x	
Evaluación					x
Propuestas de nuevas acciones de mejora			x		

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. 25 A 65 AÑOS

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CRIBADO CÁNCER CÉRVIX

OTRA PALABRA CLAVE 2. MEJORA COBERTURAS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

353

1. TÍTULO

REDACTAR UN FOLLETO INFORMATIVO SOBRE SU ENFERMEDAD PARA LOS PACIENTES CON EPOC

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARTIN ALOS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA SOLANS MERCEDES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
- PUYAL MELE ANA. ENFERMERO/A. CME MONZON. CONSULTAS EXTERNAS
- NASARRE GER ANA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es una enfermedad que supone un problema de salud pública de enorme magnitud por su elevada prevalencia y morbimortalidad y por el enorme coste sanitario que conlleva.

El estudio EPISCAN (2006 y 2007) estimaba la prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años era del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres). El infradiagnóstico de la EPOC en España es del 73% y el infratratamiento del 54%.

Se estima que cerca del 10-12% de todas las consultas médicas de atención primaria, más del 30% de las consultas de atención especializada y cerca del 10% de los ingresos de causa médica son debidos a esta enfermedad.

En el año 2008, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representaron la cuarta causa de muerte en España (responsables del 11,4% del total de defunciones), después del cáncer (26,1%), las enfermedades del corazón (20,8%) y las enfermedades cerebrovasculares (18,2%). La mortalidad por EPOC en España, comparando las tasas ajustadas por población mundial, muestra una tendencia a la disminución durante la última década, tanto en hombres como en mujeres.

La estimación de los costes de la EPOC en España revisados en el documento Estrategia en EPOC del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo se estima en 750-1000 millones de euros/año, incluidos los costes directos, indirectos e intangibles. El coste medio directo por paciente con EPOC se estima entre 1.712 y 3.238 euros/año.

En el año 2012 se ha publicado la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica-guía española de la EPOC (GesEPOC).

Los objetivos que debemos conseguir en el tratamiento de la EPOC según nos propone GesEPOC son tres: reducir los síntomas crónicos de la enfermedad, disminuir la frecuencia y la gravedad de las agudizaciones y mejorar el pronóstico. Para conseguir estos objetivos disponemos de tratamientos farmacológicos e intervenciones no farmacológicas. Una parte importante del tratamiento son las medidas generales que comprenden el abandono del hábito tabáquico, la adecuada nutrición, la actividad física regular, las vacunaciones, el reconocimiento y prevención de las exacerbaciones, ejercicios de gimnasia respiratoria y el control de la realización correcta del tratamiento farmacológico. En este último punto tiene una gran importancia el adiestramiento del paciente en la vía inhalatoria que se le ha prescrito. Estas medidas generales son trascendentales en el manejo del paciente con EPOC. Además de explicarlas en la consulta específica de enfermería, estas recomendaciones generales, es muy efectivo si se le entregan al paciente por escrito.

Por eso proponemos como proyecto de mejora en nuestra Unidad que consiste en la elaboración de un folleto para pacientes con EPOC en el que consten las medidas generales, el tratamiento que le ha prescrito su médico y el control del número y gravedad de agudizaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2012 desde la Unidad de Neumología del Sector de Barbastro hemos realizado las siguientes actividades formativas sobre espirometrías: - Programa Focuss (programa de formación diseñado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, IACS, en colaboración con profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón) 11/054 "espirometría para enfermería". Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón, otorgándole un número total de 2.6 créditos y nº de expediente 02-0007-05_0676-A. - Taller "Técnica de realización de espirometrías en Atención Primaria". Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. -Taller "Interpretación de espirometrías en Atención Primaria" celebrado en el Hospital de Barbastro. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,5 créditos. - Taller sobre "Uso y mantenimiento de inhaladores en Atención Primaria. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. También se ha elaborado un Manual sobre "Técnica inhalatoria y vademecum de fármacos por vía inhalatoria" que está en prensa pendiente de ser publicado y divulgado.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS:

1.Sobre los pacientes:

-Mejora de la salud: mejorar el tratamiento de los pacientes con EPOC.

2.Sobre los recursos económicos:

-Disminuir el gasto sanitario porque al optimizar el tratamiento se disminuye la progresión, las complicaciones y las agudizaciones.

3.Sobre los profesionales:

-Facilitar el trabajo a los compañeros de Atención Primaria, facilitándoles los folletos para que los entreguen a los pacientes con EPOC.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:

1.Mejorar la calidad asistencial del paciente con EPOC en nuestro sector sanitario.

2.Disminuir el gasto sanitario.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

353

1. TÍTULO

REDACTAR UN FOLLETO INFORMATIVO SOBRE SU ENFERMEDAD PARA LOS PACIENTES CON EPOC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Redactar un folleto con todas las medidas generales que debe conocer el paciente con EPOC para mejorar los síntomas, la tolerancia al esfuerzo y la calidad de vida. Hoja de control de agudizaciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Puntuación en el CAT (COPD Assessment Test), cuestionario para cuantificar el impacto de la EPOC sobre la calidad de vida relacionada con la salud, antes y después de la intervención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Redacción y corrección de folleto: abril-mayo.
Impresión: mayo.
Comenzar entrega: a partir de junio-julio

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

198

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ASISTENCIA, DIGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH (TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD) EN LA USMIJ DEL SECTOR DE BARBASTRO**2. RESPONSABLE** MERCEDES GARCIA LACOMA

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARA USIETO MARISOL. PSIQUIATRA. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO. USMIJ
- URFANEL SANCHON MARIA JOSE. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO. USMIJ
- SEVA FERNANDEZ ANTONIO. PSIQUIATRA. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO. USMC
- LOPEZ CORONAS ROSA. ENFERMERO/A. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO. USMC
- PINA BORRUEL CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO. USMC Y USMIJ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trastorno por déficit de atención (TDAH) es un síndrome conductual heterogéneo de inicio precoz caracterizado por la combinación de los síntomas centrales de inatención, hiperactividad e impulsividad, con gran variabilidad en cuanto a su presentación, intensidad y gravedad. Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y adolescencia, constituyendo uno de los motivos más habituales en la población infantil y juvenil de remisión a los profesionales sanitarios. Los menores que padecen TDAH presentan importantes interferencias en las actividades escolares, familiares y sociales, agravadas en muchos casos por la comorbilidad psiquiátrica que lleva asociada, principalmente con trastornos del comportamiento, del estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje

El diagnóstico del TDAH es un diagnóstico eminentemente clínico. La afectación de los tres síntomas nucleares, déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, se recogen en los criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Americana DSM IV-TR y por la CIE-10. Los tratamientos de dichos síntomas se realizan desde el punto de vista psicológico con tratamiento cognitivo conductual y en función de la gravedad de los síntomas con tratamiento psicológico y psiquiátrico (fármacos). Así como con el trabajo con las familias y los educadores de forma coordinada.

La literatura y la práctica clínica evidencia que son muchos los niños y niñas que son diagnosticados de TDHA y realmente no lo son, así como hay muchos otros que nunca se les diagnostica ni se trata y son candidatos a dicho diagnóstico.

En el momento actual valoramos como prioritario la organización de dicho programa de dándole una base sólida (basada en la evidencia) respecto a los criterios de derivación, coordinación con servicios educativos, e instrumentos diagnósticos respecto a las áreas afectadas, y los algoritmos de tratamiento que junto con el juicio clínico valide los diagnósticos y necesidades específicas de tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dicho protocolo servirá como guía de trabajo en la Unidad, en los tres Servicios, Monzón, Barbastro y Fraga, como referente respecto a los criterios diagnósticos y de tratamiento tanto para los sanitarios como para los padres que demandan tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para organizar y poner en marcha el protocolo, se plantean como estrategias: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo de la USMIJ y USMC así como pediatras y médicos de familia de las diferentes zonas de actuación de la USMIJ. Reuniones periódicas del grupo de trabajo para revisión bibliográfica (valoración de instrumentos de evaluación y cribaje, otros protocolos vigentes en otras Comunidades Autónomas, etc) Reuniones de trabajo para la elaboración propiamente dicha del protocolo Implementación del protocolo teniendo en cuenta siempre la realización en los tres centros (dificultades organizativas de agenda que pueda suponer

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de reuniones de trabajo realizadas. Conclusiones
- Número de pacientes que han pasado por el protocolo en los tres centros.
- Evaluación continua del protocolo como documento de trabajo. Indicadores de mejora, dificultades.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMER TRIMESTRE.- Puesta en marcha de los Equipos de trabajo, y revisión de la documentación. Inicio del protocolo.
SEGUNDO TRIMESTRE.- Fin de la realización del protocolo, consenso e implementación del mismo con los pacientes.
TERCER Y CUARTO TRIMESTRE.- Fase de aplicación directa con los pacientes, y evaluación continua (incidencias, dificultades, etc

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños y adolescentes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

198

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ASISTENCIA, DIGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH (TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD) EN LA USMIJ DEL SECTOR DE BARBASTRO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

393

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ALODIA ABAD RUIZ
- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BURREL RASO MATILDE ISABEL. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. TRABAJO SOCIAL
 - CANUDO AZOR MARIA DOLORES. MEDICO/A. H BARBASTRO.
 - LEAR ARBUNIES AMALIA. MEDICO/A. H BARBASTRO.
 - SANMARTIN ZARAGOZA SILVIA. MATRONA. H 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.
- 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 participamos en la mesa nos seguimos reuniendo con una periodicidad bimensual, para trabajar la parte de la intervención en los casos de violencia de género desde el ámbito sanitario y detectando 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.
- Necesidad de estudio de afectación en los hijos de mujeres víctimas de violencia de género.

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 y sus hijos,

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

393

1. TÍTULO

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

2. las formas de posicionarnos como profesionales y
3. la coordinación entre las diferentes instituciones y profesionales (Servicios de Pediatría, USMIJ, IAM, etc) implicadas en este problema de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Reuniones del equipo del proyecto:

- 8 de junio
 - 9 de noviembre (tarde)
 - 25 de noviembre. Acto Día Contra la Violencia de Género
 - 1 de diciembre (tarde)
 - 7 de febrero
 - 20 de febrero (tarde)
 - 14 de marzo de 2012 (tarde) Reunión con la jefa del Servicio de Urgencias Itziar Ortega para ver funcionamiento del Protocolo de urgencias y avisos a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en caso de paciente víctima de violencia de género e intervención desde urgencias hospitalarias.
- Durante estas reuniones nos hemos coordinado para el seguimiento y desarrollo del Proyecto de Mejora y hemos tratado el contenido de las sesiones, así como el funcionamiento del programa O.M.I. de atención primaria y las posibilidades y opciones de registro que da.

La sesión está diseñada y el contenido de ésta se centra en el Diagrama de flujos elaborado y desarrollo de aspectos relacionados con las señales de alarma e indicadores de detección de maltrato, de manera que estemos facilitando las herramientas de detección de casos y habilidades para manejo de éstos. La sesión se ajusta al tiempo de una hora, teniendo en cuenta que la presentación dura entre 30-40 minutos y luego se dispone de tiempo para preguntas y comentar casos si surge.

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.
- Detección de casos de malos tratos psicológicos así como su visualización.
- Detección de situaciones de impagos de las disposiciones judiciales de casos que las hubiera.
- Detección y estudio de afectación de los hijos de víctimas de violencia de género.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reuniones de Equipo de trabajo de coordinación para el seguimiento y desarrollo del Proyecto de Mejora así como de los casos llevado por cada una de las profesionales en su ámbito de trabajo.

- Sesiones en Centros de Salud de Barbastro, Abiego y Berbegal así como en el Hospital para divulgación de la Guía Sanitaria, Procedimiento de Coordinación Comarcal y/o de las distintas posibilidades de registro. Con posibilidad de ampliar a otros centros de salud del Sector sanitario.
- 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. - N° de casos contabilizados, ya sea por ser registrados en OMI, u otro sistema de registro.

- 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. Abril: Revisión del material preparado de material para las sesiones.

- Guía Sanitaria
 - Procedimiento Comarcal
 - Sistema de registro en OMI
- Junio-Septiembre-Octubre: Sesiones por centros.
Diciembre: Revisión de indicadores.
Durante todo el año, mínimo reunión de coordinación bimensual.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Mujeres mayores de 18 años y sus hijos.
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

393

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

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

125

1. TÍTULO

BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) ECOGUIADO PARA ANESTESIA Y ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA HERNIORRAFIA INGUINAL EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

2. RESPONSABLE MARIA ABAD SANZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FERNANDEZ GIL MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - GALLEGO FRANCO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - ANTON QUIROGA JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - ORDAS NASARRE FERNANDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia

La herniorrafia inguinal representa un alto porcentaje de todas las intervenciones que se realizan en el campo de la Cirugía General constituyendo un problema de amplias repercusiones laborales y socioeconómicas. Se han puesto en marcha programas de Cirugía Mayor Ambulatoria o de corta estancia donde cada vez son más frecuentes el uso de técnicas de herniorrafias sin tensión bajo anestesia general o locorregional, con el fin de mejorar la relación coste/beneficio del procedimiento y disminuir la utilización de camas hospitalarias.

En relación a los diferentes tipos de anestesia aplicados para esta cirugía existen ventajas y desventajas que pueden hacer que se vea retrasado o imposibilitado el alta temprana a domicilio con el consiguiente aumento de la morbilidad del paciente y del gasto sanitario.

Actualmente se considera que el bloqueo anestésico ecoguiado del plano transversal del abdomen (por donde transcurren los nervios encargados de la inervación de la pared abdominal) en esta cirugía representa la técnica anestésica que mayor beneficio puede aportar para cumplir los objetivos de la cirugía ambulatoria de la herniorrafia inguinal.

Utilidad del proyecto

Mejorar la calidad asistencial a los pacientes intervenidos de herniorrafia inguinal en cirugía mayor ambulatoria, garantizando completa anestesia y analgesia de la zona durante la intervención, evitando y minimizando las posibles complicaciones derivadas de la anestesia regional o general que podrían suponer el ingreso hospitalario del paciente hasta la resolución de las mismas, con el consiguiente aumento del gasto hospitalario.

Métodos de detección y priorización

Pacientes programados para ser intervenidos en el Hospital de Barbastro de herniorrafia inguinal unilateral o bilateral en régimen de cirugía mayor ambulatoria, que cumplan criterios para realizarse el bloqueo anestésico de la pared abdominal ecoguiado.

Serán excluidos aquellos pacientes que no acepten la técnica o que presenten algún tipo de contraindicación para su realización. (alteraciones de la coagulación, alteraciones anatómicas de la pared abdominal, alergias a anestésicos locales)

Situación de partida

Actualmente en el Hospital de Barbastro la técnica más utilizada para la cirugía de la hernia inguinal en CMA es la anestesia general seguida de la anestesia neuroaxial, produciendo en ocasiones retrasos en el alta incluso ingresos hospitalarios derivadas de las complicaciones de estas técnicas. En la mayoría de los pacientes el cirujano infiltra la herida quirúrgica con anestesia local. Tras la recuperación de la anestesia los pacientes son enviados a su domicilio con tratamiento analgésico y antiinflamatorio vía oral que en ocasiones puede ser insuficiente durante el primer día.

Posibles causas

A los fármacos utilizados en la anestesia general se le atribuyen posibles complicaciones que retrasarían el alta de los pacientes a su domicilio como son náuseas y vómitos, hipotensión, retención urinaria, reacciones alérgicas.

Suelen utilizarse fármacos de vida media corta con el fin de que hayan desaparecido sus efectos al alta del paciente lo que puede hacer que la analgesia sea insuficiente.

La anestesia neuroaxial no está exenta de complicaciones, como bloqueo motor prolongado que impida una temprana deambulación, retenciones de orina e insuficiente cobertura analgésica en el postoperatorio.

Fuentes de información

1.- Bloqueos de la pared abdominal. ERNESTO BERMÚDEZ B.*.Rev Chil Anest, 2011; 40: 230-237.

2.- Shona Charlton, Allan M Cyna, Philippa Middleton, James D Griffiths

Cómo citar la revisión: Charlton S, Cyna A, Middleton P, Griffiths J. Bloqueos perioperatorios del plano del músculo transversal del abdomen (PTA) para la analgesia posterior a la cirugía abdominal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 12. Art. No.: CD007705. DOI: 10.1002/14651858.CD007705

3.- Belavy D, Cowlshaw PJ, Howes M, Phillips F. Ultrasound-guided transversus abdominis plane block for analgesia after Caesarean delivery. Br J Anaesth. 2009;103:726---30.

4. Guasch E, Ortega R, Gilsanz F. Analgesia epidural para parto en la gestante obesa. Rev Soc Esp Dolor. 2006;7: 468---74.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

125

1. TÍTULO

BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) ECOGUIADO PARA ANESTESIA Y ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA HERNIORRAFIA INGUINAL EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

5. Serra C. El paciente con obesidad: implicaciones perioperatorias. Sevilla: Editorial EMISA; 2009.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución del número de anestésicos generales y neuroaxiales para la cirugía de la herniorrafia inguinal con la consiguiente disminución de las complicaciones derivadas de éstas. (hipotensiones, náuseas y vómitos postoperatorios y retenciones urinarias)
Disminución de la estancia del paciente en la unidad de reanimación postoperatoria y alta temprana a domicilio (comparada con el tiempo de estancia actual).
Disminución del número de ingresos hospitalarios por causas anestésicas.
Mejora de la analgesia postoperatoria las primeras 24 horas con una disminución del requerimiento de analgésicos de efecto sistémico.
Alto grado de satisfacción del cirujano y del paciente respecto a esta técnica anestésica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A los pacientes seleccionados que no presenten contraindicaciones se les realizará el bloqueo TAP ecoguiado siguiendo los siguientes pasos:

- 1.- Monitorización no invasiva del paciente (PANI, ECG, pulsioximetría) en sala de preparación del paciente.
- 2.- Sedación con 2 mg de Midazolam intravenoso.
- 3.- Se colocará el paciente en decúbito supino y en condiciones de asepsia se colocará verticalmente un transductor lineal de ultrasonidos 5-10 MHz (alta frecuencia) sobre línea medio axilar entre el margen costal y la cresta ilíaca del lado a intervenir, localizando la unión de los vientres musculares del oblicuo interno y transversos.
- 4.- Introducción una aguja biselada 19,5G x 120 ó 80 mm (Stimulong Plus set, Pajunk®, Geisingen, Alemania) en plano respecto a la sonda hasta la unión de ambos músculos.
- 5.- Administración de 10ml de mepivacaína 1.5% y 10 ml de Levobupivacaína al 0.5% previa aspiración negativa de sangre, observando la correcta distribución del anestésico. 6.- Transcurridos 15 min comprobar la efectividad del bloqueo.
- 7.- En el quirófano se continuará con la misma monitorización y se podrá realizar una sedación del enfermo utilizando agentes farmacológicos de vida media corta.
- 8.- Tras la cirugía se valorará el dolor según la escala visual analógica en movimiento y en reposo en el postoperatorio inmediato, a la hora y al alta.
- 9.- Una vez reiniciada la tolerancia oral, la ausencia de bloqueo de extremidades y la ausencia de complicaciones quirúrgicas se dará el alta a domicilio al paciente.
- 10.- Se proporcionará al paciente analgesia vía oral de rescate para las siguientes 48 horas.
- 11.- Se realizará una llamada telefónica pasadas 24 horas de la intervención para la valoración del dolor durante el primer día y la necesidad de rescate analgésico.

Todo el procedimiento será registrado en una hoja de recogida de datos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Monitorización del dolor según la escala visual analógica EVA a los 15 minutos de la realización del bloqueo, intraoperatorio, en el postoperatorio inmediato, a la hora de la cirugía, al alta y a las 24 horas de la intervención.
- 2.- Necesidad de reconversión de la técnica anestésica por insuficiente calidad analgésica durante la intervención.
 - 3.- Necesidad de rescates analgésicos postoperatorios.
 - 4.- Valoración de complicaciones derivadas de la absorción de los anestésicos locales usados en el bloqueo.
 - 5.- Retraso al alta domiciliaria debido a causas relacionadas con la anestesia y/o la técnica empleada
 - 6.- Ingresos hospitalarios de causas anestésica
 - 7.- Frecuencia de náuseas y vómitos postoperatorios.
 - 8.- Frecuencia de hipotensiones arteriales
 - 9.- Número de retenciones urinarias.
 - 10.- Satisfacción del paciente.
 - 11.- Tiempo de estancia en unidad postoperatorio CMA hasta el alta a domicilio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Abril del año 2013 con una duración de un año. Se realizarán sesiones de formación para el personal que participe en dicho proceso asistencial.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

125

BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (TAP) ECOGUIADO PARA ANESTESIA Y ANALGESIA POSTOPERATORIA DE LA HERNIORRAFIA INGUINAL EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

431

GUIA DE ADMINISTRACION DE FARMACOS POR SONDA NASOGASTRICA

2. RESPONSABLE NATALIA ALLUE FANTOVA

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GASTON AÑÑOS JUAN. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
- NAVARRO BOMETON PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A nivel hospitalario nos podemos encontrar con un gran número de pacientes con la vía oral comprometida y que requieran la administración de medicamentos a través de sondas nasogástricas.

Para administrar un fármaco por sonda nasogástrica de forma correcta se han de tener en cuenta una serie de criterios y recomendaciones generales.

Desde la Comisión de Nutrición de nuestro centro se propone la elaboración de un protocolo de Nutrición, dentro del cual se incluiría un anexo sobre administración de fármacos por sonda nasogástrica (parte a elaborar por el Servicio de Farmacia).

Muchos de los fármacos a administrar por esta vía son triturados y posteriormente diluidos o suspendidos en agua para su administración con una jeringa a través de la sonda. Esto supone mucho tiempo para el personal de enfermería, a parte de un riesgo de pérdida de dosis que puede afectar al tratamiento. Revisando la bibliografía encontramos un artículo donde se describe una técnica más correcta para asegurarnos que el paciente recibe la dosis prescrita; DISPERSAR el comprimido en agua sin triturarlo previamente. Se puede recomendar en aquellos casos en que el fármaco se disperse fácilmente y en un tiempo adecuado al que dispone la enfermera para la preparación de medicación.

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 sonda nasogástrica, mediante la elaboración de un protocolo, que explique las distintas formas farmacéuticas existentes, las diferentes técnicas (triturar, dispersar, diluir...) y los criterios y recomendaciones generales a seguir en este tipo de administración.

- Unificar las técnicas de preparación y administración por sonda nasogástrica de los fármacos en el centro, disminuyendo así el riesgo de que se produzcan errores en este proceso.

- Hacer el estudio de dispersión en agua extensivo a los fármacos disponibles en nuestro centro (seleccionar las especialidades candidatas en función de sus características y forma farmacéutica, realizar en farmacia la dispersión de los fármacos seleccionados para valorar la facilidad y el tiempo en dispersarse, comprobar que fluyen adecuadamente a través de una sonda nasogástrica de calibre 10 fr)

- Elaborar un anexo: listado con todos los fármacos disponibles en nuestro centro vía oral y las recomendaciones para cada uno de ellos, con las posibles alternativas.

- Facilitar el acceso a dicho protocolo y al listado a través de su disponibilidad on-line, a través de la intranet del sector.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Búsqueda de información. Revisión de artículos y guías relacionados. FARMACÉUTICOS.

- Contactar con los laboratorios de aquellos fármacos de los que no encontremos información. FARMACÉUTICOS.

- Elaborar un protocolo con los criterios y recomendaciones generales para la administración de fármacos por sonda nasogástrica. FARMACÉUTICOS.

- Hacer el estudio de dispersión en agua extensivo a los fármacos disponibles en nuestro centro (seleccionar las especialidades candidatas en función de sus características y forma farmacéutica, realizar en farmacia la dispersión de los fármacos seleccionados para valorar la facilidad y el tiempo en dispersarse, comprobar que fluyen adecuadamente a través de una sonda nasogástrica de calibre 10 fr) FARMACÉUTICOS / AUXILIAR

- Elaborar el anexo con el listado de todos los fármacos disponibles en nuestro centro vía oral y las recomendaciones para cada uno de ellos, con las posibles alternativas. FARMACÉUTICOS.

