

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 52 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	CABANO MIGUEL ANA	410	MEJORA DE LOS ACCESOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	FUMANAL COSCULLUELA MARIA ANGELES	445	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 (CONT.PROYECTO 2013)
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	382	CERRAMIENTO SERVICIO ADMISION
BA	AP	CS BARBASTRO	LUEZA LAMPURLANES CRISTINA	439	MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE TELEDERMATOLOGIA ASINCRONA EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	447	SALA DE URGENCIAS SIEMPRE, SIEMPRE BIEN.
BA	AP	CS BERBEGAL	GASCON DEL PRIM ELENA	402	ALGORITMOS PARA LA ATENCIÓN URGENTE DE PATOLOGÍA AGUDA GRAVE
BA	AP	CS BERBEGAL	LOPEZ ALONSO ANGELES	104	UTILIZACION DEL ESPIROMETRO EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC. CONTINUACION DEL PROYECTO APROBADO EN 2011
BA	AP	CS BERBEGAL	SANMARTIN ZARAGOZA SILVIA	240	UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES PROFESIONALES SOBRE LA HIGIENE DEL RECIEN NACIDO Y LACTANTE BASADAS EN LA MEJOR EVIDENCIA CIENTIFICA DISPONIBLE
BA	AP	CS BINEFAR	MIRALBES TERRAZA SHEILA	171	MEJORA EN LA ATENCION PROGRAMADA DEL PACIENTE PEDIATRICO ENTRE 0-14 AÑOS EN EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL
BA	AP	CS BINEFAR	TORRES CLEMENTE ELISA	322	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA.
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	443	GESTIÓN DE ALMACEN
BA	AP	CS FRAGA	LOPEZ ABAD OLGA	149	MEJORA EN LA INFORMACION SOBRE CALENDARIO VAC UNAL EN PEDIATRIA Y GINECOLOGIA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	485	MEJORA DEL PRODUCTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAFORTUNADA
BA	AP	CS MONZON RURAL	PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR	168	CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO DEL MEDIO RURAL
BA	AP	CS MONZON URBANO	GUALLARTE HERRERO OLGA	437	PROGRAMA DE MEJORA EN EL PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN UN EAP URBANO
BA	AP	CS MONZON URBANO	SOLENZAL ALVAREZ OSCAR	198	UTILIZACION DE LA DETERMINACION DEL INR EN ATENCION CONTINUADA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS
BA	AP	DAP BARBASTRO	CLEMENTE ROLDAN EDUARDO	430	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER COLORRECTAL EN POBLACION DE RIESGO MEDIO Y ALTO DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE	15	DEPURACION DE LAS BASES DE DATOS DE OMI MEDIANTE ENVIO AL PASIVO DE ALTAS RAPIDAS REALIZADAS EN OMI Y FUSION DE LAS HHCC DUPLICADAS
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGU VICTOR	428	MEJORA DE LA COBERTURA DE CRIBADO DE CANCER CERVICOUETRINO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	UNIDAD DOCENTE MF Y C HU	BARBA LATAS VANESA	129	¿SE ESTAN UTILIZANDO BIEN LOS GUANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA?
BA	AT AMB	UASA BARBASTRO	JIMENEZ CORTES MARTA PILAR	7	MEJORA DE LA INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA ADICTIVA EN UNA UNIDAD DE ATENCION Y SEGUIMIENTO A LAS ADICCIONES
BA	AT AMB	UASA BARBASTRO	SIESO SEVIL ANA ISABEL	82	PROGRAMA GRUPAL DE MEJORA DE LA GESTIÓN EMOCIONAL EN USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AT AMB	USM BARBASTRO	MORA PARDINA TERESA	166	INTERVENCION CLINICO-PSICOLOGICA EN UN GRUPO DE PACIENTES OBESOS DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO. COORDINACION MULTIDISCIPLINAR
BA	AT AMB	USM FRAGA	SUSIN NAVARRO ANA	262	PROYECTO DE CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FARMACOS ESTABILIZANTES DEL ANIMO: 'LA CLINICA DEL LITIO'
BA	HOSP	H BARBASTRO	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	63	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	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	44	PROTOCOLO Y ELABORACION DE KIT PARA TOXICIDAD SISTEMICA POR ANESTESICOS LOCALES
BA	HOSP	H BARBASTRO	ARRIBAS MARCO TERESA	274	REVISION DE LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO MEDICO PRECOZ
BA	HOSP	H BARBASTRO	AZANZA PARDO JORGE	395	INFORMATIZACION DEL HORARIO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	CAMPO SIN ALICIA	224	INFORMATIZACIÓN HOJA CONTROL DOLOR AGUDO
BA	HOSP	H BARBASTRO	CORED NASARRE ROSA MARIA	86	ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES HEMATOLOGICOS EN LA CONSULTA DE HEMATOLOGICA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 52 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO	CORTES RAMAS ANA	409	GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE REALIZACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN DE NUEVOS PROTOCOLOS DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	EITO CUELLO JUAN JOSE	354	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES DURANTE SU ESTANCIA EN SERVICIO DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	ESTEVE MORLAN MILAGROS	88	IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO
BA	HOSP	H BARBASTRO	GALLEGO BARRABES SUSANA	442	MEJORA EN LA PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	GARCES ABADIAS PILAR	57	EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN PACIENTES CON TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO. CIRCUITOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	416	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA EL CONTROL Y TRAZABILIDAD DE LOS PROCESOS DE ELABORACION, DISPENSACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS
BA	HOSP	H BARBASTRO	GONZÁLEZ ANIDO ENCARNA	66	PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO NORMAL Y FAVORECER UNA ATENCION INDIVIDUALIZADA A LA MUJER
BA	HOSP	H BARBASTRO	GUARDIA DODORICO LORENA	230	IMPLANTACION DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO SEGUN EL GRUPO DE TRABAJO INTERHOSPITALARIO DE ARAGON
BA	HOSP	H BARBASTRO	LALAGUNA MALLADA PAULA	464	REEVALUACION TRAS 5 AÑOS DEL GALARDON IHAN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. PROCESO DE REACREDITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO	LAPORTA ANTON ISABEL	158	ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL ESTUDIO PREOPERATORIO EN PACIENTES INCLUIDOS EN REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA PARA PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA DE MAMA
BA	HOSP	H BARBASTRO	LOPEZ GOMEZ CONCEPCION	399	IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA PARA MANEJO DE PACIENTES CON SARM PARA REDUCIR SU INCIDENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO	LORIENTE MARTINEZ CLARA	432	IMPLANTACION DE PROGRAMA MEJORA FORMACION MIR
BA	HOSP	H BARBASTRO	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	480	VIA CLINICA : 'CODIGO SEPSIS GRAVE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO HEMOS EMPEZADO , HAY QUE SEGUIR , Y APRENDIENDO DE LOS ERRORES
BA	HOSP	H BARBASTRO	MUR BARRABES DIANA	388	MEJORA EN LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	NOGUES YOMAS JAVIER	34	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL CONTROL DE LAS INDICACIONES DE CESAREA Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES DE LAS MISMAS
BA	HOSP	H BARBASTRO	PALACIN BUISAN MARIA JOSE	393	GESTION ADMINISTRATIVA DE FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	43	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	PUYAL MELE ANA	494	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO PETICIONARIO, MANTENIMIENTO ELECTROMEDICINA EN CUANTO A GESTION E INFORMACION
BA	HOSP	H BARBASTRO	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	185	INCORPORACION DEL ESTUDIO DE ADN FETAL EN SANGRE MATERNA AL DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO
BA	HOSP	H BARBASTRO	SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO	307	ESTABLECIMIENTO DE SESIONES CLINICAS CONJUNTAS ENTRE MEDICINA INTERNA ATENCION PRIMARIA. UNA FORMA DIFERENTE DE RELACION ENTRE EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD
BA	HOSP	H BARBASTRO	TORREGROSA MARTIN MARIA DEL MAR	84	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO	ZAMORA MUR ALFREDO	246	LA DISFAGIA Y SU GRADO COMO MARCADORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS Y SU INCLUSION EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PATIATIVOS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

410

1. TÍTULO

MEJORA DE LOS ACCESOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA

2. RESPONSABLE ANA CABANO MIGUEL

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALBALATE DE CINCA
- Localidad ALBALATE DE CINCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FUMANAL COSCULLUELA MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- SORINAS FORNIES SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En alguna ocasión ante una urgencia, el acceso al centro de salud ha estado obstruido y ha sido dificultoso entrar (con una ambulancia) o salir a atender una urgencia.
El centro de salud no dispone de aparcamientos señalizados para los trabajadores , ademas de la necesidad sentida de disponer de algún tejadillo, toldo o similar donde puedan guarecerse del las inclemencias del tiempo, los pacientes que acuden al centro en horario de atención continuada, estando los profesionales atendiendo una urgencia en algun domicilio.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
 - Garantizar que ante una urgencia no se va a producir ninguna demora debida al aparcamiento del centro de salud.
 - Paliar los inconvenientes ,en caso de espera para ser atendidos, en el exterior del centro.
2. Sobre los profesionales
 - Mejora de las condiciones en las que se encuentran los vehiculos, tanto de urgencias del centro como de los trabajadores
3. Sobre la organización / recursos económicos
 - Redistribución adecuada de los recursos existentes.
 - Mejora del mantenimiento del vehículo de urgencias del centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. --Señalización y delimitación adecuada del entorno del centro de salud (parking y acceso al centro)
-- Mejora de las condiciones del aparcamiento de vehículos.
--Crear una zona cubierta que proteja del sol y/o la lluvia
-- Aumentar la satisfacción de los usuarios que acuden al centro de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. --
Estudio de la señalización del entorno al centro de salud : señal de "prohibido el paso", pintura amarilla, señal de "prohibido aparcar", delimitación de espacio destinado al vehículo del centro de salud, delimitar espacio para el aparcamiento de la ambulancia.
--Mejoras en el aparcamiento de los vehículos de los trabajadores: reserva de plaza, delimitación (pintura), etc
-- Estudio de instalacion de una cubierta próxima a la zona de entrada al centro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. --Satisfacción con el acceso al centro.
--Número de reclamaciones emitidas.
--Señalización de los accesos al centro de salud: SI / NO
--Instalación de cubierta protectora : SI / NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. --Análisis de la situación : 1º trimestre
--Construir un grupo de trabajo (multiprofesional) : 1º 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. Población general

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

410

MEJORA DE LOS ACCESOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ACCESOS

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. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

445

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 (CONT.PROYECTO 2013)

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES FUMANAL COSCULLUELA

- 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.

- CABANO MIGUEL ANA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- SALAS MARIN PASCUAL. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- VILLAS SENDER MERCEDES. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- PARDO VAQUERO CARLOS. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- LOPEZ ESPOLIO MARTA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. ATENCION PRIMARIA
- MORERA TARDOS PILAR. ENFERMERO/A. 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 REALIZADOS:

- 1.- Describir la estructura y funcionamiento de la sala de urgencias y emergencias en un Centro de Salud.
- 2.- 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
- 3.- Reestructuración de la sala de urgencias, adaptada a las necesidades asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Destacar la importancia que tiene en los procesos de atención al paciente grave el conocimiento del

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

445

**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
(CONT.PROYECTO 2013)**

material del que se dispone, así como la seguridad que aporta el conocimiento de su obligada ubicación y de su correcto funcionamiento.

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

3.- 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), conforme a las normas ISO

- Registro y control puntual y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO.

- Continuara 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

SEPARAR LO QUE SE HAYA HECHO (Y PONERLO EN EL PUNTO ANTERIOR) DE LO QUE FALTA POR HACER (Y AÑADIR ALGUNA COSA NUEVA)
• Reuniones del equipo. Elaboración de criterios y organización de un sistema de atención integral a las urgencias en el ámbito de Atención Primaria, con registro en ISO.

• 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.

• 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. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001"

• 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, válvula 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.

• Laringoscopia 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.

• Equipos de sondaje y drenaje estériles y desechables.

• 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

445

**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
(CONT.PROYECTO 2013)**

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. Adaptando la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001
- Revisión del electrocardiógrafo. Adaptándose al sistema ISO
- 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

-Registro de caducidades según normas ISO: 1º Trimestre

-Formación de cursos más sesiones: 2º y 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. 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 |
| 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 |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

382

1. TÍTULO

CERRAMIENTO SERVICIO ADMISION

2. RESPONSABLE SILVIA SORINAS FORNIES
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro CS ALBALATE DE CINCA
 - Localidad ALBALATE DE CINCA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FUMANAL COSCULLUELA MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS ALBALATE DE CINCA. CONSULTORIO ONTIÑENA
- CABANO MIGUEL ANA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. CONSULTORIO ONTIÑENA
- ROYO ROYO SILVIA. ENFERMERO/A. CS ALBALATE DE CINCA. CONSULTORIO OSSO CINCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de Admisión se encuentra situado dentro de la sala de espera; los pacientes se sientan junto al mostrador a esperar para entrar en las consultas, quedándose a sólo 1 metro de las personas que están siendo atendidas por el Servicio de Admisión. Con esta situación, es imposible que las personas que están en la Sala de Espera no escuchen lo que se está hablando en Admisión. Es por eso que solicitamos el cambio de orientación del mostrador, así como un cerramiento para proteger la intimidad del paciente que acude a este Servicio.

El mostrador que existe actualmente es excesivamente alto, y dificulta su acceso a personas mayores o con problemas de movilidad.

Por otro lado, el ruido de la sala de espera dificulta en muchas ocasiones la atención al usuario, ya sea por teléfono o directamente en el mostrador.

Cuando no hay personal de admisión, el mostrador (y todo el material que hay en él) está abierto y accesible por cualquier persona, ya que no hay puerta para cerrarlo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la atención al usuario del C.S. Albalate de Cinca, respetando su derecho a la intimidad.

Mejorar la calidad de trabajo del personal del Servicio de Admisión.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Responsable: SILVIA SORINAS FORNIES

Cerramiento del Servicio de Admisión mediante cristales y placas de acero en la parte inferior (o material que no deje ver lo que hay al otro lado), y cambio en la orientación del mostrador, de manera que no esté dentro de la Sala de Espera.

Instalación de un módulo bajo básico de estantes regulables o cajones, bajo mostrador de atención al público.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Sondeo entre los usuarios que utilizan este Servicio de forma habitual
- Tiempo dedicado a cada usuario (posibilidad de responder con más claridad y amplitud a las cuestiones planteadas por ellos, sin que se enteren personas ajenas a ellos)
- Valoración de la satisfacción del personal de Admisión en la realización de su trabajo, respecto a la situación anterior.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. OBRAS DE MEJORA: podrían realizarse durante los meses de verano y sobre todo, antes de la campaña vacunal antigripal.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Confidencialidad, intimidad

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. DERECHO A LA INTIMIDAD

OTRA PALABRA CLAVE 2. PRIVACIDAD

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

439

1. TÍTULO

MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE TELEDERMATOLOGIA ASINCRONA EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE CRISTINA LUEZA LAMPURLANES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARIÑO ALDABO CRISTINA. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
- SANCHEZ SALAS PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO.
- LORIENTE MARTINEZ CLARA. MIR. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO.
- OCHOA CADAVID SEBASTIAN. MIR. UNIDAD DOCENTE HUESCA Y BARBASTRO.
- COLL CLAVERO JUAN. MEDICO/A. H BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las interconsultas a dermatología desde Atención Primaria representan una de las que más carga asistencial conllevan, numerosos tipos de lesiones dermatológicas pueden ser interpretadas a través de una fotografía.

Desde hace mas de 2 años se realiza en el CS de Barbastro el programa de teledermatología en coordinación con dermatólogos del Hospital de Barbastro. Se nombraron dos médicos responsables del CS para rellenar los cuestionarios y captar las imágenes para envío de las mismas, a través de la aplicación informática, que las incorpora a la historia electrónica del paciente. El dermatólogo las evalúa e informa y decide la actuación a llevar a cabo según la patología que se sospeche. Para ello se dota de cámara de fotos y dermatoscopio adaptado a ella, se da formación para su puesta en funcionamiento.

Se crea una agenda de teledermatología en Atención Primaria en la que se citan a los pacientes con lesiones dermatológicas susceptibles de entrar en el programa, derivados por el resto de compañeros del C.S. Necesidad de actuar de acuerdo a un procedimiento común en todos los Equipos de Atención Primaria del Sector de Barbastro para derivar, citar y registrar adecuadamente la patología dermatológica susceptible de ser incluida en "teledermatología", para reducir la variabilidad.

Mejorar los tiempos en la obtención de diagnósticos y tratamientos, evitar traslados innecesarios de los pacientes, mejorar y optimizar los conocimientos de los profesionales sanitarios y acceder más fácilmente a los especialistas del hospital.

Tras un tiempo de utilización, se deberían evaluar los resultados a diferentes niveles en este servicio, para detectar problemas si los hubiere y promover las mejoras que fueran necesarias, con motivo de que se va a implementar progresivamente en más centros del Sector.

Las posibilidades que ofrece la telemedicina y el desarrollo de los últimos años hace que sea una actividad idónea para su implementación. El contexto de recursos económicos limitados en que nos encontramos hace que sea necesario optimizar las inversiones que se deben realizar y la evaluación periódica de los programas implementados.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes

- Diagnóstico en estadios precoces.
- Reducción de los tiempos de espera para diagnóstico.
- Mejorar la atención de los pacientes con problemas en la piel, agilizando los tiempos de resolución en este tipo de consultas
- Evitar traslados innecesarios de los pacientes

2. Sobre los profesionales

- Mejora de la coordinación asistencial (entre AP y AE; y entre los EAP del Sector)
- Reducción de la variabilidad, necesidad de protocolización
- Mejora de la seguridad diagnóstica en tiempo real y de la patología urgente

3. Sobre la organización / recursos económicos

- Reducción de las listas de espera para la especialidad de dermatología
- Redistribución adecuada de los recursos existentes.
- Desarrollo de programas de telemedicina.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Creación de un grupo de trabajo

- Consensuar y aprobar un protocolo de actuación para la coordinación de la teledermatología en el sector sanitario de Barbastro

- Reducción de la variabilidad: Derivación por parte de médicos de atención primaria de pacientes con lesiones susceptibles de diagnóstico teledermatológico.

- Derivación a teledermatología por todos los profesionales del Centro de Salud (Médico de Familia, Pediatra)

- Creación de una agenda específica de teledermatología en el centro de salud y elección de un MAP por EAP responsable de la actividad, evitando las atenciones fuera de agenda (excepto en lesión en paciente inmovilizado a domicilio).

- Mejorar los diagnósticos de sospecha por parte de los profesionales de primaria (responsables)

- Mejorar los tiempos de respuesta del servicio de dermatología y habilitar una vía telemática para el caso de consulta preferente de imágenes

- Establecer circuitos de derivación y tiempos máximos de atención. En caso de que las imágenes sean valoradas como patológicas o no valorables, el paciente será citado para confirmación en consulta de dermatología

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

439

1. TÍTULO

MEJORA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE TELEDERMATOLOGIA ASINCRONA EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- Mejorar programa informático para envío de imágenes y valoración de las mismas, evitando las interrupciones de conexión en la medida de lo posible.
- Disminuir el número de lesiones no valorables
- Disminuir la tasa de lesiones de alto grado
- Implantación progresiva en los EAP del Sector de Barbastro
- Evaluación periódica de resultados y análisis de los mismos para establecer acciones de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- Creación del grupo de trabajo
 - Consensuar y aprobar un protocolo de coordinación
 - Formación para los profesionales: difusión del protocolo, envío de imágenes de pacientes con lesiones susceptibles de ser enviadas a teledermatología
 - Formación a los responsables en fotografía en el servicio de dermatología.
 - Creación de agendas para citación de pacientes con lesiones susceptibles de ser valoradas por telederma
 - Atención primaria: Captación de imágenes de las lesiones, redacción de informe clínico, almacenaje de las fotografías en la historia clínica electrónica del paciente, comunicación de los resultados al paciente.
 - Dermatología: el dermatólogo encargado de esta actividad valora las imágenes en los tiempos establecidos, y emite un informe para el médico de atención primaria.
 - Coordinación con AE (S. de Dermatología): creación de alertas y circuitos de derivación para lesiones sospechosas de alto grado o malignidad (citación directa en consulta de Dermatología en plazo menor a 15 días)
 - Estudio para habilitar una vía telemática para el caso de consulta preferente de imágenes
 - Implantación progresiva en los EAP del Sector
 - Establecer los indicadores que son necesarios evaluar para ver la efectividad y la actividad del programa
 - Evaluación del Programa y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- % de lesiones malignas diagnosticadas del total de lesiones pigmentadas valoradas
 - % de reducción de interconsultas a dermatología respecto al año 2013
 - Pacientes con diagnóstico precoz de cáncer de piel / total de cánceres de piel diagnosticados
 - Concordancia en los diagnósticos, entre responsables de teledermatología de primaria y dermatólogo (>75%)
 - Aprobación de un protocolo de consenso: SÍ/NO
 - Reducción de los tiempos de espera para primera consulta de dermatología en el hospital de Barbastro
 - % de EAP del Sector de Barbastro que se han incorporado al programa de teledermatología
 - % de EAP del Sector de Barbastro que cuentan con una agenda específica de teledermatología
 - Imágenes no valorables / total de imágenes (<10%)
 - Profesionales médicos que envían a telederma / total de profesionales médicos (>75%)
 - Interrupción en el envío telemático / total de envíos (<1)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Análisis de la situación (primer trimestre 2014)
 - Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales (segundo y tercer trimestre 2014)
 - Realización y aprobación del protocolo (primer trimestre)
 - Creación de agendas (segundo y tercer trimestre 2014)
 - Sesiones de formación en lesiones sospechosas y en uso y fotografía con dermatoscopio: segundo trimestre de 2014.
 - Implantación progresiva en los EAP del Sector (segundo y tercer trimestre 2014)
 - Evaluación del proyecto y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (cuarto trimestre 2014)

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 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. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

447

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS SIEMPRE, SIEMPRE BIEN.

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUEYO ENRIQUE CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. ATENCION CONTINUADA
- JARAIZ CANFRAN MANUEL. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. DUE CUPO
- CODINA MARCET MIREYA. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. DUE CUPO
- LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. DUE CUPO
- MARTIN FUERTES JAVIER. MEDICO/A. CS BENABARRE. MEDICO DE CUPO
- LATORRE AGUILAR IGNACIO. ENFERMERO/A. CS BENABARRE. EAC

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. una parte importante de nuestro trabajo, es la atención a la urgencia. Durante el último año se han detectado varios fallos en nuestra sala de urgencias. Fallos que el equipo considera inaceptables. Llegados a este punto decidimos poner en marcha un programa de mejora, para asegurar la correcta atención a los pacientes en caso de urgencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- SALA DE URGENCIAS SIEMPRE EN CONDICIONES ADECUADAS PARA EL USO INMEDIATO
2- NO ROTURA DE STOCK MINIMO DE FUNGIBLES NI DE FARMACIA
3- REVISIÓN ADECUADA DE LA SALA Y LOS MALETINES
4- CARRO DE PAROS EN CORRECTO ESTADO
5- MATERIAL DE ELECTROMEDICINA REVISADO Y APUNTO
6- CARRO DE CURAS ORDENADO Y CON MATERIAL ADECUADO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. NOMBRAR RESPONSABLES DEL ÁREA DE URGENCIAS, CREAR SISTEMAS DE REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE FUNGIBLES, STOCK Y CADUCIDADES.
CREAR SISTEMAS DE REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE MALETINES, CARRO DE PAROS, APARATOS DE ELECTROMEDICINA Y CARRO DE CURAS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. MONITORIZACIÓN DE LAS REVISIONES DE:

- 1- MEDICACIÓN, APARATOS DE ELECTROMEDICINA DE FORMA SEMANAL indicador
nº de revisiones cada mes/nº de semanas del mes= 1
2- CARRO DE PAROS, MALETINES DE URGENCIAS DE FORMA MENSUAL
nº de revisiones cada 3 meses/3=1
3- CARRO DE CURAS DE FORMA SEMANAL
nº de revisiones cada mes/nº de semanas del mes=1

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2014 durante el mes de abril se nombrará un responsable general del área de urgencias, se creará el sistema de revisión y reposición, solución de los problemas detectados. Se crearán las planillas de monitorización.

MAYO se pondrá en marcha el programa. Se revalorará cada tres meses

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

402

1. TÍTULO

ALGORITMOS PARA LA ATENCIÓN URGENTE DE PATOLOGÍA 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.