- Actualizar el listado con los datos que obtengamos del estudio de dispersión. FARMACÉUTICOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de fármacos informados en el listado a junio 2013. OBJETIVO: > 90% de las especialidades disponibles en la guía de nuestro centro.

- Resultados del estudio: total de especialidades estudiadas respecto al total de especialidades candidatas (por sus características) a entrar en el estudio de dispersión.

OBJETIVO a septiembre de 2013: > 50%

OBJETIVO a diciembre de 2013: > 90%

- En junio de 2013 ha de estar disponible en la intranet un primer listado con las recomendaciones generales y el listado con los datos disponibles hasta ese momento.

- En septiembre de 2013 ha de estar disponible en la intranet el listado actualizado con los datos del estudio disponibles hasta ese momento.

- En diciembre de 2013 ha de estar disponible en la intranet el listado actualizado con los datos del estudio disponibles hasta ese momento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2013- junio 2013: búsqueda de información y contacto con los laboratorios fabricantes.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

431

GUIA DE ADMINISTRACION DE FARMACOS POR SONDA NASOGASTRICA

- Junio 2013: colgar en la intranet el protocolo de recomendaciones generales y el listado con los datos disponibles hasta ese momento.
- Julio 2013-diciembre 2013: estudio de dispersión
- Septiembre 2013: actualización del listado con los resultados del estudio hasta ese momento.
- Diciembre 2013: actualización del listado con los resultados del estudio hasta ese momento.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

083

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO DE LAS LESIONES POR PRESION (LPP) EN EL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE LAURA ALONSO AYERBE

- . Profesión ENFERMERIA
- . Centro H BARBASTRO
- . Localidad BARBASTRO
- . Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- . Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA
- . FIERRO UNSAIN MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. TRAUMATOLOGIA
- . DOMPER CUELLO JOSEFINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO.
- . GUALLARTE HERRERO OLGA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. COORDINACION DE ENFERMERIA
- . LORDAN IBARZ MARIA GORETTI. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. EAC
- . MARTIN VIDAL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL.
- . PEYRET FERRER INMACULADA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Las LPP son un importante problema de salud que afecta tanto a los pacientes y su entorno familiar como al sistema de salud y los profesionales que la integran. Suponen además un importante aumento de los costes sanitarios; tanto en recursos humanos como en recursos materiales, lo que se traduce en un importante impacto económico, produciendo una incidencia negativa en la calidad asistencial.

- En el año 2011, un 4,84% de los pacientes ingresados registrados con un Norton al ingreso menor o igual a 14 en el Hosp. de Barbastro, desarrollaron una LPP. No es una mala cifra, pero hemos detectado problemas en el registro de las LPP y además mucha variabilidad en las curas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Tener un registro fiable de la Incidencia de LPP: que el 100% de los pacientes que las desarrollan queden registrados.

-Unificar los criterios de Prevención y Tratamiento en el Sector de Barbastro ante las LPP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Difusión e Implementación de los Protocolos de Prevención y Tratamiento de las LPP, mediante sesiones de enfermería y la realización de un curso de Prevención y Tratamiento de las LPP en el mes de Mayo.

- Elaboración e implementación de una Guía rápida informativa sobre Prevención y Tratamiento de LPP para los profesionales sanitarios.

- Elaboración de una Hoja de registro de heridas en el Hosp. de Barbastro.

- Realización de un cuestionario para valorar la formación llevada a cabo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Incidencia de pacientes que desarrollan LPP intrahospitalarias en el Hosp. de Barbastro.

- Prevalencia de pacientes con LPP en el Sector de Barbastro.

- Valoración de la puntuación media del cuestionario sobre conocimientos del personal sanitario previa y posterior a la formación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de los Protocolos de Prevención y Tratamiento de LPP entre los meses de Enero y Marzo del 2013.

- Sesiones informativas de enfermería en el mes de Marzo del 2013.

- Curso y cuestionarios de LPP en el mes de Mayo del 2013.

- Elaboración de la Hoja de registro de heridas en el mes de Abril del 2013.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Lesiones por presión

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

082

COMO AGILIZAR LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE MARTA ANDRES ALIERTA
· Profesión ENFERMERIA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LOS PACEINTES QUE TIENEN UN INGRESO FIRMADO TARDA EN NUESTRA OPINION MAS TIEMPO DEL NECESARIO EN OCUPAR SU HABITACION.

SE CREAN CONFLICTOS ENTRE SERVICIOS DEBIDO A QUE NO HAY UN CIRCUITO ESTABLECIDO QUE PRIORICE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DISMINUIR EL TIEMPO DE ESTANCIA DESDE QUE UN PACIENTE TIENE EL INGRESO FIRMADO HASTA QUE ES RECIBIDO EN LA PLANTA CORRESPONDIENTE.

EL 100% DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL PROCESO ACTUEN DE FORMA UNIFICADA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO REPRESENTATIVO EN EL QUE PARTICIPAN SUPERVISORA DE URGENCIAS, SUPERVISORA REPRESENTANTE DE HOSPITALIZACION Y SUPERVISORA REPRESENTANTE DE SUPERVISION TARDES - NOCHES.

DISEÑO DE UNA HOJA DE RUTA

DIFUSION A TODOS LOS IMPLICADOS EN EL PROCESO

IMPLANTACION DE LA HOJA DE RUTA EN EL HOSPITAL

ELABORACION DE UN DOCUMENTO DONDE SE REFLEJE ESTE PROCEDIMEINTO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. PERSONAL FORMADO/PERSONAL IMPLICADO

ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES EN URGENCIAS DESDE QUE SU INGRESO ESTA FIRMADO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1ª REUNION DEL GRUPO DE TRABAJO SEMANA DEL 8 AL 12 DE ABRIL

.Calendario de trabajo
.Hoja de registro de datos
..Diseño hoja de ruta

MES DE MAYO

.Analisis de la situacion de partida.

MES DE JUNIO

.Comezar difusion e implantacion.

EVALUACION

NOVIEMBRE 2013

FEBRERO 2013

.

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

POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

082

COMO AGILIZAR LOS INGRESOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A HOSPITALIZACION

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

400

EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DOLOR CRONICO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JESUS ANTON QUIROGA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FABREGAS CANALES MARIA DOLORES. MEDICO/A. H BARBASTRO. REUMATOLOGIA
· FLORIAN GERICO JESUS. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA
· CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA
· HUICI GERMAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
· NAJERA CAMPUZANO IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Pacientes con dolor crónico pertenecientes al área poblacional del Hospital de Barbastro. Mejoría del mismo, facilitando su accesibilidad con el fin de poder reiniciar sus actividades cotidianas y disminuir el coste asistencial. Abordaje multidisciplinar en pacientes oncológicos y no oncológicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de calidad de vida de pacientes con dolor de duración superior a tres meses.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Evaluación de los pacientes en Consulta de Anestesia o en planta en caso de estar ingresados en el Hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Anamnesis con Hª Clínica del paciente
Hª del dolor

Evaluación del dolor mediante escalas unidimensionales como la escala visual analógica (EVA) y escalas multidimensionales como el test de Lattinen

Exploración física

Evaluación y /o petición de pruebas complementarias

Seguimiento a través de consultas periódicas en consulta ó en planta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Indefinido

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

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Adultos

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

122

ADECUACION DE LA MONITORIZACION FETAL A LAS INDICACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL EN EL SNS, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ARAGON SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BALASCH TERES MARIA JESUS. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GONZALEZ ANIDO ENCARNA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AMARO JARILLA ELISA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NOGUES TOMAS JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NOGUES GARCIA ITZIAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo primordial de la atención obstétrica es la prevención de las complicaciones fetales y neonatales. Los tests propuestos para ello son tests de screening con unos porcentajes no despreciables de falsos positivos. Además, la especificidad y sensibilidad de las pruebas varían en función de la población mejorando su rendimiento en gestaciones de riesgo. Existe evidencia de que la realización de una monitorización adicional del control de bienestar fetal de forma universal no ofrece ninguna reducción significativa de la mortalidad perinatal. La idea de que la tecnificación del control del parto debía mejorar los resultados neonatales ha impulsado la monitorización electrónica fetal (MEF). Esta técnica, presenta las ventajas de proporcionar un registro escrito, que se puede analizar en cualquier momento y aporta parámetros cuantificables, pero también presenta ciertos inconvenientes, como son la complejidad de algunos patrones, limitar la movilidad materna y la baja especificidad de la técnica para predecir la parálisis cerebral, con una tasa de falsos positivos del 99,8%.

La Estrategia de Asistencia al Parto normal ya recoge la iniciativa de retrasar la edad gestacional para el comienzo de los monitores /registro cardiotocográfico o test basal), y así pensamos en ponerlo en marcha, en el contexto de los cambios realizados en el servicio para la obtención y mantenimiento del galardón "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento" (IHAN).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda no comenzar el estudio de bienestar fetal (RCTG) hasta las 40 semanas en gestaciones de bajo riesgo, dado que no se ha podido demostrar su eficacia clínica y se ha demostrado que la MEF incrementa el número de cesáreas y partos instrumentales. Clásicamente en nuestro servicio se habían realizado los registros tococardiográficos semanalmente desde las 38 semanas, asumiéndolos además el ginecólogo que estaba de ardia sobrecargando con ello su trabajo. Ya en la revisión del protocolo del parto normal que se realizó en 2012 se formalizó la propuesta de comenzar los registros a las 40 semanas. Disminuir el número de Registros en embarazos de bajo riesgo y la yatrogenia asociada al alto porcentaje de falsos positivos. También se potenciará la MEF intermitente durante el parto en los embarazos de bajo riesgo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Modificación del protocolo de Asistencia al Embarazo normal para retrasar el inicio de los registros tococardiográficos a las 40 semanas. Sesiones conjuntas con las matronas para informarles de los cambios. Entrega de un plan de parto del Hospital de Barbastro a las embarazadas del sector en las últimas consultas del embarazo explicando la indicación del registro tococardiográfico. Revisión de los monitores realizados en los últimos 5 años. Revisión de las inducciones y cesáreas realizadas por falsos positivos del RCTG.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de registros realizados anualmente. Número de consultas de control de bienestar fetal anteparto por cada embarazada. Número de inducciones y/o cesáreas realizadas a propósito de registro no tranquilizador

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013: revisión de los registros en los últimos 2 años. Junio 2013: sesión con las matronas de Atención Primaria y Especializada para control de los datos. Diciembre 2013: reevaluación del número de RCTG realizados en 2013.

11. OBSERVACIONES. Se pretende con esta estrategia disminuir hasta en un 50% el número de RCTG realizados antes de las 40 semanas. Favorecer la atención personalizada de las embarazadas y disminuir la iatrogenia por las técnicas no indicadas.

Potenciar la monitorización intermitente en los embarazos de bajo riesgo.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. mujeres en edad fértil

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

122

ADECUACION DE LA MONITORIZACION FETAL A LAS INDICACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL EN EL SNS, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

260

1. TÍTULO

ELABORACION DE GUIA CLINICA PARA TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO DIFERIDO ESPONTANEO PRECOZ

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ARRIBAS MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CUELLO REDOL MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· CAMPO BROTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
· GISTAU FERRANDEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CME MONZON. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10-20% de los embarazos y por lo general el 85% corresponden a abortos espontáneos precoces, es decir, aquellos que acontecen antes de la 12ª semana de embarazo.

Históricamente, en este grupo de pacientes, se ha venido realizando de forma sistemática legrado evacuador, procedimiento que requiere un ingreso, un procedimiento anestésico y un procedimiento quirúrgico, con los riesgos que ello conlleva.

Sin embargo, en los últimos 5 años, gracias al acceso a técnicas diagnósticas más precisas y a la aparición de nuevas opciones terapéuticas, se está permitiendo la posibilidad de un tratamiento más conservador y ambulatorio del Aborto espontáneo precoz cuando se cumplen unas condiciones adecuadas, con la consiguiente disminución de procesos invasivos y su morbilidad asociada, aumentando al mismo tiempo el grado de satisfacción de la usuaria y produciendo un ahorro importante en el costo sanitario.

Durante el periodo de 2011 el Hospital de Barbastro registró 83 legrados, con una estancia media hospitalaria de 0,89 días. En mayo de 2012 se inició el uso de tratamiento médico para aborto precoz espontáneo, registrándose 32 legrados, lo que ha supuesto una disminución del 50% en el número de legrados, con una estancia media de 1,4 días

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Ofrecer a la candidata la técnica menos agresiva, evitando posibles secuelas en su salud general y reproductivas derivadas de la técnica quirúrgica
- Reducción de la tasa de legrados en abortos espontáneos precoces en un 70%
- Aumentar la satisfacción de las usuarias, evitando ingresos hospitalarios innecesarios, con su correspondiente gasto económico derivado
- Disminuir la morbi-mortalidad derivada de la hospitalización
- Control óptimo ambulatorio post-tratamiento de la paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de Guía clínica para Tto. médico ambulatorio del Aborto espontáneo precoz, consensuando criterios de inclusión y exclusión claros para la aplicación del protocolo
- Elaboración de Consentimiento informado para la aceptación voluntaria del Tto. médico por parte de la paciente
- Entrega a la paciente de documento informativo sobre signos de alarma que puedan precisar valoración por Urgencias
- Imprescindible citación en Consultas de Tocología para reevaluación en 1 semana para confirmar vacuidad uterina
- Evaluación y recogida de datos de los abortos espontáneos precoces registrados en el servicio de Urgencias y en Consultas Externas y de los procesos quirúrgicos por dicho motivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Tasa de tratamientos médicos realizados tras diagnóstico de aborto espontáneo precoz
- Tasa de tratamientos médicos que precisan ingreso hospitalario
- Tasa de tratamientos médicos que precisan posteriormente legrado evacuador
- Estancia media de ingreso hospitalario por Aborto espontáneo precoz
- Encuesta de satisfacción de las pacientes
- Estancias evitadas y coste de las mismas
- Legrados evitados y coste de los mismos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -1º trimestre: Elaboración y exposición a los miembros de la plantilla de la Guía clínica, tras revisión bibliográfica
- 2ª y 3º trimestre: aplicación del protocolo
-4º trimestre: valoración de resultados

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

260

ELABORACION DE GUIA CLINICA PARA TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO DIFERIDO ESPONTANEO PRECOZ

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

267

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LA DISPLASIA ANAL Y PREVENCION DEL CARCINOMA ANAL EN PACIENTES VIH

2. RESPONSABLE ROBERTO AZNAR MUÑOZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- PUENTE RODRIGUEZ SORAYA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- ALCEDO GONZALEZ JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIGESTIVO
- COMES GARCIA MARIA DOLORES. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- BARDAJI FIGUERA MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se calcula que hay unas 665.000 personas infectadas por el virus del papiloma humano (VPH) en España, la mayoría mujeres sexualmente activas. De éstas unas 16.000 tienen una displasia de cérvix de alto grado (HSIL) y 2000 un carcinoma in situ (CIN). El VPH además está implicado en el carcinoma anal (CA) en varones homosexuales, con una incidencia de 13 casos por 100.000 h/año en VIH negativos y hasta 200 casos/100.000 h/año en VIH+. La terapia HAART (terapia antiretroviral de alta eficacia) no previene este tipo de cáncer. Las principales guías de VIH recomiendan el screening de CA en pacientes homosexuales con VIH+. El diagnóstico precoz del CA debe extenderse a las mujeres con displasia de cérvix y VPH, incluso aunque no tengan relaciones anales ya que el 50% de ellas tienen displasia anal. Los métodos de screening son similares a los utilizados en el Ca de cérvix y puede aprovecharse casi todo su aparataje y estructura.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La técnica no estaba disponible hasta el momento. El Dr Aznar realizó el año pasado un curso para aprender la técnica en el Hospital Virgen del Rocío, centro de Referencia en este tema.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detección precoz del cáncer anal en pacientes VIH+ de ambos sexos con displasias de alto grado y virus HPV de alto riesgo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Test de Cribado: Citología Anal

- Escobillón anal
- Citología Líquida
- Laboratorio de Anatomía Patológica: Estudio citológico y detección AR-VPH (PCR, sistema Cobas 4800) con genotipado del 16 y 18.
- Clasificación de las lesiones según el Sistema Bethesda 2001, codificadas con Snomed y códigos propios:

Tipo de muestra

- Cepillado anal T6X910

CÓDIGO

Calidad de la muestra

- B01 Satisfactoria
- B03 Insatisfactoria

Interpretación / Resultados

- C01. Negativa para lesión intraepitelial o malignidad
- C15. Otros hallazgos no tumorales

Anomalías de células epiteliales escamosas

- D01. ASCUS (23)
- D02. ASC-H (25)
- D03. LSIL (3)
- D04. HSIL (4)
- D05. Carcinoma Escamoso M80703
- D11. Otros tumores malignos

Test HPV-AR (Sistema Cobas)

- Virus de alto riesgo (Tipos 31/33/35/39/45/51/52/56/58/59/66/68)
- Virus de alto riesgo (Tipo 16)
- Virus de alto riesgo (Tipo 18)

POSITIVO: 26

NEGATIVO: 27

1. Test Diagnósticos: Anoscopia Alta Resolución

- Tinción (Ac.Acético 5%, Lugol)
- Examen detallado con fuerte aumentos
- Biopsia de áreas anormales
- Laboratorio de Anatomía Patológica: Histología y técnicas inmunohistoquímicas (p16 y Ki67)

Clasificación Histológica

Neoplasia intraepitelial anal (AIN)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

267

MONITORIZACION DE LA DISPLASIA ANAL Y PREVENCION DEL CARCINOMA ANAL EN PACIENTES VIH

- De alto grado: HSIL, que incluye AIN 2 y 3, displasia moderada, severa y carcinoma in situ
 - De bajo grado: LSIL, que incluye AIN 1 T69000
- M74008
-
- M74007
-
- M74006

1. Tratamiento de las lesiones (Centro de Referencia)
Se remitira al centro de referencia para termocoagulación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los pacientes con displasia de alto y bajo grado (HSIL y LSIL) serán remitidos para anoscopia y biopsia de las lesiones sospechosas mediante anoscopia de alta resolución, biopsiándose las lesiones sospechosas.

Se establece una demora media para los resultados citológicos de 5 días y de 10 para los histológicos. Los informes se dirigirán al Dr Aznar en sobres cerrados. Los casos que precisen biopsia se programarán en agenda aparte.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración del estudio será de 2 años a partir de la fecha de aprobación. Los end points serán el desarrollo de HSIL y carcinoma invasivo de ano.

11. OBSERVACIONES. El servicio de anatomía patológica dispone de las técnicas de citología líquida y PCR para VPH-AR. Como material fungible las necesidades son:

Gel anestésico (Xilocaina al 2%) EMLA crema 30g
Solucion Lugol

Monsel's solution (ferric subsulfate)

Agua oxigenada

Acido acetico al 3%

Torundas

Pinzas de Biopsia (Baby Tischler's)

Anoscopios desechables
QuiroSA (Comercializado por COVACA,SA)
Mediano (20 mm Ø int) o Grande (22 mm Ø int) 2,62 € /u
(Medianoll. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

143

COMO MEJORAR LA ATENCION A LOS PACIENTES CON CITACION DE PRUEBAS PREOPERATORIAS

2. RESPONSABLE NURIA CASTRO SAURA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. OTROS
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAPORTA ANTON ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- NASARRE GER ANA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS
- CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. HEMOS DETECTADO QUE LOS PACIENTES QUE LLEGAN A REALIZARSE TODAS LAS PRUEBAS DE PREOPERATORIO (RX DE TORAX, ANALITICA Y E.C.G.), LLEGAN DESINFORMADOS Y DESORIENTADOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DAR INFORMACION PARA AGILIZAR EL CIRCUITO, CON EL FIN DE EVITAR TIEMPOS DE ESPERA PARA EL PACIENTE Y OPTIMIZAR EL TIEMPO DEL PERSONAL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. REUNION DEL GRUPO DE TRABAJO
ELABORACIÓN DE NOTA INFORMATIVA PARA DEFINIR EL CIRCUITO

DIFUSION A LAS PERSONAS IMPLICADAS

DESDE EL SERVICIO DE ADMISION ESTABLECER EL ORDEN DE REALIZACION DE LAS PRUEBAS
REALIZAR MEDICION DE LA SITUACION ACTUAL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº DE PACIENTES CON PETICION BIEN INFORMADOS/Nº PACIENTES CON PREOPERATORIO X 100

100% DE LAS CONSULTAS CON SOLICITUD DE PREOPERATORIOS TENGAN LA HOJA INFORMATIVA

100% DE LAS PERSONAS IMPLICADAS ESTAN INFORMADAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SE CUANTIFICARA DURANTE UN MES, ANTES DE ESTABLECER LA HOJA INFORMATIVAS

SE ESTABLECERA LA HOJA INFORMATIVA Y SE DIFUNDIRA E IMPLANTARA

SE VALORARAN RESULTADOS DURANTE DOS MESES

NUEVA VALORACION DE LA IMPLANTACION A LOS SEIS MESES

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

338

1. TÍTULO

ESTABLECER UN PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC COORDINADO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE JOAQUIN CEGOÑINO DE SUS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HERRERO JARQUE PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DE NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las enfermedades crónicas más relevantes en el mundo occidental, con una elevada morbilidad, y supone un problema de salud pública de gran magnitud. En España, el estudio IBERPOC, realizado en 1997, estimó una prevalencia para una población de 40 y 69 de 9.1% (14.3% varones y 3.9% mujeres). En este estudio se detectó que el 78.2% de los pacientes confirmados por espirometría no habían sido diagnosticados previamente, mientras que algo más del 50% de los casos graves no recibían tratamiento específico. El estudio EPISCAN (2006 y 2007) estimaba la prevalencia de EPOC en España en una población de 40 a 80 años era del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres). Comparado con el estudio IBERPOC, el infradiagnóstico de EPOC en España se redujo sólo levemente del 78 al 73%, aunque sí se apreció una gran reducción del infratratamiento de la EPOC en España dentro de este marco de 10 años, del 81 al 54% ($p < 0,05$).

Se estima que cerca del 10-12% de todas las consultas médicas de atención primaria, más del 30% de las consultas de atención especializada y cerca del 10% de los ingresos de causa médica son debidos a esta enfermedad.

En el año 2008, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representaron la cuarta causa de muerte en España (responsables del 11,4% del total de defunciones), después del cáncer (26,1%), las enfermedades del corazón (20,8%) y las enfermedades cerebrovasculares (18,2%). La mortalidad por EPOC en España, comparando las tasas ajustadas por población mundial, muestra una tendencia a la disminución durante la última década, tanto en hombres como en mujeres.

La estimación de los costes de la EPOC en España revisados en el documento Estrategia en EPOC del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo se estima en 750-1000 millones de euros/año, incluidos los costes directos, indirectos e intangibles. El coste medio directo por paciente con EPOC se estima entre 1.712 y 3.238 euros/año. Estos costes directos se distribuyen en gastos hospitalarios (40-45%), fármacos (35-40%) y visitas y pruebas diagnósticas (15-25%); a estos costes se deben añadir los costes indirectos. Los pacientes que incurren en un mayor coste son los más graves y/o con agudizaciones frecuentes.

En el año 2012 se ha publicado la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica-guía española de la EPOC (GesEPOC). Es el resultado del esfuerzo de más de 2 años de un grupo muy heterogéneo de profesionales unidos por una gran motivación para mejorar la atención al paciente con EPOC. En la elaboración de esta guía han participado más de 150 profesionales dedicados a la EPOC pertenecientes a 10 sociedades científicas implicadas en la atención a pacientes con EPOC, más el Foro Español de Pacientes. Este es el documento de referencia para el manejo de la EPOC en España. La guía incluye recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC, en fase estable, agudizada y al final de la vida. El proceso diagnóstico se estructura en tres partes: el diagnóstico de la EPOC, la caracterización del fenotipo y la valoración de la gravedad de forma multidimensional. Dado la reciente publicación de esta guía creemos que estamos en un momento oportuno para divulgarla y, basándonos en este documento, establecer un protocolo de actuación conjunta entre atención especializada y primaria sobre el manejo del paciente con EPOC. Además dentro del programa de Atención a pacientes con EPOC en el Sistema de Salud de Aragón uno de los objetivos de este año es la divulgación de la GesEPOC.

El primer problema que detectamos, según los datos epidemiológicos descritos anteriormente, con la EPOC es el infradiagnóstico (el 73%, es decir, más de un millón y medio de pacientes que eran EPOC no lo sabían). Por lo tanto nos queda sensibilizar todavía más al Médico de Atención Primaria en la sospecha clínica de la EPOC y en la realización de la prueba complementaria básica que confirme el diagnóstico (la espirometría).

El primer paso en el diagnóstico de la EPOC es la confirmación diagnóstica. Para ello es necesario realizar una espirometría con prueba broncodilatadora donde se aprecie un patrón obstructivo. Pese a su introducción hace más de 12 años en Atención Primaria, todavía su uso no está plenamente generalizado, ya que muchos pacientes en la actualidad son derivados a consultas externas de neumología sin la espirometría realizada o realizada con deficiencias técnicas. La interpretación de la espirometría solo se puede realizar si esta está bien realizada, es decir, si cumple los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad, si la prueba no esta bien realizada se pueden cometer errores importantes con consecuencias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. Durante el año 2012 desde la Unidad de Neumología del Sector de Barbastro hemos realizado las siguientes actividades formativas sobre espirometrías: - Programa Focuss (programa de formación diseñado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, IACS, en colaboración con profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón) 11/054 "espirometría para enfermería". Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón, otorgándole un número total de 2.6 créditos y nº de expediente 02-0007-05_0676-A. - Taller "Técnica de realización de espirometrías en Atención Primaria". Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. - Taller "Interpretación de espirometrías en Atención Primaria" celebrado en el Hospital de Barbastro. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,5 créditos. Con esta formación realizada el año pasado entendemos que la confirmación diagnóstica de la EPOC se puede realizar sin ningún problema en los Centros de Atención Primaria que están dotados de espirómetros homologados y de personal formado para la realización de estudios funcionales

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

338

ESTABLECER UN PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC COORDINADO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

valorables. No obstante si en las reuniones que llevaremos a cabo con los Médicos de Atención Primaria nos transmiten déficits formativos en la realización de espirometrías se podrían realizar más formación en este aspecto. Es importante destacar que la mayor parte del gasto que conlleva la EPOC es en fases avanzadas de la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz (disminuir el infradiagnóstico), el frenar la evolución y el disminuir las complicaciones y exacerbaciones conlleva una disminución manifiesta del mismo.

El segundo paso en el proceso diagnóstico de la EPOC, y esto supone una novedad en el manejo de estos pacientes, es la caracterización del fenotipo clínico. Y este paso es importante porque el tratamiento del paciente con EPOC se dirigirá según las características propias de cada paciente, en lo que constituye un tratamiento más personalizado.

El tercer paso diagnóstico en el paciente con EPOC es la valoración multidimensional de la gravedad, lo que también supone una novedad en el manejo del paciente con EPOC. La gravedad del paciente EPOC nos permitirá modular la intensidad del tratamiento del paciente con EPOC.

En cuanto al tratamiento de los pacientes con EPOC los objetivos son tres: reducir los síntomas crónicos de la enfermedad, disminuir la frecuencia y la gravedad de las agudizaciones y mejorar el pronóstico. La principal novedad que propone GesEPOC en cuanto al tratamiento es la personalización del mismo en función de los fenotipos. Para conseguir estos objetivos podemos aplicar unas medidas generales, unos tratamientos farmacológicos y unas intervenciones no farmacológicas. Cada una de estas modalidades tiene sus complejidades e indicaciones concretas. Las medidas generales que debe conocer un paciente con EPOC entendemos que las puede transmitir el personal de enfermería y por eso mismo, y en colaboración con este estamento, vamos a elaborar otro proyecto de mejora que consistirá en dar a conocer al paciente con EPOC su enfermedad, informarle sobre los factores de riesgo y medidas generales no farmacológicas y la realización de gimnasia respiratoria grupal. Para apoyar esta labor de enfermería se están elaborando unos folletos informativos para pacientes que se distribuirán entre los mismos. Los principales tratamientos farmacológicos para la EPOC se administran por vía inhalatoria, por las ventajas que esta conlleva al requerirse menor dosis del fármaco y disminuir los efectos secundarios de los mismos. No obstante para realizar bien esta terapia requiere conocer bien la técnica inhalatoria e instruir de forma correcta al paciente. Desde la Unidad de Neumología del Sector de Barbastro se realizó formación a este respecto: Taller sobre "Uso y mantenimiento de inhaladores en Atención Primaria. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. También se ha elaborado un Manual sobre "Técnica inhalatoria y vademecun de fármacos por vía inhalatoria" que está en prensa pendiente de ser publicado y divulgado. Por lo tanto en este aspecto del tratamiento también tenemos un terreno ya recorrido.

Con este proyecto de mejora queremos establecer y divulgar un protocolo de atención al paciente con EPOC, consensuado entre atención especializada y atención primaria, teniendo como base la GesEPOC y haciendo especial hincapié en el segundo y tercer paso diagnóstico de la enfermedad, que a posteriori son esenciales a la hora de decidir el "tipo" de tratamiento y la "intensidad" del mismo. Todo esto completará el trabajo iniciado el año pasado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se incluye dentro del proyecto de mejora del manejo del paciente con EPOC que se inició el año pasado dentro del programa de Atención a pacientes con EPOC en el Sistema de Salud de Aragón. Durante el año 2012 desde la Unidad de Neumología del Sector de Barbastro hemos realizado las siguientes actividades formativas : - Programa Focuss (programa de formación diseñado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, IACS, en colaboración con profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón) 11/054 "espirometría para enfermería". Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón, otorgándole un número total de 2,6 créditos y nº de expediente 02-0007-05_0676-A. - Taller "Técnica de realización de espirometrías en Atención Primaria". Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. - Taller "Interpretación de espirometrías en Atención Primaria" celebrado en el Hospital de Barbastro. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,5 créditos. - Taller sobre "Uso y mantenimiento de inhaladores en Atención Primaria. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. También se ha elaborado un Manual sobre "Técnica inhalatoria y vademecun de fármacos por vía inhalatoria" que está en prensa pendiente de ser publicado y divulgado. Este proyecto es continuación de todo lo iniciado el año pasado.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS:**1. Sobre los pacientes:**

-Mejora de la salud: garantizar que aumenta el número de diagnósticos correctos de EPOC, sobre todo en fases precoces, y realizar un tratamiento óptimo de los mismos.

2. Sobre los recursos económicos:

-Disminuir el gasto sanitario al iniciar un tratamiento precoz y adecuado y por consiguiente disminuir la progresión, las complicaciones y las agudizaciones.

-Aumentar el número de consultas de alta resolución (evitando consultas sucesivas para resultados) al acudir los pacientes a la consulta especializada con las pruebas complementarias necesarias y realizadas de forma correcta.

-Evitar la realización (duplicidad de pruebas) a los pacientes EPOC.

3. Sobre los profesionales:

-Asegurar flujos y responsabilidades en el seguimiento del paciente EPOC en el Sector.

-Unificar criterios de actuación.

-Mejora de la satisfacción de los profesionales implicados.

-Detectar deficiencias en cuanto a personal y medios en nuestro ámbito de Atención Primaria.

4. Sobre la organización:

-Mejora del flujo de actuación y de comunicación entre profesionales y gestores.

-Adaptar la GesEPOC a nuestro ámbito.

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

338

ESTABLECER UN PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC COORDINADO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

-Mejora de la satisfacción de gestores y profesionales.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar la calidad asistencial del paciente con EPOC en nuestro sector sanitario: diagnóstico precoz de EPOC, medidas adecuadas en cuanto a diagnóstico y tratamiento del paciente con EPOC en fase estable.
2. Definir un protocolo para médicos coordinado entre Atención Primaria y Especializada para el manejo del paciente con EPOC, estableciendo los circuitos asistenciales pertinentes.
3. Disminuir las listas de espera en atención especializada de Neumología.
4. Disminuir el número de visitas a urgencias de los pacientes con EPOC.
5. Disminución el número de ingresos hospitalarios de pacientes con EPOC.
6. Incremento del número de consultas de alta resolución en la consulta especializada de Neumología en los pacientes diagnosticados de EPOC.
7. Disminuir el gasto sanitario.

7. **MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** La primera fase es la constitución de los equipos de proceso formado por: Dr. Cegoñino y Dr. Herrero (neumólogos del Hospital de Barbastro) y por un Médico de Atención Primaria de cada Centro de Salud (deberá ser nombrado un responsable de cada centro). A partir de aquí todas las consultas que se quieran hacer desde la Atención Especializada hacia la Atención Primaria y viceversa se realizarán a través de estos interlocutores (como se ha comentado con anterioridad, si por parte de cualquiera de los componentes del equipo se propusiera alguna idea de mejora sobre algún aspecto diagnóstico-terapéutico de la EPOC se analizaría y se trataría de realizar).

En primer lugar el Dr. Cegoñino y el Dr. Herrero establecerán un borrador de protocolo sobre el manejo del paciente con EPOC basado en la GesEPOC. Se citará a todos los componentes del equipo a una primera reunión para exponer este borrador y explicar las sucesivas fases que conlleva la elaboración definitiva de este protocolo. Los Médicos de Atención Primaria estudiarán el borrador con el resto de compañeros de su Área de Salud y establecerán las enmiendas que crean oportunas. Estas se remitirán por correo electrónico al Dr. Cegoñino (se trata de evitar viajes innecesarios), quien las corregirá en el primer documento. Se remitirá una copia del documento corregido por correo electrónico a cada uno de los Médicos de Atención Primaria miembros del grupo de trabajo, para que estudien si han quedado satisfechas sus enmiendas. Se realizará una última reunión para consensuar el documento definitivo y concretar fechas de divulgación. Serán los propios Médicos de Atención Primaria del grupo de trabajo quienes divulguen el protocolo entre sus compañeros de Centro de Salud.

8. **INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** - Número de pacientes diagnosticados de EPOC. Nº de pacientes incluidos en OMI en el programa EPOC.
- Número de pacientes diagnosticados de EPOC de forma correcta, con una espirometría en la que se detecte un patrón obstructivo. Se analizarán en cada centro 30 pacientes diagnosticados de EPOC de los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: nº de pacientes diagnosticados de EPOC con patrón obstructivo en la espirometría/nº de pacientes etiquetados de EPOC.
- Número de pacientes con EPOC clasificados por fenotipos. Se analizarán 30 pacientes diagnosticados de EPOC de los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: nº de pacientes diagnosticados de EPOC con el fenotipo caracterizado/nº de pacientes etiquetados de EPOC.
- Número pacientes con EPOC que tienen asignado un nivel de gravedad. Se analizarán en cada centro 30 pacientes diagnosticados de EPOC de los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: nº de pacientes diagnosticados de EPOC con el nivel de gravedad establecido/nº de pacientes etiquetados de EPOC.
- Número de pacientes diagnosticados de EPOC con el índice BODEx calculado. Se analizarán en cada centro 30 pacientes diagnosticados de EPOC de los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: nº de pacientes diagnosticados de EPOC con el índice BODEx calculado.
- Número de pacientes diagnosticados de EPOC con el índice BODE calculado. Se analizarán en cada centro 30 pacientes diagnosticados de EPOC de los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: nº de pacientes diagnosticados de EPOC con el índice BODE calculado.
- Número de pruebas de Test de la marcha de 6 minutos realizadas en Atención primaria. Se analizarán los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: Test de la marcha de 6 minutos realizados en cada centro.
- Número de pacientes diagnosticados de EPOC y que reciben la vacuna antigripal y antineumocócica. Se analizarán en cada centro 30 pacientes diagnosticados de EPOC de los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: nº de pacientes diagnosticados de EPOC y que reciben la vacuna antigripal /nº de pacientes etiquetados de EPOC. Nº de pacientes diagnosticados de EPOC y que reciben la vacuna antineumocócica /nº de pacientes etiquetados de EPOC.
- Número de agudizaciones en los pacientes diagnosticados de EPOC. Se analizarán en cada centro 30 pacientes diagnosticados de EPOC de los Centros de Salud de Monzón, Binéfar, Barbastro, Graus y Fraga. Indicador: nº de pacientes diagnosticados de EPOC con visitas a urgencias hospitalarias por exacerbación/nº de pacientes etiquetados de EPOC.

9. **DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** - CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO: ABRIL 2013.
- PRIMERA REUNIÓN (PRESENCIA FÍSICA). ENTREGA DE BORRADOR: MAYO 2013.
- EN MIENDAS DESDE AP: MAYO 2013.
- CORRECCION DEL BORRADOR: MAYO 2013.
- ENVIO DEL DOCUMENTO CORREJIDO A AP: MEYO-JUNIO 2013.
- SEGUNDA REUNION (PRESENCIA FISICA). DOCUMENTO DEFINITIVO: JUNIO 2013.
- DIVULGACION Y PUESTA EN MARCHA: SEP 2013.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

338

ESTABLECER UN PROTOCOLO SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE CON EPOC COORDINADO ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

081

1. TÍTULO

GESTION DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: FORMACION CONTINUADA

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN CUELLO RIVAS
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCES ABADIAS MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - ZUERAS MENDOZA OLGA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - GIRON CONSUL INMACULADA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - LAPORTA ANTON ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - GRASA CORTINA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - CANCER LANZON MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - PALACIN BUISAN MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Admisión y D. C. del Hospital de Barbastro se propone realizar una serie de Talleres formativos dirigidos al personal administrativo del servicio, con el objetivo de que todo el personal conozca los procedimientos de trabajo que se desarrollan en cada una de las unidades de Admisión (Urgencias, Archivos, Plantas, Consultas...)

Creemos que es fundamental conocer la dinámica de trabajo de todo el servicio, ya que todas nuestras tareas están relacionadas entre sí. Esta relación se constata en las interacciones que continuamente se producen en los trabajos de las unidades del servicio y por ello es importante que todo el personal conozca los procedimientos de trabajo del Servicio, y es también importante que el personal administrativo sea consciente de la repercusión que sus tareas tienen en el resto.

Como base para realizar la docencia se formalizarán protocolos de trabajo que desarrollaran los métodos de trabajo de cada unidad.

Las unidades adscritas al Servicio de Admisión y D. C. son las siguientes:

- Hospitalización / Urgencias.
- Archivos
- Codificación
- Secretaría de Plantas
- Servicios Centrales (Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica)
- Quirófano / L.E.Q.
- Consultas Externas / Canalizaciones
- Sistemas de Información

Durante el año 2012 hemos realizado los Manuales y Talleres de Consultas Externas, Radiodiagnóstico y Archivos.

Dado que se trata de una actividad que no finalizará en 2013, nos proponemos continuar con los Talleres docentes en 2014. En 2015 realizaríamos una docencia práctica que consistiría en rotaciones del personal por las distintas unidades del servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Confección de Manuales de trabajo que describan los procedimientos de las unidades de Admisión de las que se realice el Taller.

Todo el personal administrativo del Servicio de Admisión y D.C. conocerá las tareas que se desarrollan en cada unidad de Admisión. Esto permitirá optimizar los procedimientos de cada unidad ya que se conocerán los flujos de trabajo del resto, permitirá modificar procedimientos ineficaces y eliminar los innecesarios y permitirá asimismo transmitir al usuario una información correcta sobre las gestiones que éste debe realizar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Al frente de cada unidad del Servicio de Admisión figura un Jefe de Grupo que será el responsable de preparar el manual de trabajo y de impartir la docencia, junto con el personal administrativo que tenga asignadas las tareas. Los Talleres que desarrollaríamos durante 2013 serían los de CANALIZACIONES, URGENCIAS, SECRETARÍA DE PLANTAS e INGRESOS C.M.A.

En el año 2014 se desarrollarían los de Admisión de Hospitalización, Codificación, Anatomía Patológica, Documentación, Quirófano/LEQ y Sistemas de Información.

Los Talleres se desarrollarán en sesiones de 1 hora y media cada uno, y para cada unidad se establecerá el número de sesiones de la complejidad de lo tratado aconseje. Para favorecer la asistencia de todo el personal, la misma sesión se desarrollará durante dos días distintos, uno de ellos de 8,30 a 10 horas y otro día de 13,30 a 15 horas. Con ello conseguimos que todo el personal pueda acudir.

Estos talleres se publicaran y convocarán en el Portal del Empleado, apartado de Formación y serán certificados por la Comisión de Formación del Sector de Barbastro.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

081

GESTION DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: FORMACION CONTINUADA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Asistencia de todo el personal administrativo de Admisión a los Talleres formativos. Porcentaje mínimo - 85 %. Esta información la proporcionará la Comisión de Formación Continuada del Sector sobre la base de las hojas de firma.

2. Confección de Manuales de trabajo de cada unidad - SI. Estarán disponibles en la Intranet del Sector/ Herramientas / D.Gerencia / Admisión / Protocolos.

3. Resultado de la encuesta de los participantes en el Taller formativo. (Puntuación global de la actividad formativa). Valor mínimo - 8. Esta encuesta responde entre otras a preguntas del tipo: ¿Los conocimientos adquiridos serán útiles en mi desarrollo profesional?, Duración de la actividad, Adecuación de los contenidos a los objetivos planteados, Adecuación del material didáctico. Esta información la proporcionará la Comisión de Formación Continuada del Sector sobre la base de las encuestas respondidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013 - Taller de Canalizaciones

Mayo y Junio 2013 - Taller de Urgencias

Octubre y Noviembre 2013 - Taller de Secretaría de Plantas

Diciembre 2013 - Taller de Ingresos C.M.A.

Enero a Diciembre 2014 - Hospitalización, Codificación, Anatomía Patológica, Sistemas de Información y Quirófano/LEQ.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROCEDIMIENTOS DE ADMISION

OTRA PALABRA CLAVE 2. FORMACION CONTINUADA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL NEONATO EN LA SALA DE PARTOS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO EN RCP NEONATAL

2. RESPONSABLE MARIA DE LAS MERCEDES DOMINGUEZ CAJAL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE PEDIATRIA
- BUSTILLO ALONSO MATILDE. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE PEDIATRIA
- GARCIA ESCUDERO CRISTINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE PEDIATRIA
- CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE PEDIATRIA
- LALAGUNA MALLADA PAULA. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paritorio es el lugar por el que pasan prácticamente todos los recién nacidos. Entre un 5 y un 10 % de los niños requieren algún tipo de intervención que les ayude a realizar satisfactoriamente la compleja transición a la vida extrauterina.

En las dos últimas décadas la reanimación neonatal ha experimentado un impulso enorme, los estudios realizados objetivan que las intervenciones realizadas en este ámbito están dotadas cada vez de mayor fiabilidad y eficacia. Se están realizando esfuerzos muy significativos en mejorar la asistencia inmediata de los recién nacidos de forma universal ya que se ha demostrado que los primeros minutos condicionan enormemente la calidad de la supervivencia a largo plazo.

La evolución del recién nacido asfisiado depende, muchas veces, de la velocidad de respuesta y las destrezas del equipo responsable de la atención postnatal inmediata. Es responsabilidad de todos los agentes de salud mantenerse actualizados y permanentemente entrenados en las destrezas necesarias para garantizar a cada recién nacido las mejores oportunidades para atravesar este difícil momento.

Por ello, el entrenamiento de forma continuada de todo el personal de la sala de partos mediante la simulación con casos clínicos y maniqués, ofrece la oportunidad de adquirir habilidades y destrezas en el manejo clínico sin riesgo para el paciente, favoreciendo, así mismo, la capacidad de retención de lo aprendido. Existen estudios que demuestran que la metodología docente basada en la simulación mejora la actuación tanto en situaciones clínicas reales como en casos de reanimación simulada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el entrenamiento de los profesionales responsables de la atención al recién nacido así como minimizar los posibles errores en esta atención. El entrenamiento consistirá no solo en la actuación en el momento de la reanimación sino también en la anticipación y conocimiento del material disponible y necesario en toda RCP neonatal.

- Llegar al mayor número posible de profesionales de la unidad.

- Mejorar las habilidades técnicas.

- Conseguir mejorar la comunicación entre los miembros del equipo durante un episodio estresante como es la reanimación de un neonato.

- Reducir la variabilidad de actuación mediante la aplicación de los protocolos de la SEN (Sociedad Española de Neonatología) así como la implantación de los últimos cambios de estos protocolos tras las recomendaciones internacionales de 2010.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un programa de formación para el personal de la planta de pediatría y de paritorio en grupos pequeños, durante la jornada laboral, de mañanas, estableciendo un sistema rotatorio. El objetivo será llegar al máximo número de profesionales (auxiliares, enfermeras, matronas) con revisión frecuente de las actuaciones, objetivo muy difícil con la realización de otro tipo de cursos. Los responsables de la docencia serán pediatras de la planta (todos formados en reanimación neonatal mediante la realización de cursos acreditados y algunos de ellos instructores de RCP miembros del grupo de RCP pediátrica de Aragón). Se realizarán simulaciones de las distintas situaciones clínicas en que nos podemos encontrar en la sala de partos con análisis y debate posterior sobre lo realizado. Así mismo, se repasará la actuación en los distintos casos reales que hayan precisado reanimación en las semanas previas.

Se elaborará una hoja de registro en la que consten los integrantes de cada simulación, las posibles incidencias y la evaluación por parte de los asistentes. Se elaborará para ello una encuesta de opinión para los participantes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de profesionales de la unidad que han realizado el programa. Satisfacción de los distintos profesionales que hayan participado.

Ambos indicadores se estudiarán mediante la revisión de las hojas de registro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Entre Abril y Junio de 2013 se realizará reunión de los pediatras con elaboración de calendario, hoja de registro, encuesta de opinión y redacción de las distintas situaciones prácticas a entrenar.

Entre Julio y Diciembre de 2013 se realizarán los distintos simulacros según el calendario previsto y se monitorizarán los resultados.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

MEJORA EN LA ATENCION AL NEONATO EN LA SALA DE PARTOS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO DE ENTRENAMIENTO EN RCP NEONATAL

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. RECIEN NACIDOS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. RECIEN NACIDO QUE PRECISA REANIMACIÓN

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

202

APLICACION DE LAS REGLAS DEL TOBILLO DE OTAWA DESDE SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE JUAN JOSE EITO CUELLO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JOVEN ALIAGA EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. TRAUMATOLOGIA
- BITRIAN DEL CACHO ANDRES. MEDICO/A. H BARBASTRO. RADIOLOGIA
- GRIABAL GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- MAGALLON PUY MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- ABIZANDA CASTILLA ANTONIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- GROS SANAGUSTIN LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las lesiones de tobillo son una patología muy frecuente en servicios de urgencias- Las reglas de Ottawa para el tobillo se diseñaron para disminuir el número de radiografías innecesarias que se realizaban en los traumatismos de tobillo. Las reglas han sido evaluadas para confrontar métodos tradicionales de descripción y evaluación de pruebas diagnósticas con los métodos de "frecuencias naturales" sugeridos por Gerd Gigerenzer .

La sensibilidad del 92% demostrada en estudios, confirma la eficacia clínica de las reglas para identificar a los pacientes que, presentando riesgo de presentar fractura, requieren Radiografía para su diagnóstico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No aplicado

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Validar las Reglas del Tobillo de Ottawa en nuestro ámbito, introducir el conocimiento, aprendizaje y la aplicación de las reglas de Ottawa para el tobillo a Médicos, Residentes y Dues Analizar la concordancia inter evaluador entre el médico y la enfermera en la valoración de los pacientes con lesión traumática aguda de tobillo.

Reducir la incertidumbre de la práctica médica, dando alternativas de cómo deben ser usados los hallazgos clínicos para realizar predicciones o tomar decisiones.

Mantenimiento de la reducción de la realización de radiografías un año después de la puesta en marcha en sus respectivos ámbitos asistenciales de las RTO como reglas de decisión clínica .

Disminuir el tiempo de espera, solicitando las radiografías en la puerta de urgencias en aquellos pacientes con traumatismos leves que no requieren evaluación médica inmediata. Analizando los tiempos de espera y los tiempos de resolución desde Programa asistencial de urgencias , antes y durante el periodo.

Instaurar un circuito de atención desde atención primaria para optimizar recursos y disminuir costes. Cuantificar numero de esguinces al año analizando el numero de derivaciones y radiografías solicitadas, antes y durante.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar un protocolo sobre la base de criterios uniformes y comunes en la toma de decisiones y a utilizar adecuadamente los recursos sanitarios.