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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuación del proyecto aprobado en el 2013

Unificar criterios de forma consensuada y basados en guías de práctica clínica, para diagnóstico y tratamiento de las patologías agudas graves, atendidas de urgencia tanto a domicilio como en centro de salud.

Conocer y manejar las pautas de actuación en patologías agudas graves antes que estas se produzcan

Asegurar los flujos y responsabilidades en la atención continuada, de las patologías seleccionadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se seleccionaron cinco patologías agudas graves, de las cuales se realizaron tres algoritmos en poster, colocados en la sala de urgencias y que fueron presentados en las 5ª Jornadas de Calidad e Investigación del Sector Barbastro.

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 su atención.
- Difusión de los resultados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de las patologías restantes y presentación en sesión clínica de las mismas al EAP.

- Elaboración de los algoritmos restantes.
- Recordatorio del material disponible para la atención continuada.
- Realizar la evaluación del proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización de los dos algoritmos pendientes.

- Trimestralmente se analizará el seguimiento del uso del material común de urgencias, planteándonos un objetivo del 75%.
- Trimestralmente análisis de la atención de las patologías seleccionadas. Adecuación a su algoritmo, al menos en el 50% de los casos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - De Abril a Junio 2014, revisión de la patología y elaboración de los algoritmos pertinentes.

- Finales de Junio evaluación de la adecuación de la atención a las patologías con algoritmo realizado en 2013. Así mismo evaluación del uso del material común para la atención de urgencias.
- Finales de Septiembre y mediados de Diciembre: nueva evaluación de los mismos indicadores para todas las patologías seleccionadas (2013 y 2014).
- Finales Diciembre evaluación final del proyecto (resultados obtenidos y análisis de los mismos).

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. | 1 Nada |
| 2. Disminuir 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 |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

104

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ANGELES LOPEZ ALONSO

- Profesión ENFERMERO/A
- 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 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. Seguir insistiendo en la correcta captación y seguimiento de la EPOC, siguiendo con la realización de espirometrías en A.P.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos mejorado en la captación y seguimiento del programa EPOC y Tabaquismo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la realización de espirometrías en la captación y seguimiento del EPOC.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Aumentar la captación en consulta del EPOC y tabaquismo. Correcto seguimiento de los pacientes ya captados e incluidos en programa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Aumentar la cobertura de la espirometría en pacientes EPOC y/o Patología respiratoria. Criterios de aceptabilidad y Reproducibilidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-Junio 2014 : reuniones de EAP para analizar incidencia, prevalencia y cobertura. Evaluación de resultados en Noviembre

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

POBLACIÓN DIANA

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

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

240

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES PROFESIONALES SOBRE LA HIGIENE DEL RECIEN NACIDO Y LACTANTE BASADAS EN LA MEJOR EVIDENCIA CIENTIFICA DISPONIBLE

2. RESPONSABLE SILVIA SANMARTIN ZARAGOZA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABAD VICENTE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- ABIZANDA GUILLÉN ANA MARIA. PEDIATRA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- ARAN GIMENEZ PILAR. MATRONA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- CAZCARRA JUSTE ESTHER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- CONDE BARREIRO SANTIAGO. PEDIATRA. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- GRACIA NADAL GLORIA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ ARBOLEAS ROSARIO. TCAE. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante toda la gestación, la mujer está buscando y recibiendo información sobre embarazo, parto, puerperio y crianza. Las fuentes de esta información son numerosas. El embarazo es un momento vital muy especial, en el que la mujer presenta una alta receptividad y sensibilidad. Esto hace que tanto en las visitas de seguimiento del embarazo como en los cursos de educación maternal, las matronas en Atención Primaria dispongan de un marco idóneo para facilitar la información adecuada para empoderar a la gestante, y ésta pueda asumir sus elecciones con todas sus consecuencias.

Los cuidados del recién nacido es uno de los temas tratados en la educación maternal, y por el que las futuras madres, muestran mucho interés. Se ha detectado que la información que disponen hasta ese momento sobre temas relacionados con el baño y cuidado de la piel, cuidado de la zona del pañal, cura del ombligo y limpieza de las fosas nasales es diverso. Por lo que hemos considerado importante unificar las recomendaciones de las matronas, enfermeras pediátricas y pediatras del Centro de Salud de Barbastro que van a atender a la mujer en este proceso, basándonos en la mejor evidencia científica disponible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que los profesionales del Centro de Salud de Barbastro; matronas, enfermeras pediátricas y pediatras den las mismas recomendaciones a las mujeres, para el cuidado de sus hijos recién nacidos y lactantes sobre; el baño y cuidado de la piel, cuidado de la zona del pañal, cura del ombligo y limpieza de las fosas nasales.

Posible difusión a otros Centros de Salud del Sector de Barbastro y Servicio Materno Infantil del Hospital de Barbastro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. *Reuniones del equipo de mejora para planificación de tareas.

*Búsqueda de evidencia científica sobre los temas propuestos en la mejora.

*Reuniones del equipo de mejora para puesta en común y toma de decisiones.

*Elaboración de un documento consensuado por los miembros del equipo de mejora, que se entregará a las mujeres atendidas para seguimiento de embarazo y/o realización de educación maternal en el Centro de Salud de Barbastro.

*Difusión a otros Centros de Salud del Sector de Barbastro y al Servicio de Materno Infantil del Hospital de Barbastro.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. *Nº de mujeres a las que se les ha entregado el documento elaborado y que registrará la matrona.

*Actividades realizadas para la difusión del documento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. *Reuniones del equipo de mejora de mayo a agosto.

*Elaboración del documento en septiembre.

*Desde la elaboración del documento entrega del mismo a las mujeres atendidas para seguimiento de embarazo y/o realización de educación maternal en el Centro de Salud de Barbastro.

*Desde la elaboración del documento actividades de difusión.

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

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. 2 Poco

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

240

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES PROFESIONALES SOBRE LA HIGIENE DEL RECIEN NACIDO Y LACTANTE
BASADAS EN LA MEJOR EVIDENCIA CIENTIFICA DISPONIBLE

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION PROGRAMADA DEL PACIENTE PEDIATRICO ENTRE 0-14 AÑOS EN EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

2. RESPONSABLE SHEILA MIRALBES TERRAZA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TRAVER CABRERA PILAR. PEDIATRA. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- GOÑI LOPERA JOSE MIGUEL. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- MUÑOZ GALLEGÓ MARIA DOLORES. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- SANJUAN DOMINGUEZ ROSA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- MOLES ABADIA ENCARNACION. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- MARTIN BERTRAN CAROLINA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Pediatría del Centro de Salud de Binéfar está compuesta por 2 pediatras titulares (uno con consulta diaria y otro que atiende consulta 3 días por semana) y una enfermera. La población en edad pediátrica es de 1630 niños de edades comprendidas entre 0 y 14 años. Los niños se atienden en consulta concertada dentro del Programa de Salud Infantil que comprende un mínimo de 15 actuaciones médicas y enfermeras a lo largo de este periodo de vida, con el objetivo de llevar a cabo el cribado de algunas enfermedades de la infancia, consejos y actividades preventivas, promoción de la salud y programa de vacunación infantil. En total se estima que se realizan un número de 1850 consultas anuales de este tipo. Detectamos que en ausencia de pediatras y enfermera titulares, no se realizan todas las revisiones programadas, tal vez por falta de habilidades de los profesionales que sustituyen. También detectamos errores en las recomendaciones, interrupciones de consulta para resolver dudas,.... La investigación cambia con frecuencia la evidencia encontrada para recomendar una actividad preventiva o realizarla de una manera u otra. Debe existir un compromiso de actualizar eficazmente cada actividad periódicamente según la evidencia disponible, para de esta manera tratar de disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la asistencia a la población pediátrica entre 0 - 14 años.

- 2. Mejora de las habilidades del personal sustituto en la consulta programada de pediatría y enfermería pediátrica.
- 3. Unificar y actualizar criterios en la realización del Programa de Salud Infantil. Disminuir la variabilidad de la práctica
- 4. Implicar a todo el equipo que trabaja en el programa de la infancia.
- 5. Aportar a los padres documentación escrita de las necesidades infantiles según edad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de guía para llevar a cabo el Programa de Salud Infantil, adaptándolo a la realidad de nuestro medio. (Responsable: Sheila Miralbés Terraza)

- 2. Elaboración de guía rápida de consulta. (Responsable: Encarnación Moles Abadía)
- 3. Manejo de herramientas para acceso a la información en red: Carpeta en Red de Pediatría. (Responsable: José Miguel Goñi Lopera)
- 4. Organización de sesiones formativas y difusión en sesiones clínicas de equipo. (Responsable: María Dolores Muñoz Gallego)
- 5. Actualización del calendario vacunal. (Responsable: Alicia Alquézar González)
- 6. Actualización de medidas preventivas según evidencia disponible. (Responsable: Pilar Traver Cabrera)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº Sesiones clínicas: 4 al año. Objetivo 75%

- 2. Nº asistentes MAC y EAC / Nº total de MAC y EAC Objetivo 70%
- 3. Nº asistentes / Nº total de equipo de atención primaria
- 4. Test inicial y test post intervención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Dos años.

Primer trimestre 2014: creación del grupo de trabajo

Segundo trimestre 2014: consensuar protocolo

Evaluación cada 6 meses.

Sesiones clínicas junio, septiembre y noviembre 2014, febrero 2015

Elaboración de test evaluación de junio 2014 a febrero 2015.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

MEJORA EN LA ATENCION PROGRAMADA DEL PACIENTE PEDIATRICO ENTRE 0-14 AÑOS EN EL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes pediatricos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Programada

OTRA PALABRA CLAVE 2. Pediatría

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 |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA.

2. RESPONSABLE ELISA TORRES CLEMENTE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAILAC COSTA JOSE. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- CHAVERRI ALAMAN CARMEN. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- PUYOL RAMI ESMERALDA. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- IBÁÑEZ CASTELLAR LOURDES. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- GUTIERREZ MARTINEZ SANTIAGO JAVIER. MEDICO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA
- ALLUE CIUTAD MARTA. ENFERMERO/A. CS BINEFAR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es la enfermedad crónica mas prevalente en atención primaria, y es la primera causa de muerte evitable (SEPAR). La prevalencia global de EPOC en personas mayores de 40 años se establece entre el 9 y el 10% de la población. En nuestra zona de salud existe un infradiagnóstico de pacientes EPOC (tan solo están diagnosticados el 20% de los estimados), aunque hemos mejorado mucho desde el 2008 (7,7%), es necesario seguir mejorando en la captación y diagnóstico.

La mayor parte de los diagnosticados son EPOC moderada y severa o muy severa, siendo su diagnóstico e inicio de tratamiento en fases avanzadas de la enfermedad.

Tan solo se registran un 38% de las espirometrías en pacientes con diagnóstico EPOC, con lo cual no los podemos clasificar según la escala GOLD3.

El seguimiento en AP del paciente EPOC no siempre es el mas adecuado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El principal objetivo es mejorar la atención a lo largo del proceso asistencial del paciente con EPOC.

Aumento de cobertura de pacientes EPOC.

Diagnóstico precoz del paciente EPOC.

Registro correcto de espirometrías en OMI y clasificación según la gravedad de EPOC.

Mejorar la valoración clínica en AP, y establecer criterios de calidad en el proceso de atención al paciente EPOC basándose en guías de practica clínica.

Realizar una valoración de enfermería integral e individualizada en las personas diagnosticadas de EPOC desde el inicio, con el fin de planificar unos cuidados centrados en el aumento de sus capacidades, en la mejora de su autonomía para el manejo efectivo del régimen terapéutico y en la prevención de complicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Plan de Formación Continuada a los profesionales de medicina y enfermería del C. S. en EPOC. (Dra Pujol)

Identificación y captación de personas con antecedente de hábito tabáquico que habitualmente presentan alguno de los síntomas sugestivos (tos, expectoración, disnea) a los que se les solicitara espirometría (Medicina y enfermería)

Identificación y captación de pacientes fumadores > 40 años a los que se les realizara screening EPOC , mediante, a los sospecha se les realizara espirometría (medicina y enfermería).

Elaboración de guía rápida de educación individual al paciente EPOC (grupo de calidad enfermería)

Algoritmos del circuito de atención paciente EPOC en AP (Criterios de derivación entre medicina-enfermería/enfermería-medicina, realización de pruebas seguimiento.....) (grupo de calidad)

Modificar el sistema de registro OMI incluyendo herramientas para el cálculo BODE de gravedad y añadir el cuestionario CAT (Guía práctica clínica GesEPOC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de asistentes a cursos de formación / N° total de profesionales EAP. EPOC con el plan de cuidados de enfermería cumplimentado / n° total EPOC -- Objetivo: 75%

Prevalencia estimada de EPOC en pacientes entre 40 y 80 años -- Objetivo: 5,1%

N° de espirometrías registradas en OMI / N° de pacientes con diagnóstico EPOC -- Objetivo 75%

N° de pacientes EPOC con intervención sobre hábito tabáquico / N° pacientes EPOC -- Objetivo75

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2014: Plan de formación: calendario de actividades y cursos a

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO PACIENTE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA.

desarrollar en los 2 años .

Junio 2014: Elaboración de algoritmos.

Junio 2014: Elaboración de guía rápida de educación paciente EPOC

Julio 2014: evaluación de indicadores.

Diciembre 2014 evaluación de indicadores. (estos se evaluarán cada 6 meses

11. OBSERVACIONES. Consideramos muy importante añadir en los registros OMI el calculo BODEX y cuestionario CAT.11.
ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN 0 PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. EPOC

OTRA PALABRA CLAVE 2. ATENCION PRIMARIA

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. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

443

1. TÍTULO

GESTIÓN DE ALMACEN

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. ATENCION PRIMARIA
- PUYELO LARDIES ASUNCION. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
- FRANCH FERRER MONTERRAT. ENFERMERO/A. CS CASTEJON DE SOS. ATENCION PRIMARIA
- GUILLÉN PEREZ MONTERRAT. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ADMISION Y DOCUMENTACION
- ESPIER LLORENS ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS CASTEJON DE SOS. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud de Castejón de Sos llevaba una gestión informatizada del almacén desde 1997 y hasta 2004, fecha en que pasamos a suministrarnos el material desde el hospital de Barbastro lo que supuso un cambio en la codificación de los artículos que inutilizó el programa. Desde ese momento hemos luchado por una vuelta a la gestión informatizada, no aceptando una gestión manual, sobretodo desde la Certificación UNE-EN ISO 9001-2008 de nuestro Centro de Salud en 2010. Hasta ahora no lo hemos conseguido, por lo que hemos decidido intentar mejorar la gestión del almacén dentro de nuestras posibilidades -manuales- y seguir insistiendo para conseguir una gestión informática, acorde con los tiempos actuales, que haga que nuestro esfuerzo sea eficaz y, por supuesto, que esta solución sea extensiva a todos los EE.A.P.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Dotar al almacén central de Castejón de Sos, a los consultorios locales de cabecera que dependen de él (Laspaules y Bonansa-Montanuy) y al almacén central de Benasque del material preciso para cubrir las necesidades de todos ellos, teniendo en cuenta la lejanía y dispersión de nuestro Centro.

- Evitar la acumulación de material.
- Minimizar la cantidad de material caducado.
- Implicar a todos los miembros del equipo en la gestión del almacén.
- Concienciar a estamentos de nivel superior de la necesidad de dar una solución definitiva a la gestión informatizada de almacén.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Establecer mínimos en los almacenes de los consultorios locales cabecera. Laspaules, Bonansa-Montanuy, tanto de farmacia como de material fungible.

- Establecer mínimos en los almacenes centrales en Castejón de Sos y Benasque, tanto de farmacia como de material fungible.
- Colocar etiquetas identificativas con los mínimos.
- Introducir la hoja de rotura de stock: no existe en el procedimiento de gestión de almacén de nivel II.
- Reorganizar almacenes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº de productos con etiqueta identificativa / nº total de productos = 90%

Utilización de la hoja de rotura de stock: nº de registros realizados en los tres últimos meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014 - Abril 2015

Establecer mínimos: Abril 2014
Etiquetar: abril-octubre 2014
Formato rotura stock: mayo 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

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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

149

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INFORMACION SOBRE CALENDARIO VAC UNAL EN PEDIATRIA Y GINECOLOGIA

2. RESPONSABLE OLGA LOPEZ ABAD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CIRIA ACEBILLO TERESA. COORDINADORA ADMISION. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
- ROYES SATORRES ALICIA. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
- MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
- VERA ORUS DOLORES. ENFERMERO/A. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha observado desde el inicio del nuevo calendario vacunal un aumento de consultas telefónicas y a demanda, solicitando información del mismo.

Por otro lado, se ha evidenciado mucha incertidumbre de las embarazadas con respecto a las vacunaciones indicadas y contraindicadas, así como la nueva recomendación de difteria tétanos tosferina en embarazadas de más de 28 semanas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se intentará disminuir las consultas telefónicas y las consultas a demanda que solicitan información sobre nueva vacunación, y por otro lado aumentaremos la satisfacción del usuario al estar mejor informado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elaborará un calendario sencillo y fácil de comprender para el usuario, y se fotocopiará, dejándolo en la sala de espera común para pediatría además del compromiso por parte de enfermería pediátrica, de explicar la vacuna que se le va a administrar en esa revisión y la siguiente. Además se dará la información por escrito, adjuntándola al libro de vacunaciones. De esta forma, el usuario tendrá información oral y escrita.

Se realizará otro folleto informativo, claro conciso y visual, para entregar por parte de la matrona, a las embarazadas que acudan a consulta, donde se indicarán las vacunas recomendadas y las contraindicadas durante el período de gestación. Adjuntando esta información en su cartilla de embarazo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con los datos facilitados de matrona y servicio de pediatría, se hará una encuesta telefónica a usuarios beneficiarios de la nueva información vacunal, en la que se realizarán 4 preguntas:

- "¿Se le ha informado en las revisiones sobre las vacunaciones recomendadas?.
- "¿Se le ha informado de manera oral y escrita?.
- "¿Le pareció comprensible la información escrita?
- "¿Está satisfecho, satisfecha de la información recibida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se comienza en abril, se valorará en octubre.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. padres y embarazadas
- 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 |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

485

1. TÍTULO

MEJORA DEL PRODUCTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAFORTUNADA

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA MARCO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS LAFORTUNADA
- Localidad LAFORTUNADA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNUES SANZ GUILLERMO. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
- TREMPES BAGES FINA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
- ROBERT ANGUELIQUE. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
- GARCIA SEGURA ENRIQUETA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
- GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ. MEDICO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ GARCIA MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- SARASA SILVIA. ENFERMERO/A. CS LAFORTUNADA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detectamos la oportunidad de mejora en la evaluación del acuerdo de gestión.

En la medición de algunos indicadores, comparados con años anteriores, se obtuvieron resultados ligeramente inferiores.

Entre las posibles causas que hemos barajado, está la reestructuración de plantilla que se realizó el pasado año 2013 en nuestro CS.

Método de detección: Grupo nominal

Método de priorización: Comparación de pares

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general:

Aumentar el resultado del peso del producto de la cartera servicios 2014

Objetivos específicos:

- 1.- Aumentar la vacunación de la gripe en personas menores de 65 años de determinados grupos de riesgo.
- 2.- Aumentar el número de mujeres entre 55 y 74 años que tengan valorado el RCV.
- 3.- Incrementar el nº de pacientes obesos que reciban consejo sobre dieta y ejercicio físico.
- 4.- Todos los pacientes PAECD con Barthel <60 se les realizará la valoración enfermera.
- 5.- Mejorar la calidad de registro OMI-AP: cerrar los episodios agudos con último apunte superior a seis meses.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Plantear la revisión del cálculo en la estimación de la población diana, al tratarse la nuestra de una población envejecida.

Elaborar listados de pacientes de grupos de riesgo en los que está recomendada la vacunación antigripal.

Publicitar a nivel comunitario la campaña de vacunación antigripal y recomendarla individualmente a los menores de 65 años con indicación.

2.- Emitir listados poblacionales por sexo y edad: mujeres entre 55 y 74 años inclusivos

Realizar el cálculo en todas las mujeres con patología crónica en las visitas de seguimiento y en las que acudan a consulta, así como las que acuden a programas de cribado.

3.- Crearemos un DGP de IMC, para visualizarlo directamente en cada usuario.

Abriremos el episodio de obesidad e incluiremos en el Plan personal el plan de cuidados para cada obeso detectado.

4.- Elaboraremos listados de los PAECD de cada cupo previamente a la campaña de vacunación antigripal, y registraremos al menos una valoración enfermera realizada en la visita de la vacunación antigripal.

5.- Informaremos en reunión de equipo, a todos los miembros, el procedimiento operativo de cierre de episodios agudos.

6.- Convocar reuniones periódicas de todo el equipo para seguimiento del programa de calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores se van a monitorizar cada seis meses, a 31 de junio y a 31 de diciembre de 2014.

Se obtendrán del cohorte de la medición de los indicadores de la cartera de servicios que lleva a cabo la Gerencia de A.P.

INDICADOR I: Cobertura vacunación antigripal : <65 años determinados grupos de riesgo (%)

INDICADOR II: Pacientes se ha valorado y estratificado el RCV: mujeres entre 55-74 años (%)

INDICADOR III: Pacientes obesos han recibido consejo sobre dieta y ejercicio físico (%)

INDICADOR IV: Pacientes PAECD con Barthel <60 se ha realizado valoración enfermera (%)

INDICADOR V: Episodios abiertos de tipo agudo con fecha de último apunte superior a seis meses

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 mayo de 2014

Fecha de finalización: 31 diciembre 2014

CRONOGRAMA:

.- ABRIL: Reunión de equipo de calidad y reunión de todo el equipo del CS:

Detección y priorización de problemas.

Análisis del problema priorizado.

Diseño del cambio y acciones de mejora.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

485

MEJORA DEL PRODUCTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAFORTUNADA

- .- MAYO- JUNIO : Inicio de las acciones de mejora necesarias.
- .- JUNIO: Monitorizar el proceso
- .- JULIO: Reevaluación para verificar las medidas propuestas.
- .- JULIO-DICIEMBRE: Aplicar las acciones de mejora propuestas
- .- DICIEMBRE: Monitorizar el proceso

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

POBLACIÓN DIANA

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

168

1. TÍTULO

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO DEL MEDIO RURAL

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PUERTOLAS VILLACAMPA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- CORONAS FUMANAL CONCEPCION. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ALCAY MARIN FRANCISCO. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ALASTRUE PINILLA CARMEN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento de población anciana con patologías cardiovasculares hace que aumente el número de pacientes con tratamiento de anticoagulantes orales que precisan control del INR de manera periódica. Cada día es mas habitual que el control del TAO se realice en AP, por su mayor accesibilidad, la atención integral del paciente y la educación de este.

Este tratamiento requiere frecuentes controles para ajustar la dosis y para prevenir las posibles complicaciones. Se pretende estudiar como todos estos factores pueden influir en el deterioro de la calidad de vida de nuestros pacientes anticoagulados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer la calidad de vida de los pacientes anticoagulados.

Identificar posibles complicaciones del tratamiento anticoagulante.

Valorar la necesidad de aumentar la educación para mejorar su calidad de vida.

Conocer las limitaciones que el tratamiento anticoagulante produce en su vida diaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para conseguir los objetivos planteados, se realizara un proyecto de investigación.

Un estudio descriptivo analítico de caso-control.

Para ello seleccionaremos aleatoriamente 60 pacientes anticoagulados con control de INR y 60 pacientes sin tratamiento anticoagulante.

Se les pasara a las cascos, la escala SF-36 y la escala PACT-Q y a los controles solo la escala SF-36. Se analizaran los datos segun el programa SSP versión 15.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Prevalencia de población anticoagulada en nuestro centro de salud de Monzon Rural.

Conocer la proporción de pacientes que necesitan aumentar la educación en el tratamiento anticoagulante para mejorar su calidad de vida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha prevista de inicio: Del día 21 de Abril al 1 de junio del 2014, se realizaran las encuestas a los dos grupos.