Instaurar un circuito de atención, tratamiento y seguimiento conjunto con traumatología según el grado de lesión.

Difusión y uso de las Reglas del tobillo de Ottawa en los servicios de urgencias y Puntos de Atención continuada, pudiendo suponer un ahorro económico y asistencial, al poder disminuir las radiaciones innecesarias, los traslados, etc

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. .- Numero pacientes que acuden por patología de tobillo/ numero de pacientes con patología articular.

.- Numero de radiografías realizadas a patologías tobillo* 100 / nº patologías tobillo atendidas. Esto medirlo en tres últimos meses previos a proyecto y en los tres meses posteriores.

.-El porcentaje potencial de reducción de radiografías en nuestro trabajo

Grado concordancia interevaluador

Analizar datos a los 6 meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión de equipo de mejora en Mayo 2013.

- Charla formativa conjunta a Medicina, enfermería y Traumatología sobre circuito de actuación, conocimiento de lesión de tobillo y sus grados, conocimiento de reglas del tobillo de Ottawa para su aplicación, conocimiento de los sistemas de inmovilización según el grado de la lesión DE Mayo a Junio de 2013.

- Puesta en Marcha y difusión del proyecto realización de sesiones informativas con el objeto de adiestrar a los colaboradores en la aplicación de las Reglas del tobillo de Ottawa de Junio septiembre 2013

- La exploración clínica y la recogida de datos se realizará en servicios de urgencia hospitalaria durante cada semana recogida de datos en formulario depositado en control de urgencias, para valoración posterior de eficacia de tratamiento y funcionamiento de circuito en tiempo previsto y posteriormente en puntos de atención continuada a lo largo del periodo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

202

APLICACION DE LAS REGLAS DEL TOBILLO DE OTAWA DESDE SERVICIO DE URGENCIAS

-Analizar datos obtenidos a los 6 meses aproximados enero 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

343

1. TÍTULO

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 H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HIJAZO CONEJOS JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
- CRESPO MAYOR VICENTE. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA
- VALLANO ENRIQUE JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad tromboembólica es una complicación mayor de la cirugía urológica. La incidencia aumenta según la predisposición personal (edad, sexo, patología vascular, patología concomitante,...) y el tipo de cirugía (abdominal, encamamiento prolongado, tiempo quirúrgico,...). La cirugía del Servicio de Urología ha presentado una complejidad en aumento y un aumento de pacientes con factores de riesgo en los últimos años. Se estima que la incidencia actual es menor del 1%, aunque las consecuencias son fatídicas con un riesgo elevado de mortalidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de la incidencia de enfermedad tromboembólica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración del protocolo. (Miembros del Servicio)

Recogida de los casos que ocurran durante el periodo de estudio. (Dr. Elizalde)

Comparativa intrahospitalaria. (Dr. Hijazo)

Comparativa interhospitalaria con otros servicios de urología del SALUD. (Dr. Vallano)

Instauración de un protocolo de profilaxis tromboembólica que sea aplicable en todos los casos y valore adecuadamente los factores de riesgo. (Dr. Crespo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Incidencia de enfermedad tromboembólica: estudio de casos de novo que se comuniquen a través de ingresos hospitalarios con diagnóstico de enfermedad tromboembólica y pacientes en postoperatorio de cirugía urológica.

Mortalidad del Servicio de Urología ajustada a causa de la misma.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2013: elaboración del protocolo.

Junio a Septiembre de 2013: aplicación del protocolo.

Octubre a Diciembre de 2013: Valoración de indicadores durante el tiempo de estudio.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

034

ELABORACIÓN DE PROTOCOLO PARA LA ACOGIDA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. DIRECCION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CANALEJO MENDEZA LUIS. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECTOR MEDICO
- CAJA BUETAS ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECTORA DE ENFERMERIA
- VILLACAMPA OLIVAN JOAQUIN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMINISTRACION
- ERREA ABAD JOSE MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- CAMPO MONCLUS MARIA JESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. CONTABILIDAD
- VINYAS ORUS ENRIQUE. MEDICO/A. H BARBASTRO. PREVENCION RIESGOS LABORALES
- CUELLO RIVAS MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A FIN DE SISTEMATIZAR LAS ACTUACIONES PARA LA ACOGIDA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO, ES RECOMENDABLE TENER UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN, CONSENSUADO POR LOS IMPLICADOS EN FORMACIÓN Y POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, MEJORANDO ASI LA RÁPIDEZ Y CALIDAD DE NUESTRA ACOGIDA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -TENER PROTOCOLO ESCRITO PARA LA ACOGIDA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS, CONOCIDO Y ACCESIBLE POR PROFESIONALES, ALUMNOS Y CENTROS DE REFERENCIA, EVITANDO DUDAS Y VARIABILIDADES.

-TENER REGISTRO DEL 100% DE LAS SOLICITUDES DE PRACTICAS FORMATIVAS.

-100% DE LOS ALUMNOS DE NUESTRO HOSPITAL TENGAN EN REGLA SU DOCUMENTACIÓN DE ACOGIDA , ASI COMO FIRMADO EL PROTOCOLO O CONVENIO SI FUERA NECESARIO SEGÚN EL MODELO QUE CORRESPONDA.

-TENER REGISTRADOS EL 100% DE ALUMNOS QUE REALIZAN PRACTICAS ,ASI COMO , TIPO DE PRÁCTICA,SERVICIO,PERIODO Y TUTORES.

-100% DE LOS TUTORES TENGAN SU CERTIFICADO DE HORAS DE DOCENCIA .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -REVISAR LOS MANUALES DE ACOGIDA DE QUE DISPONEMOS.

-ELABORAR UN PROTOCOLO PARA LA ACOGIDA DE ALUMNOS EN PRACTICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO SIGUIENDO LA NORMATIVA DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD.

-REVISAR LA FIGURA DE REFERENCIA PARA LA CENTRALIZACION DE LOS ALUMNOS EN PRÁCTICAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (ADMINISTRATIVO CON APOYO LEGAL) .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -ALUMNOS ACOGIDOS A TRAVES DE LA FIGURA DESTINADA PARA ELLO/ALUMNOS EN PRACTICAS.

- ALUMNOS QUE REALIZAN PRACTICAS / ALUMNOS QUE SOLICITAN PRACTICAS

- ALUMNOS QUE REALIZAN PRACTICAS CON SUS CONVENIOS EN REGLA/ ALUMNOS QUE REALIZAN PRACTICAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -ELABORAR UN CALENDARIO PARA LA OFERTA DE PRÁCTICAS LIBRES DE ALUMNOS DE

MEDICINA EN EL VERANO (JULIO,AGOSTO Y SEPTIEMBRE), ACTUALIZARLA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE CADA AÑO EN ABRIL .

-ELABORAR UN DOCUMENTO COMO REFERENTE DE LOS RESPONSABLES DE CADA PRÁCTICA FORMATIVA Y DE LOS TUTORES DISPONIBLES POR SERVICIOS EN MAYO .

-REVISAR LOS MANUALES DE ACOGIDA DE QUE DISPONEMOS EN ABRIL-MAYO.

-ELABORAR UN PROTOCOLO PARA LA ACOGIDA DE ALUMNOS EN PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO SIGUIENDO LA NORMATIVA DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD ENTRE ABRIL-MAYO-JUNIO.

-REVISAR LA FIGURA DE REFERENCIA PARA LA CENTRALIZACION DE LOS ALUMNOS EN PRÁCTICAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (ADMINISTRATIVO CON APOYO LEGAL) EN ABRIL-MAYO Y JUNIO

11. OBSERVACIONES. EL CALENDARIO ESTA PARA CORTO PLAZO, AUNQUE LA MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS FINAL DEL 2013 Y JUNIO 201411. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. ALUMNOS EN PRÁCTICAS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ALUMNOS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

132

PROGRAMA DE DEAMBULACION CON EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

2. RESPONSABLE MARTA FERNANDEZ GIL
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - GALLEGO FRANCO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - NAJERA CAMPUZANO IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
 - GUARDIA DODORICO LORENA DEL PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - REMACHA GARCIA MARIA JOSE. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema: A la analgesia epidural durante el trabajo de parto se le atribuye una posible influencia en la dinámica del parto que puede provocar un aumento de los partos instrumentados y cesáreas

Importancia del tema: La analgesia epidural se considera el estándar de la analgesia obstétrica ya que permite la mejor calidad analgésica para el trabajo de parto, seguridad y eficacia, mejora del medio intrauterino y la posibilidad de administrar analgésicos para cesárea, parto instrumentado y en el postoperatorio si es preciso. Sin embargo, se asocia a una prolongación del primer y segundo estadios del trabajo de parto y la frecuencia de mayor parto instrumentado. Gracias a la deambulación asociada a la analgesia epidural, se consigue un incremento de la intensidad de las contracciones uterinas, se evita la compresión a la que se ve sometida la vena cava inferior con la posición de decúbito en las pacientes encamadas, facilita el descenso de la cabeza fetal y relaja la musculatura pélvica. Todo esto puede acortar la duración del trabajo de parto y disminuir la tasa de partos distócicos. Además, la deambulación con epidural se asocia a mayor satisfacción materna.

Utilidad del proyecto: Disminuir la tasa de partos instrumentados y cesáreas asociados a la analgesia epidural

Métodos de detección y priorización: Embarazadas primíparas ASA I - II, con una historia de embarazo sin riesgo, que ingresan en el hospital de Barbastro con trabajo de parto entre la 36 y 42 semana de gestación. Serán excluidas aquellas pacientes que lleguen al hospital con parto vaginal inminente, los partos inducidos, los partos múltiples y todas las pacientes en las que se indicó cesárea urgente o emergente y electiva, por razones diferentes a expulsivo prolongado o parto estacionado.

Situación de partida: Actualmente en el hospital de Barbastro se tiene una incidencia del 16% de partos instrumentalizados en pacientes con analgesia epidural frente al 0% en pacientes sin analgesia epidural. Hasta ahora, la paciente en trabajo de parto permanece en decúbito supino o lateral en la cama, o con una incorporación de la cama como máximo 45°, desde que se inicia la analgesia epidural hasta el parto.

Causas: A la analgesia epidural se le atribuye la posible prolongación del primer y segundo estadios del trabajo de parto y una frecuencia mayor de parto instrumentado, por la posible pérdida del reflejo de pujo, la relajación del tono de la musculatura perineal, el bloqueo de la prensa abdominal y la disminución de contracciones uterinas.

Fuentes de información:

1. K. M. Kuczkowski. Ambulation with combined spinal-epidural labor analgesia : the Technique. Acta Anaesth. Belg., 2004, 55, 29-34
2. Manuel C. Vallejo et al. Effect of Epidural Analgesia with Ambulation on Labor Duration. Anesthesiology 2001; 95:857-61
3. A. de la Chapelle, M. et al. Impact of walking epidural analgesia on obstetric outcome of nulliparous women in spontaneous labour. International Journal of Obstetric Anesthesia (2006) 15, 104-108.
4. M. I. Segado Jiménez et al. Analgesia epidural en obstetricia: ¿cómo afecta al desarrollo y finalización del parto?. Rev Esp Anestesiología y Reanimación. 2011;58:11-16 .
5. C. Campuzano. Protocolo de analgesia epidural obstétrica en el contexto de la gestión innovadora de la asistencia y de los criterios de calidad y seguridad. Rev. Soc. Esp. Dolor 2: 11; 2007
6. Rao Z.A., Choudhri A., Naqvi S. and Ehsan-ul-Haq .Walking epidural with low dose bupivacaine plus tramadol on normal labour in primipara. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2010 20:5 (295-298)
7. Sharma R.M., Setlur R., Bhargava A.K. and Vardhan S. Walking epidural: An effective method of labour pain relief. Medical Journal Armed Forces India 2007 63:1 (44-46)
8. Wüstemann M., Gremm B., Scharf A. and Sohn C. Influence of the » walking epidural « on duration of labour in primi- and multiparae with vaginal delivery and comparison of vaginal operative delivery rates Gynäkologische Praxis 2003 27:3 (433-439)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

132

PROGRAMA DE DEAMBULACION CON EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la deambulación asociada a la analgesia epidural del trabajo de parto, esperamos disminuir la incidencia de partos instrumentalizados y cesáreas asociados a la analgesia epidural así como aumentar la satisfacción materna en relación al trabajo de parto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Previa anamnesis de la paciente embarazada, el anestesiólogo le proporcionará una información exhaustiva sobre la técnica y riesgos de la analgesia epidural con deambulación para el trabajo de parto y se pedirá por escrito su consentimiento informado para realizarla. Una vez cumplidos los criterios de parto activo, valorados por la matrona responsable de la paciente, se instaurará la analgesia epidural.

Previa monitorización estándar, se canalizará el espacio epidural introduciendo un catéter multiperforado a través del cual se administrará una dosis inicial de 10 - 15 ml de ropivacaína al 0,1% con 100 µg de fentanest, seguida de perfusión continua de ropivacaína 0,1 % con 2 µg/ml de fentanest a 8-12 ml /h.

Transcurridos 60 min, la matrona sentará a la paciente en la cama e iniciará la deambulación sólo si : escala Bromage modificada de 5 (ausencia de bloqueo motor) , EVA < 5, ausencia de hipotensión ortostática y funciones vestibulares y visuales intactas (Romberg normal). La paciente deambulará siempre acompañada de una persona. Dichos criterios se valorarán cada hora

Durante la deambulación, se realizará la monitorización fetal mediante telemetría.

El ginecólogo supervisará el proceso del parto y bienestar fetal e indicará la suspensión de la deambulación si se observa deceleraciones fetales persistentes. Igualmente indicará la realización de parto instrumental o cesárea según los protocolos vigentes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se confeccionará una hoja específica de control de deambulación con epidural analgésica donde se registrarán los siguientes datos:

- Control horario, desde el inicio de la epidural, de: la escala de Bromage modificada, EVA, tensión arterial y test de Romberg.

- Minutos de deambulación y de sedestación desde el inicio de la analgesia epidural hasta el parto

- Tiempo (minutos) de los periodos de dilatación y expulsivo del parto desde la colocación del catéter epidural.

- Tipo de parto (eutócico / instrumentalizado / cesárea)

- Apgar del recién nacido a los 1 y 5 min

- Satisfacción de la paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se iniciará el 1 de mayo de 2013 y durará 12 meses.

Se realizarán varias sesiones de formación en deambulación con analgesia epidural específicas para cada grupo de personal que asiste el proceso del parto (anestesiólogos, obstetras, D.U.E. especializadas y auxiliares de enfermería).

Para cada parto, se recogerá la información especificada en la hoja elaborada de deambulación con epidural, para posteriormente informatizarla y realizar finalmente el estudio estadístico correspondiente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Investigación, publicación, estudios

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho

3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho

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

5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

035

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE RUTH FERNANDEZ SANCHEZ

- Profesión FISIOTERAPEUTA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCOLANO HURTADO CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA DE CALIDAD
- SAMITIER PUY MARIA JOSE. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. UCI
- GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
- MEDRANO MARTINEZ PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA MI
- NADAL ABADIAS NATALIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA ESPECIALIDADES
- CABRERO LASIERRA JAVIER. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISOR RECURSOS HUMANOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. NUESTROS PACIENTES SUFREN CAÍDAS DURANTE SU INGRESO, SUS CONSECUENCIAS TIENEN, A MENUDO, GRAN REPERCUSIÓN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y SU FAMILIA, Y EN LOS COSTES Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA.

LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS ES UNO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA CUYO SEGUIMIENTO ES COMÚN EN TODOS LOS PROGRAMAS DE CALIDAD DE LOS DISTINTOS HOSPITALES.

DISPONEMOS EN EL HOSPITAL DE UNA HOJA DE NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS BIEN DISEÑADA Y DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y FAMILIARES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, PERO VEMOS NECESARIO REVISAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO.

LA INCIDENCIA DE CAÍDAS NOTIFICADAS ES DE 0,44% PARA EL AÑO 2012, SERÍA COMPARABLE A OTROS HOSPITALES, PERO QUEREMOS CONOCER LAS CAUSAS EN PROFUNDIDAD, SOBRE TODO EN LOS PACIENTES AUTONOMOS Y ORIENTADOS PARA PONER EN MARCHA ACCIONES PREVENTIVAS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • ESTABLECER CRITERIOS DE ACTUACIÓN HOMOGÉNEOS EN LA PREVENCIÓN Y CUIDADOS A PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDAS DE ACUERDO A LAS ÚLTIMAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS DISPONIBLES.

- DISMINUIR EL NÚMERO DE CAÍDAS EN LOS PACIENTES INGRESADOS .
- FOMENTAR LA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE PROFESIONALES, PACIENTES Y FAMILIARES

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -ESTUDIO DE LAS CAIDAS NOTIFICADAS EN EL 2012 Y ANÁLISIS DE LAS CAUSAS.

-ENCUESTA A LOS PROFESIONALES SOBRE CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CAIDAS ANTES Y DESPUES DE LA REIMPLANTACION DEL PROTOCOLO.

-IMPLANTAR ACCIONES DE MEJORA FRENTE A LAS CAUSAS DETECTADAS EN EL ESTUDIO.

-REVISION DEL PROTOCOLO DE CAIDAS .

-REALIZAR ACCIONES INFORMATIVAS Y FORMATIVAS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, DE LA ENCUESTA Y DIFUSION DEL PROTOCOLO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -PORCENTAJE DE CAÍDAS HOSPITALARIAS.

-DIFERENCIAS EN LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CAIDAS REALIZADA ANTES Y DESPUES DE LAS ACCIONES FORMATIVAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -ESTUDIO DE LAS CAIDAS NOTIFICADAS EN EL 2012 Y ANÁLISIS DE LAS CAUSAS EN EL MES DE ABRIL Y MAYO

-ENCUESTA A LOS PROFESIONALES EN JUNIO.

-IMPLANTAR ACCIONES DE MEJORA FRENTE A LAS CAUSAS DETECTADAS EN EL ESTUDIO EN DEPENDENCIA DE LO QUE ENCONTREMOS.

-REVISION DEL PROTOCOLO DE CAIDAS EN MAY, JUNIO.

-REALIZAR ACCIONES INFORMATIVAS Y FORMATIVAS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO, DE LA ENCUESTA Y DIFUSION DEL PROTOCOLO EN SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

401

ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR**2. RESPONSABLE** FRANCISCO FRANCIA FRANCO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANTALIESTRA GRAU JESUS. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS
- OCHOA CALAVID SEBASTIAN. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS
- ERREA ABAD JOSE MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- RIOS GOMEZ CONSUELO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- GARCIA FERNANDEZ LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- HURTADO PONCE GABRIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- PALACIN LARROY MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ictus debe ser considerado hoy en día una emergencia médica que precisa asistencia hospitalaria inmediata con un alto grado de organización y coordinación entre los diferentes escalones asistenciales. En el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad se mostró que en Aragón se detectaba una mayor mortalidad por Ictus respecto a otras Comunidades Autónomas. Aragón presenta dos características demográficas: La baja densidad demográfica unida a un desequilibrio territorial y el envejecimiento de la población (21 % mayor a 65 años).

El principal objetivo del proyecto de mejora sería mejorar la atención del proceso asistencial al ictus en el Sector Barbastro para:

- Disminuir la incidencia de la enfermedad cerebrovascular (Prevenc. 1ª)
- Mejorar la supervivencia y calidad de vida de los enfermos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Organizar grupos de trabajo que mejoren la asistencia al Ictus (EQUIPO DE ICTUS, INTEGRANTES PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD 2013)

- Fomentar el uso de las infraestructuras que beneficien la atención al paciente con Ictus:
 - o (AREA de ICTUS)
 - o Sistemas de telemedicina
- Facilitar el acceso a la fibrinólisis
- Disminuir el nº de traslados innecesarios
- Disminuir la mortalidad en el ictus agudo
- Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes con ictus

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende implementar el mapa general del proceso de atención al ictus" en nuestro Sector Sanitario con sus objetivos de calidad e indicadores.

Para iniciar este Programa de Atención en nuestro Sector se ha creado un Equipo de Ictus, "Equipo interdisciplinar de profesionales que interviene en el proceso asistencial del ictus a lo largo del episodio de hospitalización, con protocolos de actuación consensuados y con un coordinador, responsable de la gestión del proceso."

Por otra parte, se ha impulsado la creación de un Area de Ictus, teniendo en cuenta la dificultad en organizar una Unidad de Ictus en un Hospital de primer nivel como el nuestro.

Concepto de Area de Ictus

- Espacio ubicado en una unidad de hospitalización determinada donde se atiende a pacientes con ictus agudo.
- Cuenta con:
 - Tecnología necesaria para monitorización de constantes vitales (ECG, saturación de O₂, PA automatizada y T^a)
 - Camas monitorizadas (2)
 - Enfermería con formación específica en la atención del ictus agudo
 - Protocolos específicos de atención al ictus y prevención de complicaciones
 - Criterios de derivación a otras unidades de hospitalización
 - Por otra parte, el tratamiento fibrinolítico mediante la administración i.v. del activador tisular del plasminógeno (rt-PA) dentro de las primeras 4,30 horas desde el inicio de los síntomas es un tratamiento altamente efectivo, de acuerdo a la evidencia de los ensayos clínicos. El factor principal para ello es la disminución de la incapacidad, lo que resulta en una mejor calidad de vida del paciente y una reducción de los costes sanitarios a largo plazo.
- Dado que el tratamiento mediante fibrinólisis debe ser indicado y supervisado por el Neurólogo, se ha dispuesto en los Hospitales de Primer nivel como el nuestro, en que no se dispone de neurólogo de guardia 24 hs, de un sistema de telemedicina que permita la comunicación entre el Hospital de primer nivel con el Hospital de referencia. Es los que se denomina "teleictus".

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para determinar puntos de mejora, se han elaborado unos audits en cada Sector Sanitario, respecto a algunos aspectos asistenciales de pacientes con Ictus. EL "TOP 13" se denomina a una serie de indicadores clínicos de calidad que demostrados por la evidencia científica han motivado la presencia de recomendaciones de grado A o B en la Guía de Práctica Clínica del Ictus.

Analizar los pacientes con sospecha de patología cerebrovascular atendidos en los Sectores de Barbastro y

1. TÍTULO
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

401

ATENCIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR

Calatayud en el periodo comprendido entre Junio y Noviembre de 2013 (ambos incluidos):

- Sexo
- Edad
- Procedencia
- Rankin previo
- Consumo de alcohol y tabaco
- HTA, DM; Dislipemia, FA, Cardiopatía isquémica, otras Cardiopatías, Coagulopatías, SAHS Enfermedad arterial periférica, Ictus previo.
- Escala ABCD2, CHADS
- Consumo de antiagregantes, anticoagulantes, estatinas, IECAS/ARAI, Otros hipotensores al ingreso y al alta.
- Día y hora de comienzo de los síntomas.
- Día y hora de la asistencia en urgencias.
- Intervalo de la llegada a urgencias hasta la asistencia.
- Intervalo desde la llegada hasta la realización del TAC
- Activación del Teleictus.
- Activación del Código Ictus.
- Contacto con el neurólogo.
- Fibrinolisis.
- Especialidad del médico responsable.
- El TOP 13 incluido en el audit del 2009.
- Otras pruebas complementarias.
- Numero de pacientes fallecidos y causa de la muerte (neurológica o no neurológica).
- Diagnóstico al alta, diagnóstico etiológico, clasificación.
- Complicaciones infecciosas, días de Hospitalización.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El Equipo de Ictus y los integrantes del Plan de Calidad se reunirán a primeros de Mayo.

Se realizaran sesiones informativas al personal médico y de enfermería de los Servicios de Urgencias a finales de Mayo de 2013, Medicina Interna, residentes de MFyC y resto de profesionales implicados en el proceso asistencial. Se informara a los profesionales implicados sobre las conclusiones del ESTUDIO DE PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR que se esta llevando a cabo, para establecer los puntos débiles y planes de mejora específicos.

11. OBSERVACIONES. Casos válidos	% de cumplimiento	Casos
HBAR	% de cumplimiento	
Glucemia basal	347 100 (99,9-100)	40 100 (98,7-100)
PA basal	347 99,7 (99,0-100,0)	40 100 (98,7-100)
TC craneal < 24h	269 94,1 (90-97,1)	32 96,9 (89,3-100)
Test de deglución	302 5 (2,4-7,6)	35 0 (0-1,4)
Movilización precoz	234 42,3 (35,8-48,9)	30 30 (11,9-48,1)
Prescripción de AAS <48h	298 79,5 (74,8-84,3)	32 59,3 (40,8-78)
Tto. de la hipertermia	360 92,2 (89,3-95,1)	39 89,7 (78,9-100)
Prevención de la TVP	210 79,8 (74,8-84,9)	36 83,3 (69,8-96,9)
Evaluación de las necesidades de RHB	265 8,3 (4,8-11,8)	33 9,1 (0-20,4)
Manejo de la HTA	271 47,6 (41,5-53,7)	29 44,8 (25-64,7)
Dislipemia y manejo	240 65,8 (59,6-72)	29 67,9 (48,8-86,9)
Anticoagulación si FA	83 50,6 (39,2-62,0)	10 40 (4,6-75,3)
Antitrombóticos al alta	283 95,1 (92,3-97,8)	30 90 (77,6-100)
Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001		10011. ENFOQUE PRINCIPAL.

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

155

EVALUACION DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO MEDIANTE LA MEDICION DE LA LONGITUD CERVICAL Y PROPUESTA PARA CONTROL AMBULATORIO DE LA MISMA, EVITANDO INGRESOS INNECESARIOS

2. RESPONSABLE JORGE CARLOS GARCIA ORTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LOPEZ BONILLA AGUSTIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ZEITLER MARTA INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· MACHIN RICOL PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NOGUES GARCIA ITZIAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA
· NOGUES GARCIA LAIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA
· GISTAU FERRANDEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CME MONZON. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los problemas más acuciantes en la perinatología es la prematuridad, siendo una de las causas más importantes de morbimortalidad, condicionando más del 70% de mortalidad fetal, neonatal o infantil precoz.

Se entiende por parto Prematuro el que acontece entre las semanas 20 y 37.
En España la incidencia de prematuridad es del 6 al 7,5% de toda la población. La infección intrauterina se asocia frecuentemente a la prematuridad y está presente en el 10-15% de las paciente con APP.
El estudio de la Fibronectina puede predecir un incremento de riesgo de PP. En gestantes con diagnóstico clínico de APP, la obtención de resultados negativos, puede evitar ingresos y sobretratamientos..

La tasa de pacientes con APP que presentarán un verdadero parto prematuro es del 10 al 30%. Los síntomas clínicos (dinámica uterina y tacto vaginal) tienen una baja especificidad y valor predictivo negativo.

La ecografía cervical, es una herramienta que facilita el manejo de las pacientes con APP y su valor predictivo negativo, nos permite descartar falsos trabajos de parto y evitar sobretratamientos e ingresos innecesarios, sin aumentar la tasa de parto pretérmino.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. . Diagnosticar los verdaderos trabajos de parto pre término, para realizar el tratamiento adecuado y su traslado a centro de referencia en las mejores condiciones.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evitar tratamientos innecesarios por falso trabajo de parto. Evitar hospitalizaciones innecesarias y los efectos iatrogénicos que conllevan. Disminuir el gasto farmacéutico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunion del equipo de trabajo.
revisión de protocolo de tratamiento de la A.A.P. y aplicarlo en todas las pacientes
Recoger datos de los ingresos por APP del año 2012 y 2011. NÚmeros de Estancias .
recogida de datos del 2013

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de partos pretermino, nacidos en Barbastro y trasladados a HMS.
Número de ingresos por APP.
Número de tratamientos instaurados.
Número de falsos trabajos de parto tratados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo. Reunión del Equipo de trabajo. Revisión del Protocolo de la Amenaza de Parto Pretermino y elaboración de las hojas de recogida de datos.
Noviembre 2013. Evaluación del Proyecto.

11. OBSERVACIONES. La adecuada valoración con una técnica sencilla a las embarazadas con diagnóstico de APP, permitirá diagnosticar con más seguridad a las mujeres con verdadero riesgo de parto pretermino y evitará ingresos innecesarios en los falsos trabajos de parto.

Mayo. Reunión del Equipo de trabajo. Revisión del Protocolo de la Amenaza de Parto Pretermino y elaboración de las hojas de recogida de datos.
Noviembre 2013. Evaluación del Proyecto.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

155

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO MEDIANTE LA MEDICION DE LA LONGITUD CERVICAL Y PROPUESTA PARA CONTROL AMBULATORIO DE LA MISMA, EVITANDO INGRESOS INNECESARIOS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

352

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIFICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)**2. RESPONSABLE** MERCEDES GARCIA SOLANS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN ALOS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CME MONZON. NEUMOLOGIA
- HERRERO JARQUE PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA
- CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es una enfermedad que supone un problema de salud pública de enorme magnitud por su elevada prevalencia y morbimortalidad y por el enorme coste sanitario que conlleva.

El estudio EPISCAN (2006 y 2007) estimaba la prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años era del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres). El infradiagnóstico de la EPOC en España es del 73% y el infratratamiento del 54%.

Se estima que cerca del 10-12% de todas las consultas médicas de atención primaria, más del 30% de las consultas de atención especializada y cerca del 10% de los ingresos de causa médica son debidos a esta enfermedad.

En el año 2008, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representaron la cuarta causa de muerte en España (responsables del 11,4% del total de defunciones), después del cáncer (26,1%), las enfermedades del corazón (20,8%) y las enfermedades cerebrovasculares (18,2%). La mortalidad por EPOC en España, comparando las tasas ajustadas por población mundial, muestra una tendencia a la disminución durante la última década, tanto en hombres como en mujeres.

La estimación de los costes de la EPOC en España revisados en el documento Estrategia en EPOC del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo se estima en 750-1000 millones de euros/año, incluidos los costes directos, indirectos e intangibles. El coste medio directo por paciente con EPOC se estima entre 1.712 y 3.238 euros/año.

En el año 2012 se ha publicado la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica-guía española de la EPOC (GesEPOC). Es el resultado del esfuerzo de más de 2 años de un grupo muy heterogéneo de profesionales unidos por una gran motivación para mejorar la atención al paciente con EPOC. En la elaboración de esta guía han participado más de 150 profesionales dedicados a la EPOC pertenecientes a 10 sociedades científicas implicadas en la atención a pacientes con EPOC, más el Foro Español de Pacientes. Este es el documento de referencia para el manejo de la EPOC en España. La guía incluye el diagnóstico y el tratamiento de la EPOC, en fase estable, agudizada y al final de la vida. El proceso diagnóstico se estructura en tres partes: el diagnóstico de la EPOC, la caracterización del fenotipo y la valoración de la gravedad de forma multidimensional.

Los objetivos que debemos conseguir en el tratamiento de la EPOC según nos propone GesEPOC son tres: reducir los síntomas crónicos de la enfermedad, disminuir la frecuencia y la gravedad de las agudizaciones y mejorar el pronóstico. Para conseguir estos objetivos disponemos de tratamientos farmacológicos e intervenciones no farmacológicas. Una parte importante del tratamiento son las medidas generales que comprenden el abandono del hábito tabáquico, la adecuada nutrición, la actividad física regular, las vacunaciones, el reconocimiento y prevención de las exacerbaciones, ejercicios de gimnasia respiratoria y el control de la realización correcta del tratamiento farmacológico. En este último punto tiene una gran importancia el adiestramiento del paciente en la vía inhalatoria que se le ha prescrito. Estas medidas generales son transcendentales en el manejo del paciente con EPOC. Requiere realizarlas de forma correcta y esto consume mucho tiempo. Para poder realizar estas medidas generales es precisa la ayuda del personal de enfermería.

Por eso proponemos como proyecto de mejora en nuestra Unidad la creación de una consulta de enfermería específica para poder explicar a los pacientes con EPOC las medidas generales de tratamiento. Los pacientes se distribuirán en grupos de 7. Cada grupo realizará 12 sesiones, 2 por semana. Al final de la terapia de grupo se les entregará a los pacientes un documento escrito para que puedan recordar todo lo explicado. Para poder realizar estas consultas las enfermeras de la consulta de Neumología (Mercedes García y M^a Pilar Martín) están asistiendo a recibir formación al Centro de Atención Primaria de Lérida "Primero de Mayo". La idea, una vez conozcamos el resultado de nuestra iniciativa, es transmitirlo a los compañer@s de Atención Primaria mediante un programa Focuss en el 2014.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2012 desde la Unidad de Neumología del Sector de Barbastro hemos realizado las siguientes actividades formativas sobre espirometrías: - Programa Focuss (programa de formación diseñado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, IACS, en colaboración con profesionales del Sistema Sanitario Público de Aragón) 11/054 "espirometría para enfermería". Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón, otorgándole un número total de 2.6 créditos y nº de expediente 02-0007-05_0676-A. - Taller "Técnica de realización de espirometrías en Atención Primaria". Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. - Taller "Interpretación de espirometrías en Atención Primaria" celebrado en el Hospital de Barbastro. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,5 créditos. - Taller sobre "Uso y mantenimiento de inhaladores en Atención Primaria. Taller acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias de Aragón con 0,3 créditos. También se ha elaborado un Manual sobre "Técnica inhalatoria y vademecum de fármacos por vía inhalatoria" que está en prensa pendiente de ser publicado y divulgado.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

352

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA ESPECIFICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS:****1. Sobre los pacientes:**

-Mejora de la salud: mejorar el tratamiento de los pacientes con EPOC.

2. Sobre los recursos económicos:

-Disminuir el gasto sanitario porque al optimizar el tratamiento se disminuye la progresión, las complicaciones y las agudizaciones.

3. Sobre los profesionales:

-Transmitir nuestros conocimientos y experiencia al personal de Enfermería de Atención Primaria.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:

1. Mejorar la calidad asistencial del paciente con EPOC en nuestro sector sanitario.

2. Disminuir el gasto sanitario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La primera fase (ya en marcha) es la formación de las enfermeras de Neumología (Mercedes García y M^aPilar Martín) en Lerida. Posteriormente se irán formando grupos de pacientes con EPOC, que en sesiones de 2 horas a la semana, irán recibiendo la información y formación pertinente sobre su enfermedad: recomendaciones generales, deshabitación tabáquica, gimnasia respiratoria y técnica inhalatoria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Grado de disnea medido por la escala que recomienda GesEPOC antes y después de la intervención.

-Metros recorridos en el Test de la marcha de 6 minutos antes y después de la intervención.

-Puntuación en el CAT (COPD Assessment Test), cuestionario para cuantificar el impacto de la EPOC sobre la calidad de vida relacionada con la salud, antes y después de la intervención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación del personal: mayo-junio.

Puesta en marcha de la consulta: junio.

Programa focuss: 2014

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

POBLACIÓN DIANA

-EDAD. Adultos

-SEXO. Ambos sexos

-TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

408

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA EL PROCESO DE ELABORACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS BIPELIGROSOS.

2. RESPONSABLE JUAN GASTON AÑAÑOS
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALLUE FANOTVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
 - PUYUELO BLECUA CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA / HOSPITAL DE DIA
 - ESCRIBA HUGUET JOSE MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
 - BOIRA SUBIAS FELICIDAD. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
 - BUETAS AURE REYES. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA
 - NAVARRO BOMETON PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. SERVICIO DE FARMACIA
 - CABAU ABENOZA EUGENIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La terapia citotóxica en el Hospital plantea una problemática especial:

- Los agentes citotóxicos poseen un índice terapéutico bajo. La elevada toxicidad, que se manifiesta incluso con una aplicación correcta, puede tener consecuencias graves si se cometen errores de dosificación.
- Estos errores se ven facilitados por factores como que la dosificación se basa en la superficie corporal, terapias agresivas a altas dosis o unidades del orden de microgramos. Un error en la dosis puede pasar desapercibido al personal poco experimentado.
- Complejidad del proceso de reconstitución, preparación y administración.
- Riesgo ocupacional para los manipuladores.

Como respuesta a la creciente demanda asistencial en el Hospital de Barbastro de esta terapia y su consecuente problemática en el Servicio de Farmacia se puso en funcionamiento una unidad centralizada de preparación de medicamentos biopeligrosos, dependiente de dicho servicio, y cuyas responsabilidades son:

- Mantenimiento del manual de procedimientos para la unidad y del protocolo de manipulación para el hospital (conseguir la máxima seguridad del personal sanitario y aumentar la calidad asistencial de los pacientes estandarizando normas de preparación)
- Formación del personal de la unidad.
- Revisión de la prescripción.
- Elaboración de la dosis de fármaco a administrar y asegurar su estabilidad y esterilidad.
- Distribución del fármaco preparado.
- Control de la administración al paciente y de la recogida de desechos.
- Elaboración de normas para casos de extravasación.
- Elaboración de normas para casos de derrames accidentales.
- Seguimiento del cumplimiento del protocolo.

La prescripción desde oncología se hace vía informática, desde el resto de servicios prescriptores (hematología, reumatología, urología...) se hace manualmente. Al Servicio de Farmacia llega una copia, en la que constan los datos del paciente, el medicamento y la dosis.

En estos momentos, desde la llegada de la orden médica al Servicio de Farmacia el proceso se hace de forma manual. Se preparan las etiquetas y la medicación (enfermería / auxiliar), transcribiendo la orden médica. Se calcula manualmente el volumen correspondiente en ml de cada fármaco y el volumen final de la mezcla. El farmacéutico revisa todos los cálculos, las etiquetas y la medicación "in situ" en la zona de la precámara.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En un primer proyecto de mejora (año 2008) se elaboró el manual de manipulación y administración de fármacos biopeligrosos, consensado y pactado con los servicios implicados. Con esta iniciativa conseguimos estandarizar las preparaciones y protocolizar la administración de este tipo de fármacos.

Al mismo tiempo se inició un registro de errores de medicación (prescripción, preparación, dispensación y administración) y de incidencias (medicación caducada, medicación preparada y no administrada...).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Crear las fichas en el programa de todos los fármacos biopeligrosos que se preparan en el Servicio de Farmacia y se administran en Hospital de Día.

- Disminuir el número de errores en la preparación, al dejar de ser manuales los cálculos necesarios.
- Introducir protocolos específicos para cada patología, lo que nos permitirá extraer información: perfil de uso de este tipo de fármacos, su ajuste a los protocolos introducidos, esquemas de primeras, segundas o posteriores líneas de tratamiento según patologías...
- Imputar costes exactos por paciente.
- Trazabilidad de los fármacos administrados (registro informático del lote y la caducidad del fármaco empleado para cada paciente).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informatizar todo el proceso de elaboración, dispensación y administración de medicamentos biopeligrosos que se preparan en el Servicio de Farmacia y se administran en

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

408

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA EL PROCESO DE ELABORACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS BIPELIGROSOS.

Hospital de Día.

Introducir en el programa informático seleccionado todos los datos de los fármacos y los protocolos establecidos con el fin de evitar los cálculos manuales. FARMACEUTICOS.

A través del programa:

- Obtener una hoja de elaboración para cada preparación
- Obtener una etiqueta identificativa (paciente, dosis, volumen de la mezcla...) para cada preparación
- Imputar a cada paciente la medicación exacta administrada (informes de consumo, por paciente, por patología, por esquema de tratamiento...)
- Conseguir la trazabilidad de todos los fármacos preparados y administrados.
- Elaborar un registro de incidencias (medicación preparada y no administrada, medicación caducada, mezclas reutilizadas...)

FARMACÉUTICOS + ENFERMERÍA + AUXILIARES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes introducidos en el programa respecto al total de pacientes a los que se les administra medicación biopeligrosa en Hospital de Día. OBJETIVO a diciembre de 2013: > 75%

- Porcentaje de preparaciones incluidas dentro de un protocolo preestablecido respecto al total de preparaciones elaboradas a través del programa: OBJETIVO a diciembre de 2013: > 50%
- Registro de errores en la preparación y comparación con los datos de años anteriores a la implantación del programa. OBJETIVO a diciembre de 2013: disminuir al menos en un 20% los errores de preparación respecto a un periodo similar antes de la implantación del programa.
- Seguimiento de la trazabilidad de los fármacos elaborados a través del programa. OBJETIVO: informar el 100% de los lotes y caducidades de los fármacos empleados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2013- junio 2013: selección del programa informático. Creación de las fichas de los fármacos con la información necesaria para la elaboración de mezclas (reconstitución, concentración, sueros en que se diluyen, estabilidades...)

- Julio 2013-octubre 2013: introducción de las mezclas en el programa. Consensuar protocolos con los servicios implicados. Introducción de los protocolos en el programa.
- Octubre 2013-diciembre 2013: arranque del programa con pacientes.

11. OBSERVACIONES. El logro de los objetivos está ligado a la disponibilidad de personal farmacéutico durante el periodo de implantación del proyecto.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Todas las edades
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. todos los pacientes que requieran administración de fármaco/s biopeligrosos en Hospital de Día.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. programa informático

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

183

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN PACIENTES RECUPERADOS TRAS UNA PARADA CARDIACA

2. RESPONSABLE JAVIER GONZALEZ CORTIJO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- LOPEZ GONZALEZ ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- MARTINEZ TRIVEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- PRADOS CHICA JOSE JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- GRAU SALAMERO LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- RAUL HIDALGO SANCHEZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La parada cardiaca representa un problema grave de salud con unas probabilidades de supervivencia de aproximadamente el 20%.La precocidad en la detección de la misma y el inicio precoz de las maniobras de resucitación son fundamentales en la supervivencia.En muchas ocasiones no se consigue recuperar precozmente el ritmo cardiaco o su recuperación no siempre se acompaña de una mejoría neurológica, quedando como consecuencia pacientes con discapacidad severa que precisan un alto nivel de cuidados con gran consumo de recursos tanto humanos como materiales .

El papel de la hipotermia moderada tras una parada cardiaca esta claramente establecido mejorando supervivencia y disminuyendo el nivel de dependencia en pacientes con PCR por ritmo desfibrilable extrahospitalaria (clase I nivel evidencia B).También se reconoce su utilidad en paradas extrahospitalaria con ritmos no desfibrilables , y , en la PCR intrahospitalaria con coma tras recuperar pulso (Clase IIB NE B).Pese al conocimiento de estos datos el uso de la hipotermia no está generalizado en nuestro medio .

Desde nuestro unidad hemos creado un protocolo para realización de hipotermia en pacientes recuperados tras una parada cardiaca . Pretendemos que se implemente su uso en nuestra area de salud, sirviendo de coordinadores entre servicios implicados (061, urgencias) para que se inicie desde los mismos el protocolo de hipotermia lo más precozmente posible .El objetivo es mejorar la supervivencia y conseguir unos mejores resultados neurológicos con menores necesidades de cuidados y de consumo de recursos.

Asimismo elaborariamos un circuito en coordinación con el 061 para indicar la necesidad de angioplastia primaria en pacientes tributarios sin dejar de realizar la hipotermia durante el procedimiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir familiarizar a los servicios implicados con el uso de hipotermia y sus indicaciones.

Establecer circuito para decidir inicio de hipotermia , ingreso en uci o ingreso en hemodinámica y posteriormente en uci.

Registrar resultados obtenidos y mejorar supervivencia y nivel de dependencia de nuestros pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Curso teórico dirigido por el personal médico de la uci para personal de enfermería y auxiliar de la uci ,en el que se explica el protocolo y se detalla la tecnica de realización , el material necesario y los formularios de recogida de datos (dos cursos anuales de 90 minutos de duración).
-Curso teórico dirigido por personal médico de uci para resto de personal sanitario implicado en la asistencia , 061 y urgencias(dos cursos anuales de 90 minutos de duración).

-Establecer conjuntamente con el 061/ urgencias el inicio del tratamiento desde el aviso de parada.

-Registro de datos obtenidos y difusión de los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes en los que se realizó hipotermia tras FV/TVSP según protocolo

----- X 100
Total de pacientes con indicación de hipotermia

OBJETIVO > 60%

Pacientes con buen resultado neurológico(GCS >3)
----- x 100
Total de pacientes tratados con hipotermia

OBJETIVO > 50

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de programa de calidad desde Mayo/2013 hasta Mayo 2014

-Inicio contactos con 061 / urgencias para determinar el ámbito de aplicación del protocolo.Mayo 2013.

-Curso para personal de medicina intensiva para dar a conocerel protocolo y familiarizarse con la técnica.Mayo 2013
-Noviembre 2013 (90 minutos cada curso)

-Cursos para resto de servicios principios Junio y finales de Noviembre según disponibilidad de aulas.(90 minutos cada curso)

-Recogida de datos a lo largo del año y presentación de resultados en Mayo 2014

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

183

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN PACIENTES RECUPERADOS TRAS UNA PARADA CARDIACA

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

380

ACTUALIZACION Y MEJORA DE LA "GUIA DEL SUPERVISOR DE GUARDIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ESTHER GRACIA ASIN

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. SUPERVISION ENFERMERIA TARDES/NOCHES
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SICART LONCAN SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION ENFERMERIA TARDES/NOCHES
- MUR BARRABES DIANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION ENFERMERIA TARDES/NOCHES
- VARELA LEMUS ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISION ENFERMERIA TARDES/NOCHES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad se dispone de una guía práctica del Supervisor de guardia del Hospital de Barbastro donde se resumen las diferentes funciones y tareas a realizar por el supervisor de guardia. La fecha de elaboración de esta guía es de Julio del 2003.

Esta guía se realizó porque los profesionales de enfermería representan una gran parte de los recursos humanos de los hospitales, por tal motivo, y dado el carácter de atención continuada, es en esta división donde más incidencias se producen en el funcionamiento hospitalario.

Para dar respuesta a todas estas incidencias es necesario que la presencia de la Dirección de Enfermería sea permanente las 24 horas del día. Esta permanencia está asegurada con la supervisión de tardes noches, y los fines de semana y festivos por la mañana por los supervisores de diferentes servicios que vienen a realizar la guardia de 8 a 15 horas.

Por este motivo se hace imprescindible regular, de alguna forma, todas aquellas situaciones que se producen de forma más previsible, para que nuestras actuaciones sean acordes con la misión y funciones que nuestro puesto debe asumir, favoreciendo el buen funcionamiento de la institución.

Esta guía es un apoyo fundamental para la supervisión de guardia, y dado que la manera de trabajar ha cambiado en este tiempo, creemos que es necesario una revisión de la actual guía ya que en algunos aspectos se ha quedado obsoleta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con esta revisión se pretenden alcanzar los siguientes resultados:

- Facilitar, en las guardias, el trabajo al supervisor de nueva incorporación.
- Unificar y actualizar los criterios de actuación durante las guardias.
- Evitar la dispersión de respuestas ante un mismo problema o similar, y que estas respuestas sean adecuadas al tiempo y situación actual del hospital.
- Establecer criterios de eficiencia en la gestión.
- Se elaborará un nuevo documento más operativo y visual, que reflejará las necesidades y problemas del supervisor de guardia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - En las reuniones se discutirá la forma de mejorar la guía del supervisor de guardia existente y se asignarán tareas a cada uno de los miembros del equipo de mejora, de tal forma que en la próxima reunión se ponga en común la tarea realizada.

- Se establecerán reuniones mensuales de dos horas de duración aproximadamente.
- A estas reuniones acudirán los supervisores de tardes /noches

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Reuniones y puestas en común mensuales del grupo de mejora
- Existencia del documento final revisado y actualizado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2013: 1ª Reunión del grupo de mejora donde se hará una puesta en común y se revisará la guía existente.

MAYO 2013: Reunión donde tras revisar la guía se creará un índice actualizado de la nueva guía, incluyendo nuevos puntos y excluyendo puntos que se hayan quedado obsoletos.

JUNIO 2013: Reunión donde se distribuirán tareas a revisar por los componentes del grupo de mejora.

OCTUBRE 2013: Puesta en común de las tareas realizadas por cada componente. Revisión de la guía nueva que se ha creado, por parte de todos los componentes del grupo de mejora.

DICIEMBRE 2013: Presentación de la nueva guía, a la dirección de enfermería y supervisores de la unidad.