Fecha prevista de finalización del proyecto: 16 de septiembre de 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

437

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN UN EAP URBANO

2. RESPONSABLE OLGA GUALLARTE HERRERO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MONZON URBANO
- Localidad MONZON
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PELLICER CEMELI FLOR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MONZON URBANO. JEFE DE ADMISION
- BLASCO GONZALEZ ISABEL. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. COORDINADOR MEDICO
- PERA FERRAZ CARMEN. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. SUBCOORDINADOR DE ENFERMERIA
- LOPEZ GIL ANTONIO. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. SUB-COORDINADOR MEDICO
- CAMPO AMOROS PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MONZON URBANO. AMINISTRATIVO DE APOYO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con el siguiente proyecto queremos implementar soluciones como consecuencia de la alta presión asistencial que tienen los centro de salud urbanos en general y la imposibilidad del usuario de encontrar cita para el día que acude al centro de salud demandándola:

1-Sobre los pacientes:

Con el objetivo final de Mejorar la seguridad del paciente, intentar disminuir los tiempos de espera entre los pacientes sintomáticos y con signos de alerta y la solución clínica a la demanda asistencial. Los procedimientos burocráticos que en este momento consumen parte elevada de la jornada asistencial, reducen la capacidad resolutoria del EAP

2-Sobre los profesionales:

Mejorando la coordinación interna en el EAP y posibilitando el adecuado desarrollo de la actividad asistencial

3-Sobre la organización:

Evitando la duplicidad en las consultas, generando demoras que pueden solucionarse con una adecuada organización interna

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tras la puesta en marcha de este proyecto de mejora definiremos:

1- Un flujograma con responsables en cada uno de los estadios intermedios y unos tiempos máximos de espera ante la demanda de un paciente que no tiene cita para el día (máximo al día siguiente) con su Médico de Atención Primaria.

2-Definiremos el proceso asistencial de "Recepción y acogida al paciente indemorable" y realizaremos un protocolo consensuado con los niveles asistenciales de Admisión, Enfermería y Medicina

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras la valoración inicial de la situación y la percepción por parte del EAP del aumento de pacientes indemorables que acuden diariamente al Centro de Salud, estableceremos las siguientes actividades:

1- Definiremos un Flujograma cuyos responsables de implementación será el Servicio de Admisión

2-Aprobar un protocolo consensuado entre el equipo cuyos responsables de seguimiento y mejora serán Enfermería y Medicina

3-Evaluación y puesta en marcha de una protocolo para dos procedimientos más comunes en la asistencia hasta su total definición

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En la última encuesta de satisfacción en el año 2013, el EAp Monzon Urbano sería recomendado por el 92.9% de los usuarios del Centro de Salud

En la citada encuesta detectamos al menos tres indicadores que deben ser mejorados y que proponemos para el proyecto de mejora actual

- Indicador 1: "posibilidad de coger día y hora para su consulta" con resultado actual de 56.1%
- Indicador 2: "tiempo de espera hasta entrar en la consulta" con un resultado de 41.9%
- Indicador 3: "facilidad para conseguir cita" con el resultado del 59.1%

Para mejorar los resultados ,se elaborará una encuesta por el EAp con los tres indicadores citados anteriormente a mitad del programa de mejora para evaluar procesos intermedios y detectar áreas de mejora con el fin de corregir posibles desvíos

El objetivo final sera conseguir al menos en dos de los tres indicadores propuestos un valor en la encuesta de satisfaccion del año 2014 de un 60

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

437

PROGRAMA DE MEJORA EN EL PROTOCOLO DE RECEPCION, ACOGIDA Y CLASIFICACION DE PACIENTES EN UN EAP URBANO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Primer Trimestre del 2014: análisis de la situación
-Segundo Trimestre del 2014: generar protocolo, definir flujograma y formación de los profesionales
-Tercer Trimestre del 2014: implantación progresiva y elaboración de la encuesta propia
-Cuarto Trimestre del 2014: despliegue de la encuesta y analisis de los resultados,
-Evaluacion y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (2015)

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. gestion por procesos clinicos y administrativos

OTRA PALABRA CLAVE 2. Información-relación-accesibilidad del usuario

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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

198

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA DETERMINACION DEL INR EN ATENCION CONTINUADA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

2. RESPONSABLE OSCAR SOLENZAL ALVAREZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPE DALMAU ISABEL. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ORDAS LAFARGA OLGA. MEDICO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- VAZQUEZ FERNANDEZ JAQUELINE. MEDICO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- ESCOLANO EZQUERRA SILVIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP
- CARRION PAREJA ROSA. ENFERMERO/A. CS MONZON RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ESCABOSA ARNAL NATALIA. ENFERMERO/A. CS MONZON URBANO. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los pacientes en tratamiento con fármacos anticoagulantes, pueden tener diferentes complicaciones que están o pueden estar en relación con su cifra de INR.

En Atención Continuada estas complicaciones pueden ser causa de necesidad de atención sanitaria e influir dicha determinación en las decisiones a tomar por parte de los profesionales sanitarios. Influye especialmente en Atención Continuada por no ser el personal sanitario habitual que acompaña y sigue su proceso de anticoagulación, a veces, a la atención sanitaria, puede acompañar el desconocimiento de la evolución de su patología crónica.

La población atendida en un PAC es la población estable de la zona básica de salud, conocida en los equipos de Atención Primaria, y también se atiende a población que precisa una atención urgente desplazada.

Esta amalgama de población genera en pacientes en tratamiento con fármacos anticoagulantes, la aparición de diferentes complicaciones en relación con el uso o no de estos fármacos, donde se genera la necesidad de obtener una determinación de INR de forma instantánea.

Este proyecto trata de valorar si existe la necesidad de la determinación del dato de INR en Atención Continuada.

Objetivos generales:

Conocer la casuística de complicaciones que surgen en Atención Continuada y que precisan en ese momento la determinación del INR sin poder aplazarlo hasta el siguiente día

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Demostrar la necesidad de la determinación del INR en la toma de decisiones de la práctica clínica en el PAC de Monzón.

Minimizar las complicaciones derivadas de la alteración del rango del INR en pacientes en tratamiento con fármacos anticoagulantes.

Favorecer la mejor coordinación entre AP y AE en caso de alteración significativa de INR con sospecha de complicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Seguimiento de las recomendaciones específicas de nuestro sector..
- Implicación del personal que trabaja en AC.
- Fomentar la formación interna.
- Formación e instrumentalización en el manejo de aparatos de determinación de INR y adiestramiento e interpretación en su uso y resultados.
- Recogida de datos por parte de todo el personal de AC del PAC Monzón en hoja específica de registro.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Número de pacientes en tratamiento con fármacos anticoagulantes que consultan por patología cardiovascular urgente y que es precisa la determinación del INR en ese momento / número pacientes en tratamiento anticoagulante

Número de pacientes remitidos desde el PAC hacia el servicio de urgencias del H. Barbastro por una complicación de su patología y son derivados por desconocimiento de cifra de INR / total de pacientes remitidos desde el PAC hacia el servicio de urgencias del H. Barbastro

Número de pacientes remitidos al H. Barbastro activando un código ictus donde fue preciso conocer el INR que tenía el paciente / total de pacientes remitidos al H. Barbastro activando el código ictus

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

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

Abril 2013- Reunión del equipo de mejora y designación de responsable.

Elaboración hoja de recogida de datos.

Información y comunicación a todo el equipo de trabajo del PAC Monzón (médicos, enfermeras y celadores).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

198

UTILIZACION DE LA DETERMINACION DEL INR EN ATENCION CONTINUADA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

Mayo- 1 de mayo. Inicio recogida de datos.

Octubre- 31 de octubre. Ultimo día recogida de datos.

Noviembre- Análisis y evaluación de resultados.

2014: Propuestas de nuevas acciones de mejora

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Mayores de 18 años

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

430

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CANCER COLORRECTAL EN POBLACION DE RIESGO MEDIO Y ALTO 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.

- MILLASTRE BOCOS JUDITH. MEDICO/A. H BARBASTRO.
- HARB SAID JAMAL. MEDICO/A. H BARBASTRO.
- GARCIA MINGUEZ MARIA. MEDICO/A. CS MONZON URBANO.
- BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
- VIDALLER BORRAS JUAN. MEDICO/A. CS BARBASTRO.
- TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BINEFAR.
- COLL CLAVERO JUAN. INFORMATICO/A. H BARBASTRO

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 morbilidad 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. - Elaboración del protocolo "Programa de prevención de cáncer colorrectal en población de riesgo medio en el sector sanitario de Barbastro"

- Elaboración del protocolo "Programa de prevención de cáncer colorrectal en población de riesgo alto en el sector sanitario de Barbastro"
- Planificación del Programa de prevención de cáncer colorrectal en población de riesgo medio para el cribaje de la población diana antes de 2 años (cronogramas, formación, estimaciones estadísticas, etc)
- Creación de una agenda específica para endoscopias digestivas del Programa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aprobar los protocolos elaborados y colgarlos en la intranet del sector

- Inclusión progresiva de los CS en el programa (planificación-cronograma)
- 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
- Adecuación de los tiempos diagnósticos y de demora a la capacidad real de los EAP y del servicio de digestivo (% de participación, % de pruebas positivas, número de consultas de AP, número de colonoscopias solicitadas por el programa).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Análisis de la situación y adaptación de la planificación (cronograma, número de cartas) a las posibilidades reales del servicio de digestivo y de Atención Primaria

- Formación previa en los CS en los que se va a iniciar el Programa (según cronograma de implantación)
- Implantación progresiva en varios centros de salud
- Definir flujogramas para vigilancia de pólipos colónicos, familiares de pacientes con CCR
- Crear una consulta de alta resolución para pacientes sintomáticos con síntomas de alarma en el Hospital de Barbastro
- Establecer una vía de diagnóstico rápido para pacientes de alto riesgo sintomático

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

430

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

- 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
- Aumentar la coordinación entre los diferentes servicios implicados. Reducir los tiempos de espera: estudios 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)
 - Tasa de participación en el Programa: Población entre 60 y 69 años que participa en el Programa / Población entre 60 y 69 años adscrita a las Zonas Básicas de Salud
 - % de SOHi positivas: N° de pruebas SOHi asociadas al programa / N° de SOHi solicitadas
 - Demora para el diagnóstico: Número de días que transcurren desde que se conoce que el resultado positivo de una prueba SOHi hasta la cita para colonoscopia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis de la situación (abril 2014)
Implantación y comienzo del Programa (mayo 2014)
Análisis de indicadores: tras más de 2500 pacientes citados (octubre 2014)
Estudio para la reducción de tiempos de espera (Año 2015)
Propuestas de nuevas acciones de mejora (Año 2015)

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN 0 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 |
| 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

015

DEPURACION DE LAS BASES DE DATOS DE OMI MEDIANTE ENVIO AL PASIVO DE ALTAS RAPIDAS REALIZADAS EN OMI Y FUSION DE LAS HHCC DUPLICADAS

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE DOMINGUEZ SANZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las bases de datos de OMI contienen muchas "altas rápidas" que se realizan sobre todo en horarios de Atención Continuada cuando no hay personal administrativo en los Servicios de Admisión para proceder al alta en la forma correcta, a través de la BDU. Como consecuencia de ello se producen duplicidades de HHCC lo que lleva a una dispersión de la información de tipo clínico y propicia errores en la identificación y citación de los usuarios. También puede distorsionar los resultados de la Cartera de Servicios de los EAP.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Depuración de las bases de datos de OMI del Sector de Barbastro mediante:

- Envío al pasivo altas rápidas sin movimiento en el último año.
- Fusión de las HHCC duplicadas.

Mejora de resultados de la Cartera de Servicios.

Evitar errores de identificación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En colaboración con el CAU, se realizará, anualmente:

1. Envío al histórico de HHCC en alta rápida (tipo S o tipo D sin CIA) cuya hc no haya tenido movimientos a partir de las fechas indicadas en el calendario abajo señalado (lo hará el CAU).
2. Solicitud al CAU de listados de HHCC que estando activas y realizadas a través de BDU, tengan HC duplicada en el pasivo.
3. Solicitud al CAU de listados de HHCC en el pasivo con HC duplicadas también en el pasivo.
4. Fusión de las HHCC señaladas por los citados listados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de HHCC en alta rápida enviadas al pasivo (por EAP) / nº de HHCC totales (EAP).

2. Numero de HHCC fusionadas (EAP)/ nº de HHCC totales (EAP).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. NOVIEMBRE-14.

1. Envío al pasivo de HHCC en alta rápida que no hayan registrado movimientos en fecha posterior a 31-12-2013.

2. Fusión de HHCC que tengan duplicados en el histórico.

3. Fusión de HHCC en el histórico con duplicados también en el histórico.

Todo ello con la colaboración del CAU.

Repetir pasos 1 a 3: No movimientos con fecha posterior a:

Noviembre-15 31-12-2014

Noviembre-16 31-12-2015

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. 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

428

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE CRIBADO DE CANCER CERVICOUETRINO 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 .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BUERA AGRAZ JAIME. PERSONAL TECNICO NO TITULADO. H BARBASTRO.
- CALDERON GRAU PILAR. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO.
- CAVERO CEREZA ANA. MATRONA. DAP BARBASTRO.
- LAPENA LLERA ANABEL. MATRONA. DAP BARBASTRO.
- GUAYARTE HERRERO OLGA. ENFERMERO/A. DAP BARBASTRO

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

Cobertura:

2011: 46,7%; 2012: 49,0%; 2013: 62,2013: 62,4%

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- Formación, difusión del protocolo.
- Citación:
- En consulta de enfermería para registrar aquellas mujeres con citología ya realizada y programar seguimiento.
- En consulta de matrona para realizar cribado.

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. - 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 e inclusión de tiempo de realización de la última citología.
- Redacción y envío progresivo de cartas a los domicilios de la población diana. Se adjuntará tríptico

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

428

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

informativo.

- Estudio de la viabilidad para envío de SMS a las mujeres no cribadas, invitándolas a participar en el programa. Se colgará el tríptico informativo en la página web del sector

- 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. Nº de SMS enviados por Zona de Salud

% de mujeres que han respondido a la invitación al cribado tras el envío de SMS

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

Revisión de los circuitos de derivación para resultados positivos (HSIL) antes de fin de 2014.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SQL, población diana (segundo trimestre 2014)

Envío de SMS (tercer trimestre 2014)

Evaluación (primer trimestre 2015)

Propuestas de nuevas acciones de mejora

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

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. 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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

1. TÍTULO

¿SE ESTAN UTILIZANDO BIEN LOS GUANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA?

2. RESPONSABLE VANESA BARBA LATAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro UNIDAD DOCENTE MF Y C HU
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERNANDEZ LOPEZ LUCIA. EIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU. UNIDAD DOCENTE
- PUY FORADADA JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
- MONCLUS MURO ANA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. RURAL
- BADIA PLAYAN CARRODILLA. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. URBANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La propuesta de la Alianza Mundial puesta en marcha por la OMS en el 2004, con el lema "Soluciones para la seguridad del paciente", pone de manifiesto la importancia de la implementación de mejoras en seguridad.

Por ello, tras la observación de la gran variabilidad en la elección de diferentes tipos de guantes en la práctica enfermera diaria y la mala praxis de su uso en relación a técnicas estériles, hemos creído conveniente la elaboración del presente proyecto de mejora.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- Mejorar la seguridad del paciente
- Establecer recomendaciones en el ámbito de Atención Primaria para disminuir en la medida de lo posible la variabilidad por parte del personal de enfermería en el uso de guantes y facilitar su elección
- Evitar infecciones asociadas a la mala elección del guante y los costes derivados
- Utilizar los recursos de forma eficiente, adecuando el guante a cada situación concreta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Definir las recomendaciones acerca del uso adecuado de guantes según evidencia científica y elaborar el protocolo "Uso adecuado de guantes en Atención Primaria" según los formatos del sector

- Elaboración de una Guía de bolsillo
- Implantación progresiva de las recomendaciones incluidas en el protocolo/guía.
- Evitar la exposición de riesgo biológico a los trabajadores
- Evitar reacciones dermatológicas en el personal (uso de material indebido, alergia látex...)
- Adecuar el gasto a las necesidades reales
- Evaluación de la mejora en los resultados de buen uso mediante una encuesta

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

- Selección de grupo de trabajo
- Elaborar un protocolo de uso basado en la evidencia científica actual
- Elaborar una guía de bolsillo
- Formación para el personal: sesiones clínicas
- Inclusión de las recomendaciones en la Intranet del Sector
- Envío del protocolo por e-mail para su difusión
- Implantación progresiva en varios centros de salud, comenzando por el CS Barbastro
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mejora de los indicadores siguientes:

- % de enfermeras que utilizan guantes cuando no es necesario
- % de enfermeras que no utilizan guantes cuando es necesario
- % de enfermeras que utilizan guantes estériles en situación estéril
- % de enfermeras que utilizan guantes no estériles en situación no estéril

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Análisis de la situación y selección de grupo de trabajo (ABRIL 2014)

- Elaborar del protocolo y de la guía de bolsillo (JUNIO 2014).
- Sesiones clínicas, inclusión del protocolo en Intranet del Sector y envío por e-mail. (SEPTIEMBRE 2014)
- Implantación en varios centros (NOVIEMBRE 2014)
- Evaluación (FEBRERO 2015)

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. 3 Bastante
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

¿SE ESTAN UTILIZANDO BIEN LOS GUANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA?

- | | |
|--|------------|
| 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

007

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PATOLOGIA ADICTIVA EN UNA UNIDAD DE ATENCION Y SEGUIMIENTO A LAS ADICCIONES

2. RESPONSABLE MARTA PILAR JIMENEZ CORTES

- Profesión MEDICO/A
- Centro UASA BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA GILART RAQUEL. PSICOLOGO/A. UASA BARBASTRO. PSIQUIATRIA
- HERNANDEZ PARICIO JAZMINA. TRABAJADOR/A SOCIAL. UASA BARBASTRO. PSIQUIATRIA
- SIESO SEVIL ANA ISABEL. ENFERMERO/A. UASA BARBASTRO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras la apertura de la Unidad en 2009, hemos ido detectando necesidades básicas en el día a día.

Consideramos importante la atención que el usuario recibe en consultas pero también creemos que es imprescindible que éste reciba información acerca de las sustancias de mayor prevalencia de consumo, sus efectos, consecuencias... Completando la atención integral que muchos de los pacientes reciben en las consultas y grupos de terapia, con sesiones de psicoeducación y educación para la salud, la Unidad puede ser un entorno de adquisición de conocimientos, herramientas y estrategias que refuercen el tratamiento de la patología adictiva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor conocimiento por parte de los usuarios de la Unidad sobre la patología adictiva y sus consecuencias. Mejorar el funcionamiento del Servicio y la relación usuario-profesional. Promover una visión crítica sobre la patología adictiva que favorezca la dialéctica en consultas y el debate en las sesiones grupales correspondientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los profesionales de la Unidad se reunirán para fijar los objetivos y contenidos de los materiales a trabajar.

A esta reunión acudirán:

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Enfermera
- Trabajadora Social

El material informativo (en formato "panel" o poster), contendrá información relativa a las sustancias de consumo más prevalentes: Alcohol, Cocaína y otros psicoestimulantes, Cannabis, Opiáceos y Benzodiacepinas, correspondientes a algunos de los programas de tratamiento de nuestra Unidad. Esta información incluirá datos sobre el consumo, consecuencias psicológicas, físicas y sociales del mismo...

Se elegirá una ubicación dentro de la Unidad donde se colocará el material informativo.

Se proporcionará una encuesta de satisfacción que será trasladada a los usuarios de la Unidad para valorar la acogida de esta iniciativa una vez implementada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Resultados de la encuesta de satisfacción:

- Medida de la diferencia entre usuarios satisfechos e insatisfechos con la información
- Porcentaje de pacientes satisfechos
- Valoración en consultas individualizadas y grupos de terapia de la utilidad de la información aportada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: Abril de 2014.

Abril 2014: reunión de los profesionales de la Unidad y toma de decisiones. Reparto de tareas.

Mayo-Junio 2014: Colocación del material informativo.

A partir de Julio-2014: reparto de encuestas de satisfacción a los usuarios.

Mantenimiento de forma indefinida de la información si las encuestas son satisfactorias.

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

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. 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. | 2 Poco |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

082

1. TÍTULO

PROGRAMA GRUPAL DE MEJORA DE LA GESTIÓN EMOCIONAL EN USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANA ISABEL SIESO SEVIL

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro UASA BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA GILART RAQUEL. PSICOLOGO/A. UASA BARBASTRO. PSIQUIATRIA
- JIMENEZ CORTES MARTA PILAR. PSIQUIATRA. UASA BARBASTRO. PSIQUIATRIA
- HERNANDEZ PARICIO JAZMINA. TRABAJADOR/A SOCIAL. UASA BARBASTRO. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es habitual observar en los pacientes atendidos en nuestra Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones dificultades para la adaptación y afrontamiento de las presiones y demandas del medio. La valoración diagnóstica nos muestra que estos sujetos adolecen de un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales que están en la base de sus dificultades de adaptación. En este sentido, el concepto de Inteligencia Emocional (IE) podría contribuir a entender dichas dificultades.

La IE se define como la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás (Mayer y Salovey, 1997). Algunos investigadores sugieren que las personas con un menor IE se implican más en conductas autodestructivas tales como el consumo de drogas (Cantó, Fernández-Berrocal, Guerrero y Extremera, 2005; Trinidad y Johnson, 2002).

Aunque la adicción a las drogas depende de una amplia variedad de factores (genéticos, variables de personalidad, socioculturales), las personas adictas poseen un perfil que se caracteriza por tener grandes dificultades para manejar sus emociones, recurriendo al consumo de drogas como forma externa de autorregulación para mitigar estados emocionales negativos o para provocar otros más placenteros (Trinidad y Johnson, 2002).

Diferentes estudios han mostrado que los consumidores de sustancias adictivas tienen una menor capacidad para conocer e interpretar el significado de sus emociones así como una menor habilidad para expresar sus emociones y empatizar con los sentimientos de los demás (Ciarrochi, Forgas y Mayer, 2001).

Por todo ello queremos desarrollar un programa de intervención grupal para mejorar las competencias emocionales de los usuarios de la U.A.S.A. que a su vez redundará en una mejor capacidad de afrontamiento y adaptación al medio, una mejora de sus relaciones interpersonales y por tanto, de su calidad de vida.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollo y mejora de las competencias emocionales: atención, comprensión y regulación de las emociones, en los usuarios asistentes al programa.

Mejora de las estrategias de afrontamiento de los usuarios a las demandas de su vida cotidiana.

Mejorar la eficacia de las intervenciones realizadas desde esta Unidad para iniciar y mantener la abstinencia a drogas de los usuarios.

Mejorar la calidad de vida de los usuarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El Programa de gestión emocional será llevado a cabo por los componentes del equipo de mejora. Se realizará una reunión inicial en la que se elaborarán los contenidos de las sesiones y selección de los instrumentos de evaluación. El programa constará de 10 sesiones grupales de 90 minutos de duración cada una. La frecuencia será semanal. La estructura de las sesiones se ajusta siempre al mismo formato.

Esquema de las sesiones:

- Acogida de los participantes y revisión de las tareas intersecciones.
- Exposición de los contenidos teórico-prácticos previstos para esa sesión.
- Entrega del material escrito de los contenidos de cada sesión

Contenidos de las sesiones:

- Sesión 1: Conceptos básicos sobre las emociones.
- Sesión 2: Identificación de emociones.
- Sesión 3: Estilos de Afrontamiento
- Sesión 4: Estrategias de autorregulación del pensamiento I
- Sesión 5: Estrategias de autorregulación del pensamiento II.
- Sesión 6: Estrategias para el manejo de la ira .
- Sesión 7: El manejo de la ansiedad I
- Sesión 8: El manejo de la ansiedad II
- Sesión 9: Habilidades sociales I
- Sesión 10: Habilidades Sociales II

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

082

PROGRAMA GRUPAL DE MEJORA DE LA GESTIÓN EMOCIONAL EN USUARIOS DE LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

Las sesiones serán conducidas por dos miembros del equipo según el contenido de las mismas.

Utilizaremos el formato grupal considerándolo más adecuado para esta intervención por las siguientes razones:

- Favorece el desarrollo de la independencia del paciente, estimulando la percepción de autoeficacia.
- Compromiso público de cambio ante el resto del grupo.
- Reforzar la motivación para el cambio.
- Aprendizaje a través de la experiencia del resto de componentes del grupo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Creación del programa de mejora de la gestión emocional para los usuarios de la U.A.S.A. del sector de Barbastro.

- Asistencia de los usuarios al 70% de las sesiones.
- Mejora de la atención, comprensión y regulación emocional después de la intervención medido a través del cuestionario TMMS-24.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realizaremos la reunión inicial de equipo el 10 de abril de 2014.

La evaluación de los asistentes al programa a través de los instrumentos seleccionados se iniciará el 24 de abril de 2014.

El programa grupal de intervención tendrá lugar del 8 de mayo al 10 de julio.