ENERO 2013: Difusión de la guía, Incorporación del Manual a la intranet de Sector y equipos informáticos de la unidad.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

380

ACTUALIZACION Y MEJORA DE LA "GUIA DEL SUPERVISOR DE GUARDIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA AGUDA (HOA)

2. RESPONSABLE LORENA DEL PILAR GUARDIA DODORICO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TABUENCA VICEN CRISTINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· REMACHA GARCIA MARIA JOSE. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ADILLON ROURERA ASUNCION. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SATUE SALAMERO ELOISA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Hemorragia obstétrica aguda complica del 5-15% de todos los partos. Es la causa aislada más importante de mortalidad materna. La mitad de las Hemorragias son precoces (las que ocurren en las primeras 24 horas posparto) y son las más agudas y grave. En España se ha registrado una incidencia moderada: la mortalidad materna se estima en 7,15 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos y la Hemorragia postparto precoz es responsable de 23,07% de la misma. Se estima que 8 de cada 10 pueden ser evitadas.

La HOA se debe definir como aquél sangrado vaginal >500 cc tras un parto vaginal o >1.000 cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta. Las causas de la Hemorragia obstétrica aguda se agrupan en cuatro categorías que responden a la regla nemotécnica de las cuatro "T": tono (atonía uterina), tejido (retención de productos de la concepción), trauma (en el tracto genital) y trombina (en relación a las alteraciones de la coagulación) (4). Los factores de riesgo se relacionan con distintas causas y lo más importante es sospecharlos y diagnosticarlos para tratarlos a TIEMPO.

La atonía uterina es la causa más frecuente, dado que está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas. Se ha demostrado que una actitud activa durante el alumbramiento disminuye la frecuencia de presentación de la Hemorragia postparto precoz más de un 40%, por ello se debe recomendar la prevención de la misma de forma sistemática en todos los partos.

El diagnóstico de la Hemorragia obstétrica aguda es clínico y subjetivo y se basa tanto en la cuantificación de la pérdida hemática como en la sensación de que la estabilidad hemodinámica de la puerpera está en riesgo. Una vez diagnosticada la Hemorragia se debe actuar de manera secuencial y rápida. La actuación ha de ser lógica y reglada. Por ello se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar al personal de la maternidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Alumbramiento dirigido en el 90-100% de los partos
- Formación de todo el grupo de trabajo: protocolo de actuación.
- Responsabilidades y adquisición de habilidades para la prevención y tratamiento de la HOA.
- Mayor aprovechamiento de los recursos y disminución del gasto farmacéutico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión y actualización del Protocolo de prevención y tratamiento de la HOA. Aplicación sistemática del alumbramiento dirigido. Simulacros de actuación con valoración de respuesta ante, valoración de pérdida sanguínea, activación e instauración del protocolo. Recogida de datos del 2013. Incidencia y complicaciones administrativas; estratégicas y médicas. Talleres para adquisición de habilidades medico- quirúrgicas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de partos con alumbramientos dirigido. Número de HOA, complicaciones estratégicas y médicas. Número de intervenciones quirúrgicas a consecuencia de dichos episodios. Evaluación de actuación de todo el personal en simulacros.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL: taller formativo. Prácticas y creación protocolo de actuación conjunta
Junio: simulacros y evaluación
Setiembre: simulacros y evaluación
Octubre: conclusiones, correcciones y puesta en marcha de mejoras en el protocolo instaurado
Diciembre: valoración de los marcadores

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

POBLACIÓN DIANA
· EDAD. edad fértil
· SEXO. Mujeres
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA AGUDA (HOA)

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

442

1. TÍTULO

TRATAMIENTO PERCUTANEO (INFILTRACIONES Y RADIOFRECUENCIA) DE LA PATOLOGÍA LUMBAR A CARGO DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

2. RESPONSABLE DANIEL IGLESIAS APARICIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JOVEN ALIAGA EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- PELEATO GISTAU PABLO. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- SCHINDER CRISTIAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- ALARCON FERNANDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- ALSINA PUJOL MONTSERRAT. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor lumbar y ciático es una de las principales causas de motivo de consulta en Traumatología, así como una de las principales causas de baja laboral.

La importancia de este proyecto reside en que demostraría cómo la utilización de técnicas percutáneas para el tratamiento del dolor lumbar (infiltraciones epidurales, transforaminales, rizolisis) son útiles en mejorar la sintomatología de pacientes con patología lumbar.

Dichas técnicas son reproducibles en su realización por el personal del Servicio de Traumatología de un hospital comarcal como es el nuestro, evitándose así sobrecargar las Unidades de Columna de Servicio de Traumatología o del Servicio de Neurocirugía, que ya de por sí tienen una gran demanda, lo cual permite descargar a estos servicios de los hospitales de referencia, disminuir el gasto económico y solventar la sintomatología de los pacientes de una manera más temprana.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera disminuir su sintomatología dolorosa, así como una recuperación funcional y laboral del paciente en un porcentaje importante de los casos.

Se evitaría gran parte de la derivación a servicios quirúrgicos de columna de hospitales de referencia, evitándose sobrecargar a los mismos, evitándose también la lista de demora hasta su atención, y consiguiendo una solución de la sintomatología del paciente con una mayor celeridad y un menor gasto económico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizaría para ello procedimientos infiltrativos en quirófano con control radioscópico, aplicándose infiltraciones peridurales caudales, infiltraciones transforaminales selectivas o técnicas de radiofrecuencia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluará la mejoría sintomática del dolor según la escala visual analógica, el tiempo de baja por incapacidad laboral temporal por la sintomatología y el porcentaje de pacientes que se remiten a hospital de referencia.

Se comparará antes dichos parámetros antes y después de la implantación de estas técnicas en nuestro hospital.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Junio de 2013 a Diciembre de 2013.

11. OBSERVACIONES. Hemos iniciado desde hace 1,5 años a realizar dichas técnicas, observándose una clara mejoría de la sintomatología del paciente, y consiguiendo tratar hasta el final a muchos pacientes que previamente debían completar su tratamiento en hospitales de referencia.

Con este proyecto, se trataría de cuantificar y objetivar la utilidad de este enfoque terapéutico. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

290

MEJORA DEL SISTEMA DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE JUAN ALBERTO MAGALLON PUY

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . BENITO RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- . TORRES PEÑA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- . CANELLAS SANCHEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- . SUELVES PEÑA ANA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- . SEIRA SALAS CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- . ARNALDA BAILO ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. URGENCIAS
- . LOBERA PRIETO CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar los tiempos de atención en triaje y disminuir tiempos de espera en el Servicio de Urgencias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No aplicado

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-Implantación de una consulta rápida de triaje (Sala de visita rápida / Fast-Track) para patología correspondiente a niveles IV y V ,siguiendo recomendaciones del SET , descongestionar el Servicio de Urgencias y disminuir los tiempos de espera de pacientes .

2.-Determinación de criterios uniformes de activación / desactivación de la Sala de Visita Rápida según factores de presión asistencial.

3.- Mejora y disminución en tiempos de clasificación inicial en Triage ,estableciendo criterios y estándares de calidad , según el SET.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Elaborar un plan de actuación sobre la base de criterios uniformes y comunes en el área de triaje y en la sala de visita rápida.

2.-Establecer circuitos de atención en triaje conjunto con enfermería .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. .- Numero pacientes que acuden a urgencias / numero de pacientes ingresados

- .- Promedio diario de pacientes.
 - .- Tiempo medio de espera.
 - .- Tiempo de Primera asistencia en Triage.
 - .- Tiempo Medio de demora en Triage.
 - .- Tiempo de decisión clinica
 - .-Tiempo asistencial
 - .- Permanencia media en el servicio de urgencias
- Analizar datos a los 6 meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión de equipo de mejora en Mayo 2013.

- Charla formativa conjunta a Medicina, enfermería

- Puesta en Marcha del proyecto realización de sesiones informativas de Junio septiembre 2013

-Analizar datos obtenidos a los 6 meses aproximados enero 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

180

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO "CODIGO SEPSIS GRAVE" EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO**2. RESPONSABLE** PILAR MARTINEZ TRIVEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GONZALEZ IGLESIAS CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- GRAU SALAMERO LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTENSIVA
- FRANCIA FRANCO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- LOPEZ SANVICENTE CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- LOPEZ GOMEZ CONCHA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las infecciones constituyen un 10.4% de las urgencias hospitalarias, un 5-10% cumplen criterios diagnóstico de sepsis, lo cual supone en España unos 50.000-100.000 casos/año.

Se estima que un 30% evolucionarán a cuadros de sepsis grave ó shock séptico (SG/SS), con una mortalidad del 47 y 84% respectivamente, superior incluso a la del infarto agudo de miocardio, ó el Ictus. El coste económico de un episodio de sepsis , se ha estimado en unos 10.000 euros.

En octubre del 2002 se inició la campaña internacional "Surviving Sepsis Campaign" (SSC), promovida por diferentes sociedades científicas y que pretendía conseguir una disminución de la mortalidad de la SG/SS en un 25% para el año 2009.

Con este propósito , se ha instado a los servicios de urgencias y medicina intensiva a aplicar las nuevas guías clínicas para el manejo de la SG/SS.

La Sepsis grave/Shock séptico se convierte en una patología "tiempo-dependiente".(así por ejemplo se ha estimado , que cada hora de retraso en administrar el antibiotico adecuado , se traduce en un aumento de la mortalidad de un 7.6%). Existe en la actualidad suficiente evidencia científica para afirmar que la aplicación precoz y dirigida de una serie de medidas diagnóstico-terapéuticas , entre las que se incluyen el tratamiento antibiótico y el soporte hemodinámico adecuado, mejoran de manera significativa la supervivencia.

Para garantizar una asistencia ajustada al factor tiempo, se han creado unos códigos de activación: "código sepsis" que han demostrado disminuir la morbimortalidad, al priorizar la asistencia y el tratamiento. Nuestro hospital no disponía todavía de tal código, de ahí la necesidad y el interés de elaborar , implementar y difundirlo , puesta de manifiesto sobretudo por los profesionales más implicados : (S. urgencias, UCI, Microbiología y otros

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implantar un sistema definido de manejo de la sepsis grave ("codigo de Sepsis grave") en el hospital de Barbastro.

- Que éste nos permita identificar y tratar de forma precoz y adecuada los casos de SG/SS , de acuerdo a las recomendaciones de la SSC, y a las medidas de probada eficacia , estandarizando y homogeneizando el manejo de la SG/SS.
- Sensibilizar al personal sanitario para su detección y tratamiento precoz y detectar aspectos susceptibles de mejora.
- Mejorar la formación y el trabajo en equipo de los distintos profesionales implicados.
- En definitiva, mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- Elaboración y difusión del protocolo (en colaboración con el resto de profesionales implicados : S. Urgencias, UCI, Microbiología, Otras especialidades...).
- Diseñar una hoja de recogida de datos.
- Sesiones de información/formación.: (sesión general hospital, sesiones por servicios)
- Puesta en marcha del protocolo, recogida de datos.
- Reuniones del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proyecto.
- Analisis intermedio de resultados.
- Que el protocolo mejore la atención al paciente.

Responsables:

- los componentes del equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores :

- Porcentaje de pacientes con SG/SS , a los que se administró precozmente el antibiótico de amplio espectro. (en la primera hora del diagnóstico) . Estandar: 70%
- Porcentaje de pacientes con SG/SS a los que se les realizaron Hemocultivos antes de la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

180

REALIZACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO "CODIGO SEPSIS GRAVE" EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- administración de antibiotico . Estándar : 70%
- Porcentaje de pacientes con Shock séptico ó Lactato = 4 mmol/l , en los que se ha conseguido PVC = 8 mm Hg dentro de las 6h tras la identificación. Estándar: 70%
 - Porcentaje de pacientes con SS en que se ha administrado esteroides a bajas dosis cuando está indicado , dentro de las 24h primeras horas . Estándar: 70%
 - Porcentaje de pacientes con SG/SS a los que se les mantuvo con una glicemia > al limite inferior normal y con un valor promedio < 150 mg/dl en las primeras 24h. Estándar: 70%
 - Porcentaje de casos de SG/SS que completó todos los elementos aplicables del conjunto de pautas de resucitación por SG . Estándar: 70%
 - Porcentaje de casos de muerte intrahospitalaria por SG/SS. Estándar: 40%

Fuentes de datos:

- Hoja de recogida de datos diseñada con el protocolo
- Registros UCI
- Historias clínicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización del protocolo "Codigo Sepsis Grave" : Abril-Mayo 2013
- Puesta en marcha y difusión del proyecto : Junio 2013
 - Recogida de datos : Junio - Diciembre 2013
 - Reuniones del grupo de mejora y otros profesionales implicados, para evaluar el desarrollo del proyecto: cada 2 meses
 - Analisis intermedio de resultados obtenidos hasta el momento : Septiembre 2013
 - Analisis de los resultados, propuestas de mejora y elaboración de la memoria: Enero-Febrero 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

119

REALIZACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE ACTUACION PARA MEJORAR LA CONFORTABILIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS MOMENTOS DE MAYOR PRESION ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE ANABEL MUR ABENOZA
· Profesión ENFERMERIA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· GRIABAL GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ROMERO HERVAS MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· TOA LARDIES ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ABADIA TORRALBA CONCEPCION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. URGENCIAS
· LOPEZ MORENO CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. URGENCIAS
· CABRERA MARTINEZ LOURDES. CELADOR/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las últimas décadas nuestro servicio de urgencias se ha visto sometido a una presión asistencial cada vez mayor. Con excesiva frecuencia se acumulan esperas superiores a las deseadas, con el consiguiente deterioro de la calidad y efectividad. Esto provoca que se supere la capacidad máxima de nuestra sala de observación (14 pacientes) y nos veamos obligados a ubicar a los pacientes en los reconocimientos, de dos en dos, estos son cubículos destinados para un unico paciente. Creemos que en estos momentos podemos estar cometiendo errores de identificación y de documentación, estos errores no los tenemos cuantificados, esperamos con este proyecto cuantificarlos y elaborar un protocolo de actuación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la calidad asistencial.
-Implantación de un plan de trabajo que nos permita manejar estas situaciones de colapso y mejorar la seguridad del paciente.
-Conocer el número de incidencias no deseadas que tengan como origen la presión asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realizar un analisis exhaustivo de la situación actual para cuantificar y cualificar la situación base. Pasaremos dos tipos de encuestas, una para valorar el nivel de satisfacción de los pacientes y otra para valorar datos que nos indicaran errores en la identificación, ubicación tanto de pacientes como de documentación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Grado de satisfacción de los pacientes.
-Que el 95 % de los pacientes este bien identificado y tenga colocada la pulsera con sus datos.
-Que el 95 % de los pacientes este correctamente ubicado.
-Que el 100% de los pacientes este en cama o camilla dependiendo si espera resultados o esta pendiente de observación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Realización de un protocolo " Confortabilidad y seguridad del paciente en urgencias " Mes de Mayo 2013.
-Se pasara en Mayo, Octubre y Marzo las encuestas.
-Puesta en marcha y difusión del protocolo : Junio 2013.
-Análisis de resultados Marzo 2014.
-Reuniones periodicas de los profesionales implicados cada 2 meses.

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

036

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE PACIENTES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE DIANA MUR BARRABES

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. SUPERVISORA TARDES-NOCHES
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SALINAS ALTEMIR ANA ROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. SERVICIO PARTOS
- TORRES CLADELLES INMACULADA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. QUIROFANO
- OLIVA ARMISEN ASCENSION. TER. H BARBASTRO. SERVICIO RADIOLOGIA
- CARRILLO PRADA JOSEFA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO
- FRANCO LANAU ALEGRIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SERVICIO MI
- BALLARIN BUISAN MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -EL PORCENTAJE DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN NUESTRO HOSPITAL HA IDO DISMINUYENDO HASTA LLEGAR EN EL ÚLTIMO AÑO A 76,84% REALIZADO EN 3 CORTES DE CORRECTA IDENTIFICACION DE PACIENTES REALIZADOS EN ABRIL, AGOSTO Y DICIEMBRE.

CREEMOS NECESARIO LA REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN.

DISPONEMOS DE BRAZALETES IDENTIFICATIVOS PARA ADULTOS Y ESTAMOS COMENZANDO LA PUESTA EN MARCHA DE BRAZALETES IDENTIFICATIVAS PEDIATRICOS .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -AUMENTO DE PORCENTAJE DE PACIENTES CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS EN NUESTRO HOSPITAL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES.

-REALIZAR SESIONES DE LA SITUACIÓN QUE ESTAMOS Y PRESENTAR EL PROTOCOLO REVISADO.

-INCORPORACIÓN DE BRAZALETES MADRE-HIJO DESDE EL SERVICIO DE PARTOS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -PACIENTES CORRECTAMENTE IDENTIFICADOS EN HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, PARTOS , UCI Y CMA.

-MEDICION MENSUAL TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO Y POSTERIORMENTE SEMESTRAL.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -REVISION DEL PROTOCOLO EN ABRIL Y MAYO.

-SESIONES FORMATIVAS PARA SU DIFUSIÓN Y REIMPLANTACIÓN EN JUNIO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

032

INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE PILAR MUZAS LACAMBRA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. LABORATORIO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO
- ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO
- CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO
- VILLACAMPA BUIL ROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. LABORATORIO
- RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. LABORATORIO
- BIELSA MOLINA PATRICIA. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO
- MATINERO BENITO LOURDES. TEL. H BARBASTRO. LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detectamos diariamente en las consultas de extracciones las mismas dudas, incorrecciones y falta de información de los pacientes:

- No refieren información del ayuno. La mayoría acuden a la consulta de extracciones en ayunas pero sin tener confirmación previa.
- No acuden con la primera orina de la mañana. Aunque en la consulta peticionaria de la analítica se lo indiquen, el paciente no lo asume.
- No acuden con la orina de 24 horas correctamente recogida.
- Los pacientes acuden sin cita.
- Muchos sufren hematoma post-punción, por no ejercer presión sobre el punto de extracción.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - MEJORAR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE NO LLEGAN EN AYUNAS, Ó QUE SI LLEGAN NO ESTABAN INFORMADOS.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN ORINA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN LA ORINA DE 24 HORAS Ó MAL RECOGIDA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN A LA CONSULTA SIN CITA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN CON PETICIONES DE PRUEBAS ESPECIALES EN EL DIA INCORRECTO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - DISEÑO DE UNA HOJA INFORMATIVA CLARA, PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES QUE REQUIERAN ANALÍTICA.

- DISEÑO DE UN POSTER IMPACTANTE, QUE SE COLOCARÁ EN LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES.
- VALORACIÓN DE RESULTADOS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES, SIN AYUNO O SIN INFORMACIÓN DEL AYUNO/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100

- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN CITA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN ORINA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON PETICIÓN DE ANALÍTICA DE ORINA X 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - DOS MESES DE RECOGIDA DE DATOS

- MES SIGUIENTE, EVALUACIÓN DE DATOS
- MES SIGUIENTE, REPARTO DE ACCIONES A CONSULTAS
- DOS MESES DE TRABAJO CON LAS NUEVAS ACCIONES
- MES SIGUIENTE DE NUEVA EVALUACIÓN
- MES SIGUIENTE CONCLUSIONES.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

275

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL CONTROL DE LAS INDICACIONES DE CESAREA Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES DE LAS MISMAS**2. RESPONSABLE** JAVIER NOGUES TOMAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. JEFE DE SECCION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA PORTIN JORGE. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ZEITLER MARTA INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MACHIN RICOL PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- NOGUES GARCIA LAIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BLANCO GIMENO VERONICA. MATRONA. CS GRAUS. ATENCION PRIMARIA
- ROMAN ESCARTIN MANUELA. MATRONA. CS TAMARITE DE LITERA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cesárea es el procedimiento de cirugía mayor más frecuente en los Servicio de obstetricia. . El parto por cesárea constituye el factor de riesgo más importante de infección materna puerperal. En comparación con un parto vaginal, la posibilidad de riesgo de infección al que se ven expuestas las mujeres que se someten a una cesárea es entre 5 y 20 veces mayor. El riesgo hemorrágico también se halla incrementado.

La realización inadecuada de una cesárea, conlleva un aumento del riesgo materno innecesario, sin disminuir el riesgo fetal.

La tasa de cesáreas en Aragón en 2012 ha sido de un 22,5%, se ha incrementado en 4 puntos desde 2008, en especial se observa un incremento significativo en la medicina privada donde la tasa de cesáreas llega a ser de un 34,46%, este dato ofrece una discordancia de conceptos sobre la seguridad materno-fetal entre las usuarias.

En Barbastro tenemos una tasa de cesáreas estable, por debajo del 20%. Desde 2005, estamos monitorizando las causas de cesáreas, las complicaciones de las mismas y valorando si las cesáreas realizadas se adecuan a los criterios de calidad pactados en el servicio.

En el último año hemos disminuido la tasa de cesáreas en un 2,79%, estando en 2012 en un 18,18%. Como situaciones para mejorar, hemos observado que se han incrementado el número de complicaciones post cesárea en un 4,6%, teniendo que realizar dos histerectomías post cesárea , como complicaciones más graves. También hemos observado que no se ha instaurado tratamiento profiláctico en el 20,8% de las cesáreas urgentes.

Consideramos necesario, seguir realizando los controles de calidad necesarios y la revisión de todas las cesáreas realizadas en el Servicio, para mantener la tasa de cesáreas acorde a los Estándares de calidad y disminuir las complicaciones de las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS CESAREAS 2012.

Durante el año 2012 se han realizado 122 cesáreas, tasa del 18,18%, un 2.79% menos que en 2011. De las cesáreas realizadas el 70,49% fueron urgentes y el 29,51% programadas, igual que en 2011.

En los hospitales públicos aragoneses hay una tasa de cesáreas en 2012 del 22,35% un 3,81% más que en 2011. En Barbastro este año estamos en un 18,18%, un 4,17% menos que la tasa global en Aragón.

La profilaxis antibiótica se ha realizado en el 86,07% de las cesáreas totales, un 8.7% menos que en 2011. Descartar como actividad a mejorar que en el 20,48% de las cesáreas urgentes, no se ha puesto Profilaxis antibiótica, o no consta en la historia clínica.

El porcentaje de las cesáreas realizadas con anestesia loco-regional ha sido del 90,98%, un 6,98% más que en el año 2008.

Las complicaciones totales han aumentado con respecto al año 2011 en un 4.16% y con relación al 2008 en un 9.07%.

Se han complicado 27 cesáreas, de ellas destacan por su gravedad dos histerectomías postparto por absceso y dehiscencia de la histerorrafia y dos atonías postparto. Precisaron transfusión 7 cesáreas por anemia grave. A pesar del incremento de las complicaciones la EM global ha disminuido en 0.18 días respecto al año 2011 y en 1,08 con respecto al 2008.

La EM en cesárea sin complicaciones ha sido de 3,64 (0.96 días menos que en 2011) y de 4,5 en las cesáreas complicadas, ligeramente menor que en 2011.La EM global ha sido de de 4,07 días, 0,23 días menos que el año anterior y 1,13 días menos que en 2008.

El porcentaje de madres con cesárea que dan lactancia materna es del 93,44%, un 8.37 más que en 2011.

Al analizar las indicaciones de las cesáreas urgentes realizadas se observa: Que un 43.01% de las cesáreas urgentes lo son por parto estacionado, fallo de inducción y desproporción pélvica y un 30,23% lo son por RPBF. Sumando estas dos indicaciones suponen el 73,24% del total de cesáreas urgentes.

Se ha incrementado la tasa de cesáreas por RPBF en un 3,73%, con respecto al 2011, sería necesario valorar los resultados perinatales y el Ph fetal para evaluar adecuadamente esta indicación.

En las cesáreas programadas, se ha disminuido la tasa por presentación podálica en un 11,40, debido al buen resultado de las versiones externas realizadas en HMS. En el 30,55 de las programadas había una cesárea anterior y un 22,22% lo fueron por 2 cesáreas anteriores.

Al evaluar los criterios de idoneidad se observa que 84,89% de las cesáreas urgentes cumplen los criterios y un 98.89% de las programadas.

Como situaciones mejorables:

Se observa un incremento de las complicaciones.

Incremento en el porcentaje que no se instaura tto antibiótico profiláptico.