La evaluación posintervención se realizará a partir de julio de 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 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

166

1. TÍTULO

INTERVENCION CLINICO-PSICOLOGICA EN UN GRUPO DE PACIENTES OBESOS DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO. COORDINACION MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE TERESA MORA PARDINA

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro USM BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. USM BARBASTRO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BURGASE ESTALLO IRENE. MEDICO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA
- GONZALEZ GARCIA MARISA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. USM BARBASTRO
- BLASCO GONZALEZ ELENA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ENDOCRINOLOGIA
- PALACIN ARIÑO CLARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La obesidad es un problema de Salud Pública de elevada prevalencia, y su incidencia continúa aumentando. Por los datos recibidos de la Dirección de Atención Primaria en el Sector de Barbastro hay unos 15.500 usuarios mayores de 14 años con obesidad (IMC entre 30 y 40), lo que representa una prevalencia poblacional aproximada del 16,4%.

Por otro lado, se ha observado en las USM un aumento de patologías con trastornos alimentarios y unos malos hábitos psico-educativos relacionados con el cuerpo y la alimentación.

La obesidad, lejos de ser un problema estético, es un problema de salud importante por su papel en los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades físicas (hipertensión, diabetes, artritis o trastornos cardiovasculares en general). Además, también supone un factor de riesgo para problemas de naturaleza psicológica (depresión, ansiedad, hostilidad, aislamiento social, anorexia, bulimia,...)

Es clara la importancia concedida a la influencia de factores cognitivos y comportamentales en el desarrollo mantenimiento del problema de la obesidad.

La intervención terapéutica que se plantea en el proyecto de calidad se centra no solo en la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física para que los pacientes adelgacen, sino también en la modificación de variables cognitivas y conductuales asociadas.

Descripción del programa:

El objetivo prioritario de este programa de intervención, además de conseguir pérdidas de peso, también sería la modificación de hábitos poco saludables y de los factores psicológicos asociados a la obesidad.

El programa lo dividimos en tres fases:

1.- Pretratamiento:

- Información sobre la intervención en grupo
- Evaluación individualizada con los diferentes profesionales que intervienen en el proyecto (endocrinología, psicología clínica, DUE, nutricionista)
- Entrevista estructurada sobre hábitos alimenticios. Test
- Historia clínica individual
- Medidas de peso
- Inventario de ansiedad (ISRA o Stai)
- Evaluación psicológica
- Registros

2.- Tratamiento:

Se centra en el aprendizaje de una serie de técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la mejora de sus hábitos de alimentación y a la modificación de distintas variables psicológicas asociadas a la obesidad. Mejoría de la actividad física, la pérdida de peso vendrá añadida.

Se realizarán:

- Sesiones informativas médicas y de psicología
- Elaboración de menús. Registros
- Autocontrol
- Relajación
- Reestructuración cognitiva
- Control de hábitos saludables, ejercicio físico añadido
- Habilidades sociales
- Ocio y tiempo libre
- Ejercicio físico (monte, etc)
- Se reanudarán lecturas y se hará pase de películas sobre la obesidad (fuera de la sesión)

3.- Postratamiento:

Se evalúan de nuevo las variables de ansiedad, hábitos alimenticios, ejercicio físico y pérdida de peso. Serán los mismos instrumentos utilizados en el pre-tratamiento:

- Entrevista estructurada sobre hábitos alimenticios y hábitos saludables.
- Inventario de ansiedad (ISRA o Stai)
- Medidas de peso. Valorar pérdida de peso

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar la atención clínico-psicológica de este grupo de pacientes obesos
- Dejar constancia que el trabajo multiprofesional ayuda a mejorar en muchas patologías físicas y psicológicas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

166

1. TÍTULO

INTERVENCION CLINICO-PSICOLOGICA EN UN GRUPO DE PACIENTES OBESOS DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO. COORDINACION MULTIDISCIPLINAR

- Mejorar la colaboración y coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada del Hospital de Barbastro
- Ampliar información, seguimiento y continuidad en la mejora de hábitos saludables para la vida personal

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar hábitos alimenticios
- Mejorar hábitos psicoeducativos
- Aumentar la actividad físico-deportiva
- Conocer manejo y control de la ansiedad. Técnicas respiratorias
- Mejorar calidad de vida con mejor bienestar físico y psicológico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El programa de intervención será GRUPAL (máximo 12 personas), con reuniones quincenales y semanales, de una 1 hora y 45 minutos. La duración será de 6 meses. Los encuentros grupales se realizarán en la sala de reuniones de la USM Barbastro.

FUNCIONES DE LOS DIFERENTES MIEMBROS DEL EQUIPO DE MEJORA

1. ENDOCRINOLOGÍA (Dra. Burgasé):

- Sesiones informativas sobre los problemas físicos de la obesidad, factores de riesgo, complicaciones clínicas... Ruegos y preguntas

- Entrevista-control y revisión clínica individualizada
- Colaboración en complicaciones físicas que pudieran surgir

2. NUTRICIÓN (DUE Clara Palacín)

- Entrevista y control individualizado en el seguimiento de la dieta de cada paciente del grupo
- Sesiones informativas sobre hábitos alimenticios. Dietética
- Menús. Modificaciones

3. USM ENFERMERÍA (DUE Marisa González)

- Control y revisión de registros pautados en el grupo
- Sesión informativa sobre hábitos saludables en la vida y en la alimentación
- Registro y control de peso, constantes clínicas, estimulación hacia ejercicio físico

4. USM PSICOLOGÍA CLÍNICA (Teresa Mora)

- Entrevista psicológica individual. Evaluación
- Sesiones grupales para formación en manejo y control de la ansiedad
- Técnicas de relajación. Técnicas respiratorias
- Técnicas conductivo-conductuales
- Resolución de problemas
- Habilidades sociales, etc

- Coordinación entre el equipo multiprofesional y presencia en todas las sesiones grupales. Se añadirán a las sesiones, proyecciones de películas, lectura de textos, etc, relacionados con la obesidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La muestra de población serán 10 o 12 pacientes del sector de Barbastro derivados del servicio de endocrinología y psicología clínica de la Unidad de Salud Mental.

- Personas de obesidad moderada (41-100% sobre el peso ideal)
- Personas de obesidad severa (100% sobre el peso ideal) pendientes de ser intervenidas en cirugía bariátrica, y otras ya intervenidas y otras sin plantear intervención
- Edad: entre 30 y 50 años aproximadamente
- Sexo: hombres y mujeres (mayoría)

La evaluación será el post-tratamiento de la intervención:

- Número de sesiones realizadas por el grupo (al menos una al mes)
- % de pacientes inscritos que no acuden a las sesiones (o % de abandonos)
- Media de reducción de peso (pre y post)
- Test de ansiedad (mejora entre pre y post)
- Test de calidad de vida (mejora entre pre y post)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Análisis de la situación (primer trimestre 2014)

- Creación del grupo de obesidad y sesiones grupales (segundo y tercer trimestre 2014)
- Realización de protocolos (primer trimestre)
- Evaluación del proyecto y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (cuarto trimestre 2014)

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN 0 PACIENTES. Obesos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

262

1. TÍTULO

PROYECTO DE CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FARMACOS ESTABILIZANTES DEL ANIMO: 'LA CLINICA DEL LITIO'

2. RESPONSABLE ANA SUSIN NAVARRO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro USM FRAGA
- Localidad FRAGA
- Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENEZ CORTES MARTA PILAR. PSIQUIATRA. USM FRAGA. PSIQUIATRIA
- DOMPER GARANTO MIGUEL ANGEL. PSICOLOGO/A. USM FRAGA. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La clínica del Litio pretende ser un servicio ambulatorio, dedicado al estudio, tratamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedad maniaco-depresiva que reciben carbonato de litio. Este programa se enmarca dentro del concepto moderno de "clínica", es decir, un servicio especializado en el manejo interdisciplinario de un problema específico mediante una serie de actividades diferentes pero complementarias. El objetivo principal de este programa, disminuir la duración, la frecuencia y la intensidad de las crisis afectivas, se implementa mediante la utilización del método psicoeducacional, es decir a través de la instrucción de los pacientes sobre la enfermedad y la medicación, fomentando una comunicación y una relación más estrecha entre el Centro de Salud Mental y el paciente.

La enfermera es la responsable de coordinar la clínica del litio y la organización entre psiquiatra responsable, laboratorio, administración ...

El paciente debe ser capaz de identificar un inicio de descompensación, como también las posibles interacciones del tratamiento con fármacos habituales como diuréticos y antiinflamatorios, e incluso antes de comenzar una dieta o si tiene un proceso febril debe conocer los riesgos de deshidratación y el correspondiente aumento de niveles plasmáticos de litio.

Los objetivos pasan por:

- Instaurar y continuar el tratamiento con litio y otros estabilizadores del ánimo.
 - Fomentar el buen cumplimiento del fármaco.
 - Labor psicoeducativa respecto a la enfermedad, el fármaco, sus efectos adversos, interacciones...
 - Evitar efectos adversos graves indeseables por toxicidad del fármaco.
- El carbonato de litio es un fármaco que disminuye la intensidad y la frecuencia de los episodios maniaco-depresivos. En estos episodios el paciente sufre cambios de ánimo que varían de la euforia a la profunda depresión. El carbonato de litio actúa inhibiendo la despolarización (neutralización de la polaridad de la superficie de la membrana de las células nerviosas) que provocan las catecolaminas (transmisores químicos del impulso nervioso) en el sistema nervioso central.

Los efectos adversos del tratamiento con litio se desarrollan ocasionalmente, aún con las cifras de concentración sérica de Li dentro de niveles adecuados. No son peligrosos pero puede ser molestos para el paciente y deben ser distinguidos de los signos de intoxicación.

Durante los primeros 10-15 días de tratamiento son más frecuentes y luego disminuyen progresivamente en su intensidad y frecuencia hasta desaparecer. Los principales efectos colaterales indeseables son: fino temblor, sobre todo en las manos (no cede con la administración de antiparkinsonianos, pueden ceder con beta-bloqueantes); polidipsia y poliuria, náuseas, dolores epigástricos, diarrea de escasa intensidad o heces blandas, debilidad muscular, escaso aumento de peso corporal en el 50 % de los pacientes, dificultades de la memoria. La poliuria, debida a inhibición de la formación de AMPc en los túbulos, puede llevar a una diabetes insípida nefrótica, que responde a los tiazídicos o la amilorida.

Una elevada concentración de tiroxina plasmática, indicativa de hipotiroidismo puede aparecer en 10 a 20 % de los pacientes tratados con Li, pero un hipotiroidismo clínico franco es muy raro. El Li inhibe la síntesis y liberación de las hormonas tiroideas e induce la formación de anticuerpos antitiroideos, en personas susceptibles. El bocio hipotiroideo producido por el Li, puede ser tratado con hormonas tiroideas.

Otros efectos muy pocos comunes durante el tratamiento con sales de litio son: hipertrofia de las glándulas salivales, disminución de la libido, reacciones alérgicas en la piel, caída del cabello, desarrollo de acné, intolerancia del alcohol, cefaleas y más raramente convulsiones epileptiformes. Las funciones mentales del paciente no se alteran, pudiéndose observar solamente embotamiento mental o ligera pérdida de memoria.

La intoxicación con sales de litio ocurre por sobredosis. Esta puede ser aguda (intentos suicidas) o crónica: por falta de control terapéutico, desarrollo de afecciones renales o cambio en la ingestión inicial de sodio. En casos graves y agudos se observa un rápido desarrollo del cuadro tóxico, con pérdida de la conciencia y coma, gruesos temblores, fasciculaciones, rigidez e hipertensión muscular. Puede ocurrir convulsiones y síntomas neurológicos depresión respiratoria y muerte. En caso de sobredosis crónica, la aparición de los síntomas tóxicos, es progresiva y gradual con síntomas prodómicos durante varios días: náuseas y vómitos intensos, diarrea marcada, temblores gruesos, somnolencia, vértigo y dificultad para hablar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detección precoz de descompensación afectiva y trabajo en equipo con los profesionales del Centro de Salud mental (psiquiatra, psicólogo).
- Detección de reacciones adversas que requieran de cambio de fármaco o vigilancia de dosis óptimas.
 - Seguimiento en pacientes con potencial riesgo de intoxicación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

262

PROYECTO DE CREACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON FARMACOS ESTABILIZANTES DEL ANIMO: 'LA CLINICA DEL LITIO'

- Fomentar adherencia a consultas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se describen a continuación los procedimientos y controles a efectuar además del manejo diario del paciente en tratamiento con Litio:

ANTES DE INICIAR UN TRATAMIENTO A LARGO PLAZO:

Analítica completa con:

Función renal (creatinina, urea y electrolitos)

Pruebas hepáticas

Hemograma y fórmula leucocitaria

Función tiroidea basal

Si antecedentes de cardiopatía o epilepsia, solicitar ECG y EEG respectivamente.

CONTROLES DE LITEMIA:

Se realizarán trimestralmente, incluyendo en la evaluación:

Niveles de litio en sangre

Tensión arterial, frecuencia cardiaca (por posible toxicidad cardiaca)

Peso, dieta

Control de cumplimiento de otros fármacos y nuevas prescripciones de otros facultativos (Médico Atención primaria, otros especialistas). Control de los niveles de otros fármacos (si los toma y es necesario).

Control de efectos secundarios y estado clínico. Mediante escala ICG (impresión clínica global; escala que consta de una puntuación de +5 (máximo manía), 0 (eutimia), -5 (máximo depresión)).

Intervalo de la última toma de litio (debe ser 12 horas después de la última toma).

Palpación de cuello (búsqueda de bocio)

Citar al paciente para próximo control, advirtiéndole que si los resultados no están dentro de lo esperable, se le llamará para realizar las correcciones de dosis o tratamiento oportunos.

CONTROLES PERIÓDICOS:

Se realizarán semestralmente, cada dos visitas de enfermería e incluirán:

Analítica con función renal (creatinina, urea)

Electrolitos en sangre y orina

Diuresis

Pruebas hepáticas

Recuento y fórmula

TSH basal (y en el caso de alteración, solicitar T3 y T4)

Citar al paciente para próximo control, advirtiéndole que si los resultados no están dentro de lo esperable, se le llamará para realizar las correcciones de dosis o tratamiento oportunos.

Datos a recoger además en la historia clínica durante la entrevista de enfermería:

- Hábitos alimentarios (dietas hiposódicas, cantidad de té y café, alcohol, ingesta de líquido al día).

- Actividades (ocio y laborales).

- Efectos secundarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Grado de satisfacción de los pacientes con el programa, mediante encuesta de satisfacción.

- Detección precoz de descompensación afectiva, mediante contacto inmediato con psiquiatra y/o psicólogo, de referencia.

- % de reducción de efectos secundarios graves por toxicidad del fármaco (donde el 100% es el ideal).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio Mayo de 2014, con previsión de mantenerlo de forma continuada.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes en tratamiento con estabilizadores del ánimo

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). ...	3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales.	3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

1. TÍTULO

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 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.

- ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. MEDICO/A. H BARBASTRO. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- COMES GARCIA MARIA DOLORES. TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- MILLANES GALLINAT PATRICIA. MATRONA. CS FRAGA. ATENCION PRIMARIA
- CALDERERO ARAGON VERONICA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ONCOLOGIA

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 útero.

La duración media del proceso oncológico oscila entre 10 y 20 años. Esto nos permite adaptarnos a la periodicidad del cribado cada 3, o 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 K-67 es otra herramienta que nos permite decidir la conducta clínica en pacientes riesgo oncológico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Comparando los datos del año 2013 con el 2005 observamos que se realizan en el Sector un total de 1615 citologías menos en 2013. En Atención Primaria, han realizado 1140 citologías más y en atención especializada 2.755 citologías menos. El 81% de las citologías del Sector las realizan las matronas de Atención Primaria y Atención Especializada realiza el 19,27% de las citologías.

En los 8 años del Plan de Mejora se han evitado un total 14.442 citologías que se repetían innecesariamente. AP ha incrementado en 5661 las citologías realizadas en esos 8 años y AE ha disminuido las citologías realizadas en 19.737.

La cobertura poblacional en 2013 es del 63%, se ha incrementado en un 25,4% en los 8 años del proyecto. La cobertura es variable en las diferentes ZBS, oscila entre un 89,45% en Laforanada y un 50,50% en Binefar, existe mayor cobertura en las poblaciones rurales pequeñas y más alejadas del hospital.

Con respecto a detección de lesiones, observamos que se incrementa el número a medida que aumenta la cobertura poblacional, pasamos de 10 casos de CIN +2 en 2006 a 18 CIN +2 en 2010, en este año detectamos una discordancia de datos en la cobertura recogida en OMI, se pasó de hacerlo en papel a sistema informático y parece estar infravalorada.

En el año 2011, se inicia el cribado primario en Atención Primaria y Especializada con las dos pruebas (citología y HPV a las mayores de 30 años) se consigue una cobertura del 46,68% y con un incremento de cobertura de un 9.88% se diagnostican 35 lesiones, el doble que en el año anterior. Destacar que en 2 casos se diagnostica CIN+2 con citología negativa y HPV positivo y en otros 6 casos el diagnóstico fue por seguimiento de lesiones de bajo grado con HPV positivo.

En el año 2012, con un incremento de la cobertura poblacional de un 3,41% y se diagnostican 41 lesiones y 11 casos corresponden a mujeres con citología benigna y test HPV positivo, 3 casos son por seguimiento de HPV positivo del 2011.

En 2013, se consigue una cobertura del 63% y se diagnostican 46 CIN+2, en 5 mujeres se diagnostican CIN +2 con citología negativa y test HPV positivo.

Los Ca. Invasores en nuestro trabajo permanecen estables unos 3 casos año y se dan en mujeres no cribadas.

La prevalencia de HPV positivo, en mujeres entre 30 y 65 años en nuestra población, está entre un 9,22% en 2011 y 9,44% en 2013. La media de los tres años es del 8,52%.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

1. TÍTULO

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

En las consultas de los especialistas la tasa de HPV positivos que observamos es de un 21.59% esto se interpreta porque en ese Nivel Asistencial se realiza el seguimiento de lesiones. coste económico del Proyecto, en los 8 años del plan de Mejora, comparando como referencia el año 2005, se han realizado en total 14.442 citologías menos en el Sector, contando solo el costo de la citología convencional (5) supone un ahorro de 162.616.92€, Atención Primaria ha incrementado 5.661 pruebas y Atención Especializada ha realizado 19.737 citologías menos. El coste de la citología realizada por una matrona es de 27,4 euros y el de una citología realizada por un especialista es de 74,74 € (5). Según nuestros datos se han ahorrado en citologías no realizadas por los especialistas 1.475.143.3 €. El incremento de las citologías realizadas por Atención Primaria son 155.111.4€. Contabilizando las citologías incrementadas por las matronas y los test de detección del HPV que se han incrementado en 9.778 se gastan 360.449€. A pesar de la introducción del test HPV, se estima un ahorro en los 8 años de 1.277.310,90€ por la disminución del total de citologías realizadas y por la disminución de las citologías realizadas por los especialistas. Destacar que el hecho de que el 80,7% del cribado se realice en A.P, además de abaratar el costo del Programa, permite reorientar la actividad de los Especialistas en otras actividades y disminuir el tiempo de espera para atender el incremento de patología cervical derivada del incremento del número de diagnósticos. Durante los tres años que se ha realizado el test de HPV como cribado primario por las matronas de Atención Primaria, se han realizado unos 3061 anuales. El costo del HPV actualmente es de unos 21 euros, lo que supone un incremento de gastos de 64.281 euros anuales.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la detección de lesiones un 10%.
Aumentar la captación de grupos de riesgo.
Incrementar la cobertura poblacional del Sector en un 10%.
Aumentar la cobertura en las ZBS con menor cobertura (Binéfar)
Disminuir las mujeres remitidas a colposcopias con la utilización de marcadores (p16 Ki67

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Información al Servicio y equipos de Primaria del Proyecto.
Sesiones en los centros de Salud con menor cobertura.
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.
Cobertura poblacional del Sector.
Cobertura por ZBS.
Cobertura por médico de Atención Primaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2014. Información al Servicio de Ginecología.
Mayo 2014. Sesión sobre vacuna y HPV en Binéfar.
Junio 2014. Sesión sobre vacuna y HPV en Binéfar
Junio 2014. Sesiones en los centros de Salud con A.P. Informando de los resultados del Proyecto.
Noviembre 2014. 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 imprescindible la colaboración de los médicos de Primaria en la captación de mujeres no cribadas.
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 a 64 años
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. cribado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

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

OTRA PALABRA CLAVE 2. HPV

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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

044

1. TÍTULO

PROTOCOLO Y ELABORACION DE KIT PARA TOXICIDAD SISTEMICA POR ANESTESICOS LOCALES

2. RESPONSABLE MARIA CONSTANZA ARANA LENIS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- BENTUE OLIVAN LUCIA. 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
- NAJERA CAMPUZANO IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- NAVARRO CASTAÑO HERMINIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La intoxicación sistémica por anestésicos locales es una de las complicaciones más temidas en la anestesia regional por su potencial tóxico cardiaco, neurológico y principalmente por el riesgo de desencadenar paro cardiorrespiratorio de difícil manejo, aun en pacientes sanos. La prevención como la primera meta, seguida de un rápido reconocimiento y tratamiento oportuno basado en diversas medidas generales y luego del tratamiento específico con las emulsiones lipídicas al 20%, permiten mejorar drásticamente el pronóstico de estos pacientes. Su disponibilidad inmediata en las salas de cirugía o en las áreas destinadas para la realización de la anestesia regional, como sala de bloqueos y servicios de urgencias, entre otros, puede significar la diferencia entre un pronóstico favorable o adverso en situaciones de toxicidad sistémica grave por anestésicos locales.

El objetivo de este proyecto es elaborar y dar conocer el protocolo de manejo y reconocer la importancia de disponer en su práctica diaria de un kit de toxicidad por anestésicos locales que consiste en (a) Emulsión de lípidos al 20% (4 bolsas por 250 mL). b) Llave de 3 vías. c) Jeringas de 50 mL para perfusión rápida de la emulsión de lípidos. d) Equipos de venoclisis para perfusión. e) Dispositivos para canalización venosa, diferentes diámetros), pues si bien esta complicación es rara, es potencialmente devastadora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La elaboración de 1 kit con su ficha del protocolo de las dosis de los lípidos y el manejo del paciente con intoxicación por anestésicos locales. La socialización del protocolo y los kits en quirófanos a los anestesiólogos a través del envío por correo electrónico de la información y bibliografía allí descrita. Asimismo, realizar presentaciones del protocolo en reuniones académicas para su conocimiento al personal de enfermería del área de cirugía y reanimación, a su vez mostrar e instruir acerca del kit, su ubicación e indicación para todo el personal, para ser llevado inmediatamente en caso de ser solicitado por el anestesiólogo. Debido a lo raro pero con consecuencias potencialmente fatales de la intoxicación. Establecer la revisión periódica del kit que deberá ser semanal y por parte del personal de enfermería del quirófano.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de 1 kit con su ficha del protocolo de las dosis de los lípidos y el manejo del paciente con intoxicación por anestésicos locales. La socialización del protocolo y el kit a los anestesiólogos a través del envío por correo electrónico de la información y bibliografía. Asimismo, realización de presentaciones del protocolo en reuniones académicas para su conocimiento al personal de enfermería del área de cirugía y reanimación, e instrucción acerca del kit, su ubicación e indicación para todo el personal, para ser llevado inmediatamente en caso de ser solicitado por el anestesiólogo. Debido a lo raro pero con consecuencias potencialmente fatales de la intoxicación. Se dispondría del kit: en el almacén de cirugía, sitio estratégico por su ubicación en caso de solicitarse en un quirófano o reanimación.

La revisión periódica del kit deberá ser semanal y está a cargo del personal de enfermería de quirófano.

Tener este protocolo a la mano es importante, ya que este es un evento crítico de anestesia de rara ocurrencia que requiere un manejo óptimo para evitar desenlaces fatales. Incluso se recomienda que este protocolo de manejo debe ser conocido por el personal de la UCI y la UCE, quienes son los que continúan con el manejo posterior del paciente.