Gran variabilidad entre los profesionales oscila entre un 8,91% a un 32,05

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

275

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL CONTROL DE LAS INDICACIONES DE CESAREA Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES DE LAS MISMAS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantener la tasa de cesáreas entre un 17-20%.
Tasa de parto tras cesárea en un 50%.
Disminuir la tasa de complicaciones.
Mantener la Estancia media.
Mantener la tasa de lactancia materna en cesáreas.
Promocionar el contacto precoz en cesáreas.
Que todas las cesáreas programadas se adecuen a los criterios de Calidad y que el 90% de las urgentes los cumplan.
Disminuir la variabilidad
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar todas las cesáreas realizadas.
Monitorizar el número de complicaciones.
Valorar las indicaciones de las mismas.
Exponer los resultados en sesiones del Servicio mensuales
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de cesáreas.
Porcentaje de cesáreas con lactancia materna.
Porcentaje de cesáreas que se realiza piel con piel.
Porcentaje de complicaciones.
Porcentaje de cesáreas realizadas que se adecuan a los criterios de calidad .
Estancia Media.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo2013. Presentación del Plan de Mejora en el Servicio.
Revisión de los criterios de calidad.
Diseñar hoja de recogida de datos.
Noviembre 2013: Evaluación provisional
11. OBSERVACIONES. La estabilización de la tasa de cesáreas y la disminución de las complicaciones materno-fetales, debe ser una práctica habitual en todo Servicio obstétrico.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos
- POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general
- INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO
- VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

022

FACTURACION A TERCEROS EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANA ISABEL NOVELLON ESCOBEDO

- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ADMINISTRACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA CASANOVA ANA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP BARBASTRO. SERVICIO DE PERSONAL
- ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
- BOIX ALOY CONSUELO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- PELLICER CEMELI FLOR MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MONZON URBANO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- CIRIA ACEBILLO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS FRAGA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- GARCES ABADIAS MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION URGENCIAS
- GRASA CORTINA DOLORES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La elevada cantidad de supuestos que son objeto de facturación cuando existe un tercero obligado al pago, así como la intervención de diferentes servicios (admisión, urgencias, consultas extenas y unidades administrativas de cargos a terceros) en su tramitación requieren establecer unos cauces adecuados que eviten la variabilidad en el tratamiento de estas situaciones y redunden en una gestión de este proceso más uniforme y, en última instancia, en una mejor efectividad en la recuperación del gasto sanitario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tener una herramienta de trabajo y consulta por parte de los servicios implicados para evitar variaciones en los procedimientos de facturación (identificación de usuario, elaboración de parte de asistencia y factura).
Mejorar la efectividad en la recuperación del gasto sanitario, de tal modo que se consiga cobrar en el ejercicio económico al menos el 50% de las facturas emitidas.
Mejorar la tramitación de las facturas emitidas en el ejercicio económico de tal modo que se alcance al menos el 75%.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar un protocolo consensuado con los servicios implicados haciendo especial hincapié en la correcta tramitación de la documentación específica para cada proceso. Reuniones conjuntas con los servicios de atención primaria (jefes de equipo) y especializada (jefes de grupo y sección) del Sector para su difusión y valoración de la efectividad de los procesos, la claridad de los diagramas de flujo establecidos, así como introducir áreas de mejora que se propongan por parte de los responsables de los distintos servicios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Documentación completa en un año (datos usuario y asistencia recibida):
Nº total de documentos enviados/ Nº documentos completos

- Tramitación en el ejercicio económico correspondiente:
Nº facturas tramitadas en el ejercicio económico

- Cobro en el ejercicio económico (año) correspondiente:
Número de facturas emitidas/Número de facturas cobradas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del protocolo: 30 de junio de 2013
Difusión del protocolo de julio a septiembre de 2013
Revisión y recogida de datos a diciembre de 2013

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Artículo 80 y ss. de la Ley General de Sanidad y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006 de Cartera de Servicios del SNS

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Facturación a terceros

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

464

EMPLEO DE TOXINA BOTULINICA PARA ALIVIO DEL DOLOR CRONICO

2. RESPONSABLE SUSANA OMIST ONDIVIELA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASAS L AZARO JOAQUINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION
- LABAD ARAMBURU JORGE. MEDICO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Servicio de Rehabilitación se está observando con más frecuencia la cronificación de patologías, que posteriormente hay que derivar a la unidad del dolor de Huesca con lo que eso supone para el paciente.

Creemos que es muy importante ,que esos tratamientos ,los podamos realizar desde nuestras consultas, para poder seguir mas de cerca a nuestros enfermos.

Hasta ahora no se ha utilizado, en este hospital la toxina botulínica de forma antiálgica, y desde este Servicio pensamos en la utilidad de un tratamiento tópico, y duración de cuatro o cinco meses.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con esta técnica pretendemos conseguir:

- 1-Disminuir el número de pacientes que por este motivo enviamos a la Unidad del dolor de Huesca
- 2-Monitorizar más de cerca a nuestros pacientes.
- 3-Tratar de reducir estancias en el gimnasio, y usar este para patología mas aguda
- 4-Aliviar de forma más rápida el dolor crónico y lograr una mejoría funcional precoz

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º-Formarnos en las infiltraciones de toxina botulínica con un profesional experto .

2ºTrabajar en equipo durante un tiempo el Servicio de Rehabilitación, buscando una lista de pacientes para pinchar ,todos en un mismo día durante al menos dos meses.

3ºPinchar sobre la marcha, cada médico a sus pacientes, para agilizar tiempos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Porcentaje de pacientes que tras infiltración de toxina en musculatura superficial o profunda, mejoran su sintomatología dolorosa

2-Porcentaje de pacientes que tras infiltración de toxina, no obtienen los resultados deseados y son enviados a procedimientos mas invasivos.

Los datos los obtendremos, apuntando en un dossier cada paciente que se infiltra y valorando a la semana y a los seis meses su repercusión algésica.

Los indicadores los pondremos en práctica en Abril del 2014, para calcular realmente el porcentaje de pacientes que han mejorado, que no han necesitado de técnicas de fisioterapia, y así mismo el porcentaje de pacientes que no han mejorado y se han derivado al servicio de traumatología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -25 Abril: Curso de formación con Dr Lanzas en Hospital Gomez Ulla.Madrid

-Mayo, Junio:Puesta en marcha de recogida de pacientes subsidiarios de esta técnica, para ser infiltrados por el equipo de Rehabilitación

-A partir de Septiembre:Infiltración individual de cada médico, a sus pacientes.

Enero 2014:Comenzar a recopilar datos numéricos y realizar porcentajes ,estadísticas.

-Marzo y Abril:Obtención de conclusiones

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Dolor crónico de origen muscular superficial y profundo

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

173

ESTRATEGIAS PARA POTENCIAR EL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA E IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES

2. RESPONSABLE ROSA ONCINS TORRES
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H BARBASTRO
 · Localidad BARBASTRO
 · Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 · CALDERERO SANZ VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA
 · PUENTE RODRIGUEZ SORAYA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
 · COMES GARCIA MARIA DOLORES. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
 · MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CS FRAGA. EAP FRAGA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La demostración del papel del virus de papiloma Humano en la causa de todos los cánceres de cuello y parte de los de vulva, permite establecer nuevas estrategias para su Prevención Primaria y secundaria.

la aplicación conjunta de una vacunación con alta cobertura y la realización de un cribado poblacional rediseñado, con los test de detección del HPV en primera línea, son las mejores armas para la prevención del Ca. de cuello de utero.

La duración media del proceso oncológico oscila entre 10 y 20 años. Esto nos permite adaptarnos a la periodicidad del cribado cada 3 ó 5 años dependiendo de la edad de las pacientes, sin perder sensibilidad y nos facilita que los recursos se empleen en captar nuevas usuarias y aumentar la cobertura poblacional sin gastos adicionales.

En el Hospital de Barbastro, se formó un grupo multidisciplinario en 2005, de todos los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino para potenciar la cobertura poblacional y facilitar el seguimiento de las lesiones.

Ha sido relevante la implicación de Atención Primaria, que nos está permitiendo hacer un cribado con estructura poblacional, aprovechando que este Nivel Asistencial llega a todas las mujeres del Sector. Las matronas de AP, colaboran en la captación de paciente y formación de los equipos. Se han diseñado alarmas en los equipos informáticos para que el profesional de Primaria que visita a las mujeres susceptibles de cribado, comprueben si tienen realizadas las pruebas, o se las soliciten. También se ha incluido en el contrato Programa de Primaria la cobertura de Cáncer de cérvix como objetivo y se realiza control de dicho parámetro por Zona Básica de salud.

La unificación de Protocolos, nos ha permitido ofrecer las mismas técnicas diagnósticas a toda la población diana. Durante el año 2011, implementamos el test del HPV como prueba primaria para la detección del CCU(Cáncer de Cuello Utero) y se ha conseguido duplicar el número de lesiones diagnosticadas con menos citologías realizadas.

También se ha introducido el tipaje del Virus, que nos permite hacer un seguimiento más estricto a los grupos de riesgo.

La determinación de la P16 y Ki-67 es otra herramienta que nos permite decidir la conducta clínica en pacientes con riesgo oncológico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Citologías realizadas tras el Plan de Mejora de Calidad.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012				
Citologías totales		6582	5090	4378	4086	4522	4770	5241	5160			
At. Primaria	2870	2810	2734	3007	3292	3860	4205	4311				
Especializada	3712	2274	1649	1061	1229	910	1030	849				
% citologías en AP	43,6%	55,21%	62,45%	73,59%	72,8%	80,92%	80,23%	83,55%				
%cobertura HPV	37,4%	37,6%	39%	45%	41,9%	36,8%	46,68%					
			480	784	3560	3858						

LESIONES DETECTADAS Y COBERTURA.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CIN III	9	10	12	14	12	18	39	40
CIN II		3	4	9	2	2	2	
HSIL		15	18	21	20	33	26	
COBERTURA SECTOR	37,4%	37,6%	39%	45%	41,9%	36,8%	46,68%	50,09%
CÁNCERES INVASORES	1	2	1	3	2	3	3	2
Microinvasores	3							

TEST HPV REALIZADOS EN EL SECTOR BARBASTRO.

	2009	2010	2011	2012
TEST HPV REALIZADOS TOTALES	665	784 (+83)10,58%	2895	3560 (+ 351) 9,8%
PRIMARIA	185	409 (+224)12,38%	2895	3250 (+355) 11,22%
ESPECIALIZADA	480	375 (-105) -21,88%	665	608 (-57) -8,57%
FRAGA	337 (+19) 5,63%			
% At. especializada	72,18%	47,83%	18,67%	15,76%

Coste económico del Proyecto. Año 2012

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

173

ESTRATEGIAS PARA POTENCIAR EL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA E IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES

	Unidades	Coste/u.	Coste total		
A	Citologías evitadas	1422	33,01€	46,940,22€	
B	Consultas de ginecología evitadas.		5726	52,26€	299.240.76€
C	Incremento de citologías matronas		1441	11,64€	16.773.24€
D	Test HPV A.P 2009/2012	3193	30,95€	98.823,35€	
	D+C-A-B		-230.583.85€		

En el año 2012, se han realizado 1422 citologías menos que en el año 2005, que iniciamos el Plan de Mejora de Calidad y se ha incrementado la cobertura poblacional en un 13%. Eso nos indica que se están captando pacientes nuevas y que siguiendo el Protocolo no se repiten citologías a mujeres ya cribadas.

El 83,55% de las citologías se han realizado en Atención Primaria. Siendo este Nivel Asistencial el responsable del cribado.

En las consultas de ginecología hemos realizado 2863 citologías menos que en 2005, lo supone un total de 2863 consultas nuevas evitadas y 2863 de sucesivas para informar del resultado.

Los especialistas del Sector solo realizamos el 16,45% de las citologías, incluyendo en este número las citologías que tenemos que hacer en el control de las lesiones. Esto facilita que podamos reorientar nuestra actividad en otras patologías.

La cobertura poblacional está sobre un 50%, un 13% más que durante el año de inicio del Plan de Mejora. Pensamos que el grado de cobertura es mayor, porque en algunas ZBS no se recogen las citologías realizadas en la atención privada.

Se ha multiplicado por 5 el número de lesiones detectadas, pasando de 9 en 2005 a 45 en 2012, a pesar de haber realizado 1422 citologías menos.

Durante el año 2011 hemos introducido en el cribado de cáncer de de cérvix, la detección del HPV, por el sistema COVAS, que nos informa de si la paciente es portadora de VPH de riesgo oncológico y nos da también el tipado del virus 16 y 18.

Se observa que el primer año de utilizar el test del HPV como prueba de cribado junto con la citología, aumentamos la detección del número de lesiones al doble que el año anterior, aumentando solamente en 471 mujeres nuevas. Esto está relacionado con el aumento de la cobertura y con la mayor sensibilidad para diagnosticar CIN+2 por el test del HPV. Hemos diagnosticado 41 lesiones CIN+2 y 33 HSIL citológicos, 8 lesiones se han diagnosticado por HPV positivo y colposcopia.

Durante 2012, se diagnosticaron 42 lesiones CIN +2, de ellas 16, por el test de HPV, ya que solo tenemos 26 HSIL. Seguimos manteniendo una tasa de detección, el doble que antes de utilizar las dos pruebas en el cribado. Se ha incrementado la cobertura poblacional un 3,41% a pesar de haber visto 81 mujeres menos.

Los datos de los dos últimos años nos muestran la mayor sensibilidad del test HPV para diagnosticar CIN+2 que utilizando solo como prueba de cribado la citología. Solo en dos años se han diagnosticado 24 lesiones, que si no hubiéramos realizado la detección del HPV no se habrían diagnosticado en estadios iniciales y que permiten un tratamiento curativo de la enfermedad.

El incremento de la cobertura, con menos citologías de las que se realizaban en 2005, nos demuestra que se están captando mujeres nuevas y no se repiten pruebas a las ya cribadas.

La implicación de Atención Primaria en la captación de mujeres no cribadas y grupos de riesgo es imprescindible. Las matronas de Primaria, son más accesibles que las consultas de especialistas y en la actualidad están en todas las ZBS del Sector, pudiendo ofrecer el cribado a toda la población diana, sin recursos adicionales.

Seguimos el Protocolo de la SEGO de en las mujeres mayores de 30 años, repetir las dos pruebas si son negativas a los 5 años, eso nos permite con los mismos recursos captar nuevas pacientes, diagnosticar más lesiones y alargar con seguridad a 5 años en las mujeres de bajo riesgo.

Contabilizando el número de consultas evitadas por los especialistas y el incremento de los test HPV y el de las citologías de Primaria, se han ahorrado en 2012 unos 230.583.85€

Según nuestros resultados la introducción del test HPV en el cribado de cáncer de cérvix aumenta la sensibilidad para el diagnóstico de CIN+2; es costo eficiente y permite dar más seguridad a las pacientes con test negativos y alargar el intervalo de cribado a los 5 años, propuestos por la SEGO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la detección de lesiones un 10%.

Incrementar la cobertura poblacional del cribado en un 10%.

Disminuir las mujeres remitidas a colposcopias con la utilización de marcadores (p16 y Ki67

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Información al Servicio y equipos de Primaria del Proyecto

Reunión con las matronas de Primaria para informar de la situación del cribado.

Revisión de las lesiones diagnosticadas.

Monitorización de todas las citologías realizadas en el Sector.

Monitorización de todos los HPV realizados.

Edición de un folleto informativo actualizado para las mujeres.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de citologías realizadas.

Número de test de HPV.

Número de CIN+2 diagnosticados.

Número de cánceres de cérvix invasores diagnosticados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

173

ESTRATEGIAS PARA POTENCIAR EL CRIBADO POBLACIONAL DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA E IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNICAS PARA EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES

Cobertura poblacional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013. Información al Servicio de Ginecología.
Junio 2013. Sesiones en los centros de Salud con A.P. Informando de los resultados del Proyecto.
Noviembre 2013. Evaluación

11. OBSERVACIONES. Atención Primaria debe ser la responsable del cribado de cérvix y se debe establecer una clara coordinación con especializada, para el tratamiento y seguimiento de las lesiones.
Es necesario un Protocolo único entre los diferentes Niveles Asistenciales
El cribado realizado por Atención primaria es costo-eficiente y seguro si se coordina y protocoliza adecuadamente con Atención Especializada.
La incorporación del Test HPV en nuestro estudio nos ha permitido incrementar el número de lesiones, demostrando mayor sensibilidad que la citología.
El incremento en la detección de lesiones pre invasivas, supone que podemos tratar y evitar más cánceres invasivos al año, con el ahorro en vidas y en recursos sanitarios que supone evitar una enfermedad grave y mortal si se diagnostica en estadio invasor. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. 21-65 años
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

044

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO AFECTO DE DIABETES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PERALES MARTINEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOMINGUEZ CAJAL MARIA DE LAS MERCEDES. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- BUSTILLO ALONSO MATILDE. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- LALAGUNA MALLADA PAULA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- SESMA AZLOR PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. PEDIATRIA. CONSULTAS EXTERNAS.
- GARCIA ESCUDERO CRISTINA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diabetes mellitus (DM) abarca a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas

por hiperglucemia secundaria a defectos en la secreción de insulina, que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas. Esta hiperglucemia crónica se asocia a largo plazo con alteraciones en diversos órganos como ojos, riñones, sistema nervioso y sistema circulatorio.

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) corresponde a la entidad anteriormente denominada diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil, en la que la destrucción de las células β del páncreas conduce a una deficiencia absoluta de insulina.

La incidencia anual por 100.000 habitantes oscila entre 9,5 y 16 en menores de 14 años, y en un 9,9 entre los 15 y 29 años. La incidencia es mínima entre 0 y 5 años, y máxima a los 13-14 años. Aunque la DM1 normalmente representa tan sólo una minoría de la carga total de la diabetes en la población, es la forma predominante de la enfermedad en los grupos de edad más jóvenes en la mayoría de los países desarrollados.

El énfasis se hace en el manejo de estos pacientes ya que es este el que define la calidad de vida futura del paciente, toda vez que lo capacita para adueñarse eficientemente de su problema de salud. El pediatra debe ser un educador y brindar a su paciente las herramientas necesarias para enfrentarse con seguridad a la diabetes. Por otra parte, una persona con diabetes con complicaciones crónicas o frecuentes ingresos hospitalarios por cetoacidosis genera severas responsabilidades económicas para la familia y en especial para el sistema general de salud. Por la complejidad de la diabetes mellitus tipo 1 se exige por parte del personal de salud, especialmente del pediatra, el tener un conocimiento adecuado de las formas de presentación clínica de la enfermedad y de su manejo acertado, no solo de la fase aguda, sino lo que es aun más importante, que acepte el desafío de brindarle a su paciente con diabetes un manejo integral que le permita una vida plena sin complicaciones. La diabetes de cada paciente es diferente por lo que el manejo debe individualizarse. Estos son argumentos más que suficientes para que el pediatra dedique un tiempo necesario a estos pacientes, más teniendo en cuenta que en nuestro hospital no existe un soporte educativo-nutricional para atender al niño, sino que el propio pediatra es el que tiene que hacer la labor multidisciplinaria (pediatra endocrinólogo, educador diabetológico, psicólogo, nutricionista...).

En las consultas externas del hospital de Barbastro se dedicaba hasta Enero 2013 una consulta a la semana para todos los pacientes con trastornos gastroenterológicos y endocrinológicos, incluyendo la diabetes. De esta manera el tiempo para atender a un paciente diabético se limitaba a 10 minutos, algo que hacía prácticamente imposible una correcta y adecuada atención, superando el tiempo en la mayor parte de ocasiones y saturando el resto de la consulta debido a la sobrecarga asistencial que ya existe de manera intrínseca. Todo ello derivaba en una necesidad de atención al paciente fuera del horario laboral (horario de atención continuada) y un deterioro de la relación médico-paciente.

En Enero 2013 se ha iniciado un proyecto, gracias al esfuerzo de todo el equipo de pediatría del Hospital, que ha consistido en la creación de una consulta al mes exclusivamente de pacientes diabéticos en los que se brinda una atención individualizada (30 minutos mínimo) con la posibilidad de satisfacer todas las necesidades clínicas, psicológicas y nutricionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - MEJORÍA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES DIABETICOS PEDIATRICOS DE NUESTRO HOSPITAL.

- MEJORÍA DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

- SATISFACCIÓN PERSONAL DEL EQUIPO MÉDICO DEBIDO A LA POSIBILIDAD DE UNA ATENCION INTEGRAL A UN PACIENTE CRÓNICO.

- IMPLICAR PERSONAL COMO ENFERMERÍA: se intentará realizar talleres nutricionales y de esta forma ir creando poco a poco un equipo multidisciplinario.

Todo ello A COSTE CERO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - RESPONSABLES: JOSE IGNACIO PERALES MARTINEZ Y PAULA LALAGUNA MALLADA, pediatras endocrinólogos del hospital de Barbastro.

- MEDIDAS PREVISTAS: Creación de una consulta específica y de alto grado de especialización que permita la atención integral del paciente pediátrico diabético.

- PROCEDIMIENTO: Esfuerzo personal del equipo pediátrico para dedicar el tiempo necesario a estos pacientes. La persona responsable se compromete a dedicar un día más al mes para consultas externas, en un servicio que cuenta únicamente con 5 pediatras y labor asistencial de hospitalización, cuidados neonatales, atención al parto y urgencias.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

044

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO AFECTO DE DIABETES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

- OBJETIVOS DESEADOS: Mejorar la atención de un paciente crónico y de forma directa influir en la relación médico paciente satisfactoriamente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NUMERO DE PACIENTES/MES.
- ENCUESTA DE EVALUACION PACIENTES.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - INICIO DE LA CONSULTA: ENERO 2013.
- INICIO PROYECTO DE CALIDAD: ABRIL 2013.
- IMPLICACION PERSONAL (ENFERMERIA): SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2013
- EVALUACION DEL PROYECTO: ENERO 2014.

1) RECUESTO PACIENTES/MES.
2) ENCUESTA DE PACIENTES.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

154

CONTROL Y OPTIMIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA VMNI EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**2. RESPONSABLE** JOSE JAVIER PRADOS CHICA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
- LOPEZ GONZALEZ ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
- GONZALEZ CORTIJO JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
- GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
- MIRALBES CASTERA JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- ORTEGA CASTRILLO ICIAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- DIAZ MARTINEZ NOEMI. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La VMNI aplicada de forma precoz en patologías que presentan una alta incidencia en nuestros servicios (UCI y Urgencias) ha demostrado ser eficaz con un nivel de evidencia grado I tanto en el edema de pulmón cardiogénico como en la exacerbación de la EPOC, además de una amplia gama de procesos que se pueden beneficiar de su aplicación desde su llegada a urgencias.

En muchas de estas patologías una aplicación correcta va a reducir no solo la necesidad de intubar a los pacientes, las estancias en UCI y en plantas de hospitalización convencional sino también la mortalidad.

Por todo ello, la implantación de la VMNI debe ser una prioridad en el plan general estratégico del servicio de urgencias y su continuidad en UCI.

En nuestro Hospital, la incorporación de la VMNI en pacientes agudos ha sido instaurada coincidiendo con la apertura de la UCI y con la disponibilidad de equipos óptimos para su realización. Durante los dos años de implementación, se ha realizado la docencia sobre VMNI en general y sobre el uso de los equipos disponibles en particular, por parte del personal médico de la UCI.

Durante este periodo, se han tratado más de 100 pacientes con estos dispositivos, sin que se hayan evaluado no ya los datos sobre:

- Indicación,
- Dosis de tratamiento
- Evolución
- Desenlace clínico

si no tampoco los que serían objeto de nuestro plan de mejora de calidad sobre:

- Pauta de aplicación inicial de la VMNI,
- Monitorización clínica y gasométrica unificada
- Confort del paciente durante la técnica
- Pauta de retirada del soporte

que resultan determinantes en la calidad de la aplicación de la técnica según los estándares actuales que se recogen en los documentos de consenso de las distintas Sociedades Médicas (SEMICYUC).

La idea fundamental sobre la que pivota el plan de mejora de calidad es la recogida inicial de datos sobre el estado actual de las acciones de inicio, final, monitorización de la técnica y confort referido por el paciente, durante 3 meses antes del inicio de la puesta en marcha del plan de calidad.