El kit (Figura 2) cuenta con emulsión lipídica al 20% (250 mL) en 4 bolsas, basados en la sugerencia de Marwick et al.51 de disponer de una dosis total de 1.000 mL en el momento de su empleo, ante la posibilidad de recurrencia de la inestabilidad cardiovascular luego de haber logrado revertir el cuadro inicial. El kit tiene también una llave de 3 vías, 2 jeringas luer-lock de 50 mL, equipos de venoclisis y de canalización de acceso intravenoso y la ficha de protocolo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Listas de verificación de asistencia a la socialización del protocolo y el kit

2.Comprobación de las revisiones periódicas del kit

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto:Mayo 2 de 2014

Finalización del proyecto:Mayo 30 de 2014

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

044

PROTOCOLO Y ELABORACION DE KIT PARA TOXICIDAD SISTEMICA POR ANESTESICOS LOCALES

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. PACIENTE SOMETIDO A BLOQUEO REGIONAL EN QUIROFANOS y/o Reanimación

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

274

1. TÍTULO

REVISION DE LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO MEDICO PRECOZ

2. RESPONSABLE 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.

- GUARDIA DODORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CAMPO BROTO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GISTAU FERRANDES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CUELLO REDOL MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CHIPANA SALINAS MARGOT. MEDICO/A. H BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

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 duodécima semana de embarazo.

Clásicamente, tras el diagnóstico ecográfico de aborto se ofrecía a la paciente la única posibilidad de legrado obstétrico bajo anestesia general y con ingreso hospitalario al menos durante una noche. Para realizar estos legrados nos ayudábamos de la dilatación cervical que producía el misoprostol vaginal, que en dosis de 400-800mg ayudaba a expulsar el material ovular, de manera que en muchos casos esto ocurría en el ingreso en planta antes de pasar al quirófano, por lo que nos veíamos haciendo legrados que se podían haber evitado. Revisando protocolos de otros centros y el propio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en 2012 empezamos a realizar tratamiento médico del aborto y en 2013 lo materializamos en un proyecto de mejora de calidad, con muy buenos resultados.

En el año previo a la instauración del protocolo del tratamiento médico del aborto estábamos realizando una media de 84 legrados obstétricos al año, lo que supuso un mismo número de ingresos por este motivo. En muy pocos casos podíamos dar altas en el mismo día porque las pacientes no se encontraban en ayunas y debían retrasarse los quírofano a la tarde con alta al día siguiente.

Tras la instauración del protocolo, el número de legrados cayó drásticamente a 32 en el año 2012 y 27 en 2013, con gran satisfacción de las pacientes, que lo aceptaron en la mayoría de los casos, tratando médicamente con éxito con una única dosis de 600-800mg.

El inconveniente de este método es que requiere más tiempo de consulta para explicar los pros y los contras a la pareja, y más consultas de seguimiento, habitualmente dos (la primera a los 7-15d y la siguiente al mes). En enero de 2014 se introdujo en la Farmacia Hospitalaria un nuevo fármaco con el mismo principio activo misoprostol, que de forma subjetiva nos ha parecido menos eficaz que el que habíamos usado estos años (Cytotec), retirado para el uso obstétrico por no estar esta indicación en la ficha técnica. Este nuevo fármaco, Misofar, está aprobado su uso para la inducción de parto, por lo que esperamos recoger en una base de datos los resultados obtenidos para la misma comparándolo con las prostaglandinas de que disponíamos hasta ahora (Propress).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las embarazadas del sector de Barbastro son controladas en las consultas de Obstetricia de Monzón y Barbastro, con un volumen y tipo de población de similares características. La mayoría de los diagnósticos de aborto de primer trimestre se realizan en Urgencias, donde se ofrece a la paciente las diferentes posibilidades de tratamiento. Las revisiones posteriores se citan en consulta, donde se recogen los datos en un programa de Excel.

En la consulta de Obstetricia de Monzón se recogieron los datos de 27 pacientes que acudieron a revisión tras el diagnóstico de aborto de primer trimestre, tratadas todas ellas con misoprostol vaginal (Cytotec). La edad gestacional media al diagnóstico fue 8,9 semanas. El 100% de los casos refirieron expulsión espontánea del material ovular en las 24 horas siguientes a la administración del misoprostol, requiriendo legrado evacuador únicamente uno de esos casos recogidos por persistencia de imagen endocavitaria de 14mm a los 15 días del aborto tratado médicamente. Solamente en cinco casos de los 27 la expulsión se produjo repitiendo la dosis a las 8-12 horas de la primera. Ninguna de las pacientes refirió otros efectos secundarios como náuseas, diarrea, fiebre o vómitos, y el grado de satisfacción subjetivo fue bueno.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la satisfacción de las usuarias, evitando ingresos hospitalarios innecesarios, con su correspondiente gasto económico derivado.

- Disminuir el número de legrados obstétricos.
- Disminuir la morbi-mortalidad y riesgos derivados de la hospitalización.
- Revisar el número de abortos atendidos en nuestro centro y el número de legrados realizados.
- Revisar las complicaciones tras el diagnóstico de aborto comparándolas con las que teníamos antes del uso del tratamiento médico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Revisión del protocolo de tratamiento médico del aborto, con la introducción del nuevo fármaco (Misofar).

2- Evaluar detenidamente criterios de inclusión y exclusión para aplicación del protocolo y aceptación voluntaria por parte de la paciente.

3-Mejorar el consentimiento informado a la paciente para tratamiento médico, incluyendo en el mismo el consentimiento o revocación de legrado obstétrico.

4-Creación de un documento informativo sobre signos de alarma que puedan precisar valoración por Urgencias.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

274

1. TÍTULO

REVISION DE LOS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO MEDICO PRECOZ

5.-Creación de una vía clínica del tratamiento médico del aborto para facilitar la recogida de datos en la historia clínica.

6- Imprescindible citación en consultas de Tocología para reevaluación en 1 semana para confirmar vacuidad uterina.

7- Monitorizar indicaciones, complicaciones derivadas del tratamiento, necesidad de ingreso y grado de satisfacción de la paciente

8.-Creación de una encuesta de satisfacción a las pacientes en la consulta de revisión al mes del aborto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación: 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 para obtener datos más exhaustivos. Programa Excel en las consultas de Obstetricia de Monzón y Barbastro.

1- Tasa de tratamientos médicos realizados tras diagnóstico de aborto espontáneo precoz.

2- Tasa de tratamientos médicos que precisaron ingreso hospitalario.

3- Tasa de abortos tratados médicamente que precisan posteriormente legrado.

4- Estancia media de ingreso hospitalario por aborto espontáneo precoz.

5- Encuesta de satisfacción de las pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2014: Revisión del protocolo de tratamiento médico del aborto espontáneo precoz.

Mayo 2014: creación de folleto informativo con las respuestas a las dudas más habituales de las pacientes.

Junio 2014: Sesión clínica y exposición al resto de los miembros de la plantilla para mejorar la indicación y los criterios de inclusión y exclusión

Julio 2014: Creación de la vía clínica del tratamiento médico del aborto y presentación en la Comisión hospitalaria de Historias Clínicas.

Septiembre 2014: Elaboración de la encuesta de satisfacción para comenzar a suministrarla a las pacientes.

4º trimestre de 2014: valoración de los resultados.

Diciembre 2014: revisión de los datos recogidos en las consultas de Obstetricia.

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. 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

395

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL HORARIO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA CASASNOVAS JAVIER. INFORMatico/A. H BARBASTRO. INFORMATICA
- LOPEZ BEGUERIA BELEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. REHABILITACION
- BROTO BESTUE JESUS. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
- COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
- FERNANDEZ SANCHEZ RUT. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION
- LOSCERTALES SESE AGUSTIN. FISIOTERAPEUTA. H BARBASTRO. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2011 se planteó desde el servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro un proyecto de mejora de la calidad para la gestión informatizada de los pacientes que, quizá demasiado ambicioso, y por diversos motivos, no pudo llevarse a cabo.

Centrándonos en una de las partes de dicho proyecto, se vio la posibilidad de mejora y viabilidad para su realización, en informatizar el planning / horario de pacientes que acude al servicio y facilitar de este modo la labor de gestión.

El sistema para conocer el horario asignado hasta la fecha, consistía en un tablón de corcho donde, pequeñas etiquetas en las que se incluía el nombre del paciente eran distribuidas en una cuadrícula. Debido a la distribución del área de rehabilitación, por la localización de las consultas, secretaría y gimnasio, este sistema implica numerosos "paseos" para la comprobación de datos, así como una alta probabilidad de error para la asignación de horarios, especialmente los "días de revisión" en los que se producen muchos cambios en el mismo.

El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información. Lo que se pretende mediante la localización en red de un fichero informático de fácil acceso y modificación, que supondrá una serie de ventajas como pueden ser:

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

Disponibilidad, ya que diferentes usuarios de una red pueden consultar la misma información desde distintos puntos y en forma simultánea.

Mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la atención y garantizar los derechos y satisfacción de los usuarios.

- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la

confidencialidad.

• Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.

- Mejorar la distribución y localización de los pacientes.
- Mejorar la distribución de tiempo.
- Mayor implicación por parte de los profesionales en la organización del servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Establecer comunicación con el Servicio de Informática para la valoración del sistema que se adapte a las necesidades organizativas del servicio de rehabilitación, que utilice los recursos con los que ya cuenta el hospital a nivel informático y garantice la seguridad de los datos.

- Desarrollar un taller formativo y un manual de uso del programa informático para los profesionales.
- Modificación del manual de funcionamiento interno, estableciendo la implicación de los profesionales y responsabilidad de notificación de cambios en el horario.
- Implantación del Proyecto.
- Realización de encuesta de satisfacción de los profesionales.

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

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

395

INFORMATIZACION DEL HORARIO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Abril de 2014
- Búsqueda y valoración software que se adapte a las necesidades organizativas: Abril 2014.
- Elaboración del manual de uso: Mayo de 2014.
- Implantación total del Proyecto: Junio de 2014.
- Monitorización de indicadores y resultados: Junio de 2014 - Julio de 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

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

224

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN HOJA CONTROL DOLOR AGUDO

2. RESPONSABLE ALICIA CAMPO SIN

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. URPA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABAD SANZ MARIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION
- ARANA LENIS MARIA CONSTANZA. 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
- JAIME PAUL ROSARIO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URPA
- NOGUES SUSIN YOLANDA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. INFORMÁTICA
- SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El manejo del dolor agudo postoperatorio (DAP) es un proceso complejo que precisa de un abordaje global y multidisciplinario, para integrar las actuaciones de los cirujanos, los anestesiólogos, el Servicio de Farmacia, la Enfermería especializada y la Enfermería de las plantas. Por todo ello, tratar de una forma eficaz y segura el dolor postoperatorio significa un reto que pone a prueba la capacidad y la flexibilidad organizativa de los hospitales, así como la comunicación y colaboración entre especialistas y entre médicos y Enfermería.

El dolor agudo postoperatorio se define como un dolor de inicio reciente, duración probablemente limitada y que aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de la intervención quirúrgica sobre los distintos órganos y tejidos. La característica más destacada del DAP es que su intensidad es máxima en las primeras 24 horas y disminuye progresivamente.

El objetivo del tratamiento del dolor agudo postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la sensación de malestar del paciente con la menor incidencia posible de efectos adversos. Existen evidencias de que el control adecuado del dolor agudo postoperatorio aumenta la satisfacción de los pacientes y contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria e incluso la estancia hospitalaria. Sin embargo, el control satisfactorio del dolor postoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico.

Para conseguir un óptimo manejo del Dolor Agudo Postoperatorio en el Hospital de Barbastro se han ido desarrollado estrategias encaminadas a optimizar el manejo del dolor postoperatorio, como son:

- ? Implementación de protocolos Analgésicos
- ? Elaboración una hoja del control del DAP, midiendo nivel del dolor, efectos adversos, grado de seguimiento de los protocolos analgésicos, nivel de satisfacción del paciente etc.
- ? Realización de sesiones informativas sobre el dolor para médicos y enfermeras.

En este proceso hemos detectado un área de mejora, disponemos de un registro en formato papel en el que se realiza el control de los tratamientos, pero no podemos hacer un seguimiento de los resultados ni la explotación de los datos, por lo que tampoco podemos evaluar los resultados o implantar posibles mejoras en el manejo del DAP. Por lo que nos hemos planteado la informatización de estos registros.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos que nos hemos planteado son:

- Lograr la informatización de la hoja de de control de Dolor Agudo Postoperatorio y su inclusión en el programa operativo HP Doctor.
- Difundir entre los profesionales de la unidad, Anestesiistas y enfermeras, esta herramienta de trabajo y su manejo.
- Transcribir a formato informático todos los registros papel desde el 1 de enero del 2014.
- Conseguir el soporte informático que nos permita recoger los datos directamente en la cabecera del paciente.
- Realizar un primer análisis de los datos recogidos.
- Divulgar los resultados obtenidos.
- Establecer aéreas de mejora, si fuera necesario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Obtener permiso del servicio de documentación e historias clínicas. Por parte del jefe de servicio.

2. Codificar todos los ítems de la hoja formato papel que queremos informatizar desglosando todas la variables. A realizar por enfermera responsable del proyecto con apoyo de los anestesiistas del mismo.
3. Facilitar toda la documentación a la persona responsable del servicio de informática.
4. Elaboración por parte del servicio de informática del formulario correspondiente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

224

1. TÍTULO

INFORMATIZACIÓN HOJA CONTROL DOLOR AGUDO

dentro del programa HPDoctor. Por la responsable de informática en el manejo del HPDoctor.

5. Realización de las pruebas del formulario y corrección de posibles errores. Enfermeras de la unidad responsables del control de los tratamientos DAP.
6. Difusión del formulario entre los miembros de la unidad. Miembros equipo de mejora.
7. Inicio de la transcripción de los datos al nuevo formato. Enfermeras de la unidad responsables del control de los tratamientos DAP.
8. Exportación, análisis de datos y evaluación de resultados. Miembros equipo de mejora.
9. Divulgación de los resultados primero en el área quirúrgica y posteriormente sesión general en el hospital. Miembros del equipo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • N° de pacientes con tratamiento DAP/
N° de pacientes con tratamiento DAP con registro informatizado x 100

- N° de pacientes con tratamiento DAP/
Total pacientes intervenidos en la unidad x 100
- Control de asistencia con firmas de las dos sesiones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Obtener permiso del servicio de documentación e historias clínicas. Ya realizado.

2. Codificar todos los ítems de la hoja formato papel que queremos informatizar desglosando todas las variables. Enfermera responsable del proyecto con apoyo de los anestesiólogos del mismo. Antes del 20 de abril 2014.
3. Facilitar toda la documentación a la persona responsable del servicio de informática. El 21 de abril 2014.
4. Elaboración por parte del servicio de informática del formulario correspondiente dentro del programa HPDoctor. Responsable de informática en el manejo del HPDoctor. En un mes. Hasta la semana de 19 de mayo.
5. Realización de las pruebas del formulario por parte de las Enfermeras de la unidad responsables del control de los tratamientos DAP. Durante 15 días.
6. Corrección de posibles errores. Primera semana de mayo. Responsable servicio de informática.
7. Difusión del formulario entre los miembros de la unidad. Miembros equipo de mejora. Segunda quincena de Mayo.
8. Inicio de la transcripción de los datos al nuevo formato. Enfermeras de la unidad responsables del control de los tratamientos DAP. Principios del mes de junio.
9. Exportación, análisis de datos y evaluación de resultados. Miembros equipo de mejora. Primer trimestre del 2015.
10. Divulgación de los resultados en el área quirúrgica. Abril 2015
11. Sesión general en el hospital. Miembros del equipo de mejora. Abril 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de los procesos asistenciales

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes intervenidos quirúrgicamente

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). ... 1 Nada
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

086

1. TÍTULO

ELABORACION DE UNA BASE DE DATOS DE PACIENTES HEMATOLOGICOS EN LA CONSULTA DE HEMATOLOGICA

2. RESPONSABLE ROSA MARIA CORED NASARRE

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- ESTEVE MORLAN MILAGROS. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - DIFICULTAD EN LA BUSQUEDA DE DATOS DE PACIENTES.

- DIFICULTAD PARA ESTABLECER COMPARACIONES: DE TRATAMIENTOS, EVOLUCION, PRONOSTICO, ETC, DE PACIENTES CON DIAGNOSTICOS IGUALES.

- DIFICULTAD PARA REALIZAR ESTADISTICAS POR PATOLOGIAS EN LA CONSULTA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - TENER AGRUPADOS LOS PACIENTES POR PATOLOGIAS.

- DISPONER DE LA HERRAMIENTA INFORMATICA OPTIMA:

- PARA PODER REALIZAR ESTADISTICAS
- CONSULTAR DATOS
- VISUALIZAR EVOLUCIONES
- OPTIMIZAR TRATAMIENTOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - CREACION DE UNA BASE INFORMATICA, (POR PARTE DEL SERVICIO INFORMATICA DEL HOSPITAL).

- INTRODUCCION DEL 50% DE DATOS DE LOS PACIENTES YA EXISTENTES EN LA BASE INFORMATICA, (LO REALIZARA ENFERMERIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA).

- ACTUALIZACION DEL 100% DE DATOS DESDE EL DIA EN QUE SE PONGA EN MARCHA LA BASE INFORMATICA (LO REALIZARA ENFERMERIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA).

- INTRODUCCION DIARIA DE TODOS LOS PACIENTES NUEVOS DESDE EL DIA QUE SE PONGA EN MARCHA LA BASE DE DATOS (LO REALIZARA ENFERMERIA DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - PORCENTAGE TOTAL DE PACIENTES YA EXISTENTES INTRODUCIDOS EN LA BASE DE DATOS: NUMERO DE PACIENTES HEMATOLOGICOS YA EXISTENTES/ NUMERO DE PACIENTES YA EXISTENTES INTRODUCIDOS X 100

- REVISION ANUAL DE LA BASE DE DATOS PARA EVALUAR SU ACTUALIZACIÓN:

NUMERO TOTAL DE PACIENTES HEMATOLOGICAS VISTOS EN EL AÑO DESDE SU IMPLANTACION / NUMERO TOTAL DE PACIENTES INTRODUCIDOS EN EL AÑO DESDE SU IMPLANTACION X 100

- PORCENTAGE DE NUEVOS PACIENTES DESDE SUS IMPLANTACION: NUMERO DE NUEVOS PACIENTES DESDE SU IMPLANTACION/ NUMERO DE NUEVOS PACIENTES REGISTRADOS EN LA BASE DESDE SU IMPLANTACION X 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - CUATRO MESES PARA REALIZACION DE LA BASE DE DATOS Y DESGLOSE POR PARTE DE ENFERMERIA DE PACIENTES POR PATOLOGIAS, PARA PODER INTRODUCIRLOS EN LA HERRAMIENTA INFORMATICA.

- 4 MESES PARA INTRODUCCION DE DATOS.

- 3 MESES TRABAJO CON NUEVA HERRAMIENTA

- 1 MES EVALUACION FINAL Y 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 0 PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 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

409

1. TÍTULO

GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE REALIZACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN DE NUEVOS PROTOCOLOS DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ANA CORTES RAMAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLEMENTE ROLDAN EDUARDO. MEDICO/A. DAP BARBASTRO.
- ESCOLANO HURTADO CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO.
- BUERA AGRAZ JAIME. . H BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Sector de Barbastro no hay disponible un espacio específico en la Intranet en el que colgar los protocolos que son de aplicación en el sector.

En las carpetas disponibles dentro de cada servicio existe una carpeta llamada "PROTOS" en el que hay disponibles multitud de protocolos, sesiones clínicas, vías, documentación de interés, etc

En ocasiones, muchos documentos clasificados como protocolos carecen de información clave, por ejemplo la fecha de realización, autores o responsable del mismo

Se desconoce cuando es necesario actualizar un protocolo con nuevas evidencias

La necesidad de contabilizar las personas que forman parte de los grupos de trabajo de elaboración de los nuevos protocolos, ya que en ocasiones se hace necesaria ante la petición de certificados (oposiciones, traslados, carrera profesional...)

No existe un circuito claramente definido para la aprobación de este tipo de documentos.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes tanto en el ámbito de AP como en AE
- Certificación de las actividades realizadas
- Mejora de la coordinación entre niveles
- Facilitar a los profesionales la realización de protocolos con una plantilla común
- Facilitar la búsqueda de protocolos en la Intranet del Sector
- Llevar un control de la documentación en vigor
- Conocer la necesidad de aprobar-actualizar protocolos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Creación de grupo de calidad del sector

- Protocolizar las actividades a realizar para aprobar, modificar y pedir certificados
- Adecuar un espacio en la intranet para almacenar todos los protocolos en vigor en el sector
- Creación de una base de datos de los protocolos disponibles (con las fechas de aprobación, revisión, responsables y grupo de trabajo)
- Inclusión de un indicador en futuros acuerdos de gestión (realización de al menos un protocolo al año por servicio asistencial)

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

- Definir flujogramas y responsabilidades
- Selección de responsables y construir grupo de calidad del sector
- Adecuación de la intranet al nuevo espacio
- Establecer permisos de escritura en la intranet
- Aprobar el protocolo de realización y actualización de nuevos protocolos
- Creación de una base de datos de los protocolos aprobados, responsables, componentes del grupo de mejora
- Adecuación de la base de datos para la petición de certificados
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Constitución del grupo de calidad del sector (Sí/NO)

- Nuevo espacio en la Intranet del sector (Sí/NO)
- Base de datos de los protocolos aprobados del sector (Sí/NO)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Análisis de situación (primer trimestre 2014)

- Constituir grupo de calidad (segundo trimestre 2014)
- Definir flujogramas y responsabilidades (segundo trimestre 2014)
- Adecuación de la intranet (segundo trimestre 2014)
- Base de datos y adecuación para la solicitud de certificados (tercer trimestre 2014)
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (2015)

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

409

GESTIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE REALIZACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN DE NUEVOS PROTOCOLOS DEL SECTOR DE BARBASTRO

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. | 1 | Nada |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 1 | Nada |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 | Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

354

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES DURANTE SU ESTANCIA EN 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.

- MAGALLON PUY JUAN ALBERTO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- FRANCIA FRANCO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- CANELLAS SANCHEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- LORIENTE ASIS CLARA. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS
- GRIABAL GARCIA MANUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- TORRES PEÑA ISABEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. MEJORAR LA INFORMACION A PACIENTE Y FAMILIARES DESDE SU LLEGADA Y EN SU ESTANCIA EN SERVICIO DE URGENCIAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que la información a pacientes y familias sobre la situación quede garantizada

Dinamizar la información clínica

Dar a conocer a pacientes y familia el funcionamiento y horarios para vitar situaciones innecesarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Analizar como punto de mejora las áreas, profesional , horarios y puntos de información a pacientes y familiares.

Crear un grupo de responsables médicos y/o enfermeras para supervisar la información durante el proyecto.

Dinamizar el proceso de información a pacientes y familiares desde su llegada al servicio de urgencias hasta el alta.

Folletos y/o poster informativos obre funcionamiento y horarios de información .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta de satisfacción antes de empezar el proyecto de mejora a acompañantes y pacientes sobre si han sido informados y la forma

Encuesta de satisfacción tras instaurar el proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SE INCIARA EN JUNIO 2014 HASTA SEPTIEMBRE 2014

Formar un grupo de responsables para crear un circuito indicando las áreas la información horarios y paneles que deberían figurar.todo ello contando con comisión de calidad y triaje del centro Hospitalario

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Confidencialidad, intimidad

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. | 2 Poco |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

088

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO

2. RESPONSABLE MILAGROS ESTEVE MORLAN
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- MOLES ALASTRUE JOSEFA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA
- PAUL VIDALLER PEDRO JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Se detectan extracciones multiples en la misma mañana en pacientes que estan con TAO, (extracción de analítica rutinaria a primera hora y posteriormente se vuelve a realizar otra extracción para control de sintrom).

- Demora en los resultados a consecuencia de la recepción tardia de la muestra.
- Puertas de entrada diversas, dentro del mismo laboratorio, para resolver incidencias o poner pautas de pacientes con TAO, (pueden llegar las muestras por la sala de extracciones, por urgencias de laboratorio y hojas de consulta por secretaría).
- Desconocimiento para la interpretación por parte de los DUES de la hoja de resultados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Agilización y comodidad para los pacientes con TAO en el servicio de dialisis.

- Comodidad y rapidez para los pacientes con TAO que llegan por el servicio de urgencias.
- Que todos los DUES de los servicios implicados sean capaces de la interpretación de los resultados.
- Focalización de todos los pacientes ingresados con TAO en la DUE responsable del servicio de hemostasia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación de todos los DUES de los servicios implicados, sobre la interpretación de los resultados.

- Sesiones formativas a los DUES del servicio de urgencias sobre el manejo e interpretación de resultados del aparato.
- Información a las plantas de hospitalización sobre el nuevo circuito, (donde deben dejar las hojas para la punción digital, a que hora se hará la punción, quien realizará la punción, etc).
- Sesiones formativas a los DUES del hospital, sobre educación sanitaria de los pacientes con TAO.
- Elaboración de una guía simple para el personal del servicio de urgencias sobre el manejo del aparato, alarmas, errores, etc.
- Diseñar un guía del circuito para las plantas de hospitalización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluar los conocimientos de los DUES sobre pacientes con TAO. Se realizará con un formulario de diez preguntas y se valorarán con un punto

- Recogida de datos del formulario en la primera sesión formativa
- Recogida de datos del formulario en la segunda sesión formativa
- Recogida de datos de: peticiones recibidas totales / peticiones recibidas fuera de hora o con errores x 100.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 1 mes recogida de datos

- 1 mes de evaluación de datos
- 3 meses para iniciar las medidas de formación, sesiones, reuniones, etc.
- 6 meses campo de trabajo.
- 1 mes evaluación final.

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. | 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

442

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PREVENCION DE LESIONES POR PRESION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE SUSANA GALLEGO BARRABES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las lesiones por presión (LPP) en los pacientes ingresados son un indicador de calidad en cuidados enfermeros. Durante el año 2013 hemos detectado un aumento en la incidencia de estas lesiones en la Unidad de Cuidados intensivos, por ello hemos decidido hacer un análisis de la situación y poner medidas para mejorar nuestros cuidados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Disminución de la incidencia de las lesiones por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Busqueda bibliografica para conocer la situación actual en otros hospitales y UCIs comparables a la nuestra. Establecer un estandar.
-Revisión de las medidas preventivas en los pacientes de UCI y modificación si fuese necesario (EBE)
-Revisión de la correcta aplicación de las medidas preventivas a los pacientes de riesgo.
-Registro de las medidas preventivas.
-Medición de resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Diferencia en el porcentaje de la incidencia de lesiones por presión en los pacientes ingresados en la UCI en 2013 y 2014.
-Cumplimiento del estandar establecido. (si/no).
-Porcentaje de aplicación de las medidas preventivas a pacientes de riesgo (estandar 100%).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Busqueda bibliografica para conocer la situación actual en otros hospitales y UCIs comparables a la nuestra. Establecer un estandar. (Mayo)
-Revisión de las medidas preventivas en los pacientes de UCI y modificación si fuese necesario (EBE) (Junio)
-Revisión de la correcta aplicación de las medidas preventivas a los pacientes de riesgo.(Septiembre)
-Registro de las medidas preventivas.(diciembre)
-Medición de resultados.(Diciembre)

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes ingresados en la UCI

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. lesiones por presión

OTRA PALABRA CLAVE 2. prevención

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

057

EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN PACIENTES CON TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO. CIRCUITOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE PILAR GARCES ABADIAS
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRASA CORTINA LOLA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- ZUERAS MENDOZA OLGA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- CEREZA SAMPIETRO LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- LAPORTA ANTON ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- NOVELLON ESCOBEDO ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. FACTURACION
- DURAN PORTELLA ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- CUELLO RIVAS MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El personal administrativo de las distintas Unidades del Servicio de Admisión y D.C. del Hospital de Barbastro debe conocer los detalles del derecho a la asistencia sanitaria, en los casos en que hay un tercero obligado al pago. Para conocer si los pacientes atendidos están en esta circunstancia, en algunos de los contactos que el paciente tiene con el Hospital (Urgencias, Ingresos, LEQ, Quirófano, Radiología y Canalizaciones concertadas), se consulta manualmente la Base de Datos de Usuarios (B.D.U.). Con esta consulta se conoce la situación de pacientes asegurados con una Mutua y la situación de los pacientes Extranjeros. También se conoce la situación del paciente por lo que él mismo manifiesta en el momento de ser atendido, cuando procede de accidente de tráfico, accidente laboral o accidente deportivo.

La coordinación sobre este tema en el Servicio de Admisión es muy importante, para que en el momento en que una Unidad realice un trámite administrativo a un paciente, conozca la información sobre el derecho al aseguramiento obtenida previamente por otra Unidad y no sea necesaria una nueva consulta en B.D.U. También es fundamental la coordinación y colaboración con el Servicio de Prestaciones-Cargos a Terceros.

Una vez determinado que hay un tercero obligado al pago, en cada Unidad de Admisión se realizan trámites distintos de los que debe conocerse quién es el obligado al pago: atención en Urgencias facturable si o no; ambulancia SALUD o de Mutua; emisión de recetas SALUD o blancas; procede la citación en Consultas o se precisa autorización previa de la Mutua, el material ortoprotésico debe ser reintegrado por el SALUD o por la Mutua, etc.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El personal administrativo de todas las Unidades de Admisión conocerá la información sobre el derecho al aseguramiento que haya sido consultada en BDU o haya sido transmitida por el paciente en el momento de la primera atención (habitualmente Urgencias - Ingreso hospitalario).

El personal administrativo de todas las Unidades de Admisión dispondrá de una herramienta de trabajo que le permita determinar, en el caso de pacientes con terceros obligados al pago, quién debe financiar cada uno de los trámites que se le realicen.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para facilitar el flujo de información entre las distintas Unidades del Servicio, nos proponemos analizar los trámites que se gestionan (Atención en Urgencias, Ingreso Hospitalario, Atención en Consultas Externas, Emisión de Recetas, Gestión de Ambulancia y Solicitudes de Material Ortoprotésico) en los distintos supuestos de pacientes con terceros obligados al pago.

Como resultado del análisis se realizarán los ajustes necesarios en los procedimientos que cada Unidad realiza y se confeccionará un Cuadro Resumen de todas las situaciones que estará a disposición de todas las Unidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Cuadro Resumen del circuito del aseguramiento realizado.
2- 100% de los Jefes de Grupo de Admisión conozcan y tengan disponible el Cuadro Resumen.
3- 100% de los administrativos de cada Unidad conozcan el Cuadro Resumen.
4- Publicación en la Intranet/ Herramientas de Admisión del Cuadro Resumen.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Octubre 2014 - Realización del análisis y Cuadro Resumen
Octubre 2014 - Reunión con Jefes de Grupo de Admisión para presentar Cuadro Resumen.
Noviembre 2014 - Publicación en Intranet/Herramientas del Cuadro Resumen.
Noviembre 2014 - Presentación al personal administrativo del Servicio de Admisión del Cuadro Resumen.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

057

EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN PACIENTES CON TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO. CIRCUITOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PROCEDIMIENTOS DE ADMISION

OTRA PALABRA CLAVE 2. FACTURACION-CARGOS A TERCEROS

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

416

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA EL CONTROL Y TRAZABILIDAD DE LOS PROCESOS DE ELABORACION, DISPENSACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO GASTON AÑÑOS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALLUE FANTOVA NATALIA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
- ESCRIBA HUGUET JOSE MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA
- NAVARRO BOMETON PILAR. TCAE. H BARBASTRO. FARMACIA HOSPITALARIA

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 se hace vía informática desde Oncología, y manualmente desde el resto de servicios prescriptores (Hematología, Reumatología, Urología...).

Al Servicio de Farmacia llega una copia, en la que constan los datos del paciente, el medicamento y la dosis. Se calcula el volumen correspondiente en ml de cada fármaco y el volumen final de la mezcla. Se preparan las etiquetas y la medicación, transcribiendo la orden médica. El farmacéutico revisa todos los cálculos, las etiquetas y la medicación "in situ" en la zona de la pre-cámara.

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, consensuado y pactado con los servicios implicados. Con esta iniciativa se consiguió 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 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 Hospital de Día. Introducir en el programa informático seleccionado todos los datos de los fármacos y los protocolos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

416

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO PARA EL CONTROL Y TRAZABILIDAD DE LOS PROCESOS DE ELABORACION, DISPENSACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS BIOPELIGROSOS

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 2014: > 100%.

• Porcentaje de preparaciones incluidas dentro de un protocolo preestablecido respecto al total de preparaciones elaboradas a través del programa: OBJETIVO a diciembre de 2014: > 75% (en el informe final desglosar por servicios, onco, hemato, uro, neuro, reuma...).

• Registro de errores en la preparación y comparación con los datos de años anteriores a la implantación del programa. OBJETIVO a diciembre de 2014: 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 2014: Parametrización del programa informático DPA de Farmatools, disponible en todos los hospitales del SALUD. Creación de las fichas de los fármacos con la información necesaria para la elaboración de mezclas (reconstitución, concentración, sueros en que se diluyen, estabilidades...). Introducción de las mezclas en el programa.

• Mayo-Junio 2014: Consensuar protocolos con los servicios implicados. Introducción de los protocolos en el programa.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Informatización

OTRA PALABRA CLAVE 2. Trazabilidad

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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO NORMAL Y FAVORECER UNA ATENCION INDIVIDUALIZADA A LA MUJER

2. RESPONSABLE ENCARNA GONZALEZ ANIDO

- Profesión MATRONA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ADILLON ROURERA ASUNCION. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- AMARO JARILLA ELISA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- REMACHA GARCIA MARIA JOSEFA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SATUE SALAMERO ELOISA ELSA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BALASCH TERES MARIA JESUS. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El parto es el motivo más frecuente de ingreso en la mujer sana, en la actualidad nos vemos en la necesidad de ofrecer una atención personalizada y evitar el intervencionismo innecesario, sin renunciar a la seguridad y posibilidades de control médico que se deben realizar en los centros hospitalarios.

En el año 2007 se inició en nuestro servicio un Plan de Mejora de calidad para promover el uso de buenas prácticas en la atención al parto normal con la finalidad de cumplir los objetivos de la nueva Estrategia de atención al parto.

Para adaptarnos a esta Estrategia hemos visto necesario establecer actuaciones conjuntas y coordinadas entre los especialistas, matronas de hospital y AP, para reorientar nuestras prácticas clínicas y reorientar la formación de los profesionales implicados.

A fecha actual seguimos implicados en la mejora y aplicación de las buenas prácticas y aunque una gran parte de ellas, están integradas en la labor cotidiana de nuestra actividad asistencial, vemos necesario seguir manteniendo una actitud de cambio y promover la atención al parto normal bajo el concepto de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El porcentaje de episiotomías selectivas en el parto normal en el Hospital de Barbastro, ha disminuido del 69,5 el año 2007 al 2013: 32,75%

Se han incrementado la tasa de desgarros vaginales de un 28,5% a un 51,76% en el 2013, a expensas de desgarros vaginales tipo I, poco complejos y que no han incrementado la EM.

La tasa de cesáreas en nuestro centro se ha disminuido en un 3% en los últimos 5 años, estando en la actualidad en un 17.07%.

La tasade partos distocicos en 2013 ha sido de un 28,26%

Se han incrementado el numero de mujeres que se hace alumbramiento dirigido en un 32

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el intervencionismo durante el proceso de parto. Mantener tasa de cesáreas menor del 20%.

Acompañamiento con la persona que ella elija la mujer en el 100% de los partos.

Información a la gestante, del proceso y su evolución, CI informado en el 100% de partos

Episiotomía selectiva menor del 50% de partos

Parto en posición diferente a la litotomía en un 20%

Ayudar y favorecer la movilidad y las posturas con mayor confort.

Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto o perfusiones endovenosas cuando la vía oral no sea posible.

Ofrecer diferentes técnicas de analgesia y/o anestesia. Ajustar y controlar la dosis mínima de oxitocina, cuando esta se requiera. La estimulación con oxitocina no se considera necesaria si el progreso de parto es adecuado.

No realizar amniorexis artificial de rutina.

Realizar el manejo activo del alumbramiento.

Tras el nacimiento contacto inmediato piel con piel madre- R.N.

Apoyo e inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida .

Realizar exploraciones clínicas dependiendo de la evolución

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentación del Proyecto a las matronas y a los médicos del Servicio. •

Reunión con el Servicio de ginecología cada mes para valorar tasa de cesáreas.

Revisión Protocolo Parto Normal.

Recogida de datos de los partos 2014

Establecer plan de cuidados.

Apertura del partograma de forma clara y concisa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. .Numero de partos eutocicos.

Numero de partos sin episiotomía.

Numero de desgarros vaginales.

Tasa de cesareas.

% de alumbramientos dirigidos.

Porcentaje de Inducciones,

% de lactancia en la primera hora.ç

% de mujeres con parto sin litotomía.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

PLAN DE MEJORA PARA DISMINUIR EL INTERVENCIONISMO EN EL PARTO NORMAL Y FAVORECER UNA ATENCION INDIVIDUALIZADA A LA MUJER

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014.reunión y diseño de recogida de variables.
Reunión trimestral conjunta con ginecología.y matronas
Noviembre 2014 evaluación del proyecto.

11. OBSERVACIONES. La atención al parto normal, es un proceso vital en la vida de las parejas y debe ofrecerse una atención individualizada, de calidad y humanizada sin renunciar a la seguridad que ofrece un parto hospitalario11.
ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adolescente-jóvenes y 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. 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

230

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO SEGUN EL GRUPO DE TRABAJO INTERHOSPITALARIO DE ARAGON

2. RESPONSABLE LORENA GUARDIA DODORICO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OROÑO ARROYO GUSTAVO. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. QUIROFANOS
- ARRIBAS MARCO TERESA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SATUE SALAMERO ELOISA ELSA. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- FENES GRASA MERCEDES. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ADILLON ROURERA ASUNCION. MATRONA. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CUELLO REDOL MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hemorragia obstétrica aguda (HOA) 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 graves. Se estima que 8 de cada 10 pueden ser evitadas.

La HOA se debe definir como aquél sangrado vaginal >500cc tras un parto vaginal o >1000cc 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). Los factores de riesgo se relacionan con distintas causas y lo más importante es sospecharlos y diagnosticarlos para tratarlos a tiempo.

En el año 2013 pusimos en marcha un proyecto de mejora para intentar disminuir los factores de riesgo de hemorragia obstétrica, paliar sus consecuencias en la medida de lo posible cuando se produce y poner en orden criterios que todos conocemos pero, en el momento de la urgencia, muchas veces es difícil establecer el orden y las prioridades. Se realizó un nuevo protocolo en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barbastro y entramos a formar parte del Grupo Interhospitalario para el manejo de la hemorragia postparto.

A pesar de todos estos avances, todavía tenemos pendientes muchas mejoras en relación con reuniones que hemos tenido con otros hospitales y cambios que se producen en el tratamiento médico con la incorporación de nuevos fármacos a la Farmacia Hospitalaria. Todo ello es el objetivo de este proyecto de mejora de calidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El número de partos con alumbramiento dirigido paso de un 25% en 2012 a un 76,5 % en 2013, tras la implantación del nuevo protocolo que hace gran hincapié en la importancia del alumbramiento dirigido.

Se realizó 1 histerectomía postparto a causa de una HOA. Se realizaron 2 legrados puerperales. Se usaron 7 balones intrauterinos. Y se activó el protocolo de HOA en 18 oportunidades.

Se realizaron cuatro reuniones- talleres:

- Reunión conjunta con todos los servicios involucrados en la asistencia de la paciente con HOA: celadores, auxiliares, matronas, DUE de planta y quirófano, anestesistas, hematólogos y ginecólogos. En el curso de la misma se presentó el proyecto y se desarrollaron actualizaciones científicas sobre el tema.
- Reunión y consenso de los servicios de anestesia, hematología y ginecología, para valorar los medios disponibles en nuestro centro, el acceso a los mismos y la idoneidad de su utilización.
- Revisión por el servicio de ginecología para discusión e implementación nuevas pautas de tratamiento.
- Taller formativo sobre el uso del Balón de Bakri: matronas, DUE de planta y quirófanos, auxiliares y ginecólogos.
- Impresión del póster con el protocolo del Hospital de Barbastro de atención de la HOA.
- Implementación en la planta de materno- infantil, quirófano y sala de partos del carro de hemorragia.
- Reuniones con el Grupo Interhospitalario para el manejo de la hemorragia postparto y creación de un nuevo protocolo para todo Aragón.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Alumbramiento dirigido en el 90-100% de los partos.

- Incorporar el alumbramiento dirigido a las cesáreas.
- Disminución del número de episiotomías.
- Disminución de la tasa de cesáreas.
- Incorporación del ph de calota fetal como una estrategia más para la disminución de las tasas de cesáreas.
- Formación de todo el grupo de trabajo: protocolo de actuación para todos los servicios implicados.
- Responsabilidades y adquisición de habilidades para la prevención y tratamiento de la HOA por parte del personal implicado.
- Incorporación de los nuevos fármacos al protocolo.
- Mayor aprovechamiento de los recursos y disminución del gasto farmacéutico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Aplicación sistemática del alumbramiento dirigido.

Incorporar el alumbramiento dirigido a las cesáreas.

Tratamiento preventivo de la HOA en los partos con factores de riesgo.

Simulacros de actuación con valoración de respuesta ante, valoración de pérdida sanguínea, activación e instauración del protocolo.

Talleres prácticos con valoración de la implementación del protocolo.

Coordinación con los servicios para implementación del código de urgencia de hemorragia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

230

IMPLANTACION DEL PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO SEGUN EL GRUPO DE TRABAJO INTERHOSPITALARIO DE ARAGON

Charlas para difusión del póster de HOA.

Recogida de datos del 2014. Comparación con los datos de 2013 y 2012.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de partos con alumbramientos dirigido.

Número de partos sin episiotomía.

Tasa de cesáreas.

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. Mayo 2014: sesión clínica del Servicio de Ginecología para introducir el nuevo folleto de manejo de la HOA del Grupo de Trabajo Interhospitalario.

Mayo 2014: envío de la memoria para optar a la convocatoria para identificar buenas prácticas en el marco de la Estrategia para Atención al Parto Normal y Salud Reproductiva.

Junio 2014: impresión del póster de manejo de la HOA y colocación del mismo en paritorios, quirófano y planta de Materno-Infantil.

Julio 2014: explicación del póster al personal implicado.

Segundo semestre de 2014: comenzar tratamiento preventivo de la hemorragia postparto en pacientes de riesgo.

Diciembre de 2014: revisión de las complicaciones postparto de 2014 comparándolas con años anteriores.

11. OBSERVACIONES. El Servicio de Obstetricia del Hospital de Barbastro va a optar este año a la convocatoria para identificar buenas prácticas en el marco de la Estrategia para Atención al Parto Normal y Salud Reproductiva. El protocolo de manejo de HOA formará parte de la memoria.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. | 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

464

1. TÍTULO

REEVALUACION TRAS 5 AÑOS DEL GALARDON IHAN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. PROCESO DE REACREDITACION

2. RESPONSABLE PAULA LALAGUNA MALLADA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- CONGOST MARIN SOFIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- MIRALBES TERRAZA SHEILA. MEDICO/A. CS BINEFAR. PEDIATRIA
- CONDE BARREIRO SANTIAGO. MEDICO/A. CS BARBASTRO. PEDIATRIA
- VARA CALLAU MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- PLANA FERNANDEZ MARIANO. MEDICO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA
- MINGUEZ SORIO JULIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Barbastro fue acreditado como Hospital IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia) en abril 2009. Este reconocimiento implica el cumplimiento de una serie de criterios de calidad reconocidos internacionalmente en cuanto a los cuidados que la madre y el recién nacido reciben durante el embarazo, el parto y el puerperio, haciendo especial énfasis en la promoción y el apoyo a la lactancia materna. Exige así mismo el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Estos criterios coinciden con los promovidos en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad publicada en 2010, cuyo objetivo es ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad al proceso reproductivo basada en el mejor conocimiento disponible. Nuestro hospital es el único de Aragón que tiene esta certificación y uno de los 16 que existen actualmente acreditados en España, aunque hoy en día muchos centros han iniciado su proceso de cambio para cumplir los requisitos de la IHAN. Para el mantenimiento del galardón, es necesario pasar por un proceso de reacreditación cada 5 años. Esto supone una nueva auditoría externa por parte de evaluadores de UNICEF que valoran si el hospital sigue cumpliendo los estándares de calidad exigidos. A lo largo de estos 5 años en nuestro Sector han cambiado muchos de los profesionales implicados en la consecución del galardón, los cambios frecuentes de personal y el paso del tiempo repercuten en las prácticas y en las rutinas asistenciales y por lo tanto en la calidad y cumplimiento de los criterios IHAN. Para superar la evaluación con éxito, se requiere una monitorización continua de las prácticas, una revisión periódica de la Normativa de lactancia vigente y de los protocolos asistenciales y sobretodo la formación continuada de todas las personas implicadas. Es necesario por lo tanto realizar una autoevaluación y detectar oportunidades de mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Cumplimiento de las exigencias de la acreditación IHAN, manteniendo tasa de lactancia al alta de maternidad por encima del 75%.

- Actualización de la Normativa de lactancia y de los protocolos asistenciales con unificación de criterios en la atención neonatal y la asistencia al parto.
- Formación del personal de nueva incorporación con el curso de Lactancia que se organiza anualmente por el Comité de Lactancia.
- Difundir la importancia del Código de Comercialización de Sucedáneos y comprobar su cumplimiento en los centros del Sector

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La OMS ofrece una herramienta de autoevaluación estructurada para detectar posibles problemas y mejorar el cumplimiento de los 10 pasos. Esta herramienta contempla la recopilación, actualización y revisión de la Normativa de lactancia y de los protocolos, la evaluación de los programas de formación en lactancia materna y del número de profesionales formados, la valoración de estadísticas del centro relativas a la lactancia y la comprobación del cumplimiento del Código de comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Para llevar a cabo el Proyecto de mejora de la calidad, proponemos la utilización de esta herramienta como método de autoevaluación que facilitará la detección de las deficiencias en el cumplimiento de los 10 pasos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Superación de la autoevaluación de la OMS y todos sus ítems. Esto garantiza el cumplimiento de los estándares de calidad de la IHAN. Esta misma herramienta se puede utilizar de forma periódica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Puesto que la acreditación fue en 2009, la reevaluación debería ser a finales de 2014, pero puesto que en nuestro servicio han cambiado la mayoría de los profesionales que ya tenían implicación en el proyecto como consecuencia de los traslados, se puede solicitar una prórroga a la IHAN para pedirla en el año 2015, la duración mínima del plan de mejora de la calidad sería de un año. Así el calendario previsto sería el siguiente:

Mayo 2014 a Julio 2014

- Reunión de la Comisión de lactancia del Sector para definir plan de acción
- Monitorización y evaluación de la situación. Emitir informe de auditoría interna y tasas de lactancia a la IHAN

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

464

1. TÍTULO

REEVALUACION TRAS 5 AÑOS DEL GALARDON IHAN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. PROCESO DE REACREDITACION

- Evaluación del plan del Seguimiento del prematuro tardío. Proyecto nacional ACUNA
Agosto 2014-Diciembre 2014
- Revisión y actualización de los protocolos asistenciales y de la Normativa de lactancia
- Difusión de los protocolos y la Normativa entre el personal implicado.
- Enero 2015-Abril 2015
- Realización de curso de formación básico para profesionales de nueva incorporación y formación continuada
- Evaluar el cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos en el hospital y los centros de salud
- Solicitud de la auditoría externa para la reacreditación a la IHAN

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. humanización

OTRA PALABRA CLAVE 2. lactancia materna

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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

158

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL ESTUDIO PREOPERATORIO EN PACIENTES INCLUIDOS EN REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA PARA PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA DE MAMA

2. RESPONSABLE ISABEL LAPORTA ANTON
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- EZQUERRA TORRES CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- NAVARRO JUSTE REBECA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- HOSPITAL ARA MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- DURAN PORTELLA ANTONIO. MEDICO/A. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- CANCER LANZON MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- GIRON CONSUL INMACULADA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los aspectos que inciden de forma importante y contribuyen sobremanera a garantizar la eficacia, eficiencia y calidad del proceso quirúrgico de mama en su totalidad, es el de la preparación del paciente para la intervención quirúrgica. Por ello el Servicio de Admisión y Documentación Clínica en la Unidad de Lista de Espera Quirúrgica-Quirófano, precisa la elaboración de una Guía para la correcta Gestión de las pruebas preoperatorias para la intervención quirúrgica de mama.

La citación, derivación y coordinación de las pruebas previas; así como la comunicación al paciente de las mismas obligan al personal de Admisión a conocer bien las pruebas a realizar así como la preparación y los Centros dónde éstas se realizarán. Pruebas a realizar en Hospital de Barbastro (Análisis de Sangre, Radiología, Electrocardiograma, Ecografías, Valoración Anestésica). Pruebas que se realizan en otros Centro de la red SALUD o Concertados (Gammagrafía, Resonancia Magnética, Marcaje con Radioisótopo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir una herramienta de trabajo común para todo el personal adscrito a la Unidad LEQ-Quirófano, al objeto de evitar demoras, canalizar eficazmente las solicitudes e informar al paciente de las citas, así como de la preparación y Centros donde se realizarán las distintas pruebas.