Posteriormente, se realizará un periodo de formación para unificación de criterios y nueva recogida de datos durante 6 meses más para constatar una posible mejora de los indicadores descritos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividad de mejora pendiente de inicio. No se disponen de datos en el momento de la propuesta de plan de mejora de calidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Unificación de criterios y de actuaciones en la aplicación de la VMNI en los Items señalados previamente y que, en resumen, serían:

- Pauta de aplicación inicial de la VMNI,
- Monitorización clínica y gasométrica unificada
- Confort del paciente durante la técnica
- Pauta de retirada del soporte

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Recogida de datos antes de la puesta en marcha de las actividades formativas.

2-Actividades formativas

- 2.1-Protocolo unificado de indicación de VMNI
- 2.2-Protocolo unificado de pauta de VMNI
- 2.3-Protocolo de Monitorización clínica y gasométrica de VMNI 1ª y 2ª hora.
- 2.4-Escala de Confort aplicada en la 1º hora y a las 12h y a las 24h del inicio

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

154

CONTROL Y OPTIMIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA VMNI EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2.5-Protocolo unificado de retirada de la VMNI

3-Nueva recogida de datos tras la aplicación de la formación y protocolos

4-Descripción de los resultados y conclusiones al finalizar el tiempo de instauración del programa de mejora de calidad

Los puntos 1 y 3 serán llevados por los 8 integrantes del grupo.

Los puntos 2 y 4 serán llevados a cabo por los Drs. Javier Prados, JC. García Ronquillo E Isabel López de UCI.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Recogida de datos mediante encuesta individualizada que incluya (ver anexos)

Pauta de inicio de VMNI. Existencia o ausencia y datos recogidos en HC.

Monitorización clínica y gasométrica de VMNI 1ª y 2ª hora. (FR, Sat O2, Valores de los ajustes de VMNI, Valores de escala de Dinea)

Escala de Confort (3 determinaciones, a las 1ªh., a las 12h y las 24h)

Pauta retirada de la VMNI. Existencia o ausencia y datos recogidos en HC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-Recogida de datos: 3m antes de la puesta en marcha de las actividades formativas.

2-Actividades formativas (2 sesiones, una dirigida al personal de UCIA y otra al personal de UCI)

3-Nueva recogida de datos durante 9m tras la aplicación de la formación y protocolos

4-Descripción de los resultados y conclusiones al año de instauración del programa.

11. OBSERVACIONES. Anexo 1: INDICACIONES de la aplicación de la VMNI:

EPOC agudizado

EAP / ICC / FVI con HD estable

Atelectasia

Crisis Asmática

Inmunodeprimido

Insuf. Respiratoria Restrictiva

Intoxicación CO2

Neumonía

Neuromuscular

Paliativo u orden de NO intubar

SAOS y SAHOS

SDRA

Trauma de tórax

Anexo 3: Momento de Inicio de la VMNI

Anexo 4. Pauta de Inicio de VMNI. Cómo empezar

Anexo 5 : Control de los Parámetros de la aplicación de la VMNI:

Anexo 6 : Monitorización 1ª, 2ª h y 24h

-Escala de Borg, mide el grado de disnea

-Escala de Confort: se trata de una escala que puntúa de forma subjetiva el grado de bienestar que experimenta el paciente. La puntuación incluye del 0 al 10 y su interpretación sería en sentido ascendente; así el 0 incluye disconfort máximo y el 10 estado de confort basal.

Anexo 6 : Finalización de la VMNI:

Anexo 6.1 Finalización por mejora

Anexo 6.1 Finalización por Ausencia de Beneficio 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

CONTROL Y OPTIMIZACION DE LA ADMINISTRACION DE LA VMNI EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO CONJUNTO GINECOLOGIA-HEMATOLOGIA SOBRE LA ADMINISTRACION DE HIERRO INTRAVENOSO EN LA ANEMIA POSTPARTO

2. RESPONSABLE BEATRIZ MARIA ROJAS PEREZ EZQUERRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CAMPO BROTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- PERELLA ARNAL MATILDE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- ANIA LAHUERTA ALDONZA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La anemia posparto es frecuente. Se define habitualmente por un nivel de hemoglobina inferior a 10 g/dl y clásicamente se corrige con suplementos de hierro orales en el posparto. Desde la aparición en el mercado de la formulación para la administración de hierro endovenoso (un complejo de hidróxido de hierro (III) y sacarosa), han aparecido algunas publicaciones que exploran su utilidad en la anemia del embarazo.

El uso clínico de la transfusión sanguínea ha quedado relegado como terapia de rescate en situaciones de riesgo vital debido al riesgo de contaminación biológica y a otras complicaciones potenciales. Según las recomendaciones de organismos internacionales queda reducido a hemoglobinas < 5 g/dl, a hemoglobinas < 8 g/dl en pacientes que toleren mal el estado anémico (más de 65 años, patología cardiovascular o respiratoria), o en casos individualizados si los niveles de hemoglobina se encuentran entre 7 - 10 g/dl. Estudios recientes muestran que en un tercio de las transfusiones posparto, la indicación puede no ser apropiada siguiendo estos criterios. En este contexto, nos encontramos que las pacientes jóvenes y sin patología de base (que representan la mayoría de mujeres posparto) pueden presentar una anemia severa sin criterios de transfusión en las que la única terapia es, habitualmente, el hierro oral. Este grado de anemia que puede tardar en recuperarse entre uno y dos meses (asumiendo que la mujer haga una buena cumplimentación del tratamiento), puede hacer que la incorporación de la mujer a su nuevo rol de "madre reciente" en el que la actividad física y psicológica es remarcable, sea una etapa de tránsito difícil. En esta situación, en la que la transfusión no está indicada inicialmente, el tratamiento con hierro endovenoso se presenta como una buena alternativa al tratamiento únicamente oral. Por la experiencia en la gestación y en otras indicaciones, se trata de una terapia con pocos efectos secundarios y bien tolerada.

Con la incorporación de estos preparados a la Farmacia hospitalaria comenzamos a administrarlos sin un criterio claro por lo que se decidió realizar un protocolo conjunto con Hematología para unificar criterios de administración.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo primero es conseguir que las pacientes embarazadas lleguen al momento del parto en las mejores condiciones posibles, realizando estudio de ferropenia en la analítica de segundo trimestre, repitiendo hemograma a las 34-36 semanas, cuando todavía estamos a tiempo en la mayoría de los casos de recuperar una posible anemia ferropénica.

Se define como "déficit de hierro" o "ferropenia", cuando los niveles de ferritina sean inferiores a 30-40 mcg/L y saturación de transferrina < 20%. El tratamiento de la ferropenia se inicia vía oral con hierro 100mg (ferroglicina sulfato) 1 comp/12-24 h durante 1 mes. En caso ferropenia o anemia ferropénica grave, falta de tiempo, intolerancia o contraindicación a ferrotterapia oral se pauta hierro sacarato i.v. (Venofer) al menos 200 mg iv por sesión (máximo 600 mg/semana). El ritmo de infusión programado de hierro sacarato variará en función de las cifras de Hb iniciales, la urgencia de la recuperación y de la tolerancia a la anemia. Pueden administrarse a razón de 1-3 ampollas/1-3 veces por semana, con máximo de 600 mg por semana.

Otra opción de tratamiento, a priori más ventajosa por la comodidad de la administración en dosis única de hasta 1000mg, es la administración de carboximaltosa de hierro (Ferinject), sólo una vez a la semana.

Tras el parto se realiza hemograma en el primer día a todas las pacientes, según vía clínica de cesárea y parto normal. De acuerdo con los hematólogos se establecerá unas pautas de actuación según los valores de hemoglobina y situación clínica de la paciente. Se pretende disminuir el número de concentrados de hematíes que consumimos postparto en la hospitalización de Obstetricia.

La administración de hierro intravenoso supone una alternativa respecto a la transfusión de concentrados de hematíes y una manera de disminuir las dosis de concentrados de hematíes a administrar en pacientes con indicación de transfusión.

Otras ventajas del hierro intravenoso con respecto al tratamiento clásico con hierro oral durante un mes son:

-Menor estancia hospitalaria por recuperación más rápida de los síntomas de anemia que con el hierro oral.

-Reduce el tiempo de enfermería por su rápida administración.

-Mayor seguridad de administración que la transfusión sanguínea.

El plan por todo ello, es establecer unos criterios claros de administración de hierro intravenoso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Fomentar la información sobre la importancia de la prevención de la anemia durante el embarazo en matronas y ginecólogos.

2-Fomentar la información sobre la importancia de la anemia en las embarazadas, recomendando la ingesta de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

INSTAURACION DE UN PROTOCOLO CONJUNTO GINECOLOGIA-HEMATOLOGIA SOBRE LA ADMINISTRACION DE HIERRO INTRAVENOSO EN LA ANEMIA POSTPARTO

alimentos ricos en hierro y alimentos que favorezcan su absorción (entrega de documento informativo en primera visita de embarazo).

3.-Creación de un protocolo en conjunto con Hematología y Medicina Interna sobre anemia en el embarazo y postparto.

4.-Sesión clínica con Hematología para instauración del protocolo.

5.-Unificar criterios entre los miembros del servicio para valorar con qué nivel de hemoglobina y situación clínica se decide transfusión, hierro intravenoso u oral.

6.-Incorporación a la vía clínica del parto normal y cesárea de las indicaciones de hierro intravenoso.

7.-Creación de una base de datos que recoja las anemias graves postparto, su relación con el tipo de parto, y el control con hemograma al mes según con el tipo de tratamiento recibido.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de transfusiones postparto durante 2013.

Número de pacientes a las que se administró hierro intravenoso en 2013.

Efectos secundarios en relación con la administración de hierro intravenoso.

Revisión de las anemias graves el primer día postparto y su relación con el tipo de parto.

En conjunto con el proyecto de calidad propuesto por las matronas del servicio, control de las anemias postparto en los partos con/ sin episiotomía.

Realizar un ensayo clínico sobre 200 pacientes para evaluar un mes postparto la recuperación de la anemia tras tratamiento con hierro oral e intravenoso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013: creación del protocolo.

Mayo 2013: sesión clínica con Hematología.

Mayo-octubre 2013: ensayo clínico con 200 pacientes.

Diciembre 2013: revisión del número de tratamientos con hierro intravenoso realizados en los últimos 6 meses.

Análisis Estadístico e interpretación de resultados. Difusión de

los resultados en comunicaciones a congresos y publicaciones.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

215

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y PSIQUICA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE SIGUEN TRATAMIENTO DEPOT

2. RESPONSABLE ANTONIO SEVA FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ CORONAS ROSA. ENFERMERO/A. USM MONZON. PSIQUIATRIA
- CASTILLO GIMENEZ LORENA. PSIQUIATRA. USM MONZON. PSIQUIATRIA
- DOMPER GARANTO MIGUEL ANGEL. PSICOLOGO/A. USM MONZON. PSIQUIATRIA
- GARCIA LACOMA MERCEDES. PSICOLOGO/A. USM MONZON. PSIQUIATRIA
- ARA USIETO MARISOL. PSIQUIATRA. USM MONZON. PSIQUIATRIA
- PINA BORRUEL CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. USM MONZON. PSIQUIATRIA
- URFANEL SANCHON MARIA JOSE. ENFERMERO/A. USM MONZON. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nos encontramos ante tres problemas de gran prevalencia en nuestros enfermos:

- La alta mortalidad por síndrome metabólico, con trastorno mental grave en tratamiento neuroléptico
- El alto número de recaídas en estos enfermos por la mala adhesión terapéutica y por ello la necesidad de tratamiento Depot
- El coste beneficio de estos tratamientos

Este proyecto, nos permitirá realizar un seguimiento reglado de todos los pacientes que siguen tratamiento depot en la Unidad de Salud Mental de Monzón.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera con ello reforzar el seguimiento de estos pacientes y con ello valorar la necesidad o no del tratamiento depot.

- Mejorar sus hábitos higiénico-dietéticos estableciendo pautas en la consultas contrastadas con sus familiares.
- Disminuir la frecuentación de los Servicios de urgencias y hospitalarios.
- Disminuir riesgo morbimortalidad de estos pacientes
- Mejorar costes-beneficio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará:

- electrocardiograma (dos al año), Por parte de enfermería
- control tensión arterial (mensual), Por parte de enfermería con supervisión médica
- peso/ talla/ IMC (mensual) Por parte de enfermería.
- hábitos tóxicos
- control analítico (mínimo dos al años). Por parte de los facultativos responsables

Por otro lado se realizará exploración psicopatológica (cada dos meses). Por parte de los facultativos responsables.

Para ello todo paciente en tratamiento Depot correspondiente al Centro de Salud Mental de Monzón será seguido como mínimo cada mes por parte de los profesionales del Centro para establecer las pautas ya referidas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La excesiva mortalidad cardiovascular asociada con TMG se atribuye a un incremento de factores de riesgo (F.R.) coronario modificables y que vamos a registrar:

- ? Obesidad IMC
- ? Tabaco, alcohol y otras drogas
- ? Diabetes Mellitus
- ? Hipertensión arterial
- ? Dislipidemia

Número pacientes que se adhieran al plan terapéutico (tanto con tratamiento con neurolépticos depot como de pautas higiénico dietéticas establecidas) en la consulta de enfermería.

Número de recaídas o ingresos hospitalarios durante 2013 en pacientes en seguimiento con tratamiento depot

Registro de la morbi-mortalidad de estos pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ENERO-ABRIL: Evaluación y seguimiento de salud física en TMG. Captación de Pacientes

ABRIL en Adelante: Implementación del programa de evaluación y seguimiento.

SEPTIEMBRE-OCTUBRE: Análisis preliminar de datos, buscando principales factores de riesgo coronario modificables.

NOVIEMBRE: Establecer resultados

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

215

EVALUACION DE LA SALUD FISICA Y PSIQUICA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE SIGUEN TRATAMIENTO DEPOT

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

386

ELABORACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS, GENERALES Y ESPECIFICOS POR UNIDADES, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE SILVIA SICART LONCAN
· Profesión ENFERMERIA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION TARDES/NOCHES
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· COSCUJUELA ROMAN ELIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
· BONED DEFIOR CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE RAYOS
· ROMERO MARCO DIONISIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
· ARAZO SOLANA EVA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMODIALISIS
· FRANCO MONTES MARIA PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. UCI
· ROLDAN MORENO LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA
· HIDALGO MENE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. CONSULTAS EXTERNAS
· MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. LABORATORIO
· LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MATERNO / INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gran movilidad del personal de enfermería en los distintos servicios, especialmente durante los meses de verano y las ocasionales presencias de pacientes fuera de su servicio ocasionan dudas en el manejo de estos pacientes en aquellos profesionales no acostumbrados en el manejo rutinario de la patología y especialmente de los pacientes intervenidos quirúrgicamente. Para poder satisfacer las necesidades de estos profesionales nos hemos planteado elaborar un manual totalmente practico del manejo desde el punto de vista de enfermería dirigidos a aquellos profesionales que deben asistir a un paciente de manera temporal u ocasional ya ea en su propia planta como en otras. Durante los años anteriores parte del grupo de trabajo ha elaborado un listado de evaluación de los procedimiento enfermeros de los que constaba el hospital de Barbastro. El siguiente paso en la mejora es dotarnos de una metodología para el diseño de un manual consensuado para el hospital siguiendo los estándares de calidad recomendables. Es fundamental que dicha metodología este unificada en todos los servicios donde desarrollan sus tareas los enfermeros. Es imprescindible que dichos programas estén diseñados de acuerdo a unos estándares de calidad que guíen de forma efectiva la práctica enfermera. La falta de información y conocimientos entre profesionales hace que todavía se sigan aplicando intervencionesenfermeras poco eficaces. Con nuestro proyecto intentamos que aumenten los conocimientos de las enfermeras/os y se apliquen cada día mejor en a la practica clínica diaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. . Elaborar un manual práctico de consulta totalmente comprensible y fácil de entender con los procedimientos de todos los servicios presentes en el hospital de Barbastro.

. Elaborar un documento de calidad, con recomendaciones basadas en la evidencia y que resulte de utilidad al profesional.

- Incorporar el Manual a la Intranet del Sector y equipos informáticos de la unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para organizar y poner en marcha el manual de procedimientos enfermeros, se plantean como estrategias:

- Creación de un grupo de trabajo integrado por los miembros de la comisión de enfermería encargados de la realización de este manual

- Si es preciso creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos que lo requieran.

- Reuniones quincenales de dos horas de duración aproximadamente de dichos grupos para elaborar e implementar el manual.

A esta reunión acudirán los representantes de la comisión de enfermería responsables de coordinar la realización del manual

- Recopilación de información de otros hospitales, tanto de Aragón como del resto del Estado, y de sus experiencias.

- Elaboración de la bibliografía a seguir y asignación de tareas a cada uno de los miembros del equipo de mejora, de tal forma que en la próxima reunión se ponga en común la tarea realizada.

-Se contará con un listado de voluntarios de todos los servicios del hospital para realizar los procedimientos enfermeros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Reuniones y puestas en común del grupo de mejora

- Existencia de un índice de procedimientos específicos para el hospital de Barbastro.

- Creación de un formato de procedimiento tipo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

386

ELABORACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS, GENERALES Y ESPECIFICOS POR UNIDADES, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Existencia del documento final.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración estimada es de 12 meses.

En Marzo se ha estudiado las oportunidades de mejora.

En abril de 2013 se procederá a realizar el programa de evaluación de los procedimientos con los que cuenta el hospital. Se realizara también una carta dirigida a cada uno de los trabajadores del hospital explicando nuestro proyecto y demandado colaboración en la realización del manual.

En Mayo se elaborará un índice de procedimientos enfermeros generales y específicos por servicios .

En Junio se decidirá la bibliografía a seguir para la elaboración del manual de procedimientos

En Septiembre se distribuirá una coordinadora para cada grupo de voluntarios donde les ayudará y tutorizará en la realización de los procedimientos.

En Octubre se empezarán a realizar los procedimientos del manual del hospital de Barbastro

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

168

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE ESTERILIDAD EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE CRISTINA TABUENCA VICEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARRIBAS MARCO MARIA TERESA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GRACIA BARDAJI MARIA JESUS. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· CUELLO REDOL MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La esterilidad se define como la incapacidad de uno o ambos miembros de la pareja para la concepción natural en un plazo razonable. Su prevalencia oscila en la literatura entre el 10-20%.

El factor más limitante de la consecución del embarazo en la pareja con disfunción reproductiva es la edad de la mujer, ya que con el paso de los años hay una disminución progresiva de la reserva folicular y de la calidad de los ovocitos y además el pronóstico de los tratamientos de reproducción es directamente proporcional a la edad de la mujer (a menor edad mejores resultados gestacionales).

En general, se puede afirmar que la imposibilidad de concebir tras un año de relaciones sexuales sin protección, debe ser motivo para iniciar un estudio.

Dado que la edad de la mujer es un factor determinante de su capacidad genésica, en mujeres mayores de 35 años el estudio estará indicado si no han logrado gestación al cabo de seis meses . Otras circunstancias individuales pueden hacernos adelantar el estudio, como mujeres con ciclos menstruales irregulares y/ o periodos de amenorrea secundaria, antecedentes de cirugía pélvica previa o de varones con riesgo de subfertilidad.

Por tanto, el realizar el estudio básico de esterilidad en el menor tiempo posible va a mejorar la eficiencia y eficacia de los tratamientos posteriores.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el hospital de Barbastro de realizan unos 60 estudios de esterilidad anuales. Las parejas son enviadas al Hospital San Jorge de Huesca y desde ese centro, si no consiguen embarazo ,se derivan al Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

En ocasiones, la realización del estudio en nuestro centro, se demora excesivamente, dificultando el acceso al tratamiento de las parejas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Informar a las parejas de las posibilidades de tratamiento que existen.
-Unificar criterios para adecuar las pruebas que se solicitan a la evidencia científica actual.
-Disminuir el tiempo necesario para realizar los estudios de esterilidad.
-Facilitar la derivación a otro centro especializado cuando se precise.
-Evitar la realización de pruebas innecesarias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Crear un equipo de trabajo e informar al Servicio del Proyecto.

- Implicar al personal de enfermería de las consultas.
-Actualizar el Protocolo de Estudio Básico de esterilidad.
-Realizar una hoja informativa para las parejas que inician el estudio.
-Contactar con los Centros de Salud del Sector para facilitar las derivaciones a Especializada.
-Monitorizar el número de parejas remitidas a otros centros.
-Monitorizar el número de gestaciones conseguidas.
-Control de costes de las pruebas solicitadas.
-Encuesta a las parejas afectas para que nos indiquen como podemos mejorar la asistencia en esta disciplina.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de parejas remitidas para estudio.
-Tiempo que se tarda en realizar el estudio básico desde que la paciente es visitada en consulta.
-Porcentaje de parejas que consiguen embarazo.
-Porcentaje de parejas satisfechas con la atención prestada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Abril 2013: Información del Proyecto al equipo.
-Mayo 2013:Elaboración del Protocolo Básico y recogida de indicadores en consultas.
-Noviembre 2013:Revisión del Proyecto

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

168

OPTIMIZACION DE LA CONSULTA DE ESTERILIDAD EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

012

IMPLANTACION DEL METODO DE EXPLORACION CLINICA DE VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DISFAGIA OROFARINGEA**2. RESPONSABLE** ALFREDO ZAMORA MUR

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DE VALORACION SOCIOSANITARIA
- ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ESPECIALIDADES
- VALLES NOGUERO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. GERIATRIA
- PALACIN ARIÑO CLARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENFERMERA RESPONSABLE DE NUTRICION
- SANTALIESTRA GRAU JESUS. MIR. H BARBASTRO. MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
- ABAD RUIZ ALODIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. H BARBASTRO. UNIDADDE VALORACION SOCIOSANITARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se demuestra una prevalencia elevada de disfagia en población con episodios agudos de enfermedad y patologías neurológicas degenerativas de larga evolución. La mayoría son pacientes geriátricos con complejidad alta y múltiples problemas. Se estima que alrededor de un 50% de pacientes con ictus, demencia o enfermedad de Parkinson la presentarán de forma irreversible. Se trata, por tanto, de un problema de salud con una importancia con frecuencia infravalorada y gran riesgo de consecuencias graves a corto, medio y largo plazo si no se realiza un manejo correcto.

Es preciso realizar una valoración y exploración exhaustivas teniendo en cuenta las implicaciones nutricionales. Las pruebas complementarias y la indicación de procedimientos a realizar han de ser supervisados por personal experto para un diagnóstico y tratamiento adecuados. El método de exploración clínica de volumen-viscosidad (MECV-v) es un test aplicable en hospitalización para la detección y cuantificación del grado de disfagia en este subgrupo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detección precoz de disfagia en pacientes geriátricos y neurológicos ingresados en el hospital

- Cuantificación del grado de disfagia
- Adecuación en la prescripción de espesantes para líquidos
- Minimización de broncoaspiraciones en pacientes hospitalizados y al alta
- Seguimiento de los pacientes y del tratamiento pautado a los seis meses y al año del alta hospitalaria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se procederá a realización del método de exploración clínica de volumen-viscosidad (MECV-v) a los pacientes a los que se requiera dicha prueba por sospecha de disfagia por problema neurológico de base, recogida de datos sociodemográficos, relativos a dependencia para ABVD, y de cumplimiento de las indicaciones emitidas tras realización del MECV-v, con posterior seguimiento en consulta y/o telefónico para determinar si cumplen indicaciones terapéuticas, sufren complicaciones derivadas de la disfagia y si han requerido implantación posterior de sonda nasogástrica o gastrostomía. Los datos serán confidenciales y se incluirán en base de datos para posterior análisis estadístico. El personal médico se encargará de la detección de casos que precisen realización del MECV-v, recogida de datos, análisis estadístico y revisión de los pacientes. El personal de enfermería se encargará de realización del MECV-v, recogida de datos e introducción de los mismos en base de datos. La trabajadora social se encargará de recogida de datos y análisis estadístico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - existencia de diagnóstico e indicaciones emitidas según el método de exploración clínica de volumen-viscosidad (MECV-v) en informe de alta

- existencia de complicaciones derivadas de disfagia en seguimiento posterior de los pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio se ha iniciado en Enero del presente año, con finalización de recogida de datos en Diciembre del 2013. Se prevé finalización en Diciembre del 2014, tras revisiones anuales de los últimos pacientes incluidos en el estudio.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con riesgo de disfagia

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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