Prestar una atención personalizada a los pacientes con patología maligna de la mama, del tipo "ventanilla única", al objeto de evitar el desplazamiento del paciente por los distintos Servicios del Centro. Es decir que el administrativo de LEQ-Quirófano que le atiende le cite, gestione e informe de todas las pruebas a realizar con la privacidad precisa (despacho, sala de reuniones) teniendo en cuenta que algunos procesos son malignos y el paciente lo acaba de conocer.

Conseguir que las pruebas a realizar en el Hospital de Barbastro a los pacientes con patología maligna se realicen en el mismo día.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar los métodos actuales con las distintas Unidades implicadas: Unidad de LEQ-Quirófano, Servicios Quirúrgicos, Radiología, Canalizaciones y Centros Privados. Analizar los resultados y elaborar la Guía de Gestión administrativa del Estudio de Preoperatorios en pacientes incluidos en el R.D.Q. para procedimientos de Cirugía de Mama.

Divulgación de la Guía a las distintas unidades de enfermería de Consultas Externas, personal administrativo de otras Unidades y Facultativos de los Servicios Quirúrgicos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Análisis y revisión de los procedimientos de trabajo y realización de la Guía.

2- Revisión y adecuación del documento que se entrega a los pacientes con la descripción de sus citas.

3- 100% de los Facultativos de los Servicios Quirúrgicos de Mama y personal de enfermería de Consultas Externas conocen la Guía de Gestión Administrativa.

4- 95 % de los pacientes se les citará para el mismo día las pruebas a realizar en el Hospital de Barbastro.

5- 100 % de los pacientes con patología maligna son atendidos de forma personalizada y privada por el personal de Admisión.

6- Publicación en la Intranet, Herramientas de Admisión y Consultas Externas de la Guía de Gestión Administrativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2014 - Revisión y análisis de los procedimientos de trabajo, revisión del documento entregado a los pacientes.

Septiembre 2014 - Realización de la Guía de Gestión.

Noviembre 2014 - Presentación a los Facultativos de los Servicios Quirúrgicos de Mama y al personal de enfermería de Consultas Externas de la Guía de Gestión.

Noviembre 2014 - Publicación en Intranet de la Guía de Gestión.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

158

ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL ESTUDIO PREOPERATORIO EN PACIENTES INCLUIDOS EN REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA PARA PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA DE MAMA

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. | 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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

399

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA PARA MANEJO DE PACIENTES CON SARM PARA REDUCIR SU INCIDENCIA

2. RESPONSABLE CONCEPCION LOPEZ GOMEZ

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BETRAN ESCARTIN ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- CORTES RAMOS ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
- MALO FERRER MARIANGEL. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro hospital y sector, presenta una elevada prevalencia de pacientes colonizados/infectados por SARM (Staphylococcus aureus Resistente a Meticilina) sin haberse conseguido a lo largo de los años de implantación de medidas de aislamiento, reducir estos valores. El objetivo de este trabajo es elaborar e implantar en el hospital una VIA CLINICA PARA DETECCION Y MANEJO DE PACIENTES CON SARM, con el fin de mejorar la concienciación del personal, y la implantación de medidas generales y específicas de prevención, facilitando a la vez el manejo y la seguridad de los enfermos y la gestión de camas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar en el hospital una VIA CLINICA PARA DETECCION Y MANEJO DE PACIENTES CON SARM

Reducir la incidencia de SARM en nuestro hospital
Mejorar la concienciación del personal y los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elaborará una vía clínica, siguiendo las evidencias más actuales, adaptándola a las características de este hospital y una documentación y actividades formativas dirigidas a personal hospitalario y pacientes.

Desarrollo de un plan piloto de implantación en una planta, y evaluación del mismo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Evaluación:

Vía clínica elaborada. si/no

Porcentaje de vías clínicas cumplimentadas correctamente.

-Indicadores:

Densidad de incidencia de SARM

Densidad de incidencia de bacteriemia por SARM.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboracion de la via clinica 1 mes

Implatación 3 meses

Rejustes de la vía y reevaluación 3 meses.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN 0 PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROGRAMA MEJORA FORMACION MIR

2. RESPONSABLE CLARA LORIENTE MARTINEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- EITO CUELLO JUAN JOSE. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- FRANCIA FRANCO FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- OCHOA CADAVID SEBASTIAN. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- CANELLAS SANCHEZ PILAR. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- MORENO MEJIA ANA GRACIELA. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS
- ANDRES ALIERTA MARTA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- BENITO RUIZ BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- BOHORQUEZ SOL ANGELINA. MIR. H BARBASTRO. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar la aplicación del programa formativo MIR de MFyC en el Hospital de Barbastro.

Generar documento y protocolo de acogida para los Residentes MIR/EIR de nueva incorporación a su llegada al Centro. Mejorar la Supervisión del Trabajo asistencial realizado por los Residentes.

Implementar una dinámica investigadora con conocimiento, desarrollo y aplicación de Medicina basada en Evidencia. Fomentando la divulgación de resultados en foros, congresos, jornadas, publicaciones, becas, ect..

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente no existe documento-protocolo de acogida específico del Hospital de Barbastro para la llegada de los Residentes de nueva incorporación de la Unidad Docente MFyC Huesca-Barbastro.

Es preciso hacer actuaciones dirigidas a mejorar la supervisión asistencial de los MIR.

La dinámica investigadora del residente, tiene carácter individual y depende de la disponibilidad del adjunto para la supervisión de la misma. No hay dinámica organizativa establecida entre los residentes para la programación de este desarrollo, tan importante en el conjunto de su formación (como son el conocimiento del calendario de congresos/jornadas de interés científico, sus plazos, grupos distribuidos para programar y acudir a estos mismos) dirigidos a aquellos que tengan interés en realizar estas tareas formativas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un documento de acogida para los Residentes MIR y EIR de nueva incorporación que facilite la rápida integración en el centro y el conocimiento de su funcionamiento, pudiendo ser aplicado a centros de Salud.

Mejorar el proceso de aprendizaje y motivación en el desempeño de las funciones de los Residentes.

Establecer una dinámica investigadora de los Residentes en supervisión por los Adjuntos del Centro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración documento-protocolo de acogida del Residente de MFyC de nueva incorporación al Hospital de Barbastro.

Elaboración documento de supervisión de la tarea asistencial del residente de MFyC del Hospital de Barbastro adscrito a la Unidad Docente Huesca-Barbastro.

Elaboración plan de implementación de dinámica investigadora entre los residentes de MFyC del Hospital de Barbastro y los adjuntos pertenecientes al mismo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realizar un documento de acogida para entrega a promoción entrada 2015

Contabilizar la realización de trabajos de investigación logrando al menos 2 a Congresos / Jornadas

Encuesta de satisfacción del residente en relación a los problemas de mejora descritos anteriormente previo y posterior a la aplicación del proyecto de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Del 1 de junio de 2014 al 1 de junio de 2015.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

432

IMPLANTACION DE PROGRAMA MEJORA FORMACION MIR

- | | | |
|--|---|-------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 1 | Nada |
| 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

480

1. TÍTULO

VIA CLINICA : 'CODIGO SEPSIS GRAVE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO HEMOS EMPEZADO , HAY QUE SEGUIR , Y APRENDIENDO DE LOS ERRORES

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. UCI
- GRAU SALAMERO LAURA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
- ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UCI
- GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS. MEDICO/A. H BARBASTRO. UCI
- HURTADO PONCE GABRIEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- LOPEZ SANVICENTE CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. URGENCIAS
- LOPEZ GOMEZ CONCEPCION. MEDICO/A. H BARBASTRO. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tenemos claro la importancia de un buen manejo de las infecciones, y en especial , las infecciones graves, por su elevada incidencia, mortalidad y coste económico.

Existe ya 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 precoz y el soporte hemodinámico adecuado, mejoran de manera significativa la supervivencia.

La Sepsis grave/Shock séptico como patología "tiempo-dependiente", de ahí el interés de elaborar en nuestro hospital un código de activación: "código sepsis", de sensibilizar al personal sanitario , para su detección y tratamiento precoz, de mejorar la formación y el trabajo en equipo, de los distintos profesionales implicados , de estandarizar y homogeneizar el manejo de la Sepsis grave/Shock séptico.

Pero ya sospechábamos, y tenemos que reconocer, que esto no es tan sencillo . Lo hemos ido descubriendo, y nos lo han contado, otros que tuvieron antes, las mismas dificultades.

Algo hemos logrado ya : ahora hay que continuar, aprender y corregir los errores, y seguir insistiendo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1- Se ha elaborado La Vía clínica : "Código Sepsis Grave " : (Abril-Mayo 2013) . Se decidió estructurarlo en forma de "Vía clínica" y en colaboración con Servicio de Urgencias, UCI y Microbiología del hospital .

2- Se han realizado sesiones de información/formación:

(Junio-Septiembre 2013)

- Sesiones por servicios: en S de Urgencias , UCI
- Sesión General del Hospital : con presentación de la Vía clínica, a todos los Servicios, invitando a la misma a : Director Del Hospital , Jefes de los distintos Servicios y facultativos , Supervisoras de área , personal de enfermería, así como residentes , y a todos los interesados.

3- Se ha diseñado una "Hoja de recogida de datos" : (Abril-Mayo 2013)

4- Se han realizado varias reuniones del grupo de mejora, para evaluar el desarrollo del proyecto : (Abril- Noviembre 2013 : 3 reuniones)

5- La Vía Clínica:" Código Sepsis Grave", Así como la "Hoja de recogida de datos", se ha colgado en la Intranet del hospital : (A disposición , de cualquier interesado en el tema.)

6- Se ha presentado la Vía Clínica: "Código sepsis grave" , en las V Jornadas de Calidad e Investigación del Sector de Barbastro.

6- Puesta en marcha , e inicio de recogida de Datos : (Septiembre 2013)

7- Análisis Intermedio de resultados : Noviembre 2013

8- Análisis de los resultados, propuestas de mejora y elaboración de la memoria: (Marzo 2013)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un buen manejo de la sepsis grave es, sin duda el objetivo final, por eso , como hemos dicho en el análisis de nuestro proyecto, queda mucho por hacer.

Queda, continuar con el proyecto, continuar sensibilizando al personal sanitario y a la dirección del hospital, de la importancia de la detección y tratamiento precoz y adecuado, de la Sepsis grave , abordaje multidisciplinar, mejorando nuestra formación y trabajo en equipo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

480

1. TÍTULO

VIA CLINICA : 'CODIGO SEPSIS GRAVE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO HEMOS EMPEZADO , HAY QUE SEGUIR , Y APRENDIENDO DE LOS ERRORES

Queda , mejorar en los errores.

Estamos en contacto, con otros hospitales , para aprender de su experiencia y colaborar mutuamente.

Queda , en el horizonte , los proyectos de un "Código sepsis para Aragón, y un "Código sepsis nacional".

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Medidas previstas:

- 1- Insistir en la difusión de nuestro proyecto: Sesiones clínicas , donde mostrar lo que se ha hecho y lo que falta por hacer
- 2- Intentar conseguir el apoyo de la Dirección del hospital.
- 3- Reuniones del grupo de mejora, para evaluar el desarrollo del proyecto.
- 4- Intentar aunar nuestros esfuerzos, con lo que se está haciendo en otros hospitales, con los que nos une el mismo interés , y nos ofrecen propuestas concretas.

Responsables:

Los componentes del equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Indicador: Sesiones, ú otras actividades de difusión del proyecto (3) .

- Estándar: 100%
- Indicador: Reuniones del grupo de mejora (3) .
Estándar: 100%
- Indicador: % de pacientes SG/SS con administración precoz de AB de amplio espectro (en las 3 primeras h) .
Estándar: 70%
- Indicador : % pacientes con SG/SS , HC antes de administración de AB
Estándar: 70%
- Indicador: % pacientes con SG/SS, se ha medido Lactato en las 3 primeras h.
Estándar: 70%
- Indicador: % pacientes con hipotensión ó lactato = 4 mmol/L con Resucitación adecuada en las primeras 3h.
Estándar: 70%
- Indicador: % pacientes con SS , ó lactato inicial = 4 mmol/L: en los que se ha medido la PVC y SvcO2 ó SvO2 , en las 6 primeras h .
Estándar: 70%
- Indicador : % pacientes SS ó Lactato =4 mmol/L ,conseguido PVC > 8 mm Hg dentro de las 6 h tras identificación .
Estándar : 70%
- Indicador : % pacientes SS/Lactato >4 mmol/L, conseguido SvcO2 >70% ó SvO2>65% , dentro de las 6h, tras identificación.
Estándar : 30%
- Indicador : % pacientes SS, administrado esteroides a bajas dosis, Si indicado dentro de las primeras 24h.
Estándar : 70%
- Indicador : % pacientes SG/SS mantenida glicemia > limite inferior normal y valor promedio <150 mg/dl , en primeras 24h.
Estándar : 70%
- Indicador : % pacientes que requieren VM con PM inspiratoria media < 30 cm H2O , durante las primeras 24h del diagnostico .
Estándar : 70%
- Indicador : % pacientes con SG/SS , que completó todos los elementos aplicables de resucitación por SG .
Estándar : 30%
- Indicador : % de muerte intrahospitalaria por SG/SS .
Estándar : 40%

Fuentes de Datos:

- Registros UCI.
- Historias clínicas .
- Se valorará por el grupo, si seguir con nuestra " hoja de recogida de datos " , ó elegir , otra forma de recogida de datos , sugerida y utilizada por otro hospital , con el que

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

480

VIA CLINICA : 'CODIGO SEPSIS GRAVE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO HEMOS EMPEZADO , HAY QUE SEGUIR , Y APRENDIENDO DE LOS ERRORES

estamos en contacto.

Periodicidad de obtención:

A los 3 meses de inicio y a los 6 meses.

Responsable de obtención:

Coordinador del proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Insistir en la Difusión del proyecto: Mayo- Agosto. 2014 .

- Reuniones del grupo de mejora : cada 2/3 meses.
- Puesta en marcha y recogida de datos: Septiembre 2014 - Febrero 2015
- Análisis intermedio de resultados: Noviembre 2014.
- Análisis de los resultados, propuestas de mejora y elaboración de la memoria : Marzo 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. 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

388

1. TÍTULO

MEJORA EN LA INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE DIANA MUR BARRABES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCOLANO HURTADO CARMEN. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA FORMACION, CALIDAD
- NADAL ABADIAS NATALIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA ESPECIALIDADES
- MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA MEDICINA INTERNA
- MARTINEZ SILVA ANGELA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA 4ARIA PLANTA DERECHA
- MINGUEZ SORIO JULIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA MATERNO/INFANTIL
- UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SUPERVISORA CIRUGIA
- CAJA BUETAS ROSA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. DIRECTORA DE ENFERMERIA
- BUERA BROTO DOLORES. ENFERMERO/A. CS BARBASTRO. ENFERMERA CS BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes y familiares deben ser informados desde su ingreso de forma adecuada a sus necesidades de forma verbal y escrita. Hemos detectado que a pesar de la información recibida tienen carencias de conocimiento, para ello queremos medir con una encuesta individual a los pacientes dichas carencias y trabajar en los aspectos que según esta encuesta veamos más necesarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocer las carencias de información de pacientes y familiares durante el ingreso hospitalario.

-Mejorar y medir las carencias detectadas.

-Unificar la información verbal que reciben los pacientes y familiares en las Unidades de hospitalización.

-Registrar que la información tanto verbal como escrita ha sido realizada y ha sido comprendida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Busqueda bibliografica y revision de encuesta realizada en nuestro Hospital 2011

-Implantar un protocolo de información verbal a pacientes y familiares.

-Colocar en las habitaciones poster y guías informativas para pacientes y familiares.

-Realizar encuesta a pacientes y familiares para conocer la situación actual.

-Actividades de mejora para las carencias detectadas en la encuesta anterior.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Porcentaje de habitaciones por Unidad de hospitalización que tienen guía y poster informativo. (Se realizará comprobando en cada habitación)

-Porcentaje de pacientes con registro en su historia de haber sido informados a su ingreso.(Revisión de historias)

-Diferencia en el resultado del la encuesta de satisfacción, medición previa (2011) con la encuesta realizada tras la mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Busqueda bibliografica y revisión de resultados de la encuesta 2011.MAYO

-Realizar el protocolo de información a pacientes y familiares ingresados en el Hospital de Barbastro. MAYO

-Colocación de poster y guía en las habitaciones. MAYO

-Evaluación de indicadores. NOVIEMBRE.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. información

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho

3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante

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

5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

034

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL CONTROL DE LAS INDICACIONES DE CESAREA Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES DE LAS MISMAS

2. RESPONSABLE JAVIER NOGUES YOMAS
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GARCIA LASHERAS ANA JULIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GUARDIA LUDORICO LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ARRIBAS MARCO TERESA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ZEITLER MARTA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- NOGUES GARCIA LAIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO.
- NOGUES GARCIA ITZIAR. . H BARBASTRO

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 y anemia postparto.

La realización inadecuada de una cesárea, conlleva un aumento del riesgo materno innecesario, sin disminuir el riesgo fetal.

El coste de una cesárea triplica al del parto normal, además de la estancia media que también es mayor.

La tasa de cesáreas en Aragón desde 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, menor de un 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 año 2013, hemos conseguido una tasa de cesareas del 17.08%, un 3,98% menos que en 2008. Estos datos se han conseguido con la colaboración y buen hacer de todos los profesionales del Servicio implicados en la asistencia obstétrica.

A pesar de mantener una tasa estable de cesareas, observamos algunas situaciones susceptibles de mejora.

Detectamos un incremento en el número de complicaciones generales hasta del 22,77%. Dentro de estas complicaciones se han tenido algunas muy graves, con 2 histerectomías post-parto y complicaciones hemorrágicas que precisan transfusiones en el 10% de las cesáreas realizadas. También seguimos detectando que no se realiza o no se apunta en la historia clínica la profilaxis antibiótica en el 10% de las mismas.

Consideramos necesario, seguir realizando los controles de calidad y revisión de todas las cesáreas realizadas en el Servicio, para desarrollar estrategias que nos ayuden a disminuir el número de complicaciones, disminuir la variabilidad clínica y mantener una tasa de cesareas acorde a las recomendaciones de la OMS y la SEGO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En 2013 se han realizado 110 cesáreas sobre 644 partos, lo que supone una tasa del 17,08%. Un 1,1% menos que en 2012. El 75,54% son urgentes y el 24,45% programadas. Las cesáreas urgentes se han incrementado en un 5% con respecto al año 2012.
Tasa de cesáreas en Aragón:

El 90,9% de las cesáreas se realizan con anestesia loco-regional y el 97.08% dan lactancia materna al alta.

Se han complicado 24 cesáreas, lo que supone un 22,77%.

La complicación más frecuente ha sido la transfusión, un 9.09%, y ha habido una complicación muy grave post-trasfusional (Síndrome de Trali)

Destacar el incremento de procesos infecciosos graves, como son 2 abscesos pélvicos y 5 endometritis, lo que supone un 6,35% de las cesáreas realizadas, estos procesos por su gravedad requieren estudio individualizado

El número de endometritis se ha duplicado respecto al año anterior, siendo de 5.

Las complicaciones de la herida quirúrgica han disminuido.

Un 10% de cesáreas se realizan sin profilaxis AB. Es necesario averiguar y corregir esta circunstancia para conseguir que en el 100% se instaure.

La EM se ha mantenido estable y se ha disminuido en un 0.08 la estancia media con respecto al año 2012 y en 0.51 días respecto al 2010

Las causas de las cesáreas urgentes han sido:

RPF: 20 cesáreas, lo que supone un 18.18% del total de cesáreas realizadas y un 24,34% de las realizadas urgentes. Se han disminuido en un 5,89% las cesareas realizadas con esta indicación, respecto al año 2012

Se realizan 38 cesáreas por parto estacionado, fallo de inducción y DCP, el factor de parto estacionado con 25 cesáreas supone un 22,72% sobre el total de las realizadas y el 30,48% de las urgentes.

Por fallo de inducción se realizan 7 cesareas, el 8,5% de las urgentes.

En 2013 se realizan 159 inducciones, lo que supone una tasa de inducción sobre el total de 644 partos de un 24,68%.

De las 159 inducciones, son parto normal 133 y se realizan 26 cesareas, lo que supone una tasa del 16,35%.

Se asisten 61 pacientes con cesárea anterior y son parto normal 28, lo que supone un 45,9%.

Las dos causas más frecuentes de motivo de inducción son: E P. con 77 pacientes y BR con 56, en conjunto suman 133, lo que supone un 83,6% de las inducciones, estos dos factores son difíciles de disminuir. Destacar que la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

034

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA EL CONTROL DE LAS INDICACIONES DE CESAREA Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES DE LAS MISMAS

tasa de cesarea es similar a la tasa general del hospital.

Con respecto a las cesáreas programadas, la causa más frecuente es por podálica (11), lo que supone el 28% de las programadas, se han disminuido los partos en podálica por la realización de versiones externas.

Cesárea iterativa y cesárea anterior son 9 pacientes lo que supone el 32,14%.

Con respecto a los criterios de idoneidad se observa que un 85,37% de las cesáreas urgentes cumplen criterios de idoneidad y no lo hacen un 14,16%.

En las cesáreas programadas, no cumplen criterios una.

La variabilidad de los profesionales oscila entre un 36,6% y un 10%. Existe una gran variabilidad, que habrá que estudiar, pues la complejidad que es similar y no está justificada esta disparidad de resultados.

De los objetivos marcados en el Proyecto de Mejora:

Se ha disminuido la tasa de cesáreas en un 1,1%.

Se ha incrementado en un 4% la profilaxis antibiótica en las cesáreas realizadas, pero sigue habiendo un 9,9% de cesáreas que no se realiza profilaxis .

Las madres con lactancia materna al alta se incrementan en un 4%.

No se ha conseguido disminuir la tasa de complicaciones y además seguimos teniendo complicaciones muy graves.

Se observa una alta variabilidad entre los profesionales, no justificada por la complejidad de los procesos.

En las cesáreas urgentes el 30,48% lo son por parto estacionado, fallo inducción y DCP.

Las causas más frecuentes de cesáreas urgentes es por nalgas y cesárea anterior.

Un 14,16% de las cesáreas urgentes no cumplen criterios de calidad.

Se consigue parto vaginal en un 45,90% de las cesáreas anteriores.

La EM ha disminuido en 0,8 días

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Estabilizar la tasa de cesáreas entre un 17-20%.

Tasa de parto tras cesárea en un 50%.

Disminuir la tasa de complicaciones.

Evitar las histerectomías postparto.

Profilaxis antibiótica en el 100% de las cesareas realizadas.

Mantener la tasa de lactancia materna en cesáreas.

Promover el contacto piel con piel en las cesareas.

Que todas las cesáreas programadas se adecuen a los criterios de Calidad y que el 90% de las urgentes los cumplan.

Disminuir la variabilidad entre los médicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisar todas las cesáreas realizadas durante el año 2014.

Monitorizar el número de complicaciones.

Valorar las indicaciones de las cesáreas realizadas

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. Mayo2014. Presentación del Plan de Mejora en el Servicio.

Revisión de los criterios de calidad.

Diseñar hoja de recogida de datos.

Noviembre 2014: Evaluación provisional

11. OBSERVACIONES. La evaluación continua de la actividad asistencial y la búsqueda de alternativas a los problemas detectados, pensamos que debe ser una práctica habitual en todo Servicio obstétrico.11. ENFOQUE PRINCIPAL.

Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. 15 a 45 años

·SEXO. Mujeres

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 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

393

1. TÍTULO

GESTION ADMINISTRATIVA DE FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PALACIN BUISAN

- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCES ABADIAS PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- ACIN OROS LEONOR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- ARIAS GARUZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- BAILO BALLESTER ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- GABARRE ORUS LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- GARCIA BESCOS ALICIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION
- LATORRE MORCATE CONCEPCION. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H BARBASTRO. ADMISION Y DOCUMENTACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El personal administrativo de la Unidad de Archivos y de la Unidad de Hospitalización, asignadas al Servicio de Admisión y D.C. del Hospital de Barbastro, realizan la gestión administrativa de la baja de pacientes fallecidos en HIS, así como la extracción de la Historia Clínica del Archivo General y el envío de la misma al Archivo Periférico.

La información sobre los pacientes que han fallecido proviene de los datos propios del Hospital (exitus Hospitalizados o en Urgencias), listados enviados por B.D.U. (Tarjeta Sanitaria) y listados enviados desde la Dirección Provincial del Salud.

Es fundamental la coordinación entre Archivos y Hospitalización para que las H.C. de todos los pacientes que son registrados como EXITUS en HIS por la Unidad de Hospitalización, sean enviadas al Archivo Periférico por la Unidad de Archivos.

Nuestro propósito es realizar un Protocolo que describa los procedimientos que cada Unidad debe realizar al objeto de evitar duplicidades en la gestión, así como conseguir que todas las H.C. de exitus salgan del Archivo General, dados los problemas de espacio del mismo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El personal administrativo de Hospitalización y de Archivos conocerá los procedimientos de trabajo que deben realizarse con los exitus en HIS y en el Archivo.

El personal administrativo de Hospitalización y de Archivos dispondrá de un Protocolo que detalle estos procedimientos.

El Protocolo estará disponible en la Intranet/Herramientas de Admisión.

Liberar espacio en el Archivo General con el envío de todos los exitus registrados al Archivo Periférico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se analizarán los procedimientos que se realizan en Hospitalización y en Archivos. Se modificarán los procedimientos necesarios para conseguir optimizar el trabajo. Se preparará un Protocolo de trabajo común para las dos Unidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Protocolo de gestión administrativa de fallecidos realizado. 2- 100% del personal de las Unidades de Hospitalización y Archivos conozcan y tengan disponible el Protocolo. 3- Publicación en la Intranet/ Herramientas de Admisión del Protocolo.

4- El 100 % de los exitus se registran en HIS en el plazo de un mes desde que se recibe la comunicación. 5- El 100 % de las H.C. de los exitus registrados en HIS salen del Archivo General y se envían al Archivo Periférico dentro de los dos meses siguiente al trimestre finalizado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Octubre 2014 - Realización del análisis y del Protocolo. Octubre y Noviembre 2014 - Presentación al personal de Hospitalización y Archivos del Protocolo. Noviembre 2014 - Publicación en Intranet/Herramientas del Protocolo.

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. 2 Poco
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 2 Poco
- 3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

393

GESTION ADMINISTRATIVA DE FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE ADMISION Y D.C. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

043

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H BARBASTRO
 - Localidad BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PERELLA ARNAL MATILDE INES. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL. MEDICO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- ROMERO ARPA MILAGROS. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- SOLA HERRERA TRINIDAD. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MARRO GRACIA NIEVES. TEL. H BARBASTRO. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -El servicio de transfusión del Hospital de Barbastro dispone de procedimientos escritos de técnicas y procedimientos de actuación que precisan ser ampliados y actualizados.
- El periodo de aprendizaje se hace correctamente en tiempo, pero no hay procedimiento escrito de actuación.
 - Se hace formación interna y externa pero no hay registro.
 - No existe valoración de la gestión de componentes sanguíneos.
 - No existe ningún registro de incidentes transfusionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estandarizar el proceso de transfusión.

- Optimizar el tiempo en la técnica de transfusión.
- Reciclaje anual del personal.
- Formación continuada del personal.
- Mejorar la gestión de los componentes sanguíneos, reduciendo consumo, bolsas caducadas y desechadas.
- Corregir errores que se detecten, mediante el registro de incidentes transfusionales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de nuevos procedimientos.

- Revisión y actualización de procedimientos ya existentes.
 - Elaboración de un programa de formación continuada anual.
 - Establecer programa de formación para nuevos profesionales.
 - Revisión mensual de la gestión de componentes sanguíneos (bolsas caducadas, desechadas, etc).
 - Elaboración de un formulario sobre conocimientos al inicio y final de la formación para los profesionales.
 - Elaboración de un registro de incidentes transfusionales.
- de nueva incorporación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluación de los dos formularios para objetivar los conocimientos adquiridos.

- Evaluación de la gestión de los componentes sanguíneos caducados ó desechadas: N° componentes sanguíneos recibidos/ n° de componentes sanguíneos caducados o desechados x 100
- Evaluación de incidentes transfusionales: N° de transfusiones realizadas/n° de incidentes registrados x100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 3 meses, recogida de datos de componentes sanguíneos caducadas y desechadas, puesta en marcha de la elaboración y actualización de procedimientos de trabajo.

- 1 mes de evaluación de datos.
- 6 meses, puesta en marcha de nuevas acciones.
- 1 mes de evaluación nuevas acciones.
- 1 mes 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. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | | |
|--|---|------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 1 | Nada |
| 2. Disminuir 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 |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

494

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO PETICIONARIO, MANTENIMIENTO ELECTROMEDICINA EN CUANTO A GESTION E INFORMACION

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE

- Profesión TCAE
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. H BARBASTRO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CAJA BUETAS ROSA. TCAE. H BARBASTRO.
- RIBA BRUBALLA JOSE ANTONIO. TCAE. H BARBASTRO.
- DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE. TCAE. H BARBASTRO.
- CALDERON GRAU PILAR. TCAE. H BARBASTRO.
- SALAMERO LAFARGA ELISA. TCAE. H BARBASTRO.
- PUEYO MUR JOAQUIN. TCAE. H BARBASTRO.
- CABRERO LASIERRA JAVIER. TCAE. H BARBASTRO.
- JUSTE ARA ALFREDO. TCAE. H BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

- Las incidencias relativas al servicio de electromedicina es complicado seguirlas
- En ocasiones se desconoce dónde se encuentran aparatos que han sido enviados para reparación
- No se puede consultar las incidencias y reparaciones del equipamiento
- El Sistema de Calidad ISO 9001 implantado en varios EAP (6+2) del Sector de Barbastro hace que algunos procedimientos sean de utilización común a implantar en todos los EAP de Atención Primaria
- La necesidad de etiquetar la totalidad de equipamiento del Sector de Barbastro, unificando criterios y protocolizando las actuaciones
- Integrar el programa SERPA con la base de datos propia del servicio de electromedicina
- El servicio de electromedicina es una contrata por periodos, por lo que en un tiempo se puede cambiar de empresa y/o personas, por lo que hace necesario protocolizar las actividades a realizar
- Integrar al personal del servicio de electromedicina en la dinámica actual del SALUD y del sector de Barbastro

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
 - Mejora de la seguridad del paciente
 2. Sobre los profesionales
 - Mejora de la coordinación entre servicios - (peticionario-electromedicina-mantenimiento-dirección)
 - Protocolización de actividades: reducción de la variabilidad
 - Trazabilidad de los aparatos de medida, seguimiento de las actividades de reparación-mantenimiento
 3. Sobre la organización / recursos económicos
 - EVITAR PERDIDAS DE MATERIAL
 - EVITAR DEMORAS EN LA REPARACION DEL MATERIAL
 - EVITAR SITUACIONES DE DESCONOCIMIENTO QUE GENERAN MUCHAS LLAMADAS INNECESARIAS
 - TENER UN REGISTRO ACTUALIZADO PARA GESTIONAR ADECUADAMENTE TODOS LOS RECURSOS
 - TENER CONOCIMIENTO DEL MATERIAL DE SUSTITUCION PRESTADO POR LAS CASAS COMERCIALES MIENTRAS SE REALIZA UNA REPARACION (TANTO DE LA SITUACION EN LA QUE LLEGA COMO EN LA QUE SE DEVUELVE)
- DEPURAR LO QUE COMPETE A CADA SERVICIO O PERSONA PARA EVITAR DUPLICIDADES

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar
- Consensuar y aprobar un protocolo de actuación para la coordinación de las actividades de mantenimiento-reparación de equipos de medida en el sector sanitario de Barbastro
 - Diseño e implementación de una base de datos que integre el Programa SERPA (identificativo de los equipos de medida), las incidencias remitidas por los profesionales (SERPA?) y las actividades propias que realiza el servicio de electromedicina (base de datos propia de electromedicina)
 - Establecer circuitos, responsables y permisos de la nueva aplicación informática.
 - Evaluación periódica de resultados y análisis de los mismos para establecer acciones de mejora

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

- Consensuar y aprobar un protocolo de actuación
- Diseño e implementación de base de datos
- Establecer circuitos, responsables y permisos
- Establecer los indicadores que son necesarios evaluar para ver la efectividad y la actividad de las medidas implantadas
- Integración en la intranet del sector
- Evaluación del Programa y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Creación de base de datos (Si/No)

- % de equipos extraviados en su reparación
- % de equipos reparados sin registro

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

494

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL CIRCUITO PETICIONARIO, MANTENIMIENTO ELECTROMEDICINA EN CUANTO A GESTION E INFORMACION

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación del grupo de trabajo: primer trimestre 2014
- Consensuar y aprobar un protocolo de actuación: segundo trimestre 2014
- Diseño e implementación de base de datos: segundo trimestre 2014
- Establecer circuitos, responsables y permisos: tercer trimestre 2014
- Establecer los indicadores que son necesarios evaluar para ver la efectividad y la actividad de las medidas implantadas: cuarto trimestre 2014

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. | 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

185

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL ESTUDIO DE ADN FETAL EN SANGRE MATERNA AL DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO

2. RESPONSABLE BEATRIZ 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.

- ARAGON SANZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ARRIBAS MARCO TERESA. MEDICO/A. H BARBASTRO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- TAPIA LANUZA AMADO. QUIMICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
- LALANA GARCES MARTA. FARMACEUTICO/A. H BARBASTRO. ANALISIS CLINICOS
- ALCALINE VILLAROYA MARIA JOSE. MEDICO/A. H MIGUEL SERVET. GENETICA
- CARAZO HERNANDEZ BELEN. MEDICO/A. H CLINICO UNIVERSITARIO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde que incorporamos el screening combinado de primer trimestre al Diagnóstico Prenatal en el sector de Barbastro en 2008 el número de pruebas invasivas, mayoritariamente amniocentesis, ha disminuido de forma drástica hasta en un 70%. A pesar de esto, en 2013 todavía realizamos 13 amniocentesis por cada aneuploidía grave diagnosticada.

En enero de 2013 se introdujo en muchos centros privados españoles el estudio de ADN fetal en sangre materna. En 1997 el descubrimiento de la presencia de ADN fetal circulante en sangre periférica materna abrió un campo de investigación generando enormes expectativas acerca de la posibilidad de realizar diagnósticos prenatales sin la necesidad de procedimientos invasivos. Cuando surgieron los primeros estudios el fin era que este test llegara a sustituir a los procedimientos invasivos pero, al no llegarse a los niveles de sensibilidad y especificidad del 100%, se empezó a hablar de los mismos como una herramienta de cribado más que de diagnóstico. Aunque esta prueba todavía no está en la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, el estudio de ADN fetal será una herramienta fundamental en el Diagnóstico Prenatal en los próximos años, con amplios estudios científicos que la avalan como prueba de cribado, por lo que debemos ir adecuando los métodos de que disponemos y nuestros protocolos de cara a su incorporación en un futuro cercano.

En muchos casos hasta ahora, son las propias pacientes "de motu proprio" las que se realizan el análisis de ADN fetal en la Medicina Privada tras ser informadas del resultado del screening de alto riesgo, no habiendo homogeneizado en nuestro servicio la información que damos a estas pacientes. En un caso en el año 2013 tuvimos el diagnóstico de feto afecto de trisomía 21 tras screening combinado de primer trimestre (+) y estudio de ADN fetal (+), pero no tenemos recogidos los resultados de estas pruebas realizadas en otros centros. Se propone acordar qué información y posibilidades debemos dar a las pacientes de riesgo, y cómo recoger los datos de las que se hagan estos análisis fuera de nuestro medio.

El objeto de este proyecto de calidad es establecer un protocolo para incorporar el estudio de ADN fetal en sangre materna al cribado combinado de cromosopatías que disponemos actualmente, realizar un estudio de costes-beneficio, todo ello de cara a introducir el mismo en nuestro sector como una estrategia más para disminuir el número de pruebas invasivas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se propone realizar un estudio teórico de las ventajas e inconvenientes que supondrían la incorporación del estudio de ADN fetal para presentar a la Dirección Médica del Hospital de Barbastro, en conjunto con el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital de Barbastro y de acuerdo con el Servicio de Genética del Hospital Miguel Servet.

Otro de los objetivos es revisar el protocolo de Diagnóstico Prenatal de nuestro centro incorporando estas nuevas técnicas al cribado de cromosopatías, erradicando la edad materna como indicación de amniocentesis.

Se espera incorporar el estudio de ADN fetal en la Estrategia de Cribado de Cromosopatías de Aragón de acuerdo con la Sección de Diagnóstico Prenatal de nuestro centro de referencia, Hospital Miguel Servet.

Mientras no dispongamos de esta prueba, homogeneizar la información que damos a nuestras pacientes y seguir unos criterios comunes de seguimiento a las que se lo realicen en la Medicina Privada.

En última instancia y lo más importante, disminuir el número de técnicas invasivas y con ello, el número de abortos post-amniocentesis y la ansiedad que conllevan, sin por ello disminuir nuestras tasas de detección de aneuploidías (hoy en día, el 90%).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realizar un estudio coste-beneficio sobre el gasto que supondría la incorporación de estas pruebas (de momento la patente es propiedad de un laboratorio privado) y el ahorro teórico por la disminución de pruebas invasivas y el aborto asociado a las mismas.

-Revisión del protocolo de Diagnóstico Prenatal vigente en el sector de Barbastro, con la incorporación del estudio de ADN fetal a las pacientes con resultado de screening combinado de alto riesgo, como indicación primera antes de realizar una prueba invasiva.

-Modificar los folletos informativos de Diagnóstico Prenatal, añadiendo la información necesaria sobre el estudio de ADN fetal.

-Realizar un nuevo consentimiento informado para el estudio de ADN fetal.

-Incorporarlo a la Estrategia de Cribado de Anomalías cromosómicas de Aragón.

-Establecer un nuevo calendario de consultas y ecografías en los casos de resultado de screening combinado de alto riesgo.

-Publicar nuestros resultados tras seis años de incorporación del cribado combinado de primer trimestre.

-Publicar nuestros resultados tras la incorporación del ADN fetal al año de seguimiento en revistas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

185

1. TÍTULO

INCORPORACION DEL ESTUDIO DE ADN FETAL EN SANGRE MATERNA AL DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO

científicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de screening combinados positivos, tasa de falsos positivos.
Tasa de detección de cromosomopatías.
Número de estudios de ADN fetal realizados.
Número de amniocentesis.
Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Publicación en una revista científica de los resultados obtenidos en nuestro centro con el cribado combinado y la propuesta de incorporación del estudio de ADN fetal: febrero-mayo 2014.
Estudio de coste-beneficio en conjunto con el Servicio de Análisis Clínicos. Fecha prevista: mayo 2014.
Revisión del protocolo de cromosomopatías junto con el Servicio de Análisis Clínicos: julio-septiembre 2014.
Modificación del folleto de Diagnóstico Prenatal y de los consentimientos: septiembre 2014.
Reunión informativa conjunta entre los dos servicios, en el curso de la auditoría interna anual del cribado combinado de primer trimestre: diciembre 2014.
Cambio en las agendas de las consultas de Obstetricia: a comentar con Dirección Médica.
Incorporación del estudio de ADN fetal: a comentar con Dirección Médica.
Revisión de los resultados: al año de la incorporación del nuevo estudio al cribado.
Revisión de los estudios de ADN fetal realizados en la Medicina Privada en 2013 y 2014: diciembre de 2014.

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

OTRA PALABRA CLAVE 1. Diagnóstico Prenatal

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 |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE SESIONES CLINICAS CONJUNTAS ENTRE MEDICINA INTERNA ATENCION PRIMARIA. UNA FORMA DIFERENTE DE RELACION ENTRE EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE PABLO SANCHEZ-RUBIO LEZCANO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUIRAL FERNANDEZ NURIA. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- RUIZ MONTES FRANCISCO. MEDICO/A. H BARBASTRO. MEDICINA INTERNA
- BLASCO OLIETE MELITON. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- TORRES CLEMENTE ELISA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- LUEZA LAMPURLANES ELISA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA
- VALLES GALLEGU VICTOR. MEDICO/A. DAP BARBASTRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestra opinión, la realización de sesiones conjuntas entre M. Interna y Atención Primaria permite una mejor comunicación entre los distintos niveles, lo que redundará en una mejor asistencia al paciente. Es importante ya que es una nueva manera de atender al paciente de forma multidisciplinar. Mediante las reuniones se comentan y aclaran dudas y se ofrece información adicional que no se citan en ocasiones en las hojas de derivación. Esta necesidad se ha detectado tras comentar con AP la posibilidad de realizar estas sesiones, la cual se ha acogido con entusiasmo. Existen publicaciones al respecto por parte de proyectos similares en otras regiones con una aceptación favorable por parte de internistas, médicos de AP y pacientes. Con estas sesiones conjuntas se pretenden adoptar actitudes similares ante un mismo paciente y consensuar y acordar la conducta a seguir con los mismos. Es una manera de realizar una intervención más temprana y posteriormente realizar un mejor seguimiento de los pacientes. Además también permite un ahorro económico ya que se evita la duplicidad de visitas a especialistas, se pueden evitar ingresos o acortar la duración de los mismos así como disminuir la realización de pruebas diagnósticas en ocasiones innecesarias o repetir las que ya se han realizado.

Referencias bibliográficas:

- 1.- La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención Médica. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC)*. Med Clin (Barc) 2004;122(2):46-52.
- 2.- Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. Juan Gervasa, Ana Ricob y Seminario de Innovación 2005. Med Clin (Barc). 2006;126(17):658-61.
- 3.- El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria. Ramon Pujol Farriols y Xavier Corbella Virós. Med Clin (Barc) 2004;122(2):60-1

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Menor derivación de pacientes a Urgencias

- 2.- Menor número de ingresos de pacientes desde Urgencias
- 3.- Disminución de duplicidad de derivación de pacientes a Consultas de Medicina Especializada
- 4.- Menor realización de pruebas complementarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones Clínicas de carácter mensual en el Centro de Salud de Barbastro, en dichas sesiones además de comentar casos concretos de pacientes (posibles ingresos, dudas al alta de los pacientes..) se podrán realizar sesiones de temas concretos si así se acuerda. Además de las sesiones clínicas se dispondrá de una dirección de mail específica para estas consultas y de un número de teléfono móvil propio para este proyecto, lo cual facilitará el contacto en casos más urgentes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de pacientes consultados en las sesiones

- 2.- Número de llamadas y mails atendidos.
- 3.- Sesiones sobre patologías concretas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en mayo de 2014, con periodicidad mensual. Si existe satisfacción por todas las partes se pretende continuidad y consolidación del mismo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

ESTABLECIMIENTO DE SESIONES CLINICAS CONJUNTAS ENTRE MEDICINA INTERNA ATENCION PRIMARIA. UNA FORMA DIFERENTE DE RELACION ENTRE EL HOSPITAL Y EL CENTRO DE SALUD

5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR TORREGROSA MARTIN

- Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ONCINS TORRES ROSA. MEDICO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR. TEAP. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- GABARRE ORUS MARIA PILAR. TEAP. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- COMES GARCIA MARIA DOLORES. TEAP. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- RODIL HERNANDEZ ITXAZNE. TEAP. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA
- CORED NASARRE ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - El servicio de anatomía patológica de este hospital, dispone de guías de manejo de aparatos y técnicas, pero no procedimientos de trabajo propios.

- Existen procedimientos de trabajo escritos pero necesitan actualización y ampliación debido a la automatización de todo el servicio.

- El periodo de aprendizaje del nuevo personal se hace correctamente pero no esta documentado.

- También se hace formación interna y externa, pero no hay documento escrito, ni existe ningún registro.

- No existen registro en formato informatico de las muestras que se envían a otros laboratorios.

- No estan a disposición las fichas técnicas de reactivos, ni la documentación y control de los equipos.

- No esta debidamente señalado el laboratorio; zonas de lavajos, zona de macro, etc.

- No existe registro de incidencias en soporte informatico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Protocolizar los procedimientos de trabajo de cada sección.

- Formación continuada interna y externa del personal del laboratorio, bien documentada.

- Corregir errores que se detecten en el resgistro de incidencias.

- Señalización del servicio.

- Ubicación, conocida por el personal del servicio, de las fichas técnicas de los reactivos y documentación y control de equipos.

- Estandarización del periodo de aprendizaje del nuevos personal.

- Optimización del control de muestras enviadas a otros laboratorios, mediante el soporte informatico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de nuevos procedimientos de trabajo.

- Actualización y ampliación de procedimientos de trabajo ya existentes.

- Elaboración y resgistro de un programa de formación continuada anual.

- Implantación de una guía a seguir para estandarizar el aprendizaje de nuevos profesionales.

- Ubicar carteles indicativos de las zonas del laboratorio, colocación de fichas técnicas en cada sección, tambien colocación de documentación y control en cada equipo.

- Utilización de una base de datos para control de muestras que se envían al exterior y de registro de incidencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización del 100% de los procedimientos de trabajo.

- Inclusión en la base de datos de todas las muestras que se han externalizado en el año 2014. N° de muestra recibidas y externalizadas del laboratorio/ N° de muestras externalizadas registradas en la base de datos x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 6 meses para realización de procedimientos de trabajo, actualización y ampliación, realización de guías de formación continuada y de aprendizaje para nuevos profesionales. Adaptación de las base de datos para registro de incidencias y muestras que se externalicen.

- 5 meses de trabajo con las nuevas acciones.

- 1 mes de 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. 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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

246

LA DISFAGIA Y SU GRADO COMO MARCADORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS Y SU INCLUSIÓN EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

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.

- LANAU SENZ PILAR. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
- PALACIN ARIÑO CLARA. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. UNIDAD DE NUTRICION
- SANTALIESTRA GRAU JESUS. MIR. CS BARBASTRO.
- ZAMORA CATEVILLA ARANTZAZU. ENFERMERO/A. H BARBASTRO. SERVICIO DE ESPECIALIDADES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfagia se considera un factor condicionante de morbilidad y mortalidad en el contexto de enfermedades crónicas y degenerativas, como demencia u otros procesos neurológicos. La estadificación del grado de la misma puede ayudar a establecer pronósticos y servir de ayuda para adecuar el esfuerzo terapéutico en este tipo de enfermedades. Se ha iniciado la realización del test de volumen-viscosidad en el Hospital, con la creación de una consulta de enfermería dedicada a este fin además de llevar a cabo dicho test en paciente ingresados en planta. Pretendemos llevar a cabo una revisión de los pacientes diagnosticados de disfagia y de su grado a los seis y a los doce meses, tanto en aquellos en los que se haya iniciado una alimentación enteral como en los que no la han precisado. De esta manera se podrá comprobar si la disfagia supone un aumento de mortalidad y de complicaciones tales como infecciones respiratorias de repetición a consecuencia de broncoaspiraciones. Estos datos pueden servir para la futura inclusión de los pacientes en un programa de seguimiento de Cuidados Paliativos, de forma que se mejora la calidad asistencial en estos casos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos mejorar la calidad asistencial en pacientes con disfagia, adecuando el uso de espesantes para minimizar los riesgos de broncoaspiración, incluyendo a los pacientes con disfagia severa en un programa de cuidados paliativos si lo requiriesen, según su situación de base funcional y su comorbilidad asociada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ALFREDO ZAMORA MUR: diseño del estudio, recogida de datos médicos, realización de análisis estadístico, inclusión de pacientes en programa de cuidados paliativos si así lo requieren

LANAU SENZ PILAR: realización del test de volumen-viscosidad y recogida de datos relativos al mismo, así como de la situación funcional del paciente según el índice de Barthel

PALACIN ARIÑO CLARA: realización de revisión del uso de espesantes y existencia de complicaciones tras alta hospitalaria

SANTALIESTRA GRAU JESUS: realización de revisión del uso de espesantes y existencia de complicaciones tras alta hospitalaria

ZAMORA CATEVILLA ARANTZAZU: inclusión de datos recogidos en base de datos estadística, así como realización de resúmenes y presentaciones-comunicaciones a jornadas, congresos o cursos (formato power-point o similar)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - adecuado seguimiento de los pacientes a los que se les ha diagnosticado disfagia o estadificado su grado
- inclusión de los pacientes con disfagia severa en contexto de declive funcional u otros criterios de terminalidad asociados en un programa de seguimiento de cuidado paliativos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio es iniciado en Enero del presente año (2014), con previsión de finalización del mismo en Diciembre del 2014.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE CRÓNICO-DEPENDIENTE

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). ... | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

246

LA DISFAGIA Y SU GRADO COMO MARCADORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS Y SU INCLUSION EN UN PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante