

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2010

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	540	ESCUDE R CENTELLES, ANGEL FRANCISCO	MEJORA DE ALMACENAMIENTO, ORDEN Y CONTROL DE CADUCIDADES DEL ALMACEN DEL CENTRO DE SALUD DE AINSA	CS AINSA	
AT.PRIMARIA	455	GISTAU TORRES, MARIA PILAR	MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EXTRACCIONES DEL C. S. AINSA	CS AINSA	
AT.PRIMARIA	541	GOMEZ RIVERA, LOURDES	MEJORA DE LA ATENCION Y OPTIMIZACION DE RECURSOS SANITARIOS EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA DE AINSA	CS AINSA	
AT.PRIMARIA	539	LANAU SAZATORNIL, PILAR	MEJORA DE LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES Y PROTECCION DE DATOS DEL AREA DE ADMISION DEL CENTRO DE SALUD DE AINSA	CS AINSA	
AT.PRIMARIA	515	BARREDO ALLOZA, ARSENIA	PROYECTO PREVENCION DE LA RUBEOLA CONGENITA	CS ALBALATE DE CINCA	
AT.PRIMARIA	75	BARREDO ALLOZA, ARSENIA	RECOGIDA SELECTIVA DE PAPEL Y MATERIAL PLASTICO	CS ALBALATE DE CINCA	
AT.PRIMARIA	133	SORINAS FORNIES, SILVIA	CAMBIO EN UBICACION DE HISTORIAS CLINICAS PARA CUMPLIR CON LA LEY DE PROTECCION DE DATOS Y REORGANIZACION DE ESPACIOS DE TRABAJO EN ADMISION	CS ALBALATE DE CINCA	
AT.PRIMARIA	106	LEAR ARBUNIES, AMALIA	PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN UNA POBLACION RURAL	CS BARBASTRO	
AT.PRIMARIA	507	MONCLUS MURO, ANA	MEJORA DE LA COMUNICACION COMO VIA PARA LA COHESION Y EFICIENCIA DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO	CS BARBASTRO	
AT.PRIMARIA	454	MORA PARDINA, TERESA	TERAPIA PSICOLOGICA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA QUE PRESENTAN SINTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS Y PEOR CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	CS BARBASTRO	
AT.PRIMARIA	262	VIDALLER BORRAS, JUAN	MEJORA DE LA SEGURIDAD DE ATENCION AL PACIENTE BENEFICIARIO DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO	CS BARBASTRO	
AT.PRIMARIA	319	CHAVERRI ALAMAN, CARMEN	ACTUALIZACION PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO. CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA	CS BINEFAR	
AT.PRIMARIA	62	LUEZA LAMPURLANES, CRISTINA	MEJORA EN LA ATENCION GLOBAL DEL PACIENTE CON E.P.O.C.	CS BINEFAR	
AT.PRIMARIA	322	MUÑOZ GALLEGO, DOLORES	MEJORA DE LA CONSULTA PROGRAMADA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR	CS BINEFAR	
AT.PRIMARIA	77	TORRES CLEMENTE, ELISA	ACTUALIZACION: EDUCACION SANITARIA CON TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACION(TIC) A USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD	CS BINEFAR	
AT.PRIMARIA	60	ESPIER LLORENS, ROSA MARIA	ELIMINACION DE BARRERAS EN EL SERVICIO DE ADMISION DE CASTEJON DE SOS PARA CONSEGUIR UNA ATENCION MAS PERSONALIZADA Y RESPETO A SU INTIMIDAD	CS CASTEJON DE SOS	
AT.PRIMARIA	68	GARCIA BELLO, MARIA JESUS	SISTEMAS DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS EAP. ADECUACION A NORMATIVA ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS	CS CASTEJON DE SOS	
AT.PRIMARIA	38	MILLANES GALLINAT, PATRICIA	PLAN DE MEJORA PARA FACILITAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE FRAGA	CS FRAGA	
AT.PRIMARIA	36	PASCUAL FRANCO, MONICA	ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL CRIBADO POBLACIONAL DEL CANCER DE CERVIX EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA	CS FRAGA	
AT.PRIMARIA	323	PUEYO GARCIA, ROSA MARIA	USO DE LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL CENTRO DE SALUD	CS GRAUS	
AT.PRIMARIA	231	CABAÑUZ LATORRE, MERCEDES	PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE LAFORTUNADA	CS LAFORTUNADA	
AT.PRIMARIA	465	ALASTRUE PINILLA, CARMEN	ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL AMBITO DE LA ATENCION PRIMARIA. COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL	CS MONZON RURAL	
AT.PRIMARIA	525	BUISAN GIRAL, MARIA JOSE	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO	DAP BARBASTRO	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2010

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	135	DOMINGUEZ SANZ, FRANCISCO	PROYECTO FORMACION PROFESIONALES SANITARIOS EN HABILIDADES MANEJO HERRAMIENTA INFORMATICA OMI. APRENDIZAJE Y MANEJO PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN OMI	DAP BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	402	PUYAL MELE, ANA	EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON	CME MONZON	
AT.ESPECIALIZ.	509	ABADIAS CUELLO, YOLANDA	ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	251	ARAGON SANZ, MARIA ANGELES	COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	70	COMES GARCIA, MARIA DOLORES	MEJORA DE LA DEMORA DE RESULTADOS EN LA CITOLOGIA GINECOLOGICA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	150	CONDE BARREIRO, SANTIAGO	PROGRAMA DE CALIDAD EN CONSULTA DE PEDIATRIA ALERGologica Y NEUMOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: REALIZACION DE ESPIROMETRIA FORZADA EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	501	CORED NASARRE, ROSA	INFORMACION A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	457	ESCAR ARGUIS, CESAR MIGUEL	ELABORACION DE PROGRAMA DE DETECCION Y ASISTENCIA DE PACIENTES DE RIESGO POR INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO (IVE) DE REPETICION	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	219	ESPIN UTRERA, MARIA JOSE	DISEÑO DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LA PREPARACION DE CAJAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	142	FENES GRASA, MERCEDES	PLAN DE MEJORA EN EL SECTOR BARBASTRO, PARA POTENCIAR LAS BUENAS PRACTICAS Y LA ESTRATEGIA DE ATENCION DE PARTO NORMAL PROPUGNADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	241	GUARDIA GUARDIA, LORENA	MONITORIZACION Y MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	506	MINGUEZ SORIO, JULIA	ACOGIDA AL PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	307	MIRALBES CASTERA, JAVIER	PROGRAMA DE FORMACION GENERAL EN SOPORTE VITAL BASICO (SVB) Y DESA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	127	MUÑOZ DIESTRE, MARIA	PREVENCION DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	99	NASARRE GER, ANA	ANALISIS DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: BUSQUEDA DE SOLUCIONES	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	46	NOGUES TOMAS, JAVIER	PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	381	ONCINS TORRES, MARIA ROSA	MEJORA DEL CITODIAGNOSTICO EN LA CITOLOGIA NO GINECOLOGICA. COLABORACION INTRAOPERATORIA DE CITOTECNICOS Y FORMACION EN PAAF	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	310	ORTEGA CASTRILLO, ITZIAR	FORMACION Y APLICACION ESCALA DE ICTUS NIHSS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	246	PALACIN BUISAN, MARIA JOSE	PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS EN ARCHIVOS CON LECTOR DE CODIGO DE BARRAS	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	297	ROCA ARQUILLUE, MONTSERRAT	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA MONITORIZAR LAS HISTERECTOMIAS Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	53	ROJAS PEREZ-EZQUERRA, BEATRIZ	MEJORA DEL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDIAS EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR BARBASTRO	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	528	SANJOAQUIN ROMERO, ANA CRISTINA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ANCIANOS PLURIPATOLOGICOS POLIMEDICADOS	HOSPITAL DE BARBASTRO	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2010

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.ESPECIALIZ.	329	SIESO SEVIL, ANA ISABEL	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA GRUPAL DE MANEJO DE LA ANSIEDAD EN USM-FRAGA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	481	UBIERGO MUMBIELA, MARIA JOSE	MEJORA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	328	UBIS DIEZ, ELENA	USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN FRACTURA DE CADERA ¿EVITA TRANSFUSIONES?	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	335	UBIS DIEZ, ELENA	EVOLUCION FUNCIONAL Y NECESIDAD DE RECURSOS EN PACIENTES MAYORES CON FRACTURA DE CADERA	HOSPITAL DE BARBASTRO	
AT.ESPECIALIZ.	317	JIMENEZ CORTES, MARTA PILAR	CREACION DE DOS PROGRAMAS DE TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y A COCAINA EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO	UASA MONZON	
SALUD MENTAL	144	PEREZ FAULO, MERCEDES	ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)	USM BARBASTRO	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 540

MEJORA DE ALMACENAMIENTO, ORDEN Y CONTROL DE CADUCIDADES DEL ALMACEN DEL CENTRO DE SALUD DE AINSA

2. RESPONSABLE ANGEL FRANCISCO ESCUDER CENTELLES
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS AINSA
· Servicio/Unidad .. ALMACEN
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a PILAR GISTAU TORRES - DUE- CS AINSA
VERONICA HIDALGO SALLAN- DUE- CS AINSA
M^a ANGEL AGUERRI MARTINEZ - DUE- CS AINSA
PILAR PEREZ MELIZ- DUE- CS AINSA
M^a NELSY VINASCO CASTRO - LIMPIADORA- CS AINSA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EXISTE UN ALMACEN DE REDUCIDAS DIMENSIONES CON POCO ESPACIO PARA COLOCAR EL MATERIAL, AL ESTAR TODO EL MATERIAL APILADO RESULTA DIFICIL CONTROLAR LAS CADUCIDADES.
ANTE LA FALTA DE ESPACIO FISICO ACTUAL ES NECESARIO UNA AMPLIACION DEL ALMACEN PARA OPTIMIZAR LA DISTRIBUCION Y CONTROL DE CADUCIDADES DEL MATERIAL.
EXISTIR UNA DEPENDENCIA CONTIGUA (ALMACEN SUCIO) QUE CON UNA MINIMA OBRA AMPLIARIA LA SUPERFICIE DE ALACENAMIENTO, SERIA NECESARIO TRASLADAR EL ALMACEN DE SUCIO A OTRA UBICACION QUE ACTUALMENTE ESTA INFRAUTILIZADA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORA DE LA DISTRIBUCION Y ORDEN DEL ALMACEN.
MEJORA DEL CONTROL DE CADUCIDADES

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ELABORAR UN PROTOCOLO DE ALMACEN Y REALIZAR UN REGISTRO DE CADUCIDADES ACORDE CON EL LISTADO QUE NOS ENVIAN DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA DE LA GERENCIA.
ES NECESARIO AUMENTAR EL ESPACIO EXISTENTE PARA LOCAL HAY QUE DERRIBAR 2 TABIQUES, CERRAR UNA PUERTA , TRASLADAR EL "VERTEDERO" E INSTALAR UN CERRAMIENTO PARA EL CUADRO DE LUCES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE FARMACOS CADUCADOS
----- X100
N° DE FARMACOS RECIBIDOS

SE REALIZARA LA EVALUACION CADA 6 MESES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO ABRIL 2010
FINALIZACION JUNIO 2010
REVISIONES SEMESTRALES DE LAS CADUCIDADES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· OBRAS DE DESMANTELACION	580 €
· OBRAS DE REPARACION	830 €
· IVA 16%	226 €
Total	1.636 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 540

MEJORA DE ALMACENAMIENTO, ORDEN Y CONTROL DE CADUCIDADES DEL ALMACEN DEL CENTRO DE SALUD DE AINSA

11. OBSERVACIONES. TENEMOS REALIZADO EL PRESUPUESTO DETALLADO DE LAS DISTINTAS OBRAS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 455

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EXTRACCIONES DEL C. S. AINSA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GISTAU TORRES
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS AINSA
· Servicio/Unidad .. EXTRACCIONES
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERONICA HIDALGO SALLAN -DUE- C S AINSA
BEGOÑA PEREZ-FAJARDO ALCAINE - DUE- C S AINSA
ANGEL ESCUDER CENTELLES - DUE- C S AINSA
ANA SALINAS GISTAU -DUE - C S AINSA
PILAR PEREZ MELIZ - DUE- C S AINSA
M^a ANGEL AGUERRI MARTINEZ - DUE - C S AINSA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hemos detectado numerosas incidencias en el servicio de extracciones que se realiza los viernes, algunas de las cuales supone repetición de la prueba. A pesar de haber intentado adecuarnos a las normativas recibidas de laboratorio, se ha observado que parte de los errores obedecen a otras causas por lo que decidimos realizar un programa de calidad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Áreas mejoradas:
Almacenaje: Se han colocado unas estanterías que solicitamos expresamente para el programa de calidad donde se ha ubicado el material extracciones.
Caducidades: se han revisado las caducidades cada mes cuando se realiza el pedido.
El sistema de números entregados a los pacientes para la entrada a la sala de extracción se ha traducido en mayor orden. Asimismo comprobamos que se ha mejorado la organización con el nuevo sistema de agendas individualizadas.
La recogida de muestras sin extracción se realiza a primera hora.
El nuevo control de registro por profesional en cada uno de los pacientes a los que extraemos, ha contribuido a la mejora de los resultados, pues sabemos nuestros propios fallos.
El sistema de organización de la extracciones por parte de los enfermeros, permite que cada día de extracción se uno quien de haga responsable de resolver las incidencias que puedan llegar del laboratorio.
Se solicitó al laboratorio un protocolo de actuación en extracciones especiales sin haberlo recibido.
Comentamos a la enfermera de Enlace que hemos detectado que en las consultas de especialidades no se informa a los pacientes de manera adecuada sobre cómo recoger la muestra de orina o si se les pide orina o no.

Indicadores de calidad

- Semanalmente, cada lunes hacemos una puesta en común de la hoja de incidencias recibida el viernes, comprobando incidencias tanto internas como externas.
- Cada día de extracción registramos el tipo y nº de tubos extraídos por profesional y paciente, por lo sabemos cuales son nuestros errores y cuales no.
- Contabilizamos las orinas y otras muestras.
- Realizamos 703 extracciones tanto en el centro como en domicilio, de sangre otras muestras.
- Las incidencias de este primer semestre, revisadas en julio de 2009,son :

- Tubos de sangre que han faltado, 23 fundamentalmente EDTA y COA (el 2º EDTA para los grupos sanguíneos).Las causas son
- Tubos de sangre que sobran, 4 (EDTA y COA)
- Orinas que faltan, 29
- Orinas que sobran, 10

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

455

MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EXTRACCIONES DEL C. S. AINSA

- Heces que faltan, 3
- El número de orinas recogidas no se han podido contabilizar por no tener registros.

Continuamos teniendo problemas de orden en los pasillos, debido al elevado número de personas citadas y problemas en las citaciones.

Conclusiones

Para hacer una mejor evaluación y saber exactamente los fallos debemos registrar el tipo y nº de tubos extraídos por profesional y paciente, por lo que decidimos llevar un control de los tubos y muestras utilizados.
Contabilizar las orinas y otras muestras sin extracción.
Mejorar el sistema de citaciones

Evaluación 2º SEMESTRE 2009

Realizadas 811 extracciones de sangre
Recogidos 410 botes de orina
Recogidas 17 muestras de heces, esputos y semen.

Las incidencias han sido:

- Tubos de sangre que han faltado 22 fundamentalmente EDTA y COA (el 2º EDTA para los grupos sanguíneos).
- Tubos de sangre que han sobrado 20 (EDTA y COA)
- Botes de orina que han faltado 14
- Botes de orina que han sobrado 7
- Botes de heces que ha faltado 2
- Volantes mal etiquetados tapando el nombre del paciente o volantes del mismo paciente de varia hojas con solo una etiqueta.

Con el nuevo sistema de citaciones (agendas individualizadas) se ha mejorado el servicio en varios puntos:

- Cada partido médico siempre tiene sus huecos en su agenda individual, así como especialista y urgencias,
- Es más fácil controlar el orden en la sala de espera.
- Somos más conscientes de las incidencias e incluso las hemos reducido

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la calidad de atención en el momento de las extracciones y recogida de muestras.
- Adecuar los recursos y protocolos a la normativa actual.
- Disminuir el número de incidencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Mejorar el almacenaje de tubos y demás material necesario para las extracciones.
- Las caducidades las revisará los responsables de almacén
- Continuar con la entrega de números de acceso a la sala de extracción para los pacientes según turno de llegada.
- La recogida de orinas se realizará a las 8.30, resto seguirá el turno reglamentario.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

455

MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EXTRACCIONES DEL C. S. AINSA

- Cada enfermera/o identificará a los pacientes a los que extrae con la intención identificar las incidencias.
- Hablar con la Enfermera de Enlace para conseguir que los pacientes derivados de las consultas de especialidades salgan de ellas con las instrucciones adecuadas.
- El responsable de las extracciones cambiará cada viernes y estará localizable durante la mañana para que pueda resolver las incidencias.
- Solicitar del laboratorio un protocolo extracciones especiales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluará semanalmente con una puesta en común de las incidencias los lunes.
Se identificarán las incidencias internas y externas.
A los 4 meses se hará una revisión del programa.
Al año se evaluará nº de incidencia / total extracciones valorando la disminución de porcentaje

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del programa en marzo de 2009.
Evaluación: se han realizado 2 evaluaciones a lo largo de 2009, cuyos resultados se ha detallado en el apartado nº 5.
Finalización del programa hasta diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Este programa es continuación del iniciado en 2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 541

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION Y OPTIMIZACION DE RECURSOS SANITARIOS EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA DE AINSA

2. RESPONSABLE LOURDES GOMEZ RIVERA
· Profesión MEDICO
· Centro CS AINSA
· Servicio/Unidad .. C S AINSA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLARA CORTES MARTIN- MEDICO C S AINSA
Mº ANGEL AGUERRI - DUE C S AINSA
Mª PILAR GISTAU TORRES-DUE C S AINSA
ROSA BERNAD ESPUÑA - MEDICO- C S AINSA
VERONICA HIDALGO SALLAIN - DUE C S AINSA
ANA SALINAS GISTAU - DUE C S AINSA
PILAR PEREZ MELIZ - DUE C S AINSA
BEGOÑA PEREZ-FAJARDO ALCALDE -DUE C S AINSA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tratamientos agudos que se cronifican
Expedición de recetas de residentes con mas frecuencia de lo necesario,
Falta de mecanismos de comunicación entre personal de la Residencia y personal del Centro de Salud, que se traducen en retrasos en comunicar altas hospitalarias, cambios de tratamiento por episodios que se han atendido en atención continuada...

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1 a.-Hemos analizado el 90% de las historias de OMI de los residentes de la R. La Solana detectando carencias en cuanto al trasvase de datos de las historias convencionales.
1 b.-En un 60% de las historias se ha realizado la valoración del "Anciano de Riesgo y de Dependencia" y completado el tapiz de la historia con antecedentes, alergias y tratamientos crónicos. Observando que en un 39% de los residentes no son validos (restado aquellos que tienen una de pendencia ligera según test de Barthel).
2.- Hemos unificado criterios en cuanto a los cuidados de enfermería y protocolo de úlceras.
3.-Se han mantenido 3 reuniones con la Directora de Residencia para protocolizar la comunicación con el personal laboral sin llegar a finalizar y concretar un criterio que satisfaga a ambas partes. Continuando, en este momento con las conversaciones.
4.- No hemos llegado a realizar sesiones con geriatras para actualizar conocimiento sobre las patologías mas frecuentes

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. .- Mejora de la calidad asistencial a los residentes, incluyendo al menos al 80% de los residentes que 1 necesiten en el Programa de Crónicos Dependientes, con su correspondiente seguimiento.
.- Optimización del gasto en recetas y material de curas, cuantificando el gasto actual y comparándolo al año de iniciado este programa de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. .- Análisis exhaustivo de la situación actual para cuantificar y cualificar la situación de base. Responsable de esta fase: Lourdes Gómez.
.- Priorizar que todos los residentes tengan completa su historia clínica en el OMI. Responsable: Clara Cortes.
.- Unificar criterios terapéuticos en patologías crónicas tanto de enfermería como de medicina. Responsables Clara Cortes (medico) y Mª Pilar Gistau (DUE)
.- Analizar como se realiza hasta ahora la petición de atención por parte de las cuidadoras y como se transmiten as ordenes clínicas y de enfermería.
.- Examinar el cumplimiento de órdenes de tratamientos y consejos en patologías crónicas, observando como nos dirigimos desde el Centro de salud a la Residencia y posteriormente como se llevan a cabo por parte de las cuidadoras. Teniendo en cuenta la capacitación y tiempo de este personal.
.- Solicitar adecuación de un local como cuarto de curas con ayudas ortopédicas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

541

MEJORA DE LA ATENCION Y OPTIMIZACION DE RECURSOS SANITARIOS EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA DE AINSA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1a.- Analizar y actualizar las historias clínicas de todos los residentes, Antes del 15de Junio.
1b.- Realizar a todos los residentes la valoración de dependencia (programa de crónicos/dependientes) y cuantificar el nº de residentes validos y dependientes. Antes del 1 de Junio.
2.- Realizar protocolos de patologías más prevalentes., antes de Diciembre 2009.
3.- Realizar un protocolo de intercomunicación entre la residencia y el Centro de Salud, Antes del 15 de junio de 2009.
4.- Autoformación e ínter consultas con Geriatras para la realización de los protocolos, antes de Diciembre de 2009
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración indefinida.
En esta primera fase serian las siguientes:
Incluir H^s Clínicas de Residentes en OMI antes del 1 de Junio.
Realizar antes del 15 de Diciembre de 2009 los protocolos de patologías prevalentes.
Evaluar en enero de 2010 el grado de utilización de estos procolos
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. SERIA NECESARIA FORMACION ESPECIFICA PARA LOS PROFESIONALES DEL CENTRO Y DE LA RESIDENCIA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

539

MEJORA DE LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES Y PROTECCION DE DATOS DEL AREA DE ADMISION DEL CENTRO DE SALUD DE AINSA

2. RESPONSABLE PILAR LANAU SAZATORNIL
· Profesión ADMINISTRATIVO
· Centro CS AINSA
· Servicio/Unidad .. ADMISION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VANESA SANCHEZ LABRADOR-AUXILIAR ADMINISTRATIVA- C S AINSA
CLARA CORTES MARTIN- COORDINADORA MEDICA -C S AINSA
M^a ANGEL AGUERRI MARTINEZ- COORDINADORA DE ENFERMERIA- CS AINSA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Falta de intimidad y proteccion de datos en el área de admision del Centro de Salud al no existir ningun tipo de cerramiento que impida oír las conversaciones con el personal administrativo.
No hay puertas ni posibilidad de mantener bajo llave la documentacion

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Preservar la intimidad del paciente al realizar gestiones administrativas.
Evitar la desaparición de documentacion.
Asegurar la protección de datos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar un cerramiento del área con carpinteria metalica o PVC (segun presupuesto)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará con el seguimiento de la encuesta de satisfaccion al usuario.
Se realizara una encuesta semestral a los usuarios de centro.
Se realizara semestral al personal de Centro de Salud

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio y finalizacion de las obras en abril de 2010.
Seguimiento de la encuesta de satisfaccion al usuario de manera indefinida.
Al año se evaluarán la encuesta propia de los usuarios del centro de salud y del personal de centro

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 Mamparas y puertas de pvc	3.329 €
· material electrico	172 €
· mano de obra	922 €
· IVA 16%	750 €
Total	5.173 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 515

PROYECTO PREVENCION DE LA RUBEOLA CONGENITA

2. RESPONSABLE ARSENIA BARREDO ALLOZA
· Profesión MEDICO
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICARDO ADIEGO LORENTE-MEDICO-CENTRO DE SALUD ALBALATE DE CINCA
MANUEL CASTELLANOS MUR-DUE-ALCOLEA DE CINCA
MERCEDES VILLAS SENDER- DUE-ALBALATE DE CINCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DADA LA GRAVEDAD DE LA RUBEOLA CONGENITA Y EL ELEVADO NUMERO DE EMBARAZOS EN MUJERES SIN CONOCIMIENTO DE SU ESTADO DE INMUNIDAD, (MAYORITARIAMENTE EXTRANJERAS), DECIDIMOS:

- 1. CONOCER MEDIANTE EL LISTADO DE POBLACIÓN, LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, ENTRE 15 Y 45 AÑOS.
- 2. CONOCER EL GRADO DE COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIRUBEOLA, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15 Y 45 AÑOS).
- 3. OFERTAR A LAS MUJERES NO INMUNIZADAS, LA VACUNACIÓN ANTIRUBEOLA.
- 4. DAR TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO A TODA MUJER QUE INMUNICEMOS EN ESTE PROYECTO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. AUMENTAR EN UN 15% LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIRUBEOLA, EN MUJERES EN EDAD FERTIL , EN UN AÑO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. EL ADMVO. SACARÁ LISTADOS:
- A) DE MUJERES ENTRE 15 Y 45 AÑOS.
 - B) DE MUJERES EN ESTA EDAD INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANTIRUBEOLA.

2. ENFERMERIA COMPROBARÁ:

- A) SI EN LAS MUJERES INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANTIRUBEOLA, HAY CONSTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN LA HISTORIA CLINICA.SI NO ES ASÍ, SE LLAMARÁ POR TELÉFONO PARA PEDIR LA CARTILLA DE VACUNACIÓN.
- B) EN LAS MUJERES NO INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANTIRUBEOLA,SE COMPROBARÁ SI SE LES HA REALIZADO O NO ESTUDIO DE INMUNIZACIÓN:
 - SI SE COMPRUEBA QUE LA MUJER ESTÁ INMUNIZADA, SE LA INCLUIRÁ EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANTIRUBEOLA.
 - SI NO LO ESTUBIESE, SE REMITIRÁ AL MÉDICO DE CABECERA.SE EXPLICARÁ A LA PACIENTE, QUE SERIA NECESARIO REALIZAR UNA ANALITICA PARA SABER SI ESTÁ INMUNIZADA DE RUBEOLA Y EN CASO DE QUE NO LO ESTÉ;
 - 1) SE COMPROBARÁ QUE NO ESTÁ EMBARAZADA.
 - 2) SE ADMINISTRARÁ ANTICONCEPCIÓN DURANTE TRES MESES.
 - 3) SE ADMINISTRARÁ LA VACUNA.
- C) ANOTARÁ EN EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN DE RUBEOLA A TODA MUJER QUE INMUNICEMOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- AUMENTAR EN UN 15% LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN ANTIRUBEOLA.
- CONSEGUIR QUE UN 10% DE LAS MUJERES A LAS QUE DETECTEMOS COMO NO INMUNIZADAS, SE LES PONGA LA VACUNA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

515

PROYECTO PREVENCIÓN DE LA RUBEOLA CONGENITA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO: 25 DE MARZO 2010

FECHA DE FINALIZACIÓN: 1 DE OCTUBRE 2010

CALENDARIO:

25 DE MARZO DE 2010: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO AL EQUIPO DE SALUD.

6 DE ABRIL DE 2010: COMIENZO DEL PROGRAMA.

1 DE OCTUBRE 2010 DE 2010: EVALUACIÓN, DETECCIÓN DE PROBLEMAS, BÚSQUEDA DE SOLUCIONES Y DECIDIR SI SEGUIMOS CON EL PROYECTO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

075

RECOGIDA SELECTIVA DE PAPEL Y MATERIAL PLASTICO

2. RESPONSABLE ARSENIA BARREDO ALLOZA

- Profesión MEDICO
- Centro CS ALBALATE DE CINCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RICARDO ADIEGO LORENTE-MEDICO-CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
MERCEDES VILLAS SENDER-DUE-CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA-DUE ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. GENERAMOS GRAN CANTIDAD DE DESECHOS EN PAPEL Y MATERIAL PLASTICO QUE NO PODEMOS ALMACENAR POR EL ESCASO ESPACIO DISPONIBLE Y QUE TIRAMOS A LA BASURA, PRODUCIENDO CONTAMINACIÓN AMBIENTAL CON EL PLÁSTICO Y DESAPROBECHANDO EL RECICLADO DE AMBAS COSAS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - RECOGIDA SELECTIVA DE PAPEL Y CARTON
- RECOGIDA SELECTIVA DE PLASTICO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SOLICITAR AL AYUNTAMIENTO DE ALBALATE DE CINCA CONTENEDORES DE PLÁSTICO Y PAPEL QUE SE COLOCARAN EN EL INTERIOR DEL RECINTO DEL CENTRO DE SALUD, Y SOLICITAR LA COLABORACIÓN DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO PARA QUE DEPOSITEN EL MATERIAL EN DICHOS CONTENEDORES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. COMPROBAR SEMANALMENTE QUE SE DEPOSITA CORRECTAMENTE EL MATERIAL EN DICHOS CONTENEDORES, Y QUE NO SE ACUMULA EN EL INTERIOR DEL CENTRO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. COMENZAMOS EL DÍA 1 DE MARZO DE 2010, SI NOS HAN PROPORCIONADO LOS CONTENEDORSE. DURACIÓN: 1 AÑO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 133

CAMBIO EN UBICACION DE HISTORIAS CLINICAS PARA CUMPLIR CON LA LEY DE PROTECCION DE DATOS Y REORGANIZACION DE ESPACIOS DE TRABAJO EN ADMISION

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- RICARDO ADIEGO LORENTE-MEDICO-CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
 - MERCEDES VILLAS SENDER-DUA-CENTRO DE SALUD DE ALBALATE DE CINCA-DUE DE ATENCION PRIMARIA
 - ARSENIA BARREDO ALLOZA-MEDICO-CONSULTORIO LOCAL OSSO DE CINCA-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. TRAS ASISTIR A UN CURSO SOBRE PROTECCION DE DATOS, NOS HEMOS PERCATADO QUE LA UBICACION ACTUAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS Y DE LOS DOCUMENTOS DE USO DIARIO NO ES EL CORRECTO, EXISTIENDO LA POSIBILIDAD DE QUE CUALQUIER PACIENTE PUEDA ACCEDER A ELLAS (CUANDO NO HAY PERSONAL EN EL SERVICIO DE ADMISION)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - MEJOR ACCESO A LAS HISTORIAS CLINICAS
- MEJOR CONSERVACION DE LOS DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA HISTORIA
 - CUMPLIMIENTO CON LO PRESCRITO POR LA LEY DE PROTECCION DE DATOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CAMBIAREMOS LA UBICACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS, PASANDO A ESTAR EN UN CUARTO CERRADO CON LLAVE, Y CADA HISTORIA METIDA EN SU CORRESPONDIENTE HAMACA. ESTE CUARTO ES ACCESIBLE TANTO PARA EL PERSONAL ADMINSTRATIVO COMO SANITARIO. TAMBIEN PASARAN A ESTAR AQUI LOS DOCUMENTOS CON INFORMACION SANITARIA: PETICIONES DE CONSULTAS, REGISTROS DE SALIDAS Y ENTRADAS, TARJETA SANITARIA, RECETAS, ETC. SE INSTALARAN ESTANTERIAS Y ARCHIVADORES PARA UBICAR TODOS ESTOS DOCUMENTOS; SE PONDRÁ CERRADURA A LA PUERTA; LOS DOCUMENTOS DE USO DIARIO EN ADMISION SE COLOCARAN EN GAVETAS CON LLAVE;
RESPONSABLE: SILVIA SORINAS FORNIES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - COMPROBAR CADA MAÑANA SI LA PUERTA ESTA CERRADA CON LLAVE Y SI HA SIDO ACCESIBLE PARA EL PERSONAL.
- COMPROBAR SI HAY MENOS HISTORIAS MAL ARCHIVADAS EN UN MES
 - COMPROBAR SI HAY QUE REHACER MENOS HISTORIAS CADA MES (DESGASTE POR SU USO)
 - COMPROBAR SI CUESTA MENOS TIEMPO ARCHIVAR

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. EN CUANTO ESTÉN INSTALADAS LOS ARCHIVADORES Y ESTANTERÍAS, EN UNA SEMANA, CON APOYO DE UNA AUXILIAR ADMINISTRATIVA, PASAREMOS LAS HISTORIAS A HAMACAS Y SE IRAN COLOCANDO EN SU SITIO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- ESTANTERIAS PARA HISTORIAS 760 €
 - CAMBIAR CERRADURA PUERTA ARCHIVO 70 €
 - INSTALAR NUEVOS ENCHUFES 280 €
 - 5 DIAS APOYO AUX. ADMINISTRATIVA 300 €
 - TABLERO ANUNCIOS MURAL 60X90 COLOR AZUL 56 €
 - 2 MULTIGAVETAS METALICAS OCHO CAJONES 28X43X33 240 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

106

PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN UNA POBLACION RURAL

2. RESPONSABLE AMALIA LEAR ARBUNIES

- Profesión MEDICO
- Centro CS BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. EAP BARBASTRO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SILVIA SANMARTIN ZARAGOZA-MATRONA-CENTRO DE SALUD BARBASTRO
MARGARITA LOPEZ LIESA-MATRONA- CENTRO DE SALUD BARBASTRO
ROSARIO RUIZ ARBOLEAS-AUXILIAR ENFERMERIA-CENTRO DE SALUD BARBASTRO
MELITON BLASCO OLIETE-MEDICO- CENTRO DE SALUD BARBASTRO
ALEJANDRO GRACIA MASI-MEDICO-CENTRO DE SALUD BARBASTRO
JOSE PRADEL CEBRIAN-MEDICO-CENTRO DE SALUD BARBASTRO
JUAN VIDALLER BORRAS-MEDICO-CENTRO DE SALUD BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

El cáncer de cervix uterino es el segundo cáncer femenino más frecuente en la población mundial. Sin embargo, en la población europea constituye una localización tumoral en acusado descenso, y en España la incidencia es de las más bajas. La significativa disminución en su incidencia y mortalidad esta relacionada en gran medida con la implementación de los programas de screening y el porcentaje de mujeres que se ha sometido a él, el número de frotis realizados y la duración del intervalo entre exámenes. Durante la última década, las CCAA han ofrecido el cribado oportunista con citología convencional y las coberturas han estado muy por debajo de los porcentajes europeos. En el año 2000 sólo un 50% de las mujeres de 40-70 años se habían realizado una citología de cribado en los últimos 5 años. Estudios actuales sitúan las coberturas sobre el uso de la citología en cifras algo más elevadas. Su asociación con el VPH y el desarrollo de técnicas de detección (test ADN-VPH) ha originado un amplio debate y las diversas sociedades científicas, organizaciones y agencias de salud pública han iniciado un proceso de adaptación de las estrategias de prevención del cáncer de cuello de útero a esta nueva realidad aportada por la identificación del VPH. Los criterios de intervención propuestos por el PAPPS (2009) recomiendan citología en las mujeres de 25-65 años. Al principio dos citologías con periodicidad anual y después, cada 3-5 años. A las mujeres mayores de 65 años sin citología en los últimos 5 años se les ofrecerán dos citologías con periodicidad anual y si son normales no se propondrán más intervenciones. También se aconseja una búsqueda activa dirigida a aumentar la cobertura de la población diana. En la última actualización del programa de Atención a la Mujer del sector de Barbastro se recomienda cribado a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales y en el grupo de 35 a 65 años se aconseja citología cada 5 años (valorando antes si existen criterios de riesgo) Se pretende con este proyecto incrementar la cobertura del cribado de cáncer de cervix uterino en las mujeres de nuestra población, priorizando inicialmente en el grupo de 35-65 años, ampliar al resto de grupos en futuros proyectos, adaptando nuestros objetivos a los posibles cambios en las estrategias de prevención del cáncer de cuello de útero

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar cobertura del cribado de cáncer de cervix en el grupo de mujeres comprendidas entre 35-65 años. Ampliación y continuidad del estudio si los indicadores obtenidos comparados con los estándares establecidos son relevantes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Obtención listados de la población a estudio. Realizar análisis y estudio de la cobertura inicial.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 106

PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX EN UNA POBLACION RURAL

Valorar adecuación del examen citológico según las recomendaciones y periodicidad establecidas.
Definir y aplicar medidas de captación activa/oportunista.
Determinar procedimiento de recogida y registro de datos.
Evaluación de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de mujeres entre 35 y 64 años (a.i.) con citología realizada / Nº de mujeres entre 35 y 64 años (a.i.)
-Nº de mujeres con cribado correcto / Nº total mujeres de la población a estudio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo 2010
Fecha de finalización: Diciembre 2010
Calendario:
Fase preliminar. Desarrollo de la metodología y análisis de cobertura: marzo de 2010.
Fase de ejecución y desarrollo: abril a noviembre de 2010.
Análisis de resultados y evaluación final: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático	750 €
· Asistencia jornadas Calidad en Salud	250 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

507

MEJORA DE LA COMUNICACION COMO VIA PARA LA COHESION Y EFICIENCIA DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CESAR ESCAR ARGUIS-COORDINADOR SALUD MENTAL-SECTOR BARBASTRO
JOSE MARIA CAÑAS FRANCIA-COORDINADOR MEDICO-C.S.BARBASTRO
M^ªTERESA MORA PARDINA-PSICOLOGA-C.S.BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Nuestro Centro de Salud asiste a unos 22.000 habitantes aprox. repartidos entre el propio centro y 7 cupos rurales.

La plantilla consta de :

- 15 médicos en plantilla
- 6 médicos de refuerzo
- 5 enfermeras de refuerzo
- 3 pediatras
- 16 enfermeras
- 3 Aux. enfermería
- 6 T. Administrativos
- 5 celadores
- 1 odontólogo
- 2 matronas
- Unidad de Salud Mental: 2 psiquiatras, 1 psicóloga, 1 enfermera especialista en S.M.
- Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil: 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 1 enfermera
- E.S.A.D.: 1 médico, 1 enfermera
- 1 enfermera de enlace
- 1 trabajadora social

Con un total de 73 profesionales, el centro de salud ofrece cobertura sanitaria las 24 h del día, con una presión asistencial que se traduce en 1850 pacientes de media por cupo exceptuando a los profesionales que prestan asistencia en las zonas rurales.

Desde hace varios años es Centro Docente por lo que también trabajan 5 médicos residentes.

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

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

A lo largo de una semana visitan nuestro centro unas 3000 personas y el primer contacto tanto físico como telefónico que tienen es con el Serv. de Admisión, el cual durante las 2 primeras horas de la mañana, se dedican casi en exclusividad al teléfono y al mostrador atendiendo a un río de gente que forman varias filas hasta la puerta de entrada, junto con los pacientes que vienen a extracciones que esperan en el mismo espacio físico, y junto a 5 consultas de medicina y enfermería que también coincide la sala de espera. En las demás plantas del centro se desarrolla la actividad sin tanta aglomeración de personal pero sí con gran actividad, consultas, sesiones clínicas, reuniones...

Los profesionales que trabajamos en este Centro de Salud desempeñamos nuestras funciones de forma natural y con la mejor positividad posible, siempre

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 507

MEJORA DE LA COMUNICACION COMO VIA PARA LA COHESION Y EFICIENCIA DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

intentando comunicarnos de la manera mas correcta con los pacientes e incluso con los propios compañeros.
Los componentes de este grupo de calidad y tras varios meses de observacion al Equipo en general, creemos que es susceptible de mejora por los siguientes motivos:
-Es muy dificil ser productivo y/o pensar de manera positiva cuando se esta constantemente condicionado por el estres.
-Porque un trabajador se desempeña mejor cuando se siente satisfecho con uno mismo y eso repercute con un impacto positivo al resto de los compañeros.
-Porque no siempre los pacientes tienen buen día y a veces coincide con nuestro "mal día".
-En el caso de la práctica clínica, pueden ser identificables gran cantidad de situaciones o tareas que implican, de una u otra forma, el manejo de recursos comunicativos: escuchar, aliviar el miedo o la ansiedad, entrevistar, explicar, dar instrucciones, lograr confianza y apertura por parte de los usuarios y miembros del equipo, todo esto y más esta presente en la abultada "agenda comunicativa" como profesionales sanitarios en la práctica diaria.
Sabemos que el aprendizaje de tan dificiles recursos comunicativos no forma parte del curriculum profesional, es evidente además que las diferencias individuales entre aquellos que componen un equipo o servicio son enormes, habiendo algunos que se muevan agíl y eficazmente en los distintos escenarios comunicativos, y otros para los que estas tareas suponen retos de alta dificultad

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El metodo empleado para llevar a cabo este proyecto solo es uno: FORMACION.
Un curso pensado para instaurar en los participantes un aprendizaje ajustado a sus necesidades, competencias y déficits, que optimice los efectos de la comunicacion en situaciones y entornos que por su complejidad, requieren de un alto nivel de competencias informativas, persuasivas y expresivas.
El curso será dirigido por una empresa privada de Madrid, que se dedica a Proyectos Psicologicos a grandes empresas, sobre todo relacionadas con el sector sanitario. Falta definir con ellos cuantas sesiones, grupos, y horarios seran en total

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se prevé que el curso se desarrollara a lo largo del mes de mayo y trascurridos 6 meses se realizará una autoevaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

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

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 454

1. TÍTULO

TERAPIA PSICOLOGICA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA QUE PRESENTAN SINTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS Y PEOR CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA

2. RESPONSABLE TERESA MORA PARDINA

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro CS BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESTHER LÓPEZ CUELLO-PSICÓLOGA-ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER-SECTOR BARBASTRO-COLABORADORA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
CARMEN BLECUA PORTA-DUE-CENTRO SALUD DE BARBASTRO
CARMEN PUYUELO BLECUA-SUPERVISORA SERVICIO DE ONCOLOGÍA-HOSPITAL DE BARBASTRO
DRA. RUTH LÓPEZ BARRACHINA- RESPONSABLE DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA-HOSPITAL DE BARBASTRO
BEATRIZ DOMÍNGUEZ ATARÉS-AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA-HOSPITAL DE BARBASTRO
JOSÉ LUIS MOYA MARTÍNEZ-AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA U.S.M-CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hasta hace pocos años todos los tratamientos y mayores esfuerzos contra el cáncer de mama estaban encaminados al tratamiento del cáncer en sí, dirigidos hacia la supervivencia de las pacientes como objetivo principal. Por diversas razones rara vez se conseguían tratar las secuelas de la enfermedad a pesar de que ya se sabía que el proceso de diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad se acompañaba de problemas psicosociales en un gran número de afectadas.

El 47% de las pacientes con cáncer de mama padecen trastornos psicológicos y psiquiátricos que precisan atención especializada, e incluso, hasta la mitad de las que no reúnen criterios para ser incluidas en ninguna categoría diagnóstica, muestran síntomas de estrés en relación con el proceso de su enfermedad.

Con el paso de los años ha ido evolucionando una idea más global y completa hacia el tratamiento del cáncer, existiendo un reconocimiento explícito de que para lograr un óptimo nivel de calidad en la atención a la paciente con cáncer de mama es imprescindible disponer de una adecuada asistencia psicológica.

En general, se puede decir que todas las pacientes con cáncer de mama se benefician de la terapia de apoyo, orientada a facilitar la expresión emocional y el manejo de los problemas asociados a la enfermedad oncológica. Los estudios han demostrado que aquellas pacientes que reciben este tipo de terapia aumentan su capacidad de resolver problemas, de regular sus pensamientos y sentimientos negativos, así como de manifestar sus emociones y no inhibirlas ni evitarlas. Esto influirá notablemente en su calidad de vida

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y tratamiento del cáncer de mama.

-Disminuir la ansiedad o la tristeza que puedan estar experimentando las mujeres afectas ante las situaciones conflictivas de su vida, estimulando para ello, tanto la expresión de sentimientos negativos como las estrategias de resolución de problemas.

-Promover y potenciar estrategias que faciliten el afrontamiento de la enfermedad con espíritu de lucha y de todos aquellos problemas personales y/o sociales derivados de la misma.

-Reforzar lazos de colaboración y coordinación con Servicios de Salud vinculados en este tipo de patología (Servicio de Oncología Médica, Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Asociación del Cáncer de Barbastro, Atención Primaria y Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Barbastro)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

TERAPIA PSICOLOGICA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA QUE PRESENTAN SINTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS Y PEOR CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Identificación, localización y citación en la Consulta de Psicooncología de las 142 mujeres intervenidas de cáncer de mama durante los tres últimos años en el Sector de Barbastro. Responsables: Beatriz Domínguez Atarés, Administrativa del Servicio de Oncología del Hospital de Barbastro y José Luis Moya Martínez, Administrativo de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Barbastro.
2. Solicitud de inclusión en el proyecto y firma de consentimiento informado de las pacientes afectas. Responsables: Carmen Puyuelo, Supervisora del Servicio de Oncología del Hospital de Barbastro y Ruth López Barrachina, Responsable del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.
3. Determinación del grado de afectación psicológica de las pacientes que acepten participar en el estudio a través de una entrevista psicobiográfica y de los siguientes cuestionarios validados, que se realizarán en el domicilio:
- a. Inventario de Depresión de Beck.
 - b. Inventario de Ansiedad de Estado - Rasgo (STAI).
 - c. Cuestionario SF - 36 sobre Estado de Salud (Calidad de vida percibida).
- Responsables: Esther López Cuello, Psicooncóloga del Hospital de Barbastro y de la Asociación Española contra el Cáncer del Somontano y Teresa Mora Pardina, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Barbastro.
4. Las pacientes que presenten síntomas ansioso - depresivos y que tengan peor calidad de vida serán incluidas en una terapia psicológica y tratadas mediante un programa cognitivo - conductual de seis sesiones grupales de una hora y media semanales de duración (a realizar en la Sala de Matronas del Centro de Salud II de Barbastro):
- a. 1ª Sesión: Información del contenido de las sesiones, entrega de los registros que deben cumplimentar en el domicilio tras la enseñanza de las diversas técnicas para reforzar los hábitos y trabajo con el Decálogo Europeo contra el Cáncer.
 - b. 2ª Sesión: Proyección de un documental sobre la alteraciones psicológicas de las mujeres intervenidas de cáncer de mama.
 - c. 3ª Sesión: Manejo y control de la Ansiedad Cognitiva y la Depresión.
 - d. 4ª Sesión: Manejo y control de la Ansiedad Fisiológica.
 - e. 5ª Sesión: Manejo y control de la Ansiedad Motórica (I).
 - f. 6ª Sesión: Manejo y control de la Ansiedad Motórica (II) y revisión de los contenidos de todas las sesiones.
- Responsables: Esther López Cuello, Psicooncóloga del Hospital de Barbastro y de la Asociación Española contra el Cáncer del Somontano; Teresa Mora Pardina, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Barbastro y Carmen Blecua Porta, DUE de Atención Primaria.
5. Valoración de la eficacia de la intervención utilizando los tres cuestionarios previos a los cuatro meses de finalizadas las sesiones de terapia. Y valoración de la satisfacción del grupo de mujeres mediante una encuesta. Responsables: Esther López Cuello, Psicooncóloga del Hospital de Barbastro y de la Asociación Española contra el Cáncer del Somontano y Teresa Mora Pardina, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Barbastro.
6. Derivación a Servicios de Ayuda Psicológica (Unidad de Salud Mental) de las pacientes que continúen necesitando intervención individualizada para el tratamiento de los síntomas que no hayan mejorado. Responsable: Teresa Mora Pardina, Psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud de Barbastro.
7. Análisis de los resultados obtenidos. Diseño del consentimiento informado y de la encuesta de satisfacción. Responsable: Ruth López Barrachina, Responsable del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital de Barbastro
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Prevalencia de Depresión: N° de mujeres con depresión al final de la terapia / Total de mujeres incluidas en la terapia * 100.
2. Prevalencia de Ansiedad: N° de mujeres con ansiedad al final de la terapia / Total de mujeres incluidas en la terapia * 100.
3. Tasa de mujeres con mejoría en la Calidad de Vida: N° de mujeres con mejoría en su calidad de vida al final de la terapia / Total de mujeres incluidas en la terapia * 100.
4. Tasa de Asistencia: N° de mujeres que acuden al 100% de las sesiones de terapia / Total de mujeres incluidas en la terapia * 100.
5. Tasa de Satisfacción con la terapia: N° de mujeres satisfechas con la terapia / Total de mujeres incluidas en la terapia * 100
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de Inicio: Marzo de 2010.
Fecha de Finalización del Proyecto: Diciembre de 2010.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

TERAPIA PSICOLOGICA EN PACIENTES INTERVENIDAS DE CANCER DE MAMA QUE PRESENTAN SINTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS Y PEOR CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA

CRONOGRAMA:

- Identificación, localización y citación de las pacientes. Solicitud de inclusión en el estudio y firma del consentimiento informado: Marzo - Abril de 2010.
- Entrevistas para determinar el grado de afectación psicológica: Marzo - Abril de 2010.
- Sesiones grupales de terapia: Mayo - Junio.
- Reevaluación del grado de afectación psicológica y valoración de grado de satisfacción: Noviembre de 2010.
- Análisis de Resultados: Diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 3 TIPOS DE CUESTIONARIOS	300 €
· CD RELAJACIÓN PARA CADA PACIENTE	600 €
· REPRODUCTOR CD/DVD	150 €
· FOTOCOPIAS CON LOS REGISTROS Y LAS PAUTAS PARA LAS PACIENTES	300 €
· ASISTENCIA A CONGRESOS, REALIZACIÓN DE PÓSTERS	600 €
Total	1.950 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 262

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DE ATENCION AL PACIENTE BENEFICIARIO DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JUAN VIDALLER BORRAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANA MONCLUS MURO-ENFERMERA-C.S.BARBASTRO
OLGA AGON SARMIENTO-ENFERMERA-C.S.BARBASTRO
CARRI BADÍA PLAYAN-ENFERMERA-C.S.BARBASTRO
LUCÍA DE LA CRUZ ARNAL-AUX. ENFERMERÍA-C.S.BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Cirugía Menor es uno de los procedimientos que tradicionalmente ha utilizado el médico de familia en Atención Primaria.

A partir del año 2001 se incluyó la oferta de Cirugía Menor en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud, que incluye:

-la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso, conforme a los protocolos establecidos y la organización propia del Sistema de Salud de Aragón.

Reunidos los componentes de este equipo de mejora en una primera sesión, y tras recabar información del resto de los profesionales, se llegan a las siguientes impresiones:

La práctica de este servicio de Cirugía Menor fué bien aceptada por los profesionales de este Centro, si bien nos hemos dado cuenta que la cobertura de pacientes incluidos en este programa desde hace 2 años es menor del 40% sobre la cobertura esperada, por lo que consideramos que es susceptible de mejora.

La justificación o puntos débiles que se aprecian son, la presión asistencial, falta de formación, falta espacio físico para ello, variabilidad en los registros, y gran problemática a la hora de encontrar el instrumental adecuado, necesario y a punto.

Los procedimientos básicos de Cirugía Menor que se vienen realizando en nuestro Centro de Salud son los siguientes:

- Escisión tangencial (afeitado y curetaje)
- Escisión cilíndrica (punch)
- Escisión fusiforme de lesiones superficiales
- Criocirugía
- Electrocirugía
- Estirpación de lesiones reticulares
- Cirugía Menor ungueal
- Incisión-drenaje de abscesos
- Reparación y suturas de laceraciones cutáneas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVOS

- 1- Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el programa de Cirugía Menor.
- 2-Unificación de criterios: instrumental, espacio físico, y forma de registrar la actividad en OMI

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Realización de sesiones informativas para unificar criterios sobre elección, mantenimiento y organización del material quirúrgico.

-Realización de sesiones formativas para unificar criterios sobre registro en OMI de la actividad, protocolo Cirugía Menor, hoja información al paciente de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

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

2. RESPONSABLE CARMEN CHAVERRI ALAMAN
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ÁNGEL BUIL VILALLER-CS BINEFAR
ESMERALDA PUYOL-CS BINEFAR
ELISA TORRES-CS BINEFAR
CRISTINA LUEZA-CS BINEFAR
JAVIER GUTIERREZ-CS BINEFAR
JOSÉ BAILAC COSTA-CS BINEFAR
LOURDES ALTEMIR-CS BINEFAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cribado de retinografías en A.P. ofrece como ventajas al paciente: mayor accesibilidad a la prueba, reducir las listas de espera en especializada y aumento de cobertura en la población diabética, menor riesgo para el paciente porque no requiere midriasis. Permite un registro permanente y seguimiento adecuado

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. De marzo a junio de 2009, los 2 médicos evaluadores reciben las imágenes de retinografías para valoración. Resultados:

1. N° de pacientes diabetes 2 con retinografía(cribado)/N° de pacientes diabetes2 cartera de servicios sin retinopatía previa.=493/674=73%
Objetivo=100%

2. N°de pacientes diagnosticados de retinopatía diabética con el cribado / N° total de retinografía: 165/493= 33%

3. N° de pacientes diagnosticados de retinopatía con el cribado/ N° de pacientes diabetes 2 = 165/674= 24%

La prevalencia de retinopatía en el paciente diabético, tiene mucha variabilidad dependiendo de los años de evolución del paciente, de la edad, como media podemos considerar en poblaciones generales de diabéticos que se sitúa en torno al 20%

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejora de la captación (excepto diabéticos con retinopatía ya controlados por especializada y diabéticos tipo I).
- Realizar la solicitud de la prueba por OMI.
- Mejorar el registro de resultados en OMI .
- Mejorar la información de resultados al paciente.
- Analizar el índice de concordancia de la prueba con especializada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Depurar los listados de Diabéticos en cartera de servicios de acuerdo con los criterios de excepción.
- Citación por carta de los pacientes susceptibles de cribado.
- Revisar resultados.
- Registro de resultados en OMI y si retinopatía diabética, crear episodio.
- Enviar información escrita al paciente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -N° de pacientes diabetes 2 con retinografía (cribado)/N° de paciente diabetes 2 cartera de servicios sin retinopatía previa.
Objetivo: 100/%

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

319

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

- N° de pacientes diagnosticados de retinopatía diabética con el cribado/ N° total de retinografías.
Comparar con estándares de prevalencia de retinopatía
- N° de pacientes diagnosticados de retinopatía diabética con el cribado + pacientes con retinopatía i.e. diagnosticada / n° de pacientes DM2.
- Comparar con estándares de retinopatía

AÑADIMOS

- N° de retinopatías NO valorables / N° de retinografías realizadas.
Comparar con estándares de calidad.
- N° de retinopatías registradas en OMI / N° de retinopatías realizadas.
- N° de retinopatías informadas al paciente/ N° de retinopatías realizadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-Mayo 2010- Depurar listados y citaciones.
Junio 2010 - Evaluación de los 3 primeros indicadores .
Septiembre - Noviembre 2010 - Control de resultados y registro en OMI.
Diciembre 2010 - Evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 inscripciones Congreso SECA	500 €
· 6 Tensiómetros digitales	480 €
· Otoscopio	50 €
Total	1.030 €

11. OBSERVACIONES. En caso de no asistir al congreso SEAC, el importe destinado se utilizará para comprar mas tensiómetros digitales y otoscopis.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

MEJORA EN LA ATENCION GLOBAL DEL PACIENTE CON E.P.O.C.

2. RESPONSABLE CRISTINA LUEZA LAMPURLANES
- Profesión MEDICO
 - Centro CS BINEFAR
 - Servicio/Unidad .. CS BINEFAR
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- TORRES CLEMENTE, ELISA-CS BINEFAR-MEDICO
BAILAC COSTA, JOSE-CS BINEFAR-MEDICO
BUIL VIDALLER, J. ANGEL-CS BINEFAR-MEDICO
ALLUE CIUTAD, MARTA-CS BINEFAR-DUE
IBAÑEZ CASTELLAR, LOURDES-CS BINEFAR-DUE
CAHVERRI ALAMAN, CARMEN-CS BINEFAR-DUE
ALTEMIR CAMPO, LOURDES-CS BINEFAR-DUE
MARTI JARNE FERNANDO-CS BINEFAR-FISIOTERAPEUTA

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).
Disminuye la calidad de vida e incrementa el gasto sanitario, sin embargo esta infradiagnosticada, debido al poco uso del espirómetro, a la dificultad en la realización de espirometrías y en su interpretación.
En nuestro centro tenemos una cobertura baja de EPOC, segun el programa OMI, en el 2008 7,7% y en el 2009: 11,25% de lo esperado

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. •Sesión clínica EPOC por el Neumólogo, DR. Cegoñino.
- Taller deshabituación tabáquica y registro en OMI. POR Dra. Elisa Torres. y DUE Marta Aullé.
 - Taller (técnica de espirometrías para enfermería); organiza Dra. Esmeralda Puyol e imparte la enfermera del servicio de Neumología del Hospital de Barbastro, encargada de la realización de las mismas.
 - Listados, de pacientes diagnosticados de EPOC, y de pacientes dependientes de tabaco por Centros y OMI. administrativo
 - Revisión de listados de oxígeno y aerosolterapia.
 - Sesión de formación en oxigenoterapia. Dr. Gutierrez.

En enero de 2009, sesión de formación, sobre tratamiento de EPOC leve. Dr. Bailac
En noviembre de 2009 casos clínicos de EPOC, acerca de diagnóstico precoz, y tratamiento. Dr. Bailac
Indicadores 2009:
Nº de pacientes EPOC con consejo antitabaco/Nº de pacientes EPOC fumadores=100% resultado 100%
Nº de espirometrías realizadas en un año/ 100 espirometrías como objetivo al año.
Objetivo 80%. Resultado: 0%

Se crea la agenda de espirometrías en el mes de noviembre, tras informar a todos los profesionales de su puesta en marcha

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la cobertura en cartera de servicios.
Diagnóstico precoz de esta patología, mediante realización sistemática de espirometrías.
Mejorar el seguimiento clínico y farmacológico de esta patología.
continuar con consejo y deshabituación tabáquica en pacientes con EPOC.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

MEJORA EN LA ATENCION GLOBAL DEL PACIENTE CON E.P.O.C.

educacion sanitaria sobre el uso de inhaladores y fisioterapia respiratoria

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Captacion activa de pacientes con posible EPOC, para la realizacion de espirometrias. Realizacion de espirometrias a pacientes fumadores, para diagnostico precoz, y la realizacion cada 2 años de espirometria en los EPOC. En la consulta de enfermeria, monitorizar las espirometrias realizadas. Educacion e informacion sanitaria mediante TIC, de EPOC. Taller del uso de pulsioximetro en seguimiento de EPOC. Dr Lueza. Taller de deshabitacion tabaquica. Dr. Torres
Taller de educacion sanitaria a grupos de pacientes EPOC, Para: informacion de la enfermedad, uso de inhaladores, y fisioterapia respiratoria. DUE: Chaverri, Altemir Y Fisioterapeuta, Marti

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Nº pacientes en cartera de servicios/ Nº de casos esperados 480pacientes.

objetivo:80%

Nº de espirometrias realizadas en un año/ 100 espirometrias como objetivo al año.

Objetivo 80%

Nº de pacientes diagnosticados de EPOC/Nº de espirometrias realizadas.Objetivo=70%

Nº de pacientes EPOC con consejo antitabaco/Nº de pacientes EPOC fumadores=100%

Realizar encuesta de satisfaccion a pacientes de educacion sanitaria a grupos de EPOC

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2010: Educacion e informacion sanitaria mediante TIC, de EPOC, en sala de espera.

ABRIL 2010: Taller del uso de pulsioximetro en seguimiento de EPOC. Dr Lueza.

Taller de deshabitacion tabaquica. Dr. Torres

MAYO 2010:Taller de educacion sanitaria a grupos de pacientes EPOC. Y Taller motivacional de deshabitacion tabaquica, mediante TIC

septiembre 2010: revision de vacuna de neumococo en EPOC

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material para docencia, taller de educacion a grupos	400 €
· Asistencia a congresos, inscripciones	600 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

MEJORA DE LA CONSULTA PROGRAMADA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

2. RESPONSABLE DOLORES MUÑOZ GALLEGO
· Profesión MEDICO
· Centro CS BINEFAR
· Servicio/Unidad .. A.PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FRANCISCA VALDIVIA BARRALES-CS BINEFAR
CARMEN CHAVERRI ALAMAN-CS BINEFAR
PATRICIA LEDO-CS BINEFAR
ELISA TORRES CLEMENTE-CS BINEFAR
CRISTINA LUEZA LAMPURLANES-CS BINEFAR
LOURDES ALTEMIR CAMPO-CS BINEFAR
JOSÉ GRACIA FARRÉ-CS BINEFAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuar con las mejoras que el año pasado incluimos como Pr. de Calidad. Hemos detectado la necesidad de organizar de forma mas explicita la Consulta de Cirugía Menor con pacientes Programados para intervención

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Nº de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Menor/ Nº de casos pedidos en cartera de servicios
Resultado=144/88=164% Objetivo: 100%
Nº de pacientes Intervenido/ Nº de pacientes derivados a consulta programada de Cirugía Menor.
Resultado=144/150=96% Objetivo: 80%
Nº de concordancia del diagnostico de las muestras enviadas/ Nº de resultados de Anatomía patológica.
Resultado=39/43=91% Objetivo: 80%

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nº de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Menor/ Nº de casos pedidos en cartera de servicios
Resultado=144/88=164% Objetivo: 100%
Nº de pacientes Intervenido/ Nº de pacientes derivados a consulta programada de Cirugía Menor.
Resultado=144/150=96% Objetivo: 80%
Nº de concordancia del diagnostico de las muestras enviadas/ Nº de resultados de Anatomía patológica.
Resultado=39/43=91% Objetivo: 80%

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesión formativa por Dra. Dolores Muñoz, respecto a la patología tributaria de ser intervenida en el Centro de Salud, mediante Cirugía menor, con métodos audiovisuales.
Taller para en técnicas quirúrgicas y manejo del bisturí eléctrico, realizado por Dra. Dolores Muñoz y D.U.E. Francisca Valdivia.
Registro en Hº OMI de las actividades realizadas con el paciente desde su captación hasta fecha del alta.
Crear un archivo único informatizado para Cirugía Menor con datos de todos los pacientes intervenidos y actividades realizadas hasta finalizar el proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº pacientes intervenidos en consulta Programada Menor / nº pacientes derivados a consulta a consulta Programada Cirugía Menor.
Objetivo: 80 %
Nº de pacientes con registro completo de datos en archivo informatizado / Nº de pacientes atendidos a C. Programada Cirugía Menor.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 322

MEJORA DE LA CONSULTA PROGRAMADA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR

Objetivo 80%
Nº de pacientes con protocolo OMI de Cirugía menor / Nº de pacientes totales atendidos en consulta PR. Cirugía Menor

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo - Abril 2010 Presentación al E.A.P. del Programa de trabajo, creación y presentación del archivo único.
- Formas de registro en Archivo único y Hº del paciente.
Mayo 2010 -Taller de técnicas de cirugía menor
Julio 2010 - Primera evaluación
Diciembre 2010 - Segunda evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Inscripción congresasECA	500 €
· 4 Tensiómetros Digitales	320 €
· Otoscopio	50 €
Total	870 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

077

ACTUALIZACION: EDUCACION SANITARIA CON TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACION(TIC) A USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD

2. RESPONSABLE ELISA TORRES CLEMENTE
· Profesión MEDICO
· Centro CS BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRISTINA LUEZA LAMPURLANES-MEDICO- C.S. BINÉFAR
VICTOR VALLES GALLEGO-MEDICO-DIRECTOR DE AP
JOSE BAILAC COSTA-MEDICO-C.S. BINEFAR
BARBARA LATRE MUZAS-DUE-C.S.BINEFAR
PATRICIA LEDO BLASCO-DUE-C.S.BINEFAR
PILAR CAMPO AMOROS-ADMINISTRATIVO-C.S.BINEFAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Elementos ajenos al sistema sanitario influyen en la educación sanitaria de la población: medios de comunicación, radio, televisión, Internet, revistas y prensa. Estos medios contribuyen a:
Creación de no enfermedades, medicalización, pérdida de autocuidados
Demanda por procesos no médicos.
Condicionamiento del profesional por influencias mediáticas,
Pérdida del enfoque de prevención y promoción de la salud
Desaprovechar oportunidades para dar información y educación sanitaria a la población.
Se ha seleccionado como oportunidad de mejora el proporcionar información sanitaria y educación para la salud mediante la utilización de tecnologías de la información (audiovisuales) en salas de espera y otros espacios del Centro de Salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. año 2009:
Proyección del audiovisual en la sala de espera sobre información y deshabituación tabaquica en la semana del 25 al 31 de mayo.
Se realizan encuestas a fumadores con tests de Richmon y Frageston. Y cooximetría
A los 6 mese repregunta telefónicamente sobre su habito tabaquito, un 4% ha dejado de fumar.
Coberturas: comparamos coberturas, respecto a lo esperado en el programa tabaco. Con otros años.
2007: 25% 2008:19% 2009: 14%
Proyección de audiovisual en la sala de espera sobre información y vacunación de la gripe estacional, en la semana del 13 al 16 de octubre. Se integra en la campaña de vacunación antigripal.

Cobertura. Con respecto a lo esperado en este programa:
2007:49% 2008:54% 2009:74%.
Se realiza una encuesta de satisfacción al profesional.
¿Te parece útil para informar a los pacientes la proyección de audiovisuales en el centro de salud?
Si: 82%
¿Te parecen adecuados los contenidos del audiovisual del tabaco?
Si: 76%
¿Te parecen adecuados los contenidos del audiovisual de la gripe?
Si: 76%
¿Te parece adecuada la ubicación de la pantalla?
Si: 70%

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 077

ACTUALIZACION: EDUCACION SANITARIA CON TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACION(TIC) A USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la educación sanitaria de los usuarios de los Centros de Salud.
Fomentar autocuidados.
Mejorar la seguridad del paciente. Disminuir Medicalización (consumo de fármacos).
Mejorar la imagen del centro de salud como referente en la prevención y promoción de la salud.
Mejorar la confortabilidad de los espacios de espera del Centro.
Implicación de los profesionales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. continuar con la proyeccion de los audiovisuales que ya tenemos elaborados, deshabituacion tabaquica y vacuna antigripal.
busqueda y elaboracion de informacion a pacientes sobre enfermedades cronicas y habitos de vida saludable : EPOC, DIABETES Y HTA.
educacion sanitaria sobre la seguridad del paciente en consumo de farmacos.
informacion al usuario sobre el funcionamiento y los contenidos del Consejo de Salud.
elaboracion de encuestas de satisfaccion al usuario.
informacion al usuario sobre la libre eleccion de especialista

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
Evaluación del impacto sobre la poblacion: Encuesta de satisfacción.
Encuesta de conocimiento sobre el consejo de salud, sobre la libre de eleccion de especialista.
Evaluación de indicadores de resultados (Incremento de coberturas: vacunación antigripal en > de 65 años, deshabituación tabáquica, EPOC DIBATES Y HTA, ...)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. marzo 2010:
elaboracion y proyeccion de audiovisuales sobre informacion de EPOC. e informacion al usuario sobre la libre eleccion de especialista
abril 2010:
elaboracion y proyeccion de habitos de vida saludable.
mayo 2010:
elaboracion y proyeccion sobre el consejo de salud, y deshabituacion tabaquica(semana sin humo).
junio 2010: evaluacion de resultados e impacto sobre la poblacion.
octubre 2010: proyeccion de audiovisual sobre informacion de la gripe y vacunacion.
elaboracion de audiovisual sobre consejos de seguridad en el consumo de farmacos.
diciembre:2010 evaluacion final

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Asistencia a Congreso SECA GALICIA 2010 (2) INSCRIPCIONES 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 060

1. TÍTULO

ELIMINACION DE BARRERAS EN EL SERVICIO DE ADMISION DE CASTEJON DE SOS PARA CONSEGUIR UNA ATENCION MAS PERSONALIZADA Y RESPETO A SU INTIMIDAD

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ESPIER LLORENS
· Profesión ATR
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En admisión existe un mostrador desde el que se atiende a los pacientes, pero los puestos informáticos están detrás, en mesas, con lo que se dificultan las gestiones con el usuario, no garantizando la intimidad debido a la distancia entre el mismo y el puesto de trabajo. Se propone eliminarlo, sustituyéndolo por una puerta, para atender al usuario de forma personalizada, en la mesa de cada administrativa, y poniendo una señalización de "esperar su turno" en el umbral de la puerta de admisión. También el mostrador dificulta y hace más lento nuestro trabajo, ya que hay que desplazarse continuamente desde el mismo hacia la mesa, donde está el ordenador, para las gestiones, firmas, recogida de datos, entrega de recetas, etc. Esto entorpece la fluidez del trabajo, además de no poder tratar las gestiones con el usuario con la debida intimidad, pues el mostrador da directamente a la sala de espera

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conseguir una atención más personalizada.
- Una mayor intimidad para la exposición de las gestiones que necesita de admisión.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios con el trato dispensado.
- Al finalizar la jornada, se cierra Admisión con lo que se garantiza la seguridad para los archivos donde están ubicadas las HHCC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Quitar el mostrador, cerrando admisión con tabique y puerta de ancho suficiente para sillas de ruedas, colocar 2 sillas en ambas mesas de las administrativas para atender de forma personalizada y dedicando el tiempo necesario para su gestión

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Resultados de las encuestas de usuarios, en las preguntas relativas a admisión y estructura del centro de salud.
-Indicador no medible: opiniones expresadas de forma verbal de los usuarios, en las que se perciba su aceptación o rechazo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. inicio: DICIEMBRE-2009
finalización: JULIO-2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· COLOCACION DE PUERTA Y TABIQUE	1.700 €
· 2 SILLAS PARA ATENCION A USUARIOS	200 €
· 1 IMPRESORA TERMICA DE TICKETS PARA CITAS MODELO EPSON TM-T881V	300 €
Total	2.200 €

11. OBSERVACIONES. Quiero manifestar mi queja por no ver reflejado mi colectivo en el campo "profesión", somos un número suficientemente importante en Salud, y, además, "a veces pensamos"

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

068

SISTEMAS DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN LOS EAP. ADECUACION A NORMATIVA ISO 9001-2008 EN EL CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAQUEL ALONSO BERGES-ENFERMERA-C.S.CASTEJON DE SOS
ROSA M^a ESPIER LLORENS-AUX.ADMVA.-C.S.CASTEJON DE SOS
ISABEL YSEBIE RONSE-MEDICO-C.S.CASTEJON DE SOS
ASUNCION PUYUELO LARDIÉS-ENFERMERA-C.S.CASTEJON DE SOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A raíz de ser seleccionados desde Servicios Centrales de Salud como Centro de Salud piloto para nuestro sector -Barbastro- en febrero de 2006, iniciamos en nuestra Zona de Salud una serie de cambios necesarios para adaptarnos a los requisitos de la norma ISO. La implantación se inició en Diciembre de 2009, siendo necesario, a partir de este momento, la mejora continua en la actividad cotidiana de los miembros del EAP y en las infraestructuras necesarias para la realización de la misma.

Hasta ahora, la actividad asistencial prestada, no estaba sistematizada, observándose variabilidad en la atención dispensada.

No existían instrucciones de trabajo comunes ni suficientes registros que permitieran evaluar el trabajo realizado, y, por consiguiente, corregir desviaciones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejora continua de la calidad asistencial.

- Aumentar la satisfacción de los profesionales.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios.
- Superar la auditoría externa

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como consecuencia del enfoque a los procesos de la Norma ISO 9001, se ha definido un mapa de procesos, en el que se muestran los que tienen lugar en un EAP, así como las actividades requeridas para disponer de los recursos necesarios y asegurar su utilización eficiente. Dentro de los procesos estratégicos, están los de la Atención a la Salud, la Atención sociosanitaria, servicios administrativos, Atención a usuarios, información sanitaria en la Comunidad, gestión interna, mantenimiento de instalaciones, equipos y residuos, recursos humanos y materiales.

Dentro de éstos hay distintos subprocesos que guían las actividades y registros a realizar. Se pueden consultar en la Intranet de Salud

<http://10.35.216.4/intranet/EAP/ISO-EAP.html>

Periódicamente se realizan revisiones de documentación: seguimiento de No Conformidades e Incidencias y su cierre si procede, registro de actividades formativas y, en general, actualización de todos los registros exigidos por la norma

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Estamos a la espera de que en la próxima reunión de DAP del Servicio Aragonés de Salud y el Coordinador de Calidad del Servicio Aragón de Salud, se definan los indicadores definitivos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: DICIEMBRE-2009

Finalización: continua

AUDITORIA EXTERNA: MARZO 2010

Cortes semestrales de Cartera de Servicios

AUDITORIA INTERNA: DICIEMBRE 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 038

PLAN DE MEJORA PARA FACILITAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE FRAGA

2. RESPONSABLE PATRICIA MILLANES GALLINAT
· Profesión MEDICO
· Centro CS FRAGA
· Servicio/Unidad .. CONSULTA MATRONA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARÍA CARMEN DUESO CORBALAN-ENFERMERA-CASAR FRAGA
MARÍA ANGELES ARAGON SANZ-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
MANUELA LABRADOR SARRAU-ENFERMERA-CASAR FRAGA
CONCEPCION BONET OSTARIZ-ENFERMERA-CASAR FRAGA
MARÍA VICTORIA REY REY-ADMINISTRATIVA-CASAR FRAGA
MAGDALENA SOLANOT BIETO-AUXILIAR ENFERMERIA-CASAR FRAGA
SUSANA CABRERA LARROYA-ADMINISTRATIVA-CASAR FRAGA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
La población inmigrante embarazada atendida en la consulta de obstetricia del Centro de especialidades de Fraga ha pasado de un 12% en el año 2000 a un 47.9% durante el año 2008.. Durante el año 2008 se han visitado 265 mujeres embarazadas, de las que 127 son extranjeras. Con 20 nacionalidades diferentes. El 59.8% de las mujeres extranjeras son de Países de la Europa del Este y de ellas un 55.2% son de Bulgaria, siendo en nuestra consulta donde mas mujeres se visitan de esta nacionalidad. El 22.8% son árabes, un 4.7 % son Subsaharianas y un 10.4% son latinoamericanas con un incremento importante de esta zona en detrimento de las subsaharianas con respecto a los datos del 2007.

La diversidad de nacionalidades y el incremento de esta población, dificulta la Atención a esta grupo de mujeres.

Durante el año 2008 detectamos que un 15.4% de mujeres siguen sin acudir a la consulta de tocología antes de la semana 13; y un 21.1 % no acude a la visita postparto siendo el 82.1% de las mujeres que no acuden extranjeras. La incidencia de IVES en el colectivo de extranjeras es elevado. Durante el 2008 solicitaron IVE 38 mujeres de las cuales 32 eran inmigrantes. Para facilitar la atención a este colectivo de mujeres el mismo equipo multidisciplinar de trabajadores asistenciales y no asistenciales del Centro de Salud de Fraga y CASAR Fraga creado durante el año 2007 se sigue encargando de proporcionar información y facilitar la accesibilidad a la consulta de Obstetrica del Centro de Alta Resolución de Fraga

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La evaluación de los resultados, dado que se trabaja con embarazadas, ha de hacerse con un año de retraso.

	2006	2007	2008
Nº Embarazadas	251	280	265
% Extranjeras	30,2	33,5	47,9
Nacionalidades	19	23	20
Europa del Este	57,8%	56,3%	59,8%
Árabes	27,6%	11,7%	22,8%
Subsaharianas	6,5%	11,7%	4,7%
1ª Visita < 13s	63%	55,6%	64,5%
Nª IVES		24	32
Más de 6 visitas	26.5%	47,3%	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 038

PLAN DE MEJORA PARA FACILITAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE FRAGA

Revision Postparto 40% 38,2% 59,6%

De las 56 mujeres que no acuden a la visita postparto 46 son extranjeras.

A pesar de la varibilidad de mujeres visitadas, desde la instauración del Proyecto de Mejora, hemos mejorado la captación Precoz del embarazo en mujeres extranjeras en un 10% con respecto al año 2007 y hemos incrementado en un 21% el número de mujeres que acuden a la revisión posparto. Los IVES se han incrementado en el colectivo extranjero durante el año 2008

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Incrementar un 10% en porcentaje de mujeres que acudan a la primera consulta antes de las 13 semanas.
- Incrementar un 10% el porcentaje de mujeres extranjeras acudan a la revisión post-parto.
- Disminuir la incidencia de IVE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Reunión de los profesionales implicados, asistenciales y no asistenciales. Es importante la labor desarrollada por los profesionales no asistenciales, dado que son a veces los primeros en tener contacto con las mujeres y los que le informan de la accesibilidad a las consultas facilitando la información, tanto en las citas, como en otras cuestiones burocráticas que se planteen.

2- La colaboración con Enfermería, y el trabajo que realizan de Atención a las mujeres tanto en consulta, como fuera de ella es imprescindible para la realización de este Proyecto, se encargan de:

-Atender a la mujer en consulta y fuera de ella, explicando detalladamente las citas y facilitandose desde las consultas y si es necesario las acompañan hasta comprobar que han entendido las indicaciones dadas.

- Administración de tratamientos en la misma consulta, a las mujeres con E.T.S para asegurarnos de su cumplimiento correcto.

3- Colaboración directa y comunicación diaria con la matrona de Atención Primaria, colaborando en el control de embarazo , recogida de datos, e identificación de grupos de riesgo. Dar las citas a mujeres con gran dificultad idiomática desde la misma consulta de tocología

4- Elaboracion de un tríptico sobre cuidados y controles durante el embarazo traducido a varios idiomas por parte de las matronas de Atención Primaria del Sector de Barbastro que en este momento está en fase de impresión y que forma parte de otro proyecto de calidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia antes de la semana 13.

- Porcentaje de mujeres que acuden a la revisión posparto.

- N° mujeres que solicitan IVE

- Diferencia de porcentajes entre el año 2006 y 2009 de los tres indicadores anteriores

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha de inicio: Febrero 2010

- Fecha de finalización: Diciembre del 2010

- Marzo del 2010 Reunion de los trabajadores implicados para regularizar el sistema de apoyo en las citas y coordinar las charlas informativas.

- Recogida y almacenamiento de datos estadísticos diariamente en las consultas por el personal de enfermería durante todo el año

- Noviembre 2010: Valoración del proyecto y evaluación final

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CURSO DE FORMACION 1.000 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 038

PLAN DE MEJORA PARA FACILITAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO EN MUJERES INMIGRANTES EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE FRAGA

· MATERIAL APOYO TRADUCIDO	500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 036

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL CRIBADO POBLACIONAL DEL CANCER DE CERVIX EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA

2. RESPONSABLE MONICA PASCUAL FRANCO
· Profesión MEDICO
· Centro CS FRAGA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PATRICIA MILLANES GALLINAT-MATRONA-CENTRO DE SALUD FRAGA
MARIA ANGELES ARAGON SANZ-GINECÓLOGA-HOSPITAL BARBASTRO
MARÍA PILAR MALLADA VIANA- PEDIATRA-CENTRO DE SALUD FRAGA
PILAR BITRIAN AISA-DUE-CENTRO DE SALUD FRAGA
TERESA CALVET PALAU-AUXILIAR DE CLINICA-CENTRO DE SALUD FRAGA
YOLANDA BORDAS BUIL-MÉDICO-CENTRO DE SALUD FRAGA
SOFIA BARCO MARCELLAN-MÉDICO-CENTRO DE SALUD FRAGA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer del cuello del útero (cérvix) es el segundo en frecuencia, tras el cáncer de mama, en mujeres de menos de 35 años de edad. En los años 90 se establece la causalidad entre PVH y cáncer de cervix. En la actualidad, se sabe que el cáncer de cervix es una enfermedad de transmisión Sexual condicionada por una infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo oncogénico. El cáncer de cervix se puede prevenir y tratar antes de que se desarrolle la enfermedad invasiva. Es uno de los tres cánceres, junto con el cáncer de colon y mama, que tiene una prueba de cribado demostrada (la citología). Para que las pruebas de cribado tengan impacto sobre la disminución de la enfermedad, deben realizarse a un mínimo del 70% de la población diana

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2008 se inició en la Zona Básica de Salud de Fraga, en coordinación con el Servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro y el Servicio de Anatomía patológica del mismo hospital, un estudio piloto de cribado poblacional de cáncer de cervix en mujeres mayores de 35 años, implementando la prueba de detección del DNA del HPV. Las citologías que se realiza la población femenina de Mequinenza no queda registrada, y existe una pérdida de registro, a su vez, en los consultorios periféricos en los que aun no se ha implementado la informatización de las consultas.

	2007	2008	2009
CITOLOGIAS en C.Salud	515	513	654
CITIOLOGIAS externas	172	439	576
Total citologias	687	952	1230
Cobertura servicio	20.4%	38.6%	90%

Observamos un incremento importante en el registro de las citologias realizadas en consultas externas al centro de Salud, alcanzando una cobertura total del 90%. Para conseguir estos objetivos se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:
Sesión clínica con el EAP explicando los resultados obtenidos hasta la fecha, insistiendo en la necesidad de preguntar a las mujeres la población si se han realizado citologias fuera del sistema de salud publico.
Charla informativa sobre ETS y cancer de cervix en Albalate de Cinca el 24 de febrero de 2009, impartida por Dra MªAngeles Aragón y Dña Patricia Millanes, en colaboración con la Asociación El Puente
Charla informativa sobre ETS y cancer de cervix en Fraga el 6 de marzo de 2009, impartida por Dra MªAngeles Aragón y Dña Patricia Millanes, en colaboración con la Asociación Española contra el cancer.
Charla informativa sobre ETS y cancer de cervix en Velilla de Cinca el 23 de septiembre de 2009, impartida por Dra MªAngeles Aragón y Dña Patricia Millanes, en colaboración con la Asociación Local de Amas de Casa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 036

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL CRIBADO POBLACIONAL DEL CANCER DE CERVIX EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Seguir aumentando la captación poblacional, consiguiendo un mayor número de citologías realizadas. Incrementar el cribado poblacional del cáncer de cervix en la Zona Básica de Salud de Fraga. Aumentar la seguridad de las pacientes. Disminuir la ansiedad que genera la realización de pruebas innecesarias. Potenciar la coordinación Atención Primaria-Atención Especializada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesión clínica con el EAP explicando los resultados obtenidos hasta la fecha y animando a seguir en esta línea. Fomentar la coordinación entre enfermería, médicos, matrona y servicio de ginecología. Sesiones divulgativas a la población femenina. Sistema de aviso en OMI recordando la necesidad de preguntar a las mujeres sobre la realización de citologías

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de citologías en el año 2010
% cobertura del programa prevención de cancer de cervix
Número de sesiones clínicas conjuntas del Centro de Salud y el Servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro
Número de sesiones de divulgación de los sistemas de prevención del cancer de cervix a la población

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el 1 enero al 31 diciembre del 2010 recogida de citologías. Sesión clínica en el centro de salud en el mes de marzo. Sesiones de divulgación en abril y septiembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia de Dña Patricia Millanes al curso de la SE de Contracepción	550 €
Total	550 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

323

USO DE LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE PRESION ARTERIAL (MAPA) EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE ROSA MARIA PUEYO GARCIA
· Profesión MEDICO
· Centro CS GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NATIVIDAD GAVIN ANGLADA-CS GRAUS
ANA M^a CAVERO TOLOSA-CS GRAUS
M^a PAZ FERRER ASÍN-CS GRAUS
JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ PÉREZ-CS GRAUS
REYES FRANCO ANGUSTO-CS GRAUS
SONIA MILLARUELO ARILLA-CS GRAUS
SANTIAGO CARRERAS ZABALLOS-CS GRAUS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Mapa se considera el método "standar oro" de referencia para el diagnóstico y evaluación de la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos .
Permite promediar un número elevado de medidas de PA, es reproducible y representativo de los valores de la PA de un sujeto las 24 horas del día.
Los valores de la Mapa se correlacionan mejor que la PA clínica en la lesión de los órganos diana y la morbilidad cardiovascular

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Diagnóstico de HTA clínica aislada (HTA hallada únicamente en la consulta mientras que las cifras de PA ambulatoria de 24 horas y la media registrada mediante MAPA permanecen en límites normales).
- Diagnóstico de HTA enmascarada.
- Identificación de pacientes cuya PA no disminuye durante el sueño ("no dipper"), pacientes de mayor riesgo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reuniones del equipo para aprendizaje de manejo del material.
- Realización de protocolo de inclusión de pacientes.
- Organización y puesta en marcha

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Pacientes a los que se confirma diagnóstico mediante MAPA/ pacientes con diagnóstico clínico de HTA.
- Número de pacientes a los que se descarta HTA mediante MAPA / total de pacientes con diagnóstico previo de HTA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha de inicio Abril 2010.
- Finalización Abril 2011 con espera de continuidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 231

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE LAFORTUNADA

2. RESPONSABLE MERCEDES CABAÑUZ LATORRE
- Profesión MEDICO
 - Centro CS LAFORTUNADA
 - Servicio/Unidad .. CS LAFORTUNADA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GUILLERMO BERNUES SANZ-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA-C.S. LAFORTUNADA
 - PAZ SALAS GUIRAL-ENFERMERA-C.S. LAFORTUNADA
 - MARIA GRACIA MARCO-ENFERMERA-C.S.LAFORTUNADA
 - JOSEFINA TREMPES BAGUÉ-ENFERMERA-C.S. LAFORTUNADA
 - JOANA ALORDA COMAS-MEDICO ATENCION PRIMARIA-C.S. LAFORTUNADA
 - SONIA BAGÚES CAJAS-ENFERMERA-C.S. LAFORTUNADA
 - MARIA JESUS MARTINEZ GARCIA-ENFERMERA-C.S. LAFORTUNADA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta a gran número de personas, representado un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. Su prevalencia aumenta con la edad siendo importante extender la educación diabetológica y mejorar el nivel de autocuidado del propio diabético. Dentro del ciclo de mejora continua de la calidad del EAP de Lafortunada se ha detectado la oportunidad (método de grupo nominal) de mejorar la calidad de la salud de los pacientes con enfermedad diabética.
Situación de partida: Pacientes diabéticos pertenecientes al C.S. Lafortunada con historia clínica o episodio registrado en OMI de diabetes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la educación en diabetes de los pacientes y familiares.
- Valorar la influencia del programa de mejora continua de la calidad en:
 - Resultados a corto plazo:
 - Mejora del control metabólico.
 - Mejora y uso racional de glucometros y tiras reactivas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a.- Discusión por parte del grupo de mejora.
- b.- Actualización y reciclaje en conicimientos sanitarios sobre la enfermedad diabética dirigido a todos los profesionales del C.S. Lafortunada.
 - c.- Realización de talleres (nutrición, hábitos saludables) por el personal de medicina y enfermería dirigido a enfermos y familiares con periodicidad bimensual en los consultorios locales de Bielsa, Plan y Lafortunada, utilizando como soportes didácticos proyecciones con CD y ordenador y soporte escrito.
 - d.- Sesiones informativas realizadas por personal de medicina y enfermería sobre manejo y utilización correcta de glucómetros y tiras reactivas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º.- Criterio: Toda la actividad clínico asistencial se registrará dentro del programa OMI en los protocolos y planes de cuidados de la historia de cada paciente.
INDICADOR= Diabéticos con planes de cuidado X 100/ total diabéticos registrados en OMI.
Estandar: 50 %
- 2º.- Criterio: Todos los pacientes y familiares diabéticos del Centro de Salud seran citados de forma individualizada para la realización de los talleres en los consultorios locales.
INDICADOR= Número de pacientes diabéticos que acudan a los talleres X 100 / Número de pacientes diabéticos registrados en OMI.
Estandar: 50 %.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

231

PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL PACIENTE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE LAFORTUNADA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Marzo de 2010.
Fecha de finalización: CICLO CONTINUO.

CALENDARIO:

- 1 de marzo presentación del ciclo de mejora al EAP.
- 8 y 15 de marzo: sesiones de formación del personal sanitario del EAP.
- 30 de junio: corte de indicadores y discusión con el EAP.
- 31 de diciembre: Evaluación anual y ciclo continuo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Compra de guías para diabéticos y libros ... (*)	300 €
· Soporte informático, CD y Ordenador	1.000 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES. (*) Compra de guías para diabéticos y libros para la biblioteca del Centro y poster informativo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

465

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL AMBITO DE LA ATENCION PRIMARIA. COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE CARMEN ALASTRUE PINILLA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ESTEBAN SANMARTIN SANCHEZ - MÉDICO - C. S. MONZÓN RURAL - MÉDICO AP
FRANCISCO ALCAY MARIN - MÉDICO - C. S. MONZÓN RURAL - MÉDICO AP
JOSÉ LUIS PEREZ ALBIAC -MÉDICO - C. S. MONZÓN RURAL - MÉDICO AP
RAQUEL CORTINA LACAMBRA -MÉDICO - C. S. MONZÓN RURAL - MÉDICO AP
ROSA SANJUAN DOMINGUEZ-MÉDICO- C. S. MONZÓN RURAL - MÉDICO AP
VANESA ARIÑO BAILO - ENFERMERA - C. S. MONZON RURAL - ENFERMERA AP
M^a JESÚS MARTIN VIDAL - ENFERMERA -C. S. MONZON RURAL - ENFERMERA AP
M^a DOLORES LONCAN MARGALEJO - ENFERMERA - C. S. MONZON RURAL - ENFERM AP
ESTER VAL BALLARIN- ENFERMERA - C. S. MONZON RURAL - ENFERMERA AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tema que proponemos para ser incluido en el programa de apoyo a iniciativas de mejora de la calidad en el Servicio Aragonés de Salud para el año 2010 ha sido seleccionado mediante la técnica de "Grupo Nominal", realizada entre los miembros del equipo de atención primaria de Monzón Rural. Partimos de una tormenta de ideas entre todos los miembros del equipo, buscando aspectos susceptibles de mejorar o aquellos en los que percibimos necesidad de formación, pasando por todas las áreas y tareas realizadas en una jornada habitual. Por consenso se seleccionan una lista de 10 problemas y sobre estos se realiza una técnica de priorización, utilizando criterios preestablecidos: nº de pacientes afectados, riesgo para el paciente, independencia externa, grado de dificultad para resolverlo y facilidad de medición.

El tema seleccionado y propuesto como proyecto de calidad es "ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. COORDINACIÓN CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE REFERENCIA".

La DSM-IV-TR define el trastorno mental como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un deterioro funcional.

Las enfermedades mentales probablemente se encuentran subestimadas en su gravedad y en su frecuencia. La prevalencia en Atención Primaria se encuentra alrededor del 26 %, con importantes variaciones según el lugar y las características de la población considerada, y la progresiva medicalización de los casos más leves. Así mismo suponen una importante carga de incapacidad y sufrimiento y de consumo de recursos sociosanitarios.

La mayor parte de los trastornos mentales son crónicos y un gran porcentaje acuden a su médico de Atención Primaria con quejas somáticas.

En el "Diagnóstico de salud de la Zona de Salud de Monzón Rural" detectamos una tasa de mortalidad por suicidio que puede ser algo más alta que la media de nuestro entorno, y un consumo de fármacos psicótropos sospechosamente elevado. Esto nos hace sospechar que la enfermedad mental es alta en nuestro medio, sin que tengamos unos datos precisos sobre prevalencia total y por tramos de edad, así como tipos de enfermedades.

Estas son las razones que nos han llevado a plantear este tema como proyecto de mejora, con la pretensión de establecer la prevalencia de los trastornos mentales entre la población asignada al Equipo de Atención Primaria de Monzón Rural y desarrollar un programa de formación que mejore la capacidad de los profesionales del equipo en la entrevista clínica y exploración del paciente con un posible trastorno de salud mental, los criterios de derivación a la Unidad de Salud Mental, el manejo de los fármacos habitualmente utilizados y el manejo de la situación urgente en salud mental y del paciente agitado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 465

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL AMBITO DE LA ATENCION PRIMARIA. COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Bibliografía:

- A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez, "Atención Primaria", 6ª ed. 2008
 - J.J. Lopez-Ibor Aliño (dir. ed. española) DSM-IV-TR, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", ed. Masson 2002
 - R. Ciurana Misol y Grupo de trabajo de salud mental PAPPS, "Guía de Salud Mental en Atención Primaria", SEMFYC 2001
- Varios autores, "Guía de actuación en Atención Primaria", SEMFYC, 2ª ed. 2000
Varios autores, "Análisis de la situación de salud de la Zona de Salud de Monzón Rural"

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO PRINCIPAL
Mejorar el manejo del paciente con trastornos mentales en el ámbito de Atención Primaria

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Adquirir las habilidades necesarias para realizar la entrevista clínica a los pacientes con sospecha de presentar un trastorno de salud mental.
- Manejar correctamente la medicación más habitualmente utilizada en los trastornos de salud mental
- Establecer criterios de derivación consensuados con la Unidad de Salud Mental
- Mejorar el manejo del paciente agitado y de la urgencia en salud mental
- Establecer la prevalencia de trastornos mentales en la Zona de Salud de Monzón Rural

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Taller de formación sobre salud mental, de 10 horas de duración, impartido por 3 psiquiatras

- Elaboración de la entrevista clínica en salud mental desde Atención Primaria
 - Trastornos mentales más frecuentes en el ámbito de Atención Primaria
 - Atención al paciente agitado y síndrome confusional agudo
- 2.-Elaboración de la prevalencia de los trastornos mentales en la Zona de Salud de Monzón Rural
- Revisión de historias clínicas y recogida de diagnósticos según DSM-IV o CIE-10
 - Elaboración de una plantilla de recogida de datos de cada cupo médico de la Zona de Salud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de profesionales del equipo que participa en el taller de formación

- 90 %
- Nº de historias clínicas revisadas en mayores de 14 años, respecto al total de pacientes mayores de 14 años pertenecientes a la Zona de Salud de Monzón Rural
- 80 %
- Elaboración de la plantilla..... SI/NO
- Recogida de los datos 80 %

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de Inicio: Abril de 2010

- Plantilla de recogida de datos: Abril 2010
- Taller de formación: Mayo 2010
- Revisión Historias clínicas y recogida de datos: Junio - Octubre 2010
- Finalizar el proyecto: Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Taller de formación, 10 h. de los ponentes a 60 € la hora 600 €
- Desplazamientos de los ponentes 400 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 465

ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL AMBITO DE LA ATENCION PRIMARIA. COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

525

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro DAP BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VICTOR VALLÉS GÁLLEGO-MÉDICO-DIRECTOR ATENCIÓN PRIMARIA BARBASTRO
FRANCISCO DOMÍNGUEZ SANZ-MÉDICO-SUBDIRECTOR MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA BARBASTRO
PILAR CALDERÓN GRAU-ENFERMERA-DIRECTORA ENFERMERÍA ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR BARBASTRO
ISABEL YSEBIE RONSE-MÉDICO- EAP CASTEJÓN DE SOS
CARMEN ALASTRUÉ PINILLA-MÉDICO- EAP MONZÓN RURAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento en la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que están influyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud .Los ancianos son una población especialmente vulnerable, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones.Conforme se van añadiendo fármacos al esquema terapéutico, con diferentes dosis y momentos de administración, con recomendaciones específicas para tomarlos con / sin alimentos, va siendo más probable que aparezcan olvidos o confusiones en la toma de los medicamentos. Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tratamiento, sobre todo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapéutico se sitúa entorno al 30-50%. La falta de adherencia se considera un problema relacionado con medicamentos con entidad propia estando considerado por la OMS como un tema prioritario de salud pública. La polimedicación favorece la aparición de RAM e interacciones medicamentosas. En una reciente revisión de resultados de salud en ancianos, se observó que la polimedicación es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. Algunos autores han indicado que cuando se utilizan 10 medicamentos el riesgo de sufrir una RAM llega casi al 100%. También se estima que entre un 5-17% de los ingresos hospitalarios en ancianos son debidos a problemas relacionados con el uso de medicamentos.El Sistema Nacional de Salud Británico ha incluido en su cartera de servicios la revisión anual de tratamientos en los pacientes con más de 75 años, siendo al menos semestral cuando toman cuatro o más medicamentos.El seguimiento farmacoterapéutico viene recogido en la Resolución del Consejo de Europa del año 2001, como un elemento esencial de prevención y limitación de los riesgos iatrogénicos .

OPORTUNIDAD DE MEJORA: La revisión de tratamientos en los pacientes ancianos polimedificados es una de las estrategias más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y detectar posibles incidentes relacionados con la utilización de los medicamentos (duplicidades, reacciones adversas, interacciones farmacológicas, etc)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - selección de población diana, número de fármacos y número de pacientes por médico
- establecimiento de las pautas de adecuación de las prescripciones en OMI para la obtención inicial de datos y para la medida de resultados
 - metodología de registro de la actividad de la revisión de tratamientos en OMI
 - selección de los tests más adecuados a aplicar en este programa (se han elegido dos tests de adherencia al tratamiento ? test de Morinsky-Green-Levine y cuestionario de valoración global

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

525

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

- diseño de una consulta para obtener informáticamente la relación de pacientes de 75 años o más y en tratamiento con 6 o más fármacos por médico para proporcionarlo a los prescriptores correspondientes
- el diseño e integración informática de los tests arriba mencionados
- presentación del programa en una reunión a todos los coordinadores médicos y de enfermería de los equipos de Atención Primaria.

INDICADORES UTILIZADOS

- Porcentaje de pacientes =75 años y que toma 6 ó más principios activos que tienen abierto el episodio en OMI-AP (incluidos en el programa)
- Porcentaje de pacientes incluidos en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morinsky)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la Seguridad del Medicamento en el paciente polimedcado mediante la detección y resolución de incidentes relacionados con la utilización de medicamentos (duplicidades, reacciones adversas, interacciones farmacológicas).
-Mejorar la gestión de prescripciones en OMI-AP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PROFESIONALES PARTICIPANTES: profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: La población diana es pacientes mayores 75 años que tomen seis o más principios activos diferentes

- Difusión del programa a todos los profesionales sanitarios. Responsable farmacéutica de atención Primaria.
- Actividades de los profesionales sanitarios:
- captación del paciente, a los pacientes candidatos se les informa del programa y se les cita para una próxima visita a la que acudirá con toda la medicación que está tomando
 - comprobación de si los medicamentos que aporta el paciente coinciden con los recogidos en la historia clínica, y adecuación de la historia clínica, si procede.
 - realización de una primera valoración del conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación (test de Morisky-Green-Levine).
 - revisión del tratamiento (medicamentos potencialmente no adecuados en ancianos, adherencia, duplicidades, interacciones farmacológicas, reacciones adversas...). Como herramientas de apoyo a esta revisión se podrá consultar el BotSalud y la consulta al farmacéutico de Atención Primaria.
 - entrega al paciente una hoja de medicación crónica
 - apertura del episodio correspondiente en OMI-AP para que quede constancia de que se ha revisado la medicación del paciente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de médicos de AP del sector de Huesca que han empezado a trabajar con el programa de seguridad del paciente anciano polimedcado

- Porcentaje de pacientes =75 años y que toma 6 ó más principios activos que tienen abierto el episodio correspondiente en OMI-AP (incluidos en el programa)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-mayo 2010: Difusión a todos los equipos de atención primaria del programa

Junio-diciembre 2010: Revisión de tratamientos crónicos en pacientes = 75 años con seis o más fármacos

Diciembre 2010: Medida de resultados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

525

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 135

PROYECTO FORMACION PROFESIONALES SANITARIOS EN HABILIDADES MANEJO HERRAMIENTA INFORMATICA OMI. APRENDIZAJE Y MANEJO PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN OMI

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión MEDICO
· Centro DAP BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICTOR VALLÉS GÁLLEGO-DIRECTOR A.PRIMARIA-SECTOR BARBASTRO
PILAR CALDERÓN GRAU-DIRECTORA ENFERMERIA A.PRIMARIA-SECTOR BARBASTRO
ANA T. MONCLÚS MURO-ENFERMERA-C.S.BARBASTRO
CARMEN CHAVERRI ALAMÁN-ENFERMERA-C.S. BINEFAR
GORETTI LORDÁN IBARZ-ENFERMERA-C.S. MONZÓN RURAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde hace 6 años en que se inició la implantación de OMI en el Sector, hemos tenido que ir resolviendo numerosas dudas sobre su manejo y funcionamiento y a 2010 casi completada la implantación en todo el Sector ante las innumerables peticiones de los profesionales demandando formación en el manejo de la herramienta informática, desde la Gerencia hemos creído necesario, dada su importancia estratégica, la creación de un grupo de expertos en OMI para impartir sesiones formativas a todos los profesionales de A.Primaria del Sector. Partimos de un desconocimiento absoluto de la herramienta en la mayoría de los casos y de registros mal hechos por la mayoría de los profesionales. La única ayuda durante este tiempo ha partido de la Dirección de AP del Sector. La formación teórica recibida desde la empresa implantadora de OMI, no ha sido demasiado útil en el día a día ya que, entre otras cosas, el tiempo entre la formación y la utilización del programa ha sido muy largo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aprender el manejo de la herramienta informática
Unificar criterios de registros para optimizar explotación de datos.
Resolver dudas sobre el uso de la aplicación.
Aprender el manejo de Planes de Cuidados Enfermeros informatizados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones formativas en todos los E.A.P. realizando 2 por Centro para dar oportunidad a todos los profesionales para asistir a ellas conforme van informatizando los Centros y Consultorios de manera que una vez impartida la formación ya puedan inmediatamente trabajar con ella. Las sesiones se realizan repasando todas las pantallas de OMI y desplegando sus aplicaciones.(OMI BASICO Y AVANZADO)
El tiempo previsto de duración de las sesiones es de 7 horas para todos los profesionales y 3 horas más para Planes de Cuidados Enfermeros informatizados y Práctica de Estandarización P.Cuidados en Pacientes Diabéticos en Consulta Enfermera/o.
Horario mañana y tarde
FCO. DOMINGUEZ.....DOCENTE OMI
ANA MONCLUS.....DOCENTE OMI
CARMEN CHAVERRI.....DOCENTE P. CUIDADOS ESTANDARIZADOS
GORETTI LORDAN.....DOCENTE P. CUIDADOS
PILAR CALDERON.....DOCENTE METODOLOGIA ENF.
COORDINADORA CURSO FORMACION
VICTOR VALLES.....COORDINADOR CURSO FORMACION

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

135

PROYECTO FORMACION PROFESIONALES SANITARIOS EN HABILIDADES MANEJO HERRAMIENTA INFORMATICA OMI. APRENDIZAJE Y MANEJO PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN OMI

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° Profesionales del Sector que han recibido formación/N° profesionales del Sector.

N° Hª Clinicas con registros OMI previo a intervención/ N° T.I.S del Sector

N° Hª Clinicas con registros OMI después de la Formación/N° de T.I.S. del Sector.

(Pacientes con registro OMI de valoración y estratificación de R.C.V.al final de la Intervención/ pacientes con registro OMI de valoración y estratificación de R.C.V al inicio de la intervención)X100

(Pacientes de los incluidos en P.A.E.C.D. que tienen registrado un Plan de Cuidados al final de la Intervención/ Pacientes incluidos en P.A.E.C.D.)x100

La obtención de datos se efectuará a través de SQL en OMI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ENERO 2010 inicio e ir incorporando los Centros conforme finalice su informatización y está previsto la primera fase de Formación en todo el Sector en Diciembre 2010.

Pretendemos mantener abierta la posibilidad de sesiones puntuales para solución de dudas en un Aula de Formación que estamos organizando en Anexo del C.S.Barbastro en donde tenemos 1 ordenador viejo (Intel-Pentium 3 con 2 Gb) con OMI instalado

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenadores para Aula Informática	3.500 €
· Material documental para alumnos	300 €
Total	3.800 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

402

EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CME MONZON
 - Servicio/Unidad .. LABORATORIO
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROSA CORED NASARRE-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-LABORATORIO
ESPERANZA CALLEJAS REDONDO-ENFERMERA-C.ESPECIALIDADES MONZÓN-LABORATORIO
MONTSERRAT ALONSO LAFON-ENFERMERA- C.ESPECIALIDADES MONZÓN-LABORATORIO
MILAGROS ESTEVE MORLAN-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-LABORATORIO
JOSEFA MOLES ALASTRUE-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-LABORATORIO
PILAR MUZAS LACAMBRA-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-LABORATORIO
M^aJESÚS GISTAU FERNÁNDEZ-ENFERMERA-C. ESPECILAIIDADES MONZÓN-LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la consulta diaria de Enfermería de control del anticoagulante oral capilar Hemos detectado habitualmente dudas respecto a :

- * La importancia de mantener la cita y hora del control del anticoagulante oral.
- * Si es necesario estar en ayunas para realizar la determinación del TAO.
- * Influencia de los medicamentos en el INR.
- * Enfermedades y procesos intercurrentes que pueden interferir en el tratamiento del TAO.
- * Influencia de la alimentación en el TAO.
- * Incumplimiento en la toma de anticoagulantes orales
- *Coma actuar ante una intervención quirúrgica o extracción dental

A pesar de la información oral que sobre el tema se proporciona a los pacientes en la primera visita, es necesario reforzar periódicamente la información sobre los puntos mas relevantes.

Se propone realizar una educación sanitaria continua en estos pacientes sometidos al tratamiento con anticoagulante oral.

Este material didáctico ira dirigido a reforzar conocimientos sobre:

- I. Qué es el TAO.
- II. Cómo tomar los anticoagulantes orales.
- III. La alimentación y el TAO.
- IV. Cómo actuar ante situaciones especiales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- MEJORA EN LA EDUCACION SANITARIA AL PACIENTE.
- 2.- DISMINUCIÓN DEL NUMERO DE CONSULTAS POR DUDAS
- 3.- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN EN AYUNAS.
- 4.-DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE HAN MODOFICADO LA MEDICACIÓN, O HAN TOMADO NUEVA DESDE EL ULTIMO CONTROL Y NO LA DOCUMENTAN.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

402

EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON

5.-DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE DEJAN PASAR DIA DE SU CONTROL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Diseño de una encuesta para conocer y valorar el grado de conocimiento de los pacientes sobre el TAO. (Responsable equipo de enfermería).

* Elaboración de una guía informativa, sobre el TAO, que se entregará al paciente o al cuidador en la primera consulta. (Responsables Hematólogos del Sector y personal de enfermería).

* Diseño de un tríptico con indicaciones concisas y claras sobre los aspectos mas importantes a recordar en el día a día. (Responsable personal de enfermería).

* Realización de un póster para colocar en la consulta de hemostasia del centro de especialidades de Monzón y en la consulta de hemostasia del Hospital de Barbastro. (Responsable equipo de enfermería).

* Elaboración de una hoja de observaciones para que el paciente/cuidador, pueda registrar las dudas ó incidencias. (Responsable, servicio de hematología del sector y equipo de enfermería)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes con error en la toma que lo registran en la hoja de observaciones x 100 / Total de pacientes con tratamiento de TAO

Número de pacientes que acuden fuera de cita x 100/ Total de pacientes con tratamiento TAO

Numero de pacientes que acuden en ayunas x 100/ Total de pacientes con tratamiento TAO.

Numero de pacientes que no aportan la medicación modificada ó de nueva incorporación x 100/Total de pacientes con tratamiento TAO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. •Búsqueda Bibliográfica sobre Educación Sanitaria en pacientes con tratamiento anticoagulante oral y sobre encuestas de satisfacción de usuarios de servicios de salud.Marzo 2010

Diseño y pase de la encuesta previa al proyecto de Educaión sanitaria.IA. Abril y mayo 2010.

•Evaluación de la encuesta. Junio 2010

•Elaboración de una guía informativa, sobre el TAO, y entrega al paciente o al cuidador en la primera consulta. Junio 2010

•Implantación del programa educativo con entrega del tríptico y la hoja de observaciones. De julio a octubre 2010

•Pase y análisis de la encuesta post-proyecto. Noviembre- Diciembre 2010

•Evaluación final. Diciembre 2010- Enero 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Realización de Trípticos (Diseño gráfico, fotocomposición)	500 €
· Guía de primera visita	1.000 €
· Póster	120 €
Total	1.620 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

509

ACOGIDA AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE YOLANDA ABADIAS CUELLO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CRISTINA MONTORI ANAYA-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-PEDIATRIA
ANABEL GUARDIA CONTRERAS-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-PEDIATRIA
ANA LANAU LACORT-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-PEDIATRIA
BEGOÑA LOPEZ ALONSO-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-PEDIATRIA
JULIA MINGUEZ SORO- ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-PEDIATRIA
M^aANGELES RAMI BERNAD- AUXILIAR DE ENFERMERÍA- HOSPITAL BARBASTRO-PEDIATRIA
ANA LARROYA DOMPER- AUXILIAR DE ENFERMERÍA- HSOPITAL DE BARBASTRO-PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN DICIEMBRE DEL 2007 EL SERVICIO DE PEDIATRIA SUFRIÓ UNA REFORMA ESTRUCTURAL QUE INFLUYÓ EN LA DINÁMICA DE TRABAJO Y FUNCIONAMIENTO INTERNO. ES NECESARIA POR TANTO UNA REVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE VENIAN REALIZANDO HASTA EL MOMENTO, ADAPTANDOLOS A LA NUEVA SITUACIÓN Y MEDIOS ACTUALES.
EN 2008 SE DISEÑÓ UN MANUAL DE ACOGIDA GENERAL DEL HOSPITAL PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN. DE FORMA COMPLEMENTARIA Y DEBIDO A LA EXISTENCIA DE UN ALTO GRADO DE ROTACIÓN DEL PERSONAL CONTRATADO DE ENFERMERÍA, CREEMOS IMPORTANTE REALIZAR UN PROYECTO DE ACOGIDA PARA ESTE PERSONAL, A UN SERVICIO TAN ESPECÍFICO COMO PEDIATRÍA, QUE PUEDA USARSE COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO Y GARANTÍA DE CALIDAD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - QUE EL TRABAJADOR DE NUEVA INCORPORACIÓN SE ADAPTE DE FORMA RÁPIDA Y EFICIENTE A LA DINAMICA DE TRABAJO DE LA UNIDAD.
- UNIFICAR CRITERIOS Y ACTUACIONES PARA TODO EL PERSONAL QUE TRABAJE EN EL SERVICIO.
- GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SEGURA Y DE CALIDAD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º) BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA DE MANUALES DE ACOGIDA A TRABAJADORES DE OTROS HOSPITALES.
2º) REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE PEDIATRIA (programas, informes, dispensación de medicamentos, manejo de aparataje...)
3º) LISTADO Y REVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA: (test del sudor, test auditivo, aspirado VRS, Ig A secretora, screening metabolico...)
4º) DISEÑO DEL NUEVO MANUAL DE ACOGIDA PARA EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN.
5º) DISEÑO, ENTREGA Y ANÁLISIS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN CON LA ACOGIDA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA.
- PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SE HAN ACOGIDO:
Nº de profesionales que reciben el manual/Nº de profesionales de nueva incorporación * 100
-PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA ENCUESTA DE ACOGIDA
Nº de profesionales que entregan encuesta de acogida/ Nº de profesionales de nueva incorporación * 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1º) BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.MES DE MARZO 2010.
2º) REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE PEDIATRIA. ABRIL Y MAYO 2010.
3º) LISTADO Y REVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA. JUNIO 2010.

1. TÍTULO

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ARAGON SANZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VÍCTOR VALLÉS GÁLLEGO-MÉDICO- DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA
JAVIER NOGUÉS TOMÁS-GINECÓLOGO- JEFE DE SECCIÓN-HOSPITAL DE BARBASTRO
BEATRIZ ROJAS PÉREZ-EZQUERRA-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
PATRICIA MILLANES GALLINAT-MATRONA-CENTRO DE SALUD DE FRAGA
PILAR CALDERÓN GRAU-ENFERMERA-DIRECTORA DE ATENCIÓN PRIMARIA- SECTOR BARBASTRO
ROSA ONCINS-PATÓLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
PAULA GAMBÓ-PATÓLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 2005, iniciamos un Plan de Mejora de Calidad entre A. Primaria y Especializada centrado en la actualización del Plan de Atención a la Mujer. Con el Plan 2005-2007 hemos conseguido disminuir 2.195 citologías y hemos incrementado la de detección de lesiones preinvasivas (CI III) desde una media de 8 lesiones diagnosticadas al año durante los años 2003 al 2005 hasta 15 HSIL en 2007, aumentando la cobertura poblacional de 37,6% A 38,9%.

Durante el año 2008 la cobertura poblacional de Cáncer de cervix en el sector Barbatro fue un 45%.
Dados los conocimientos actuales sobre la relación del Cáncer de cervix con la infección por el Virus de Papiloma humano y aprovechando el interés que suscita este tema en la población, en especial por la puesta en marcha de las campañas de vacunación, consideramos que es necesario aprovechar estas sinergias y desarrollar estrategias que nos permitan aumentar el cribado poblacional de cáncer cervix en nuestro Sector, implicando a los profesionales de la Atención Primaria en la captación de las mujeres.

Hemos observado un incremento de indicaciones de citologías en edades fuera del rango del programa y demoras en la atención en las consultas de Matronas de Atención Primaria y demora en los resultados de citologías de cribado.
Durante el año 2009, hemos seguido monitorizando todos los resultados de las citologías realizadas en el Sector y proponiendo acciones de Mejora ,que nos permitan incrementar la cobertura poblacional y disminuir las pruebas innecesarias, aumentando la tasa de detección de lesiones preinvasivas y por lo tanto potenciando la prevención secundaria del Cáncer de Cervix en Nuestro Sector.

Vemos necesario reevaluar nuestro algoritmo de cribado, para adaptarnos a las nuevas evidencias científicas que proponen incluir la detección del VPV en el cribado de cáncer de cervix, esta Prueba, disminuye los falsos negativos y permite mantener la periodicidad de 5 años en el cribado poblacional con mayor seguridad para la paciente.

En el Protocolo de cribado de la SEGO, se recomienda incluir la detección del VPH a partir de los 35 años junto con la citología, y si las dos pruebas son negativas, repetir a los 5 años. Si no se dispone del test de detección de HPV, se recomienda realizar citología cada 3 años.
Desde 2006, los Directivos del Sector y Profesionales implicados en el cribado de cervix estamos trabajando para potenciar el cribado poblacional y es imprescindible, que tanto Atención Primaria, como Especializada sigamos el mismo algoritmo y dispongamos de las mismas técnicas. La monitorización exhaustiva de todas las pruebas que se realizan en el Sector por parte del Servicio de Anatomía Patológica, nos permite introducir métodos correctivos que impidan una mala utilización de las técnicas y evitar que se realicen pruebas innecesarias, que no se atengan al protocolo. El aumentar la seguridad de una prueba nos va a permitir, disminuir el número de citologías mal indicadas y el número de consultas tanto en las matronas de Atención Primaria, como en las consultas de Ginecología, aumentando la seguridad de las pacientes, sin incrementar el gasto del Programa y favoreciendo la orientación de los recursos a las pacientes de riesgo.
El cribado poblacional debe ser homogéneo en todo el Sector y ofrecer las mismas técnicas en los diferentes Niveles Asistenciales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 251

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde el año 2005 al 2009, hemos realizado 2060 citologías menos en el Sector y hemos diagnosticado casi el doble de lesiones preneoplásicas. (En 2005: 9 CIN III y en 2009: 12 CIN III y 9 CIN II).

Durante 2008, se diagnosticaron 4 cánceres invasores en mujeres no cribadas y en 2009 1 cáncer primario de vagina en una paciente de bajo riesgo, que no se había realizado ningún control en los últimos 5 años.

En el Servicio de Ginecología hemos introducido el test de detección de HPV en el cribado de cervix y como estudio experimental en la Zona Básica de Fraga.

Durante el año 2009 se han realizado 454 citologías más que en el año 2008.

665 determinaciones del test HPV.

En un control de Calidad, realizado por el Servicio de Anatomía Patológica, hemos observado que un 40% de las citologías realizadas, no se atienden a Protocolo y un 12% de los test HPV. (probablemente debido a la discordancia de protocolos entre Primaria y especializada.)

La cobertura poblacional del sector en 2009 ha sido de 41,9%. Creemos que ha habido fallos en la recogida de datos por cambios en el sistema OMI. Por Zona Básicas de salud, la menor cobertura la observamos en Mequinenza, Fraga y Binefar. probablemente debido a que las pacientes acuden a la medicina privada y no se registran las citologías realizadas.

Demora media para resultados de citología en Anatomía Patológica durante 2009: 29 días.

Consultas de ginecología 2009.

Primeras: 2818 y 628 en CASAR Fraga.

Sucesivas: 4114 Y 939 en CASAR Fraga .

Demora media en consultas de ginecología ordinaria 45 días. Al inicio del Plan en 2005, existía una demora de 4 meses.

Desde la instauración de los diferentes Planes de Mejora hemos disminuido el número de citologías realizadas y la demora media en consulta de Ginecología, ya que las actividades de preventivas, las realizan las matronas del Sector y hemos aumentado la detección de lesiones preneoplásicas casi el doble

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la mortalidad por Cáncer de cervix.

Aumentar la cobertura poblacional de cáncer de Cervix en el Sector Barbastro un 10%.

Reforzar la unidad de criterios de cribado entre Atención Primaria y A. Especializada.

Transmitir mensajes idénticos a la población.

Mantener la detección de Lesiones Preinvasivas (mas de 15 al año).

Mejorar la eficiencia de las consultas de ginecología y matronas y la adecuación de la indicación de citologías

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 251

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Febrero 2009: Presentación del Plan en servicio Ginecología. Sesión Clínica.

Reuniones con Directivos de Atención Primaria.
26 de Mayo 2009
2 de Octubre 2009.

5-10-2010.Sesión con matronas de Atención Primaria. Evaluación de resultados del Plan de Mejora.

Reuniones con Anatomopatólogas del Hospital:
28 de Abril 2009. Valoración de las citologías que no se atiende a protocolo.
9 de Diciembre 2009. Evaluación del Proyecto de Mejora de cáncer de cervix

CHARLAS INFORMATIVAS A LA POBLACIÓN

24 de Febrero 2009. Albalate de Cínca.
Charla sobre prevención cáncer de cervix dirigida a mujeres inmigrantes. Promovida por la Asociación El Puente.
Ponentes: Patricia Millanes Gallinat. Maria Angeles Aragón Sanz

6 de Marzo 2009. Fraga.
Charla sobre prevención cáncer de cervix. Promovida por la Asociación Española Contra el Cáncer. Junta local del Bajo Cínca.
Ponentes: Maria Angeles Aragón. Patricia Millanes Gallinat.

10 de Junio 2009. Alcolea de Cinca.
Charla sobre prevención cáncer de cervix. Promovida por la Asociación local de Amas de Casa.
Ponente: Maria Angeles Aragón Sanz.

23 de Septiembre 2009. Velilla de Cínca .
Charla sobre prevención cáncer de cervix. Promovida por la Asociación local de Amas de Casa.
Ponente: Maria Angeles Aragón Sanz

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de citologías realizadas por Zona Básica de Salud.
Media de días de demora en la recepción de los resultados de citologías.
Número de test HPV.
Cobertura por Zona Básica de Salud.
Cobertura Sector.
Consultas de Gine primeras y sucesivas.
Días de demora en consultas de matrona para citología.
Días de Demora en consulta de Ginecología.
Número de citologías que no se adecuan a protocolo.
Número de test de HPV que no se adecuen a protocolo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 251

COORDINACION ATENCION PRIMARIA/ATENCION ESPECIALIZADA EN EL CRIBADO DEL CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR BARBASTRO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 3-02-2010: Reunión con las matronas de Atención Primaria, Presentación de los resultados del Plan de Mejora 2009.
17 -02-2010: Charla informativa a la población sobre cáncer de cervix en Barbastro, promovida la Junta local de la Asociación Española contra el Cáncer.
22-02-2010 Reunión con Gerente de sector y Director de Atención Primaria para informar del desarrollo del proyecto y solicitar la implementación del test HPV en el protocolo de cribado.
Marzo 2010: Sesión clínica para presentación de los resultados del Plan de Calidad en El Servicio.
9 de Abril 2010: Curso sobre cáncer de cervix .Patología cervical de la infección a la prevención.
30 de Abril 2010: Curso sobre cáncer de cervix. Indicación de la colposcopia en el cáncer de cervix.
Mayo 2010 Sesiones en los Centros de Salud.
Noviembre 2010 Evaluación
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Cursos de formación en patologia cervical 2.000 €
Total 2.000 €
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

070

MEJORA DE LA DEMORA DE RESULTADOS EN LA CITOLOGÍA GINECOLÓGICA

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES COMES GARCIA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ITXAZNE RODIL HERNÁNDEZ-TEAP-CITOTÉCNICA-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
ROSA ONCINS TORRES-F.E.A.-ANATOMÍA PATOLÓGICA-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
PAULA GAMBÓ GRASA-F.E.A.-ANATOMÍA PATOLÓGICA-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SORAYA PUENTE RODRÍGUEZ-M.I.R.-ANATOMÍA PATOLÓGICA-ROTACIÓN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estudio de la citología ginecológica es un método rápido y eficaz para la prevención del cáncer cervical. En este servicio de Anatomía Patológica se cuenta actualmente con dos citotécnicas que hacen un primer screening de la citología, siendo las patólogas las que realizan la revisión de los resultados positivos (carcimonas, lesiones celulares y alteraciones debidas a procesos inflamatorios) y el control de las citologías negativas. Existen varios métodos para hacer el control de calidad de las citologías ginecológicas negativas. En este servicio los métodos utilizados son los siguientes:

- diagnóstico del 10% de las citologías negativas
- screening rápido del 100% de las citologías negativas

Debido al incremento de trabajo en el servicio, las patólogas han estado informando las citologías ginecológicas en los últimos años con los siguientes resultados:

- la demora media en el 2006 ha sido de 38.35 días
- la demora media en el 2007 ha sido de 30.98 días
- la demora media en el 2008 ha sido de 34.35 días
- la demora media en el 2009 ha sido de 31.99 días

En el 2010 hemos incorporado un nuevo sistema de revisión de citologías ginecológicas para el control de calidad, en el que la citotécnica con más experiencia hace el control de calidad de las muestras negativas de la otra citotécnica y las patólogas hacen el control de calidad de la citotécnica con más experiencia. En casos positivos, las patólogas siguen revisando las muestras de ambas citotécnicas. En casos de discordancia, la muestra es revisada por todas las patólogas y citotécnicas haciéndose una discusión del caso hasta llegar al diagnóstico

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Debido a la sobrecarga diagnóstica de las patólogas con la incorporación de las citotécnicas al sistema de revisión, se pretende disminuir en el 2010, la demora de los resultados de la citología ginecológica a menos de 20 días

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Control externo de garantía de calidad en citodiagnóstico realizado por la Sociedad Española de Anatomía Patológica. El servicio se inscribe en este control de calidad en el que desde la SEAP nos envían casos con la finalidad evaluar nuestro diagnóstico.
- Sesiones de citología en el servicio en las que participan ambas patólogas, la médico residente y las dos citotécnicas.
 - Cursos de formación en citodiagnóstico de las citotécnicas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

150

PROGRAMA DE CALIDAD EN CONSULTA DE PEDIATRÍA ALERGOLOGICA Y NEUMOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: REALIZACION DE ESPIROMETRIA FORZADA EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA

2. RESPONSABLE SANTIAGO CONDE BARREIRO
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRÍA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATILDE BUSTILLO ALONSO- MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE PEDIATRÍA
SHEILA MIRALBÉS TERRAZA- MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE PEDIATRÍA
JULIA MÍNGUEZ SORIO - SUPERVISORA DE ENFERMERÍA-HOSPITAL DE BARBASTRO- SERVICIO DE MATERNO-INFANTIL
ROSA RUIZ PIÑERO- EFERMERA- MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL DE BARBASTRO-CONSULTAS EXTERNAS
PILAR SESMA AZLOR - AUXILIAR DE CLÍNICA- HOSPITAL DE BARBASTRO- CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aunque el diagnóstico del asma es siempre clínico, fundamentado en la presencia de síntomas y signos, este debe reforzarse, cuando la edad lo permite, en pruebas objetivas que evalúen la función pulmonar. De todas las existentes (pletismografía, medidor de pico flujo, resistencias pulmonares, espirometría...) es esta última el patrón oro de evaluación objetiva del niño y adolescente con asma, tanto en el momento diagnóstico como en el seguimiento regular de estos pacientes. En ocasiones, niños aparentemente asintomáticos de su asma tienen su función pulmonar alterada. Por todo ello, en toda consulta que controle niños que consultan por asma o tos crónica debería disponerse de un espirómetro validado en pacientes pediátricos para realización de la misma siempre que esté indicada, siendo especialmente interesante realizarla desde la primera consulta para orientar correctamente al paciente y evitar la realización de pruebas y tratamientos innecesarios. Actualmente sólo disponemos de la posibilidad de derivación a la consulta de Neumología de Adultos para la realización de las espirometrías, con un tiempo de espera considerable, y viendonos obligados a realizar muchas menos de las medicamente indicadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realización de Espirometría en todos los pacientes colaboradores siempre que esté indicada. Realización en la primera consulta cuando el asma sea la sospecha diagnóstica principal (consulta de alta resolución). Realización de espirometrías de seguimiento en los pacientes controlados en la consulta

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Adquisición de un espirómetro para la consulta de Pediatría y Enfermería Pediátrica. Realización de un taller de manejo e interpretación. Realización de las espirometrías (incluyendo test de broncodilatación y de esfuerzo) en la Consulta de Enfermería Pediátrica los días en que se pasa consulta de Pediatría Alergológica, por parte de personal entrenado (enfermera pediátrica ó pediatra)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de espirometrías realizadas. Porcentaje de pacientes mayores de 6 años con espirometría realizada en la primera consulta (en caso de consultar por tos crónica o sospecha de asma bronquial). Monitorización mediante registro de las espirometrías realizadas y registro de consultas de Primer día

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: en cuanto esté disponible el espirómetro y las nuevas Consultas Externas del Hospital de Barbastro (prevista apertura entre el primer y el segundo trimestre de 2010). Taller de aprendizaje en manejo e interpretación en las primeras 2 semanas tras la instalación del espirómetro. Evaluación en Diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Espirómetro 2.030 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 150

PROGRAMA DE CALIDAD EN CONSULTA DE PEDIATRIA ALERGOLOGICA Y NEUMOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: REALIZACION DE ESPIROMETRIA FORZADA EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA PEDIATRICA

Total 2.030 €

11. OBSERVACIONES. El precio de 2030 euros está basado en un presupuesto solicitado el año pasado para un espirómetro adecuado a nuestras necesidades, pudiendo variar su coste en el año actual

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 501

1. TÍTULO

INFORMACION A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZON

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MILAGROS ESTEVE MORLAN-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-LABORATORIO
 - JOSEFA MOLES ALASTRUE-ENFERMERA-HOSPITAL BARBASTRO-LABORATORIO
 - PILAR MUZAS LACAMBRA- ENFERMERA- HOSPITAL BARBASTRO-LABORATORIO
 - PILAR MARTÍN ALOS- ENFERMERA- C.ESPECIALIDADES MONZÓN-LABORATORIO
 - ANA PUYAL MELÉ-ENFERMERA- C.ESPECIALIDADES MONZÓN- LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detectamos diariamente en las consultas de extracciones las mismas dudas, incorrecciones y falta de información de los pacientes:
- No refieren información del ayuno. La mayoría acuden a la consulta de extracciones en ayunas pero sin tener confirmación previa.
 - No acuden con la primera orina de la mañana. Aunque en la consulta peticionaria de la analítica se lo indiquen, el paciente no lo asume.
 - No acuden con la orina de 24 horas correctamente recogida.
 - Los pacientes acuden sin cita.
 - Muchos sufren hematoma post-punción, por no ejercer presión sobre el punto de extracción

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
- MEJORAR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE
 - DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE NO LLEGAN EN AYUNAS, Ó QUE SI LLEGAN NO ESTABAN INFORMADOS.
 - DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN ORINA.
 - DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN LA ORINA DE 24 HORAS Ó MAL RECOGIDA.
 - DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN A LA CONSULTA SIN CITA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE LAS INCIDENCIAS ACONTECIDAS EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES
- DISEÑO DE UNA HOJA INFORMATIVA CLARA, PARA ENTREGAR EN CONSULTA A LOS PACIENTES QUE REQUIERAN ANALÍTICA.
 - DISEÑO DE UN POSTER IMPACTANTE, QUE SE COLOCARÁ EN LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES.
 - VALORACIÓN DE RESULTADOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES, SIN AYUNO O SIN INFORMACIÓN DEL AYUNO/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN CITA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
 - NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN ORINA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON PETICIÓN DE ANALÍTICA DE ORINA X 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA. MARZO 2010
- RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE LAS INCIDENCIAS ACONTECIDAS EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES. ABRIL Y MAYO 2010
 - EVALUACIÓN DE INCIDENCIAS. JUNIO 2010

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 457

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROGRAMA DE DETECCION Y ASISTENCIA DE PACIENTES DE RIESGO POR INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO (IVE) DE REPETICION

2. RESPONSABLE CESAR MIGUEL ESCAR ARGUIS
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. USM MONZON-FRAGA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JAVIER NOGUÉS TOMÁS-GINECÓLOGO-HOSPITAL DE BARBASTRO
ROSA LÓPEZ CORONA-DUE SALUD MENTAL-USM MONZÓN-FRAGA
MONSERRAT ROCA ARQUILLIUE-GINECÓLOGA-HOSPITAL BARBASTRO
ANA JULIA GARCÍA LASHERAS-GINECÓLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
BEATRIZ ROJAS PÉREZ- EZQUERRA-GINECÓLOGA-HOSPITAL BARBASTRO
PILAR CAMPO-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detección de riesgo, complicaciones médicas por IVE reiterados y/o enfermedades de transmisión sexual (E. T. S.), en pacientes valoradas en USM del sector para evaluar pertinencia de IVE
La actual legislación sobre IVE contempla, como uno de los supuestos que permiten la ejecución de la IVE, el hecho de: "...la existencia de riesgo para la salud física ó psíquica de la madre..."; esto supone que desde las USM del sector de Barbastro, sean valoradas alrededor de 80 pacientes al año. Pudiendo objetivar en ocasiones la existencia de pacientes con IVE reiteradas, sin una adecuada planificación anticonceptiva; lo que supone un riesgo de padecimiento de ETS y complicaciones Médicas por cirugías de repetición. No existiendo una coordinación de los recursos implicados en la asistencia de estas pacientes: Matronas, Servicio de ginecología y obstetricia (G-O) y Salud Mental

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseño de un programa de detección, asistencia y seguimiento para esta situación.
Garantizando una adecuada valoración, prevención de riesgos y continuidad asistencial de las pacientes.
Instauración de métodos anticonceptivos eficaces y aceptados por las mujeres

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DETECCIÓN: Desde USM y servicio de Ginecología-Obstetricia (G-O), adecuada recogida de antecedentes de IVE y situaciones de riesgo, junto con una revisión de la historia clínica.
CONTINUIDAD ASISTENCIAL: valoración de planificación familiar y asegurar derivación a ginecología y matronas del sector, para prevención de embarazos no deseados y E.T.S.
PACIENTES DE RIESGO: para embarazos no deseados, plantear anticoncepción "de pot" o alternativas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Desarrollo e Implementación de protocolo de evaluación y seguimiento de IVE en el sector Barbastro.
Monitorización del N° IVE totales en sector.
N° de pacientes Post-IVE valoradas en consultas de ginecología / N° IVE totales en sector
N° pacientes a las que se instaura método anticonceptivo / N° de pacientes Post-IVE valoradas en consultas de ginecología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
Marzo 2010 presentación del Plan en el Servicio de ginecología.
Abril 2010. Elaboración del Protocolo de derivación.
Mayo 2010. Reunión de los profesionales implicados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

457

ELABORACION DE PROGRAMA DE DETECCION Y ASISTENCIA DE PACIENTES DE RIESGO POR INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO (IVE) DE REPETICION

Noviembre 2010. Evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· 6 posters para su difusión en comunidades científicas		600 €
· Material de oficina		300 €
	Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

219

DISEÑO DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LA PREPARACION DE CAJAS EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION

2. RESPONSABLE MARIA JOSE ESPIN UTRERA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARÍA FERNANDEZ GIL-AUXILIAR-CENTRAL ESTERILIZACIÓN DE BARBASTRO
ELISA LOPEZ REYES-AUXILIAR-CENTRAL ESTERILIZACIÓN DE BARBASTRO
PAZ CARRUESCO BUETAS-AUXILIAR-CENTRAL ESTERILIZACIÓN DE BARBASTRO
Mª JOSÉ MUZAS SUBIAS-AUXILIAR-CENTRAL ESTERILIZACIÓN DE BARBASTRO
CARMEN GABARRE ORUS-AUXILIAR-CENTRAL ESTERILIZACIÓN DE BARBASTRO
PILAR FRAGÜET ASCON-SUPERVISORA DE ESTERILIZACIÓN Y QUIRÓFANOS BARBASTRO
RUTH LÓPEZ BARRACHINA-MÉDICO-SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LAS CAJAS DE INSTRUMENTAL QUE SE UTILIZAN PARA OPERAR A LOS PACIENTES SON EL RESULTADO DE UN PROCESO, QUE SE LLEVA A CABO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN, MEDIANTE EL CUAL EL MATERIAL SE LAVA, SE CLASIFICA, SE SELECCIONA SEGÚN INTERVENCIÓN PARA ELABORAR UNA CAJA ESPECÍFICA, Y POR ÚLTIMO SE ESTERILIZA.

PARA PODER ELABORAR ADECUADAMENTE LAS CAJAS, EL PERSONAL DE LA CENTRAL Y DE QUIRÓFANO NECESITA CONOCER PERFECTAMENTE EL INSTRUMENTAL QUE COMPONE CADA UNA DE ELLAS.

CUANDO NO SE TIENEN LOS CONOCIMIENTOS IDÓNEOS, LAS CAJAS SE PREPARAN INACUADAMENTE: FALTAN O SOBРАН PIEZAS O NO SE PONE EL MATERIAL CORRECTO. ESTA SITUACIÓN CONLLEVA, TANTO UNA ALTERACIÓN DEL PROCESO INTRAQUIRÚRGICO, QUE PUEDE CONDICIONAR UNA DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, COMO LA PÉRDIDA DE INSTRUMENTAL, QUE SE TRADUCE EN UN MENOSCABO ECONÓMICO PARA EL CENTRO SANITARIO.

ACTUALMENTE LA CENTRAL DISPONE DE UN CATÁLOGO SIN FOTOGRAFÍAS, DONDE ESTÁ INVENTARIADO EL INSTRUMENTAL POR CAJAS Y SU MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DADO QUE "UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS", LA EXISTENCIA DE UN CATÁLOGO FOTOGRÁFICO DEL INSTRUMENTAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO, PERMITIRÁ AL PERSONAL IDENTIFICAR MÁS FÁCILMENTE CADA UNA DE LAS PIEZAS QUE COMPONEN LAS CAJAS QUIRÚRGICAS. TAMBIÉN PERMITIRÁ EL APRENDIZAJE DEL NOMBRE TÉCNICO DE LOS MATERIALES PARA QUE TODO EL MUNDO LOS DENOMINE DE LA MISMA FORMA Y, EN DEFINITIVA, SE PODRÁ DISMINUIR LA TASA DE ERRORES DE PREPARACIÓN DE LAS CAJAS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. REVISIÓN DEL CATÁLOGO YA EXISTENTE PARA LA INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN DEL INVENTARIO DE PIEZAS POR CAJA. RESPONSABLE: Mª JOSÉ ESPÍN UTRERA (ENFERMERA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN).

2. REALIZACIÓN DE LAS FOTOGRAFÍAS DE TODO EL INSTRUMENTAL DE LAS CAJAS DE CIRUGÍA GENERAL SIGUIENDO EL SIGUIENTE ORDEN:

2.A. CIRUGÍA MENOR (4 CAJAS). RESPONSABLES: MARÍA FERNÁNDEZ GIL Y ELISA LÓPEZ REYES (AUXILIARES DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN).

2.B. CIRUGÍA MAYOR (9 CAJAS). RESPONSABLES: PAZ CARRUESCO BUETAS, Mª JOSÉ MUZAS SUBÍAS Y CARMEN GABARRE ORÚS (AUXILIARES DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN).

3. ELABORACIÓN DEL NUEVO CATÁLOGO MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE LAS FOTOGRAFÍAS. RESPONSABLES: Mª JOSÉ ESPÍN UTRERA (ENFERMERA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN) Y RUTH LÓPEZ BARRACHINA (MÉDICO DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO).

4. PRESENTACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL NUEVO CATÁLOGO AL PERSONAL DE QUIRÓFANO. RESPONSABLE: PILAR FRAGÜET ASCÓN (SUPERVISORA DE ESTERILIZACIÓN Y BLOQUE QUIRÚRGICO).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

142

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE MERCEDES FENES GRASA
- Profesión ATR
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. PARTOS
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LORENA GUARDIA-GINECÓLOGA-H.BARBASTRO
 - ELOISA ELSA SATUÉ-MATRONA-H. BARBASTRO
 - ASUNCIÓN ADILLÓN ROURERA-MATRONA-H.BARBASTRO
 - ELISA AMARO JARILLA-MATRONA- H.BARBASTRO
 - M^a ENCARNACIÓN GONZÁLEZ ANIDO-MATRONA-H.BARBASTRO
 - M^a JESÚS BALASCH TERES-MATRONA-H.BARBASTRO
 - M^a JOSÉ REMACHA GARCÍA-MATRONA-H.BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud se suscribió en el año 2007, pretendiendo, garantizar unos servicios asistenciales en el que se fomente una práctica basada en un modelo humanista y ajustada a la evidencia científica.

El objetivo general es potenciar la atención al parto normal en el SNS, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles e seguridad actuales.

Los objetivos específicos:

Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.

Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres, familia y en las relaciones de pareja.

Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que sean y se sientan protagonistas y responsables del parto.

Ofrecer cuidados individualizados siempre que no se comprometa la seguridad y el bienestar madre e hijo.

Reorientar la formación del personal de medicina y enfermería(especializada y continua), para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia a su trabajo.

Fomentar el desarrollo de investigación para mejorar la asistencia al parto.

Prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible:

Evitar el rasurado y el enema. Favorecer el acompañamiento de la parturienta durante todo el proceso.

En el periodo de dilatación:

Favorecer la deambulación, limitar tactos vaginales, amniotomía de rutina. Considerar la aplicación de la epidural sin bloqueo motor. Informar y ofrecer distintos métodos para el alivio del dolor.

En el periodo expulsivo:

Permitir que la mujer adopte la postura que ella quiera y que para en la posición deseada.

Capacitar a los profesionales para que atiendan el parto en distintas posiciones.

No realizar episiotomía profiláctica.

En el alumbramiento:

Pinzamiento tardío del cordón umbilical. Favorecer el contacto piel con piel y la lactancia materna.

Respecto a los partos instrumentados se recomienda el vacuum como primera opción de parto asistido

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.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

142

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

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 todavía estamos implicados en la mejora y aplicación de las buenas prácticas, aunque una gran parte están integradas en la labor cotidiana de nuestra actividad asistencial

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Todas las prácticas clínicas de la Estrategia al parto normal están reflejadas en el "Protocolo de Atención al parto normal" que se realizó en el año 2008 en nuestro servicio. También se elaboró la vía clínica intrahospitalaria de atención al parto normal y puerperio. La atención a la mujer de parto en nuestro centro es individualizada y la privacidad es total, en todo momento está acompañada por su pareja y con el apoyo permanente de la matrona o personal sanitario. Estamos comprometidos en respetar la fisiología del proceso del parto y fomentar las buenas prácticas hospitalarias, tanto con la madre como con el recién nacido. El rasurado y el enema no es una práctica sistemática. Aconsejamos a la mujer sobre las posturas más favorables para la evolución del parto. Gracias a la adquisición el año pasado de un aparato de Telemetría de monitorización fetal, estamos favoreciendo la deambulación de la parturienta con un adecuado control fetal. Respecto a la deambulación tenemos la limitación de la a. epidural. La adquisición de una nueva mesa de parto nos está facilitando utilizar otra postura en el expulsivo, pero este año queremos facilitar más posiciones. Es una práctica habitual el contacto piel con piel, inclusive en las cesáreas en las que la madre lleva a. epidural. La ligadura del cordón es tardía. La cohabitación madre-hijo, el inicio precoz de la lactancia materna y el apoyo de la madre en la lactancia materna, es una práctica cotidiana. Nuestro servicio está orgulloso de haber colaborado en que el Hospital de Barbastro haya recibido durante el año 2009 el galardón "Hospital Amigo de los Niños". En cuanto a la disminución de episiotomía profiláctica, hemos obtenido los siguientes resultados. Durante el 2009 al 70% de los partos eutócicos que se atendieron no se realizó episiotomía. El porcentaje de desgarros vaginales ha descendido un 4% con respecto al año anterior y, a pesar de contabilizar un elevado número de desgarros, hay que resaltar que el 82,6% de ellos son de mucosa vaginal y de grado I. No hemos tenido ningún desgarro tipo III y no se han detectado complicaciones relevantes en el puerperio inmediato en las pacientes atendidas por parto normal sin episiotomía. Durante el año 2009 se produce un aumento de un 0,46% en la tasa de cesáreas y disminuyen los partos instrumentados un 0,8% a expensas de los fórceps y espátulas, incrementándose los partos Vacuum y kiwi, una tocurgia más acorde con las recomendaciones actuales. En cuanto a la formación de los profesionales: En mayo del 2009 se realizó un taller del suelo pélvico para matronas y ginecólogos. Una matrona de nuestro servicio realizó una rotación por el Hospital Huercal de Almería. Hospital de referencia en España de buenas prácticas del parto normal. Se ha realizado una jornada sobre preparación del periné de cara al parto y sobre métodos alternativos para el control del dolor en el parto. Hemos realizado reuniones con los especialistas, matronas del hospital y AP, jefatura de Servicio de Ginecología, Pediatría y directivos de A. Primaria.

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

- Mejorar las buenas prácticas en la Estrategia de la atención al parto normal: deambulación parturienta, permitir ingesta moderada de líquidos, ofrecer métodos de control del dolor alternativos a la a. Epidural. Planteamiento de a. Epidural evitando bloqueo motor para así favorecer la deambulación. Favorecer el expulsivo facilitando más posiciones a la parturienta. Continuar potenciando el contacto piel con piel y la lactancia materna. Poner en práctica durante la dilatación y el parto las recomendaciones de la OMS.
- Favorecer la confianza, seguridad e intimidad en el parto.
- Unificar la información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos Niveles asistenciales.
- Mejorar la continuidad Asistencial entre ambos Niveles asistenciales.
- Mejorar la satisfacción e información a los usuarios.
- Promover la coordinación, formación y motivación de los profesionales.
- Disminuir el número de episiotomía profiláctica y de desgarros vaginales y perineales.
- Estabilizar y analizar la tasa de cesáreas. En nuestro servicio existe un plan de mejora para la estabilización de las cesáreas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

142

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

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reuniones entre las matronas del hospital para la adhesión de las prácticas clínicas que nos quedan por aplicar.
- Reuniones con las matronas de AP para mejorar la actividad asistencial entre ambos niveles de trabajo y unificar información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos niveles.
- Reuniones con los facultativos y realización de sesiones conjuntas.

Formación

- Asistencia de una matrona al Congreso interatlántico del parto que se celebra en Canarias .
- Jornadas de actualización de postgrado organizadas por la jefatura del servicio de Ginecología de Barbastro, en las que participaran los profesionales del sector: ginecólogos, matronas del hospital y AP.
- Curso sobre el parto Natural organizado por la dirección del hospital para Matronas de AP y Hospital. En este curso se incluye un taller sobre preparación del periné para el parto y posturas en el expulsivo. Además de métodos alternativos para el control del dolor en el parto.
- Pendiente rotación de una matrona por el hospital La Plana de Castellón, hospital referente de buenas prácticas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° Reuniones con matronas de Atención Primaria: 3

- N° Sesiones de matronas hospital, AP y ginecólogos:3
- % de disminución de las episiotomías realizadas: 10%
- Disminuir el porcentaje de partos intervenidos:10%
- Disminuir la incidencia de desgarros vaginales: 10%
- Registrar resultados de buenas prácticas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración es de un año de febrero de 2010 a febrero de 2011.

En marzo de 2010, presentación del Plan de Mejora a los profesionales implicados.

Reuniones trimestrales para valorar la situación del plan de mejora.

Formación

Febrero. Congreso interatlántico del parto.

Abril o mayo. Curso Parto Natural.

Mensualmente: jornadas postgrado para todos lo profesionales implicados.

A concretar rotación por el hospital de Castellón

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cursos de Formación	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

241

MONITORIZACION Y MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE LORENA GUARDIA GUARDIA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA ANGELES ARAGON SANZ-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
JAVIER NOGUÉS TOMÁS-GINECÓLOGO-HOSPITAL DE BARBASTRO
ARRIBAS MARCO TERESA- GINECOLOGA-HOSPITAL BARBASTRO
ANA JULIA GARCÍA LASHERAS-GINECÓLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
BEATRIZ ROJAS PÉREZ-EZQUERRA-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
JUAN JOSÉ PESCADOR-GINECOLOGO-HOSPITAL DE BARBASTRO
MONSERRAT ROCA ARQUILLUÉ-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La CMA es uno de los adelantos médicos y sociales más importantes de los últimos años. El interés del desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria es múltiple: Ofrecer a las pacientes la técnica menos agresiva y que menos trastornos sociales y laborales les produzca. Disminuir la morbimortalidad y los riesgos derivados de la hospitalización. Disminuir las repercusiones sociales motivadas por el ingreso hospitalario. Disminuir las listas de espera quirúrgicas y un uso eficiente de los recursos.
En el Hospital de Barbastro la Cirugía Mayor Ambulatoria, es una actividad, que no se ha podido desarrollar ampliamente en los últimos años. Los problemas estructurales, debido a las obras en el bloque quirúrgico y la falta de Profesionales han dificultado organizar un Programa de CMA. Desde el año 2009 disponemos de unidad de CMA y se ha protocolizado con los Servicios quirúrgicos, Anestesia, enfermería y Admisión, la atención a los pacientes intervenidos sin ingreso. Desde el inicio del Programa, hemos incrementado la Cirugía Ambulatoria en el Servicio de Ginecología, desde un 4,9% en 2008 a un 17,4% en el 2009, con una buena aceptación de las pacientes y baja tasa de complicaciones. Durante el año 2010, seguiremos monitorizando e implementando el Programa introduciendo nuevos procesos susceptibles de cirugía sin ingreso e intentando disminuir la tasa de suspensiones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2008, se operaron sin ingreso 17 pacientes, un 4,9% del total de la cirugía programada del Servicio. En el año 2009 las pacientes intervenidas por CMA ha supuesto un 17,4%.
El número de intervenciones realizadas en el servicio ha sido de 67, 50 más que el año 2008, lo que ha supuesto un incremento importante con respecto al año anterior.
Durante el año 2009, se programaron 67 intervenciones, de las cuales se pudieron realizar 63. Algunas pacientes debieron ser sometidas a 2 intervenciones en el mismo acto quirúrgico. Se constataron 11 procedimientos múltiples; 9 HSK más biopsias vulvares, y 2 HSK más polipectomías cervicales. El número de pacientes ingresadas y con complicaciones fue bajo.
Procedimientos realizados: 74, de los cuales 53 fueron procedimientos histeroscópicos.
TASA DE SUSPENSIÓN 5,9%
PORCENTAJE DE INGRESOS: 2,7%
COMPLICACIONES 4 5,4%
IMPACTO DEL PLAN DE MEJORA DE CALIDAD:
63 mujeres se beneficiaron del programa de cirugía sin ingreso, con buena aceptación, evitando el riesgo que supone la hospitalización y con una reincorporación más rápida a sus tareas habituales.

En el año 2009 se ha conseguido aumentar la CMA hasta el 17,4%.
Se han monitorizado todos los procesos y complicaciones.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

241

MONITORIZACION Y MEJORA DEL PROGRAMA DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Se ha realizado Informe de alta CMA a todas las pacientes intervenidas.

Hemos tenido una tasa baja de ingresos y complicaciones y una tasa de suspensión del 5,9%, ligeramente superior al indicador que nos habíamos propuesto. Reseñar la colaboración y coordinación con todos los servicios implicados en la gestión del proceso de la CMA. Servicio de Anestesia, enfermería y Admisión y la selección adecuada de los procesos en consulta de ginecología.

IMPACTO ECONOMICO DEL PLAN.

Hasta que se instauró el Programa de CMA, Las pacientes que se les realizaban los procedimientos incluidos en el programa, ingresaban el día anterior, lo que suponía 2 estancias por paciente. Ello supone unas 120 estancias evitadas, contabilizando cada estancia en el hospital de Barbastro en unos 290,08€, supone un ahorro económico de unos 36.059.2€

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la Cirugía Mayor Ambulatoria hasta un 20% del total de la cirugía del Servicio.

Monitorizar los Procesos realizados por CMA.

Aumentar la satisfacción de las usuarias y familiares.

Disminuir el número de intervenciones suspendidas.

Afianzar y remarcar los criterios de inclusión y exclusión de las pacientes subsidiarias de CMA.

Disminuir el número de ingresos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión con el Servicio de Anestesia para evaluar la actividad realizada en 2009 y selección de las pacientes.

Reevaluar en Sesión clínica el Protocolo de CMA.

Adquisición de material quirúrgico adecuado.

Motivación e implicación de los profesionales del Servicio de Ginecología. Apredizaje de nuevas técnicas histeroscópicas.

Mantener el programa de Evaluación y Control de la actividad.

Potenciar el correcto funcionamiento de la dinámica ambulatoria

desde la consulta hasta el servicio de reanimación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Incremento de la CMA en un 20% del total de cirugía del Servicio.

Porcentaje de fracasos en procesos quirúrgicos programados menores del 5%.

Porcentajes de ingresos y reingresos menor del 7 %

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero 2010. Información de los resultados del Proyecto al Servicio de Ginecología.

Febrero 2010. Elaboración del Proyecto 2010 e información al Servicio.

Abril 2010: Sesión Clínica. Revisión del Protocolo CMA. Ampliación de otros procesos

Mayo del 2010 Evaluación preliminar

Noviembre 2010 Evaluación del Proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia a curso de Formación en Histeroscopia	1.200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

506

ACOGIDA AL PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE JULIA MINGUEZ SORIO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. MATERNO-INFANTIL
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- AVELINA ABARDIA VILLACAMPA-AUX. ENFERMERIA-HOSPITAL BARBASTRO-MATERNAL INFANTIL
ANABEL GUARDIA CONTRERAS- DUE-HOSPITAL BARBASTRO- MATERNO INFANTIL
CRISTINA ESTADA MURILLO-DUE-HOSPITAL BARBASTRO-MATERNAL INFANTIL
MAR FERNÁNDEZ FELIX- DUE- HOSPITAL BARBASTRO-MATERNAL INFANTIL
SARA DEFIRO SANTAMARIA-DUE-HOSPITAL BARBASTRO-MATERNAL INFANTIL
SHEILA MIRALBES TERRAZA-MÉDICO- HOSPITAL BARBASTRO-PEDIATRÍA
MONTSE ROCA ARQUILLUE-MÉDICO-HOSPITAL BARBASTRO-OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Diciembre del 2007 se produce un cambio, en la estructura y ubicación del servicio de Materno Infantil dentro del hospital.
La forma de trabajo en los últimos años se ha ido modificando, adaptándose a las directrices que la OMS y UNICEF propugnan hasta lograr en 2009 la obtención del Galardón de la IHAN
Resultado cotidiana la consulta de los pacientes por defecto de información clara y precisa sobre las circunstancias que rodean la organización y funcionamiento del Servicio de Materno- Infantil.
La presencia de diferentes tipos de usuarios en un mismo servicio, requiere de información específica para cada uno de ellos.
La ausencia de documentos de acogida provoca variabilidad en la información proporcionada e interrupciones prolongadas en el desarrollo de la actividad asistencial

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Facilitar una información por escrito consensuada y suficiente para aclarar las dudas de los diferentes usuarios de la unidad.
-Orientar mejor al paciente dentro del Hospital y del servicio.
-Reducir el tiempo de explicación o aclaración del personal hacia el paciente, pudiéndolo invertir en la actividad asistencial propia.
-Ofecer una atención de calidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. o Búsqueda bibliográfica respecto a documentos de Acogida de otros Centros Hospitalarios
o Diseño de una encuesta para el usuario que permita prever deficiencias de información en el Servicio
o Recogida de información sobre demandas habituales a través del S.A.U.
o Diseño de un primer documento de Acogida a usuario que se pondrá a prueba durante el periodo de un mes
o Diseño definitivo del documento e implementación del mismo
o Cuestionario sobre satisfacción del usuario

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Diseño y fecha de implementación del documento de Acogida al usuario del servicio de Pediatría.
-Grado de satisfacción previo y posterior a la entrega del documento de acogida. (Mediante cuestionario de satisfacción)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ? Búsqueda bibliográfica (Marzo 2010)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

506

ACOGIDA AL PACIENTE INGRESADO EN EL SERVICIO DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- ? Diseño encuesta-usuario (Abril 2010)
- ? Maquetación de los documentos (Abril 2010)
- ? Prueba de funcionamiento (Abril y Mayo 2010)
- ? Evaluación y corrección de los documentos (Junio 2010)
- ? Diseño definitivo e implementación (Septiembre 2010)
- ? Cuestionario sobre satisfacción del usuario (Diciembre 2010)
- ? Recogida y evaluación de los cuestionarios y conclusiones iniciales. (Enero 2011)
- ? Revisión sistemática a los 6 meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos de naquetación e imprenta. 3 modelos	1.500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

PROGRAMA DE FORMACION GENERAL EN SOPORTE VITAL BASICO (SVB) Y DESA

2. RESPONSABLE JAVIER MIRALBES CASTERA

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JESUS AGUAVIVA BASCUÑANA -MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
JUAN EITO CUELLO-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
BEATRIZ TORIBIO VELAMAZAN-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
MANUEL GRIABAL LOPEZ-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
BEGOÑA GREGORI IBAÑEZ-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
FRANCISCO FRANCA FRANCO-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
ITZIAR ORTEGA CASTRILLO-MEDICO-SERVICIO DE URGENCIAS-HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -El paro cardiorrespiratorio es la interrupción "inesperada" y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. La incidencia de muerte súbita oscila entre 26 y 40 por 100.000 habitantes y año, incluido el ámbito hospitalario.
-El SV (soporte vital) es el conjunto de acciones que se deben iniciar ante la presencia de una PCR, incluye el reconocimiento, la activación de otros recursos, el inicio de las maniobras de RCP y la prevención de complicaciones.
-El tiempo ideal para iniciar el SVB debe ser antes de transcurridos los primeros 4 minutos desde la PCR., siempre que se realice en condiciones permite seguir con el SVA
-Las técnicas en reanimación (S.V.B.) deben ser conocidas, por todo el personal del Hospital.
-Existe en este momento en el Hospital una gran demanda de este tipo de formación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Dirigido exclusivamente al personal del Hospital de Barbastro.

- Concienciar a todos los trabajadores del Hospital de la importancia del conocimiento de las maniobras de SVB.
- Comenzar con un programa de formación progresiva de todo el personal del Hospital que muestre interés, y que pretende iniciar a unos y recordar a otros las maniobras de RCP.
- Formar en esta edición al menos al 50% de los trabajadores del Hospital a quien va dirigido el curso.
- Diseño y puesta en práctica de un modelo novedoso de formación, ágil, dinámico, eminentemente práctico, que permita la formación del mayor número de personas en poco tiempo.
- En la elaboración del material docente se seguirán las últimas normas ILCOR 2005 (Internacional Liaison Comité on Resuscitation).
- Elaboración de las recomendaciones en forma de algoritmos que simplifiquen la actuación sin pretender ser un recurso que tenga la categoría de "protocolo de actuación" por la implicación legal que pueda suponer.
- Mostrar el material didáctico teórico a todo el personal del Sector de Barbastro puesto que se va a utilizar la Intranet del Hospital como medio de difusión

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Adaptación del programa docente elaborado por la responsable y el equipo de mejora del proyecto.

- 2.-Realización del curso de forma mensual (mayo, junio, julio, septiembre, octubre, noviembre, diciembre) dos días cada mes, excepto julio y diciembre (un día), no se realizará en agosto.
- 3.-Dirigido a personal sanitario y no sanitario de niveles C y D (auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, mantenimiento, limpieza,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

PROGRAMA DE FORMACION GENERAL EN SOPORTE VITAL BASICO (SVB) Y DESA

seguridad...). El curso se desarrollará de la siguiente forma:

- a) En las fechas elegidas desde las 09:30 a las 14:00 h y desde las 16:00 hasta las 19:30 h.
 - b) Cada módulo de SVB durará 85 minutos, durante los 20 primeros minutos se realizará un breve recuerdo de la teoría para pasar a la realización de las prácticas en el muñeco por parte de los alumnos y bajo la supervisión de los profesores.
 - c) El cumplimiento del horario será estricto, iniciándose cada módulo con los alumnos que hayan acudido, siendo el máximo de 8 por grupo.
- 4.-El material didáctico teórico se realizará en presentación Word, Power-Point y video (p.p.t.) estará disponible en la Intranet del Hospital antes de cada edición del curso.
- 5.-El material didáctico práctico constará de muñecos y del material de simulación necesario para su realización.
- 6.- Cada día de curso permitirá la formación máxima de 40 alumnos.
- 7.- Esta organización permite que se realice dentro de la jornada laboral sin provocar grandes distorsiones, ya que los trabajadores se ausentarán un corto periodo de tiempo de su puesto de trabajo.
- 8.- La inscripción se hará a través de la supervisora de docencia hasta 24 horas antes del inicio de cada curso.
- 9.-Se entregarán y recogerán una encuesta de opinión
- 10.- Evaluación del proyecto a través de la encuesta de los cursos con monitorización de indicadores y análisis de las sugerencias.
- 11.-Al finalizar el curso se entregará a cada alumno una mascarilla barrera y una Guía de Soporte Vital Básico (formato bolsillo) que recoge las secuencias de actuación
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Análisis de los resultados de las encuestas, con reuniones del equipo después de cada curso.
- Monitorización y evaluación de los indicadores asignados por el grupo de mejora.
 - Grado de satisfacción del personal que ha realizado el curso medido a través de las encuestas.

Indicadores:

$$\frac{\text{Nº de auxiliares de enfermería del Hospital que realice la formación en SVA}}{\text{Total de auxiliares del Hospital}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de personal no sanitario que realice la formación en SVB}}{\text{Total de personal no sanitario del Hospital}} \times 100$$

-Detallar las profesiones y el nº de asistentes de cada una de ellas del personal no sanitario que lo realice

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio:03/05/2010 Fecha de finalización:14/12/2010

PUBLICACIÓN MÓDULOS TEÓRICOS EN INTRANET:

Desde 15/04/2010

MÓDULO PRÁCTICO:

3 y 17 / 05 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB

11:00 - 12:25 2º grupo SVB

12.30 - 13:55 3º grupo SVB

16:00 -17:25 h 4º grupo SVB

18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1 y 15 / 06 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB

11:00 - 12:25 2º grupo SVB

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

PROGRAMA DE FORMACION GENERAL EN SOPORTE VITAL BASICO (SVB) Y DESA

12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1 / 07/ 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1 y 15 / 09 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1 y 18 / 10 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

3 y 18 / 11 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

14/12/2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

Fecha de inicio:03/05/2010 Fecha de finalización:14/12/2010

PUBLICACIÓN MÓDULOS TEÓRICOS EN INTRANET:

Desde 15/04/2010

MÓDULO PRÁCTICO:

3 y 17 / 05 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

PROGRAMA DE FORMACION GENERAL EN SOPORTE VITAL BASICO (SVB) Y DESA

1 y 15 / 06 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1 / 07/ 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1 y 15 / 09 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

1 y 18 / 10 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

3 y 18 / 11 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

14/12/2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

Fecha de inicio:03/05/2010

Fecha de finalización:14/12/2010

PUBLICACIÓN MÓDULOS TEÓRICOS EN INTRANET:

Desde 15/04/2010

MÓDULO PRÁCTICO:

3 y 17 / 05 / 2010:

9:30 - 10:55 1º grupo SVB

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

PROGRAMA DE FORMACION GENERAL EN SOPORTE VITAL BASICO (SVB) Y DESA

11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:00 -19:25 h 5º grupo SVB
1 y 15 / 06 / 2010:
9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:00 -19:25 h 5º grupo SVB
1 / 07/ 2010:
9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:00 -19:25 h 5º grupo SVB
1 y 15 / 09 / 2010:
9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:00 -19:25 h 5º grupo SVB
1 y 18 / 10 / 2010:
9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:00 -19:25 h 5º grupo SVB
3 y 18 / 11 / 2010:
9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:00 -19:25 h 5º grupo SVB
14/12/2010:
9:30 - 10:55 1º grupo SVB
11:00 - 12:25 2º grupo SVB
12.30 - 13:55 3º grupo SVB
16:00 -17:25 h 4º grupo SVB
18:00 -19:25 h 5º grupo SVB

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

307

PROGRAMA DE FORMACION GENERAL EN SOPORTE VITAL BASICO (SVB) Y DESA

· MASCARILLAS BARRERA	1.300 €
· TRIPTICOS	300 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

127

PREVENCIÓN DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARIA MUÑOZ DIESTRE
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. REHABILITACION
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUTH LOPEZ BARRACHINA-MEDICO-HOSPITAL DE BARBASTRO-MEDICINA PREVENTIVA
ENRIQUE VINYAS ORÚS-MEDICO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SALUD LABORAL
RUT FERNÁNDEZ SÁNCHEZ-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL DE BARBASTRO-REHABILITACION
DAVID BROTA MANZANO-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL DE BARBASTRO-REHABILITACION
BEATRIZ COSCUJUELA ROMÁN-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL DE BARBASTRO-REHABILITACION
TERESA SIERRA PASCUAL-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL DE BARBASTRO-REHABILITACION
JESÚS BROTO BESTUÉ-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL DE BARBASTRO-REHABILITACION
JORGE AZANZA PARDO-FISIOTERAPEUTA-HOSPITAL DE BARBASTRO-REHABILITACION
PILAR SUELVES MONTES-AUXILIAR ENFERMERIA-HOSPITAL DE BARBASTRO-REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La necesidad de abordar la prevención entre los profesionales sanitarios y no sanitarios del hospital de Barbastro surge a raíz de un curso de "autocuidados para el profesional" que tuvo lugar durante cuatro ediciones en nuestro Centro desde el 2006 al 2008. Tanto por la transmisión verbal a los fisioterapeutas que impartieron la actividad formativa, como por las valoraciones finales que cumplieron los alumnos, pudimos detectar su valoración positiva, ante la posibilidad que se les brindó por aprender unas pautas encaminadas a mejorar su estado de salud, destacando el hecho de que por primera vez en un curso se tuviera en cuenta su bienestar físico y psicológico y expresando el deseo de que se le diera continuidad a esta iniciativa de prevención de algias para el personal hospitalario.

La realidad de nuestro hospital es que se destina la mayor parte del tiempo de la actividad laboral, al cuidado y seguridad del paciente, y los proyectos de mejora propuestos, suelen ir destinados a mejorar la calidad asistencial de estos pacientes y así incrementar su grado de satisfacción. Pensamos que es igual de importante la satisfacción de los profesionales y fomentar la realización de actividades o proyectos encaminados a este fin, influyendo directamente en su mejor actitud ante el trabajo desempeñado, con el consiguiente beneficio de la persona que recibe la atención. Además creemos que esta oportunidad de mejora es novedosa e interesante por los resultados que conllevará tanto a nivel de satisfacción del profesional, como a nivel de gestión, por la dimanante reducción de bajas e incapacidades laborales que probablemente se producirá.

Como fuente de información que respalda este proyecto destacar al Dr. Claus Knapp en su libro "El dolor de espalda. Prevención y tratamiento", donde dice que el aparato locomotor humano, la espina vertebral en este caso, se usa poco y mal, y que el ejercicio suave, reiterado y sobre bases científicas, constituye el mejor remedio para prevenir los dolores que su disfunción causa, o para aliviar los que ya se han establecido.

Revisión bibliográfica:

- "El dolor de espalda. Prevención y tratamiento". Dr. Claus Klapp. Escuela de espalda.
- "Manipulación de pacientes". Paul Dotte.
- "Tratamiento de las algias". Jeannine Mars-Prysz

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Prevenir la aparición de algias vertebrales u otras patologías del personal hospitalario mediante el aprendizaje de normas de higiene postural y autocuidados.

- Disminuir la demanda en el Servicio de Salud laboral por parte de los trabajadores del hospital.
- Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

127

PREVENCIÓN DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) En primer lugar se establecerá comunicación con el Servicio de Salud Laboral para obtener los datos relativos a las patologías de columna vertebral relacionadas con los trabajadores del hospital que han sido usuarios de dicho Servicio.

2) Seguidamente, realizaremos una encuesta para valorar, por un lado, el grado de satisfacción actual de los profesionales en cuanto al desarrollo de actividades preventivas y/o paliativas de algias de columna, y por otro lado, los horarios y la disponibilidad que consideran más adecuados para desarrollar los talleres de prevención en el hospital y el interés en participar en los mismos.

3) Elaboración y diseño de un folleto informativo de higiene postural y AVD, para entregar a los trabajadores que acudan a los talleres.

4) Planificación de los talleres prácticos de prevención:

- Acordar su contenido.
- Distribuir los horarios
- Asignar los fisioterapeutas que van a dirigirlos: consensuar contenidos y calendario.
- Establecer un sistema previo de registro de los trabajadores interesados en participar en los talleres.

5) Presentación y divulgación del Proyecto.

6) Implantación del Proyecto.

7) Elaborar una encuesta de grado de satisfacción en relación con los talleres de prevención practicados, entre los profesionales que los han recibido.

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

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

- Porcentaje de profesionales del hospital que participan en la acción preventiva.
- Cuantificación del personal incluido en el estudio: mediante registro manual de los profesionales que voluntariamente acudan a los talleres.
- Cuantificación de los trabajadores que acuden al Servicio de Salud Laboral después de la acción preventiva del Proyecto.
- Cuantificación de los profesionales que acuden a Salud Laboral por algias y que no han ido a los talleres de prevención.
- Cuantificación del número de profesionales que reciben folleto informativo.
- Grado de utilidad y satisfacción del personal implicado: mediante encuesta.
- Grado de cumplimentación de registros.

Los indicadores de medida que se utilizarán serán de grado de cumplimiento:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales incluidos en el Proyecto}}{\text{N}^\circ \text{ de profesionales que trabajan en el hospital}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales que se apuntan a los talleres inicialmente}}{\text{N}^\circ \text{ de profesionales que incluidos en el Proyecto}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales a los que se entrega folleto}}{\text{N}^\circ \text{ de profesionales incluidos en el Proyecto}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ prof. que van a Salud Laboral (algias vertebrales) no incluidos en el proyecto}}{\text{N}^\circ \text{ de profesionales que van a Salud Laboral por algias vertebrales}} \times 100$

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

127

PREVENCIÓN DE ALGIAS EN LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 01-02-2010

Fecha de finalización: 31-12-2011

Calendario:

- Revisión bibliográfica y elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Febrero de 2010
- Elaboración de encuesta inicial para conocer el interés por la iniciativa propuesta y los horarios que se consideraran más viables para que se pueda llevar a cabo: Marzo, Abril de 2010.
- Diseño y elaboración del folleto sobre control postural y las AVD, para entregar a los profesionales: Mayo de 2010.
- Presentación del proyecto: Junio - Septiembre de 2010.
- Implantación del Proyecto: Octubre de 2010.
- Monitorización de indicadores y resultados: Diciembre de 2010, Junio y Diciembre de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Almohadas: 2 unidades/ profesional, 45€/ unidad	540 €
· Pelotas y balones de propiocepción	620 €
· Rodillos: 40€/ unidad	240 €
· Colchonetas: 1 unidad/profesional, 140€/ unidad	840 €
· Material diverso de imprenta y papelería para la realización de los folletos,...	300 €
· Minicadena musical para talleres	200 €
· Bibliografía	200 €
Total	2.940 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 099

ANALISIS DEL ABSENTISMO DE PACIENTES EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: BUSQUEDA DE SOLUCIONES

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARMEN PUYUELO BLECUA- ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO-FARMACIA ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras analizar el absentismo en consultas externas del hospital de Barbastro, en los dos últimos años, se objetivo un % elevado de pacientes que no acudieron a consultas, estos datos se mantienen en el periodo de tiempo a estudio. En la siguiente tabla se recogen los datos del absentismo de 2008 y 2009:

	2008	2009
Pacientes citados	111686	96525
Pacientes que no acudieron	15087	13359
% absentismo	13.51%	13.83%

Supone:
Un aumento de listas de espera, ya que la mayoría de estos pacientes vuelven a llamar para una nueva cita;

Una mala optimización de los recursos humanos y económicos:

- Servicio de citaciones: recitación de pacientes, captura ...
- Servicio de archivos: movilizar historias.
- Celadores: distribuir historias.
- Personal de enfermería: preparación del historial, búsqueda de documentos, "tiempos muertos" ...
- Personal médico: revisión de pruebas, "tiempos muertos"

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Descubrir cuales son las causas más frecuentes por las que los pacientes no acuden a consultas externas.
- Conocer y tipificar las causas específicas del absentismo.
 - Analizar la relación entre el absentismo y:
 - forma de comunicación de la cita, especialidad, horario (mañana/tardes), día de la semana (lunes/viernes) y si es primera visita o revisión.
 - Estudiar la influencia de los cambios de cita en las posibles causas del problema a estudio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Elaboración de hoja excell/encuesta que incluya:
Datos de filiación (nombre, apellidos, teléfono, zona básica de salud, número de historia y nacionalidad)
Forma de comunicación de la citación
Especialidad, horario, día de semana
Tipo de visita: primera o revisión
Cambios de cita
Motivos del absentismo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

046

PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA

2. RESPONSABLE JAVIER NOGUES TOMAS
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA ANGELES ARAGON SANZ-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
MONTSERRAT ROCA ARQUILLUE-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
TERESA ARRIBAS MARCO-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
ANA JULIA GARCIA LASHERAS-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
LORENA GUARDIA-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
RHUT LOPEZ BARRACHINA-PREVENTIVISTA-HOSPITAL DE BARBASTRO
MARIAN MALO FERRER-ENFERMERA PREVENTIVA-HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cesárea es la intervención urgente de cirugía mayor más frecuente en los hospitales generales que se atienden partos. La tasa de cesáreas en Aragón durante el año 2008 fue un 21,87%, En la medicina privada: 32.95% y la medicina pública:19.54%.

Por hospitales:

H. San jorge. 27.89%.
H. Barbastro: 21.06%.
H: Jaca: 20,66%.
H. obispo Polanco: 29.88%.
H.Alcañiz: 17,29%.
Clinico Zaragoza: 19,29%.
H. Miguel Server: 16,29%.
Ernes Lluc: 25,73 %

En el Hospital de Barbastro se pasa de una tasa de cesáreas del 16,6% en el 2003, a un 21,07 en el 2009, del año 2003 al 2004 se produce un incremento de 3,33 puntos y en los cuatro últimos años observamos una tasa estable, con un ligero incremento.

En 2005:19,47%; en 2006: 19,56 ; 2007: 19,34 : en 2008: 21,06% ; en 2009: 21,07%

Desde el año 2006, trabajamos en el hospital de Barbastro en la estabilización de la tasa de cesáreas y en la disminución de las complicaciones. Establecimos un Plan de Mejora de Calidad, en el que monitorizamos las complicaciones, introducimos medidas correctoras y evaluamos los resultados. A los tres años de la instauración del Plan Conseguimos, disminuir las cesáreas complicadas de un 33,3% en el 2005 a un 11.1% en el 2007. La tasa de infecciones de la herida quirúrgica pasó de un 6,6% en el 2005 a un 1,7% en el 2007 y la estancia media pasó de 7,3 días en el 2005 a 5,2 días en 2008. La actividad que más impacto tuvo en el Plan de Mejora, fue la elaboración de una vía clínica, que permitió disminuir la variabilidad medica, homogeneizó los cuidados, promovió la implicación de enfermería, y estableció las altas al cuarto día.

El impacto económico del Plan: Estancias evitadas durante los tres años 617,5 calculadas a 279,9 € suponen un ahorro de 172.838.25 €.

La tasa de cesáreas es un indicador de calidad, pero debería interpretarse teniendo en cuenta la casuística y complejidad de mujeres atendidas. La inclusión de todos los partos de nalgas para cesárea programada, el propio aumento de la tasa de cesáreas, el incremento de edad materna y las técnicas de reproducción asistida son factores que contribuyen a incrementar el número de cesáreas.

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital de barbastro, nos hemos planteado, si la tasa de cesáreas realizada se adecua a los conocimientos y práctica correcta de la obstetricia actual.

Durante el año 2009 planteamos un nuevo Plan de Mejora de Calidad que permitiera conocer las indicaciones, complicaciones, % de cesáreas realizadas con anestesia loco-regional y otros parámetros de interés clínico y evaluar la adecuación de las indicaciones de cesárea, tanto urgente como programada, a unos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 046

PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA

criterios de calidad fijados. Se pretendía que el 90% de las cesáreas urgentes cumplieran criterios y el 100% de las programadas.
INDICADORES DE IDONEIDAD PACTADOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA BARBASTRO.

CESAREA URGENTE

1 - Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Es necesario que exista uno de estos criterios para que la indicación sea adecuada.

Ritmo sinusal.

Ritmo silente.

Bradycardia mantenida (frecuencia cardiaca fetal menor de 100) por encima de 5 a 7 minutos no relacionada con hipertonia uterina o

taquisistolia.

En el resto de parámetros se deberá hacer PH, si no posible, decisión médico guardia.

Deceleraciones variables en más de un 30% de las contracciones.

Desaceleraciones tipo DIP II:

Taquicardia fetal mas de 160L x minuto

2- Fracaso de inducción.

Trás 8-12 horas de dinámica activa (2 o 3 contracciones de mas de 40mm de mercurio en 10 minutos.) no se hayan establecido las condiciones de parto activo (cervix borrado a 2-3 cm de dilatación com dinámica activa.)

3- Parto estacionado.- Falta de progresión.

En condiciones de trabajo activo de parto, con dinámica activa y bolsa rota, pasen más de 4 horas sin progresar las condiciones obstétricas ni la dilatación.

4- Desproporción pelvi-fetal.

En situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guia de la presentación no pase del III plano.

- Mujeres sin anestesia epidural: 1 hora en múltiparas y 2 horas en primiparas.

- Mujeres con anestesia epidural: 2 horas en múltiparas y 3 horas en primiparas.

5- Cesarea electiva con trabajo de parto.

Son las cesáreas que se indican en trabajo de parto en la cual se asocian varios factores patológicos, que cada uno por si solo no constituiría una indicación de cesárea.(cesarea anterior mas preeclamsia; aguas teñidas ; etc,)

6-Otras indicaciones.Miscelanea.

Prolapso de cordón.

Desprendimiento de placenta.

Metrorragia activa durante el trabajo de parto.

Presetaciones anómalas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

046

PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA

Mioma previo.

INDICADORES DE IDONEIDAD DE CESAREA PROGRAMADA.

Presentación transversa.

Presentación podalica.

Placenta previa oclusiva..

Placenta previa parcialmente oclusiva o marginal que alcance el orificio cervical interno.

Portadoras del VIH, según protocolo.

Portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando del parto.

Embarazadas con 2 cesáreas anteriores.

Embarazadas con infección genital activa demostrada por virus del herpes.

Embarazadas sometidas a cirugía uterina previa en las que se haya abierto la cavidad endometrial.

Gestaciones gemelares en las cuales el primer feto no esté en presentación cefálica.

Gestaciones gemelares en las cuales el segundo feto esté en presentación podálica. (La situación transversa del segundo feto debería ser susceptible de versión más extracción.)

Otras circunstancias maternas o fetales que previamente hayan sido acordadas en sesión clínica.

Los estándares de calidad marcados:

Conseguir una tasa de cesáreas urgentes adecuadas mayor del 90% y de programadas del 100%.

Durante el año 2009, se inició en el Servicio un control de Calidad y revisión de todas las cesareas realizadas en el 2008, para evaluar la adecuación de las indicaciones de las cesáreas realizadas a los criterios pactados previamente de idoneidad, adecuación, seguridad clínica y efectividad, tanto en las programadas como en las urgentes. Durante el año 2010, seguiremos el control, evaluando las cesareas realizadas en 2009

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2008 se realizaron en el Servicio 132 cesáreas. Tasa de 21,06%

100 urgentes y 32 programadas

De las urgentes un 18% son por RPPF, un 22% por parto estacionado, 17% por fallo de inducción y 12% desproporción pélvico-fetal.

De las cesáreas programadas un 14% son por presentación podálica.

Del total de cesáreas:

Se realizo Profilaxis antibiótica en el :78,6%

Anestesia loco-regional en el :84%

Lactancia materna en el 89,3%

Se complican un 13% de las cesáreas y de ellas un 5,3% son complicaciones de la herida quirúrgica. Precisan transfusión sanguínea el 3,1%.

Al realizar la evaluación de las cesáreas 2008 para ver si se adecuaban a los criterios de calidad establecidos en el Servicio, hemos observado que el 88% de las cesáreas urgentes cumplen criterios de idoneidad. Y que de las 32 cesáreas programadas, 1 no cumplía criterios.

El porcentaje de cesáreas urgentes acordes a protocolo es elevado (88%) pero en un 12% no se cumplían los criterios de calidad pactados. Será necesario revisar las indicaciones de las programadas para que todas sean acordes a criterios de calidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 046

PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA

Hay que reseñar el alto porcentaje de mujeres con cesárea que dan lactancia materna. Y que se ha incrementado el número de anestésicos loco-regionales en un 31,4% con respecto al año 2007.

Como situaciones mejorables:

Se observa un incremento de la tasa de infecciones de la herida quirúrgica en un 3,6% con respecto al año anterior y que en el 21,4% de las cesareas no se realiza Profilaxis antibiotica, lo que podría explicar el incremento de esta complicación infecciosa.

Un 13,74% de cesáreas se complican, siendo las dos causas mas frecuentes la infección de la herida quirúrgica (5,3%) y la anemia que precisa transfusión(3,1%)
La estancia Media es de 5,5 dias en cesareas complicadas y 4,9 en cesareas no complicadas. (E.M global 5,2)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la tasa de cesáreas.
Adecuar la tasa de cesáreas a las indicaciones de la OMS.
Control y monitorización del número de cesáreas realizadas.
Disminuir el número de complicaciones
Disminuir y / o estabilizar la Estancia Media
Potenciar la lactancia materna en las madres que se les ha practicado una cesárea
Disminuir la variabilidad injustificada de la práctica médica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Control y monitorización del número de cesáreas realizadas en 2009.

Mantener reuniones y comunicación con enfermería de planta y matronas del hospital.
Seguimiento de la Vía Clínica establecida en el Servicio y reevaluada en el año 2009.
Mantener los criterios de idoneidad pactados en el 2009.

Valorar la idoneidad de las indicaciones de las cesáreas realizadas en el Servicio una vez al mes.
Favorecer el contacto precoz de la madre y el recién nacido tras el parto por cesárea

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de cesáreas del 2009.
Estancia media de las cesáreas.
Porcentaje de complicaciones.
Tasa de cesáreas urgentes adecuadas a los criterios de idoneidad 90%
Tasa de cesáreas programadas adecuadas a los criterios de idoneidad 100%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
Febrero 2010 Presentación del Plan de mejora.
Marzo 2010: Reunion Matronas y evaluación cesáreas primer trimestre.
Junio 2010: Reunion conjunta ginecologos- matronas y revisión de los resultados.

Octubre 2010: Revisión del Plan

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia a cursos de formación	2.000 €
Total	2.000 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 046

PLAN DE ESTABILIZACION DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES. APLICACION DE LA GESTION A LA PRACTICA CLINICA

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 381

1. TÍTULO

MEJORA DEL CITODIAGNOSTICO EN LA CITOLOGIA NO GINECOLOGICA. COLABORACION INTRAOPERATORIA DE CITOTECNICOS Y FORMACION EN PAAF

2. RESPONSABLE MARIA ROSA ONCINS TORRES
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAULA GAMBÓ GRASA-PATÓLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO-ANATOMÍA PATOLÓGICA
M^aSORAYA PUENTE RODRÍGUEZ-RESIDENTE DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (R4)-ROTACIÓN EN HOSPITAL DE BARBASTRO-ANATOMÍA PATOLÓGICA
M^a DOLORES COMES GARCÍA-CITOTÉCNICA-HOSPITAL DE BARBASTRO-ANATOMÍA PATOLÓGICA
ITXAZNE RODIL HERNÁNDEZ-CITOTÉCNICA-HOSPITAL DE BARBASTRO-ANATOMÍA PATOLÓGICA
M^a DEL MAR TORREGROSA GÓMEZ-TÉCNICA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA-HOSPITAL DE BARBASTRO-ANATOMÍA PATOLÓGICA
ALEJANDRA ORDAS PIÑEIRO-TÉCNICA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA-HOSPITAL DE BARBASTRO-ANATOMÍA PATOLÓGICA
M^a ISABEL BARDAJÍ FIGUERA-SECRETARIA-HOSPITAL DE BARBASTRO-ANATOMÍA PATOLÓGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La citología no ginecológica puede mejorar en nuestro laboratorio. Centraremos la mejora en las improntas peroperatorias y en la punción aspiración con aguja fina (PAAF). La rotación de un residente de 4º año de la especialidad en nuestro servicio desde Febrero hasta Abril (incluidos) así como la incorporación de la segunda citotécnica nos ofrece la posibilidad de realizar tareas más complejas de citodiagnóstico como la del apoyo diagnóstico en las peroperatorias y la formación en la PAAF. Las peroperatorias necesitan un diagnóstico rápido y seguro por lo que contar con la discusión simultánea del diagnóstico histológico y citológico es de gran ayuda para el patólogo, especialmente en un servicio pequeño donde a menudo tiene que enfrentarse solo a esta tarea. La PAAF está aceptada como método diagnóstico rentable y poco agresivo en la que el servicio de Anatomía Patológica colabora activamente. La buena formación de sus miembros (citotécnicos y residente) desde la toma de la muestra, realización de extensiones y diagnóstico microscópico tiene que traducirse en un aumento de la rentabilidad diagnóstica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Demora media de la citología de 4 días:

- 2007= 7 días, 2008= 4 días, 2009= 6 días

Disminución de los casos con demora entre 8 y 14 días a menos de un 10%:

- 2007=29%, 2008=15%, 2009=25%

Aumento del número de casos conseguidos con inmunohistoquímica:

-2007:42, 2008:63, 2009=76

Incentivar el envío de muestras:

-2007=365, 2008=460, 2009=619

Actualización y formación en citodiagnóstico: Realizados dos cursos, 2 comunicaciones orales presentadas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Continuar con el objetivo de la demora media de 4 días.

2. Disminuir a un 10% los casos con demora entre 8 y 14 días

3. Continuar aumentando la rentabilidad diagnóstica en líquido pleural y peritoneal, más de dos casos con tipificación del tumor

4. Disminuir el número de PAAF no valorables a un 20%

5. Colaboración de las citotécnicas en al menos el 75% de las intraoperatorias

6. Formación en citodiagnóstico: participación en cursos y reuniones de citologías.

7. Incentivar el envío de muestras por rapidez y mejora en el diagnóstico

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

310

FORMACION Y APLICACION ESCALA DE ICTUS NIHSS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE ITZIAR ORTEGA CASTRILLO

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JAVIER MIRALBÉS CASTERÁ-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
JAQUELINE VAZQUEZ FERNANDEZ-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
MARICELA LOPEZ HERNANDEZ-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
JUAN MAGALLÓN CUELLO-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
JOSE MARIA ERREA ABAD-MEDICO-SERVICIO NEUROLOGIA HOSPITAL BARBASTRO
GABRIEL HURTADO PONCE-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO
PILAR CANELLES LOPEZ-MEDICO-SERVICIO URGENCIAS HOSPITAL BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejora del inicio y de la continuidad de la asistencia que reciben los pacientes cuando tienen que intervenir profesionales de distintos servicios hospitalarios, con participación en el proyecto de profesionales de los Servicio de Urgencias y Neurología

El objetivo principal de una escala es trasladar el conjunto de alteraciones presentes en cada paciente a una puntuación global (cuantificación del déficit) en cada exploración sucesiva de forma que permita valorar objetiva y dinámicamente la intensidad del déficit.

En los últimos años la escala de ictus del NIH (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS) se ha convertido en la escala más utilizada para valorar la situación clínica inicial y final de los pacientes con ictus.

Al igual que otras escalas neurológicas la NIHSS pretende y permite: transformar el lenguaje clínico en datos numéricos, lo que hace posible el manejo estadístico de los datos y el intercambio de información con otros profesionales de la salud; conocer mejor la historia de la enfermedad vascular cerebral y poder dar un pronóstico de supervivencia y de recuperación funcional; monitorizar la evolución clínica durante la fase aguda del ictus, y, finalmente, identificar aquellos pacientes que pueden beneficiarse de tratamientos médicos específicos.

Su uso los médicos y residentes del Servicio de Urgencias en colaboración con el Servicio de Neurología

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Sesión con video de entrenamiento de la NIH Stroke Scale Training Dirigido a los médicos y residentes del Servicio de Urgencias.

-Una vez hecha la formación, aplicación a los ACVA que ingresen en el Servicio de Urgencias.

-Uso de la traducción española de la versión original de la escala de ictus NIHSS.

-Que con la formación y entrenamiento del personal disminuya el tiempo empleado para la cumplimentación de los ítems de la escala NIHSS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Adaptación del programa docente elaborado por la responsable y el equipo de mejora del proyecto.

2.-Realización del curso de formación en la aplicación de la escala NIHSS.

3.-Dirigido a los médicos del Servicio de Urgencias y a los MIR de MF y C que en él hacen guardias

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 310

FORMACION Y APLICACION ESCALA DE ICTUS NIHSS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

- 4.-El material didáctico teórico será un video con la NIH Stroke Scale Training par la formación.
- 5.-El material didáctico práctico constará de la traducción al español de la versión original de la NIHSS.
- 6.- Evaluación del proyecto a través de los de indicadores

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Análisis de los resultados , con reuniones del equipo después de cada mes desde la implantación.
- Monitorización y evaluación de los indicadores asignados por el grupo de mejora.

Indicadores:
-Formacion del 100% de los médicos del Servicio de Urgencias.
-Formación del 100% de los MIR de MF y C.
Nº AVCA que ingresados en Servicio Urgencias con NIHSS / Nº total ACVA ingresados en Servicio Urgencias x100
-Analizar el tiempo empleado en su aplicación desde el inicio del proyectotiementando progresar hasta que se realice en menos de 8 minutos, tal y como recomienda la NIH

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio:15/04/2010
Fecha de finalización:1/10/2010

MÓDULO PRÁCTICO:
15, 16 y 17 / 04 / 2010:
8:30 - 9:30

INICIO DE LA APLICACIÓN NIHSS:
2/05/2010

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS EN ARCHIVOS CON LECTOR DE CODIGO DE BARRAS

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PALACIN BUISAN
· Profesión ADMINISTRATIVO
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y D.C.-ARCHIVOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BEGOÑA ARIAS GARUZ-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ADMISIÓN Y D.C.(ARCHIVOS)
M.SOCORRO GOMEZ AZQUETA-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ADMISIÓN Y D.C.(ARCHIVOS)
CONCEPCION LATORRE MORCATE-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ADMISION Y D.C.(ARCHIVOS)
LAUDE MUR SERENA-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ADMISION Y D.C.(ARCHIVOS)
LOURDES GABARRE ORUS-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ADMISION Y D.C.(ARCHIVOS)
ROSA LALIENA GISTAU-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ADMISION Y D.C.(ARCHIVOS)
EVA Mª LABRADOR PORTASPANA-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-HOSPITAL DE BARBASTRO-SERVICIO DE ADMISION Y D.C.(ARCHIVOS)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo de este Plan de Mejora es disminuir el número de historias clínicas no encontradas y optimizar el trabajo del Archivo. El movimiento diario de historias clínicas del Archivo del Hospital de Barbastro asciende a 1.100 de las que 800 corresponden a Consultas, 20 a Ingresos, 50 a Urgencias y 230 a solicitudes para Estudio o Investigación. La captura de las historias en el ordenador cuando regresan al Archivo se produce actualmente de manera manual, con lo que se incrementa la posibilidad de cometer errores. El número de reclamaciones presentadas en los meses de Julio a Diciembre de 2009 por extravío de la historia clínica ha sido de 8

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Queremos disminuir el número de historias extraviadas como consecuencia de errores en la captura, dado que es el factor sobre el que nosotros podemos trabajar, ya que NO en todos los casos el extraño de la historia es consecuencia de un error del Archivo. Además la implantación de esta tecnología permitirá optimizar nuestro trabajo, ya que en la actualidad asciende a 8 el número de horas dedicadas a recuperar historias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde Archivos se realizará un registro de las historias que no aparecen, con indicación expresa de las consultas telefónicas y desplazamientos realizados para su localización. Se etiquetaran con código de barras todas las historias que tengan movimiento. Todos los trabajadores del Archivo recibirán docencia para el manejo del lector

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de historias extraviadas respecto al total de historias con movimiento.
% de disminución en las horas diarias dedicadas a la recuperación de historias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Marzo a Mayo 2010. Registro y seguimiento de historias no encontradas. Desde Abril 2010. Impresión de etiquetas de código de barras de las historias que tengan movimiento. Etiquetado de las historias y captura con el lector. Octubre 2010. Análisis de resultados del registro junto con las reclamaciones presentadas por extravío de historia. Análisis de tiempos dedicados a la recuperación de historias

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|---------|
| · LECTOR CODIGO BARRAS | 400 € |
| · IMPRESORA DE ETIQUETAS DE CODIGO DE BARRAS | 300 € |
| · 200.000 ETIQUETAS | 3.000 € |

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 246

PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS EN ARCHIVOS CON LECTOR DE CODIGO DE BARRAS

Total 3.700 €

11. OBSERVACIONES. Dado el alto coste de las etiquetas podría valorarse la adquisición progresiva de las mismas. En un primer momento y haciendo una estimación de trabajo para 6 meses se necesitarían 1.000 euros para adquisición de etiquetas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 297

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA MONITORIZAR LAS HISTERECTOMIAS Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MONTSERRAT ROCA ARQUILLUE
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA ÁNGELES ARAGÓN SANZ-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
JAVIER NOGUÉS TOMÁS- GINECÓLOGO-HOSPITAL DE BARBASTRO
ARRIBAS MARCO TERESAS- GINECOLOGA-HOSPITAL BARBASTRO
ANA JULIA GARCÍA LASHERAS-GINECÓLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
BEATRIZ ROJAS PÉREZ-EZQUERRA-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
JUAN JOSÉ PESCADOR-GINECOLOGO-HOSPITAL DE BARBASTRO
BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cirugía ginecológica programada mas frecuente en nuestro servicio es la histerectomía. Durante el año 2009 realizamos un total de 100 .Hemos estudiado una muestra de 86 y analizado el tipo de histerectomías, número de complicaciones y estancia Media. Observamos que de las histerectomías realizadas: El 38,4% son vaginales, el 54,7% abdominales, 5,8% asistidas por laparoscopia y 1 laparoscópica total. Dentro de las complicaciones observamos que un 10% se complican por problemas en la herida quirúrgica fundamentalmente hematomas y dehiscencia; un 2,3% con complicaciones intestinales; el 3,5% presentan complicaciones urológicas y un 5,8% requieren transfusión. La Estancia Media en nuestro centro es de 5,84 días en el total de las histerectomías.

Vaginales: E.M5,18 días
Abdominales: 6,30 días
Asistidas: 5,2 días

Al analizar los datos, hemos propuesto un Plan de mejora de Calidad que nos permita a disminuir las complicaciones y la estancia media

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el número de complicaciones un 50%.
Disminuir la estancia media

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesión clínica con los facultativos del Servicio para revisión de los resultados y presentación del Plan. Revisión de la vía clínica del servicio y seguimiento estricto de la misma. Reevaluación mensual de las histerectomías realizadas y monitorización de las complicaciones. Cumplimiento de los criterios de alta, reflejados en la vía clínica del Servicio. Reevaluación de las indicaciones quirúrgicas por dos profesionales. Presentación de todos los casos quirúrgicos en Sesión para valorar la indicación idónea

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de histerectomías.
Porcentaje de complicaciones.
Estancia media por procesos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2010. Presentación del Plan en el servicio.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 297

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD PARA LA MONITORIZAR LAS HISTERECTOMIAS Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Marzo 2010. Revisión via clinica.
Junio 2010. Sesión Clínica. Revisión bibliográfica sobre complicaciones en cirugía ginecologica.
Noviembre 2010. Evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Asistencia curso formación 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

MEJORA DEL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDIAS EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR BARBASTRO

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA ÁNGELES ARAGÓN SANZ-GINECOLOGA-JEFE DE SERVICIO-HOSPITAL DE BARBASTRO
JAVIER NOGUÉS TOMÁS-GINECÓLOGO-JEFE DE SECCIÓN-HOSPITAL DE BARBASTRO
ARRIBAS MARCO TERESAS-GINECOLOGA-HOSPITAL BARBASTRO
LORENA GUARDIA-GINECOLOGA-HOSPITAL DE BARBASTRO
JUAN JOSÉ PESCADOR-GINECOLOGO-HOSPITAL DE BARBASTRO
AMADO TAPIA-ANALISTA-HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Junio del 2008, se inició en nuestro Servicio el cribado combinado de cromosopatías del primer trimestre. De todas las estrategias de screening bioquímico de las que disponemos actualmente el screening combinado del primer trimestre es el que mayores ventajas ofrece. Consiste en la aplicación sistemática de una prueba para identificar entre la población general de gestantes aparentemente sanas aquellas que tienen un mayor riesgo de que el feto porte una cromosopatía, en este caso la medición conjunta de la edad materna, la translucencia nucal a las 11-14s, la beta-HCG y la PAPP-A. Tiene una sensibilidad del 70-90% para una tasa de falsos positivos del 5%, que aumentaría si se realizara además el screening de segundo trimestre a las 15s. A estas semanas pedimos de forma aislada la alfafetoproteína, muy útil para el diagnóstico de defectos del tubo neural. Aunque en un principio decidimos no realizar el triple screening a las 15s por abaratar costes (lo que se denomina screening secuencial, considerado el gold estándar), esperamos con esta revisión y con las reuniones que mantenemos con el Servicio de Bioquímica, revisar si sería necesario incluirlo en toda la población para intentar llegar al 0% de TFN. La tasa de amniocentesis por ansiedad materna se ha disparado en 2009 de aproximadamente un 6-7% los años previos a la instauración del screening de primer trimestre a un 20%. Lo achacamos al falso negativo en una paciente de 33años con un resultado negativo del PAPP-A corregido con la translucencia nucal y al cambio de edad de 35 a 38 años. Para contrarrestar esto lo más importante es la información que damos los profesionales al explicar todas las posibilidades en el Diagnóstico Prenatal.

En nuestro servicio durante el año 2006 se realizaron 173 amniocentesis, en el año 2007 se realizaron 200, durante el año 2008 se realizaron 124 amniocentesis y en el año 2009 se han realizado 101 amniocentesis, de estas el 26.26% se indicaron por screening bioquímico (+). En el año 2009, de los 731 screening que se realizaron, 27 fueron positivos (es decir, riesgo mayor a 1/270) lo que supone un 3.69%. De estos 23(3.4%) fueron screening bioquímico del segundo trimestre o triple screening y 4 (6.3%) fueron screening combinado del primer trimestre.

Las indicaciones de la amniocentesis en el año 2009 fueron:

Edad materna: 68% en 2008, 37.37% en 2009.

-De estas, el 43,52% incluidas entre los 35-37 años en 2008, y el 69% en 2007, ninguna en 2009.

Triple screening (+): 11.29% en el 2008, 15,75% en 2007. Screening bioquímico del primer trimestre un 26,26% en 2009.

Ansiedad materna. 10.48% en el 2008, 6.6% en 2007, 20.20% en 2009.

Translucencia nucal aumentada: 6.45% en el 2008, 5.6% en 2007, 7.07% en 2009.

Antecedente malformativo: 1.6% en 2008, 3.7%. en el 2007, 4.04% en 2009.

Hallazgos ecográficos: 14.14% en 2009

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2008 se diagnosticaron 2 trisomías 21 o síndrome de Down, una en una paciente de 43 años a la que se

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

053

MEJORA DEL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDIAS EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR BARBASTRO

realizó la prueba por edad y que decidió interrupción del embarazo, y otra en una paciente de 33 años a la que se realizó amniocentesis por translucencia nucal aumentada en el primer trimestre y decidió continuar el embarazo con buen resultado. Se detectó también una traslocación 1-4-5 46XX en una paciente que se realizó la amniocentesis por ansiedad con arteria umbilical única.
En 2009 tuvimos 6 anomalías cromosómicas: dos inversiones del cromosoma 9, tres trisomías 21 diagnosticadas (por TN aumentada, 39 años y malformación mayor) y una sin diagnosticar, un falso negativo del PAPP-A.

En 2008 la tasa de aborto post-amniocentesis fue 1.6% (dos amniocentesis indicadas por edad 38 y 40 años). En 2009 ninguno.
En el año 2008 no tuvimos ningún falso negativo. En 2009 el ya comentado.
Hubo un fracaso de cultivo al que se pudo realizar FISH (tasa del 0.80%). En 2009 hubo tres fracasos de cultivo (3.03%).

En el año 2008 se han realizado 76 amniocentesis menos que en el año 2007. No hemos tenido durante este periodo ningún falso negativo. En el año 2009, 23 amniocentesis menos que en 2008 y la mitad que en 2007.

El número de amniocentesis desde que se implantó el cribado de primer trimestre en junio de 2008 se ha reducido a la mitad. Si consideramos hasta julio 2008 inclusive, en este periodo se realizaron el 70.16% de las amniocentesis del 2008, y de las indicaciones por screening bioquímico positivo el 78% fueron por el TS y únicamente 3 (21%) por PAPP-A positivo.
La mayoría de las pacientes han aceptado bien el aumento de la edad materna a 38 años como criterio edad para indicación de amniocentesis, aunque tenemos un porcentaje de 20% de amniocentesis por ansiedad materna, que en este año se ha disparado probablemente por el falso negativo.

IMPACTO ECONOMICO DEL PLAN: Considerando que en la Medicina Privada el valor de una amniocentesis es unos 400e de estudio del cariotipo y según lo publicado en el BOA Asturias lo estimado para una ecografía 150e, el coste total aproximado de una amniocentesis sería unos 900e. Así que la reducción de las mismas desde 2007 supone unos 90000e menos cada año

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el número de amniocentesis.
Disminuir la ansiedad materna.
Disminuir el número de abortos post-amniocentesis anuales.
Ofrecer un diagnóstico más temprano.
En el caso de ILE, dar la posibilidad de que realicen en edades más tempranas.
Disminuir el coste económico del cribado actual.
Disminuir la tasa de falsos negativos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elaboró un nuevo Protocolo de Seguimiento del Embarazo Normal, añadiendo en la primera visita (idealmente a las 12 semanas) la analítica de screening de primer trimestre de embarazo o PAPP-A. En esta visita se realiza una ecografía para datar correctamente la gestación y, con un CRL entre 45-85mm, se mide la translucencia nucal y con esos dos valores se rellena el volante de petición para el laboratorio. Si el CRL es mayor de 85mm (14semanas) se envía a la paciente a laboratorio con el mismo volante pero con petición de screening de segundo trimestre o triple screening (así nos aseguramos la cobertura de screening bioquímico para el 100% de las gestantes bien controladas).
Se cita a las dos semanas para resultados realizándose previamente una nueva extracción para el cálculo de la alfafetoproteína (valor importante en el diagnóstico de malformaciones como defectos del tubo neural que perdíamos con la implantación del screening del primer trimestre).
Si el riesgo es mayor de 1/270 se realiza amniocentesis, con el consentimiento de la paciente, a las 15semanas. Está en proyecto la posibilidad de realizar biopsias coriales en nuestro centro de referencia, o incluso en nuestro propio servicio, según los resultados que vayamos obteniendo puesto que el resultado llega más precozmente que el triple screening (aproximadamente 2 semanas).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 053

MEJORA DEL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDIAS EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR BARBASTRO

En un principio se ofrece este análisis a las pacientes menores de 38 años pero el objetivo y las recomendaciones de la mayoría de los autores es erradicar el "criterio edad", de tal manera que sólo se realizarían técnicas de diagnóstico prenatal a las pacientes consideradas de alto riesgo por los screening bioquímicos y los marcadores ecográficos.

Queremos revisar con el Servicio de Bioquímica si compensaría económicamente, puesto que está ampliamente reconocido que sería la técnica ideal, realizar a todas las pacientes el PAPP-A a las 12s y el TS a las 15s, informándolas del resultado completo a las 16s. Eso supondría únicamente añadir la beta-HCG al análisis que realizamos a las 15s, aunque asumiendo que probablemente aumentaría la tasa de falsos positivos.

En la ecografía de las 20 semanas se vuelve a revalorar el riesgo si se hallaran marcadores de enfermedad cromosómica con el programa de la Fetal Medicine Foundation incorporado en el programa SonoView facilitado por General Electric o con el FetalTest para el que se requiere curso de acreditación y clave de acceso. Si se constata una malformación mayor se deriva con la mayor celeridad a centro de referencia.

Se han realizado varias reuniones con el Servicio de Análisis Clínicos (Dr. Tapia) para revisión del protocolo.

Reuniones con las matronas y Directivos de A.Primaria para potenciar la captación precoz de embarazo.

Se propone ampliar la formación de los ginecólogos de Hospital de Barbastro en cribado de cromosopatías para intentar disminuir las tasas de amniocentesis por ansiedad materna

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de amniocentesis de 2009.

Indicaciones de las amniocentesis.

Número de screening bioquímicos de 2009.

Tasas de FP, FN, S y E del screening bioquímico.

Tasas de FP, FN, S y E del criterio edad materna

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero de 2010. Presentación del Proyecto de mejora de la calidad en Dirección Médica y en el Servicio.

Febrero 2010. Asistencia de los ginecólogos del Hospital de Barbastro a dos cursos que se realizan en el Hospital Miguel Servet sobre cribado de cromosopatías.

Marzo 2010. Reunión con Análisis Clínicos para valorar si es necesario la introducción del triple screening a las 15semanas.

Junio 2010. Reunión con Análisis Clínicos. Evaluación de dos años tras la instauración del programa de cribado.

Noviembre 2009 . Evaluación del Proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cursos de formación	2.000 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ANCIANOS PLURIPATOLOGICOS POLIMEDICADOS

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SANJOAQUIN ROMERO
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MERCEDES GARCIA SOLANS-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO
 - CLARA PALACIN ARIÑO-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO
 - NATALIA BANDRES PARDO-ENFERMERA DE ENLACE DE SECTOR BARBASTRO-CENTRO DE SALUD BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El objetivo final de todo tratamiento farmacológico es obtener un resultado positivo en la salud de los pacientes. Para ello es fundamental asegurar un elevado grado de cumplimiento terapéutico (CT), es decir que los pacientes se tomen la medicación siguiendo las pautas a las dosis y con la frecuencia adecuadas. El bajo CT es un fenómeno muy extendido en la gran mayoría de las patologías y está tradicionalmente infravalorado. Sus repercusiones son siempre negativas:

- ? Escaso control de la patología a tratar.
- ? Empeoramiento de los síntomas.
- ? Aparición de efectos secundarios.
- ? Carga adicional al sistema sanitario en términos de hospitalizaciones y fallecimientos, con el consiguiente gasto sanitario.

Además el CT es un problema especialmente prevalente en patologías crónicas, donde se ha observado que baja drásticamente tras los primeros 6 meses de tratamiento. Se estima que el 40-60% de los pacientes con procesos crónicos no toma su medicación de forma adecuada.

Concretamente, la población anciana es un grupo con especial riesgo de bajo CT; por el alto grado de comorbilidad y la polifarmacia asociada. Normalmente, el bajo CT en los ancianos suele traducirse en la reducción en el número de tomas y una infradosificación sobre la pauta prescrita. Las causas de no adherencia al tratamiento se clasifican en :

- ? Causas relacionadas con el paciente:
- ? Dejar de tomar la medicación por decisión propia
- ? Tomar la dosis a hora equivocada
- ? Consumo de dosis excesiva
- ? Tomar medicamentos no indicados
- ? Actitud negativa contra el prescriptor o el tto
- ? Causas relacionadas con el paciente o el medio
- ? Diagnóstico psiquiátrico
- ? Dificultades físicas o cognitivas
- ? Alteraciones en órganos de los sentidos
- ? Bajo nivel socioeducativo y económico
- ? Aislamiento social
- ? Rotación en la atención médica o en tto
- ? Causas relacionadas con la medicación:
- ? Polifarmacia
- ? Dosificación diaria múltiple
- ? Eficacia de tto no visible a corto plazo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 528

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ANCIANOS PLURIPATOLOGICOS POLIMEDICADOS

- ? Regímenes de larga duración
- ? Prescripción de medicamentos profilácticos o sintomáticos
- ? Recomendaciones que alteran el estilo de vida
- ? Envases de difícil apertura
- ? Desinformación sobre efectos adversos

En cuanto a los factores que influyen en la adherencia se han descrito factores sociodemográficos, efectos adversos de los medicamentos, complejidad del régimen terapéutico, influencia que tienen los fármacos en la calidad de vida del sujeto, conocimientos, creencias y actitudes del paciente, accesibilidad y percepción por parte del paciente del sistema sanitario y últimamente se ha añadido la depresión como un factor que afecta al incumplimiento.

Valorar de forma adecuada la adherencia al tratamiento es un tema complejo. Existen diferentes métodos que tienen ventajas e inconvenientes sin existir un patrón oro para valorar la adherencia al tratamiento. El test de Morisky-Green-Levine está validado en población española y ha mostrado una buena concordancia entre los resultados del test y parámetros objetivables.

TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE

Nombre : Edad

..... Fecha

1 .Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

2 .Toma los fármacos a la hora indicada?

3. Cuando se encuentra bien .Deja alguna vez de tomarlos?

4 . Si alguna vez le sientan mal .Deja de tomar la medicación?

Valoración: Para considerar un buen cumplimiento la respuesta de TODAS las preguntas deben ser ADECUADAS

(no,si,no,no).

Dado el elevado número de pacientes ancianos en nuestro Sector nos proponemos analizar la adherencia al tratamiento en aquellos con enfermedades crónicas y polimedicados (considerando polifarmacia como el consumo de 5 o más fármacos) ingresados en el Servicio de Geriatria en el periodo de un año y/o valorados en Consulta Externa

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Valorar el grado de cumplimiento terapéutico en los ancianos con enfermedades crónicas y polimedicados que ingresan en el Sº de Geriatria.

- ? Analizar los factores que influyen en la adherencia terapéutica en dicha muestra
- ? Estudiar las causas de no adherencia al tratamiento en los ancianos incluidos en el estudio.
- ? Estimar las repercusiones de la no adherencia al tratamiento
- ? Mejorar los conocimientos del paciente acerca de su medicación y la adherencia terapéutica
- ? Mejorar la comunicación con pacientes y familiares sobre el proceso y medicación administrada, aclarando conceptos erróneos, promocionar el estado de salud y la educación sanitaria, proporcionar soporte familiar, atender consultas telefónicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ? Captación de pacientes geriátricos con patología crónica y polifarmacia. Responsables: Dra Sanjoaquín, Geriatria del Hospital de Barbastro

? Elaboración de ficha de valoración que recoja datos sociodemográficos, valoración funcional (índice de Barthel), cognitiva (SPMSQ) y social, comorbilidad, nº y tipo de fármacos al alta hospitalaria, persona que administra los medicamentos. Responsable: equipo de mejora

? Evaluación de adherencia terapéutica mediante el Test de Morisky-Green-Levine al mes y a los tres meses del alta hospitalaria. Se realizará mediante contacto telefónico o en consulta externa de Geriatria (si los pacientes son candidatos de seguimiento en dicho nivel asistencial). Responsable: equipo de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

329

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA GRUPAL DE MANEJO DE LA ANSIEDAD EN USM-FRAGA

2. RESPONSABLE ANA ISABEL SIESO SEVIL
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. USM FRAGA-UASA BARBASTRO
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MIGUEL ANGEL DOMPER GARANTO-PSICÓLOGO-UNIDAD DE SALUD MENTAL FRAGA
MARTA PILAR JIMÉNEZ CORTES-MÉDICO PSIQUIATRA-UNIDAD DE SALUD MENTAL FRAGA
CÉSAR MIGUEL ESCAR ARGUIS-MÉDICO PSIQUIATRA-UNIDAD DE SALUD MENTAL FRAGA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trastorno de ansiedad junto con el depresivo son los trastornos psiquiátricos más frecuentes En 2004 la prevalencia-año en Europa era del 6% y la prevalencia -vida del 13,6%. Se trata del segundo motivo de consulta más frecuente de los pacientes que acuden a una Unidad de Salud Mental (U.S.M.), estimado en un 18,2%, situado solo por detrás de la depresión. La sintomatología ansiosa se da fundamentalmente en trastornos mentales, sobre todo en trastornos por ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos afectivos... pero también en algunas enfermedades orgánicas, sobre todo si son de carácter crónico o de larga evolución, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer. Numerosa literatura científica avala que el entrenamiento en técnicas de relajación se ha demostrado útil y efectivo en la disminución de la ansiedad- estado y ansiedad-rasgo, mejorando la estabilidad emocional de los pacientes. En nuestra Unidad de Salud Mental hemos detectado una importante demanda asistencial de personas con sintomatología ansiosa, lo que creemos hace necesario incorporar a nuestra cartera de servicios un programa de manejo de ansiedad basado en la psicoeducación y el entrenamiento en diversas técnicas de relajación para proporcionar un tratamiento integral de este trastorno, con el objetivo de disminuir el nivel de ansiedad, fomentar el autocuidado y mejorar por tanto, su salud físico-mental. Hasta ahora no existe un programa de este tipo en ninguna U.S.M. del sector. Este tipo de programas están ampliamente implantados en las U.S.M. de otras CC.AA. Así mismo consideramos que este programa tendría una aplicación muy útil en Atención Primaria, tanto para tratar casos leves de ansiedad como las consecuencias psicológicas (ansiedad/ estrés) de diversos trastornos orgánicos crónicos. Se incluirán en el programa todos aquellos pacientes con un problema de ansiedad que según el criterio del psiquiatra o psicólogo referente sean susceptibles de beneficiarse de la aplicación del mismo, siendo un elemento de obligado cumplimiento una actitud colaboradora y de respeto a las normas del grupo.

Bibliografía consultada:

1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2005.
2. Mejías Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: DAE; 2000.
3. Campagne D. Trece técnicas para relajarse y seguir funcionando. Madrid: Klinik; 2003.
4. Butler G, Arrarás JI. Manejo de la ansiedad; Programas individual y de grupo. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1991.
5. Morhead S, Johnson M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. Madrid: Elsevier; 2009.
6. Illán I, Hurtado A, Martín JC. Protocolo de relajación salud mental. Murcia: Servicio Murciano de salud; 2004
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10
8. Gómez Borrego AB, Zafra Jiménez R, Salas Robles P. Programa de Manejo de Ansiedad y Relajación. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0407.php>
9. Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(0):00-00
10. Janbozorgi M, Zahirodin A, Norri N, Ghafarsamar R, Shams J. Providing emotional stability through relaxation training. East Mediterr Health J. 2009 May-Jun;15(3):629-38

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

329

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA GRUPAL DE MANEJO DE LA ANSIEDAD EN USM-FRAGA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Existencia de un programa grupal de manejo de ansiedad en la USM - Fraga.

- Implementación de un programa grupal de manejo de ansiedad en la USM-Fraga.
- Cumplimiento del programa grupal por parte de los asistentes de un 75% de las sesiones.
- Disminución del nivel de ansiedad de la mayoría de los asistentes (75%) a un grado leve de ansiedad al finalizar el programa y a los 4 meses de su realización, según puntuación en escala HARS y disminución de la ansiedad-estado según el inventario de ansiedad STAI hasta el centil 75.
- Demostración de autocontrol de la ansiedad según NOC (Nursing Outcomes Classification) 1402: Autocontrol de la ansiedad, obteniendo una puntuación en el 75% de sus indicadores de 4 (frecuentemente demostrado según Escala Likert correspondiente)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El programa constará de 8 sesiones con una frecuencia semanal. La duración de cada sesión será de una hora y media de duración, contando con un máximo de diez participantes. Se empleará una metodología interactiva y participativa, aportando información sencilla y concisa sobre la ansiedad (psicoeducación) y sobre las técnicas de relajación, realizando ejercicios prácticos adaptados a cada una de las sesiones. Se proporcionará información por escrito de lo trabajado en cada sesión.

A lo largo del programa iremos desarrollando y poniendo en práctica las técnicas más destacadas en relajación que existen en la actualidad, tanto por los buenos resultados que han demostrado en clínica como porque abarcan todo el mosaico de posibilidades para efectuar un buen programa de relajación, bien utilizando un solo método, o también utilizando dos o más de forma combinada. Se considera que los métodos no son intercambiables entre sí, ya que funcionan de diferente forma para diferentes personas. Son los siguientes:

- ? Relajación física o muscular: técnicas de respiración, respuesta de relajación (R.R.), relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno. Se centra en problemas de tensión muscular, neuralgias, lumbalgia, migrañas, trastornos del sueño. También se emplea como preparativo para la relajación cognitiva.
- ? Relajación mental o cognitiva: imaginería temática. Se dirige a problemas de ansiedad y otros problemas psicológicos, problemas de concentración o memoria.

PROGRAMA DE SESIONES<.

- ? Sesión 1: tipos de respiración. Relajación muscular progresiva.
- ? Sesión 2: concepto de ansiedad y estrés. Técnica de respuesta de relajación.
- ? Sesión 3: componentes y síntomas de la ansiedad; respuesta ante estímulos estresantes. Relajación autógena (Schultz).
- ? Sesión 4: causas y desencadenantes de estrés y ansiedad. Relajación autógena de Schultz.
- ? Sesión 5: consecuencias de una ansiedad permanente. Conclusiones importantes sobre la ansiedad. Eliminar pensamientos con la respiración. Relajación muscular sin tensión. Relajación autógena de Schultz.
- ? Sesión 6: recomendaciones para manejar la ansiedad (I). Imaginería temática.
- ? Sesión 7: recomendaciones para manejar la ansiedad (II). Imaginería temática.
- ? Sesión 8: repaso y práctica de los métodos de relajación aprendidos en las sesiones anteriores Aclaración de dudas sobre el contenido psicoeducativo o práctico del programa. Aplicación de cuestionarios.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Recogeremos información antes, durante y después de la realización del programa de manejo de ansiedad.

Antes:

Contactamos con cada paciente telefónicamente, para concretar una cita de evaluación inicial en la consulta de enfermería, donde se realiza una entrevista individual. En ella efectuaremos:

- ? Encuadre del Programa: horario, número de sesiones y duración de las mismas. Contenidos generales del programa.
- ? Explicar los objetivos del programa de relajación, generales y específicos en su caso.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

329

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA GRUPAL DE MANEJO DE LA ANSIEDAD EN USM-FRAGA

? Cumplimentación de cuestionarios: escalas de ansiedad STAI y Hamilton.
? Aclaración de dudas.
? Acuerdo con el paciente de acudir a las sesiones. Si el paciente no acepta acudir al grupo se hará constar en su historia clínica.
? Valoración y plan de cuidados de enfermería. Evaluación inicial del diagnóstico NANDA (00146) Ansiedad, mediante el criterio de resultados NOC 1402: Autocontrol de la ansiedad, para lo que hemos seleccionado los correspondientes indicadores:
? 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad.
? 140206 Planifica estrategias de superación efectivas.
? 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
? 140208 Refiere disminución de la duración de los episodios.
? 140209 Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios.
? 140210 Mantiene el desempeño del rol.
? 140211 Conserva las relaciones sociales.
? 140212 Mantiene la concentración.
? 140214 Refiere dormir de forma adecuada.
? 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
? 140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.
? 140217 Controla la respuesta de ansiedad.
? Citar para el día de inicio del programa grupal.

Durante:
- Control de la asistencia al grupo, que quedará reflejado en la hoja de Registro de asistencia e incidencias del Programa.
- Hoja de registro de la relajación en grupo: grado de relajación antes y después de cada sesión.
- Registro de la relajación en casa.
- Registro de incidencias de interés por día de asistencia en la historia clínica de cada paciente.
- En la última sesión del programa: Aplicación de escalas de ansiedad STAI y Hamilton.
- La evolución de cada paciente en el programa se hará constar en la Ficha Resumen que se dejará en su Historia Clínica.

Después:
Entre los tres y cuatro meses posteriores a la finalización del programa de manejo de ansiedad se citará en la consulta de enfermería de forma individual a los pacientes que hayan completado al menos seis de las ocho sesiones, para aplicar de nuevo las escalas de medición de la ansiedad STAI y Hamilton y realizar la evaluación final del diagnóstico NANDA (00146) Ansiedad, mediante el criterio de resultados NOC 1402: Autocontrol de la ansiedad, con los mismos indicadores que hemos empleado en la evaluación inicial del mismo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ? CREACIÓN DE PROGRAMA GRUPAL DE MANEJO DE LA ANSIEDAD EN USM.
? GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL PROGRAMA POR LOS ASISTENTES: medido con el número de pacientes que asisten al 75% o más de las sesiones dividido por el número total de pacientes incluidos en el programa.
? DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD AL FINALIZAR EL PROGRAMA Y A LOS 4 MESES DEL MISMO, MEDIDO SEGÚN ESCALAS DE ANSIEDAD DE HAMILTON E INVENTARIO DE ANSIEDAD STAI:
• Número de pacientes al terminar el programa y a los 4 meses de su finalización con puntuación en escala de ansiedad HARS correspondiente a ansiedad leve dividido por el número total de pacientes incluidos en el programa.
• Número de pacientes al terminar el programa y a los 4 meses de su finalización con puntuación en inventario STAI de ansiedad-estado correspondiente al centil 75 dividido por el número total de pacientes incluidos en el programa.
? AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD SEGÚN NOC 1402: AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD, al inicio del programa y a los 4 meses de la finalización del mismo, medido como número de pacientes con puntuación 4 (frecuentemente demostrado) en el 75% de los indicadores seleccionados del NOC: autocontrol de la ansiedad dividido por el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 329

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA GRUPAL DE MANEJO DE LA ANSIEDAD EN USM-FRAGA

número total de pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero 2010: Creación del programa de manejo de ansiedad.
Febrero 2010: Evaluación inicial de los pacientes del primer programa grupal de manejo de ansiedad.
Marzo-Mayo 2010: Implementación del primer programa grupal de manejo de ansiedad.
Mayo 2010: evaluación al terminar el primer programa grupal de manejo de ansiedad.
Septiembre 2010: evaluación a los cuatro meses de finalizar el primer programa grupal folde manejo de ansiedad.
Septiembre de 2010: evaluación inicial de asistentes al segundo programa grupal de manejo de ansiedad en la USM-Fraga.
Octubre-Diciembre 2010: desarrollo del segundo programa grupal de manejo de ansiedad.
Diciembre 2010: evaluación al terminar el segundo programa grupal de manejo de ansiedad.
Abril 2011: evaluación a los cuatro meses de finalizar el segundo programa grupal de manejo de ansiedad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1 proyector	500 €
· 1 pizarra blanca	40 €
· 2 rotuladores (4 euros/unidad)	8 €
· 10 colchonetas (10 euros/unidad)	100 €
· 1 Reproductor de audio	80 €
· CD 's de relajación y de música de relajación	50 €
· 1 Ordenador portátil	600 €
· folios para fotocopias	50 €
· 2 póster para divulgación de resultados en comunidades científicas	80 €
Total	1.378 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 481

MEJORA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION CIRUGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SILVIA ALCUBIERRE ABADIÁS-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO-PLANTA CIRUGIA
SHEILA LÓPEZ MURO-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO -PLANTA CIRUGIA
PAZ OTTO NOGUERO -ENFERMERA- HOSPITAL DE BARBASTRO PLANTA CIRUGIA
DIANA MUR BARRABÉS-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO-PLANTA CIRUGIA
ALICIA ALQUÉZAR GONZÁLEZ -ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO-PLANTA CIRUGIA
GRAZIELA CLAVERÍA CLAVERÍA-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO-PLANTA CIRUGIA
RAQUEL HERNÁNDEZ RAURICH-ENFERMERA-HOSPITAL DE BARBASTRO-PLANTA CIRUGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Debido a los cambios de personal producidos por la turnicidad, el aumento producido por el rendimiento de quirófano deriva en una disminución del tiempo de atención a los pacientes ostomizados, se ve la necesidad de organizar un plan de educación en los autocuidados de estos pacientes y/o sus cuidadores y establecer una relación con los profesionales de A.P.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera que los pacientes/familiares sean autosuficientes en el cuidado del estoma y en A.P tengan una referencia de proceso en el hospital, cómo ha evolucionado y hasta que punto hemos llegado en esta enseñanza, también así facilitaremos la comunicación entre los dos niveles asistenciales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
.Elaboración de un plan de cuidados estandarizado, una hoja de seguimiento post-quirúrgico del estoma y del proceso de educación, diseño de un tríptico informativo para el paciente ostomizado y familia y diseño de una herramienta informática en la Intranet del sector para envío y recepción de imágenes de los estomas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes ostomizados con plan de cuidados

% de pacientes ostomizados

% de pacientes ostomizados con hoja de seguimiento

% de pacientes ostomizados

Encuesta sobre el grado de satisfacción tanto a pacientes /familiares como al personal de A.P. que los atienden

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

- MARZO 2010: Revisión bibliográfica

- ABRIL 2010: Elaboración de la hoja de seguimiento, del plan de cuidados, diseño de la encuesta para Enfermería de primaria y pacientes ,diseño del tríptico y la herramienta informática.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

481

MEJORA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES QUE SE LES REALIZA UNA OSTOMIA

- ABRIL2010 : Taller informativo para el personal de la unidad.
- MAYO 2010: Puesta en marcha.
- NOVIEMBRE 2010 : Evaluación de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· LIBROS	200 €
· ESPEJO	30 €
· MAQUINA DIGITAL DE FOTOS	150 €
· TRIPTICOS	300 €
Total	680 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 328

USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN FRACTURA DE CADERA ¿EVITA TRANSFUSIONES?

2. RESPONSABLE ELENA UBIS DIEZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MATILDE PERELLA- MEDICO- HOSPITAL DE BARBASTRO-HEMATOLOGIA
JAVIER MARCO- MEDICO- HOSPITAL DE BARBASTRO-HEMATOLOGIA
M^a JESUS CALVO DE MORA- MEDICO-HOSPITAL DE BARBASTRO- TRAUMATOLOGIA
PABLO PELEATO- MEDICO-HOSPITAL DE BARBASTRO- TRAUMATOLOGIA
LAURA ALONSO- SUPERVISORA DE ENFERMERÍA-HOSPITAL DE BARBASTRO- TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las fracturas de cadera precisan un elevado consumo de hemoderivados. Según diferentes estudios entre el 30 y 70% de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica por fractura de cadera, precisan transfusión en el perioperatorio. Además del coste y de los problemas de disponibilidad, se ha comprobado el aumento de la incidencia de infecciones, mortalidad y la estancia hospitalaria. Los factores que propician la anemia son además de la propia fractura y el acto quirúrgico, otros como la respuesta inflamatoria sistémica, en la que se interfiere la síntesis de eritropoyetina y déficit funcional de hierro aun con depósitos normales en la médula. Este déficit no responde a la administración de hierro oral por encontrarse la absorción intestinal disminuida. Por ello se ha utilizado el hierro intravenoso solo o en combinación con eritropoyetina consiguiendo, en algunos estudios, disminuir la necesidad de transfusión y contribuir a la recuperación de las pérdidas de forma rápida y segura.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la eficacia de administración de hierro intravenoso con o sin eritropoyetina en pacientes de >70 años con fractura de cadera para disminuir la necesidad de transfusión sanguínea.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Comprobar la evolución de las cifras de Hb, Hto, Htes durante el ingreso hospitalario

Evaluar la incidencia de complicaciones infecciosas

Evaluar la disminución o no de la estancia hospitalaria mortalidad, y eventos tromboembólicos, respecto a los pacientes ingresados en 2009

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Valorar la disminución de necesidades transfusionales de los ancianos intervenidos por fractura de cadera, tanto en el porcentaje de pacientes que precisan transfusión como en el número de concentrados transfundidos respecto al 2009

2.- Seguimiento de la evolución de las cifras de hemoglobina, hematocrito y hematíes.

3.- Disminución en las infecciones en el perioperatorio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Determinar los criterios de inclusión, exclusión, y criterios de transfusión de los pacientes >70 años que ingresan por fractura de cadera.

2.- Elaborar hoja de recogida de datos que incluya: N° de historia clínica, Edad, Sexo Comorbilidad, toma de antiagregantes. Tipo de fractura. Riesgo quirúrgico (ASA)

Determinaciones analíticas. Tipo de intervención. Fecha ingreso, fecha de intervención. Tipo de anestesia. Transfusión sanguínea preIQ y post IQ. Infecciones durante ingreso. Efectos secundarios de la administración de hierro intravenoso

Efectos secundarios de la administración de hierro intravenoso. Complicaciones de la transfusión

3.- Realización del consentimiento informado.

4.- Iniciar el estudio con la determinación de análisis de sangre con hemograma, bioquímica (función renal y hepática), coagulación y parámetros del

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

328

USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN FRACTURA DE CADERA ¿EVITA TRANSFUSIONES?

metabolismo del hierro y tras consentimiento por parte del paciente (Anexo1):

- Hb >12 gr/dl administración de 200mgr de hierro iv cada 48 horas
 - Hb <12 gr/dl administración de 200mgr de hierro iv cada 48 horas y 40000 unidades de Eritropoyetina recombinante humana (EPO) en unica dosis
- Tras intervención quirúrgica repetir hemograma a las 24 horas y a los 5 7 días y a los 30 días de la intervención y según demanda clínica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes que ha precisado transfusión

Nº de concentrados de hematíes transfundidos por paciente

Contraste de los valores medios de Hto, Hb y Htes al ingreso a las 24 horas postcirugía y a los 5 días y al mes

Porcentaje de infecciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: enero- febrero 2010: descripción de los criterios de inclusión y exclusión y transfusión. Búsqueda bibliográfica. Elaboración de la hoja de datos. Realización de consentimiento informado.

1 de marzo 2010 Inicio de estudio

31 de diciembre 2010 finalización del estudio

Enero - febrero 2011: tratamiento estadístico y conclusiones de los datos obtenidos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia a congreso	1.000 €
· Elaboracion de póster	200 €
· Memoria extraible 8GB	50 €
Total	1.250 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 335

1. TÍTULO

EVOLUCION FUNCIONAL Y NECESIDAD DE RECURSOS EN PACIENTES MAYORES CON FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ELENA UBIS DIEZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL DE BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CLARA PALACIN ARIÑO- ENFERMERA - HOSPITAL DE BARBASTRO- ENFERMERA DE VALORACION
ALODIA ABAD RUIZ- TRABAJADORA SOCIAL- HOSPITAL DE BARBASTRO- TRABAJADORA SOCIAL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura de cadera afecta a un segmento de la población de edad muy avanzada, con mayor incidencia en mayores de 75 años. Esta patología puede generar un mayor o menor grado de deterioro funcional e incapacidad crónica, en función de la atención recibida. Actualmente se dispone de un tratamiento quirúrgico muy efectivo y precoz por lo que además del objetivo clásico de cirugía: disminución de la mortalidad, consecución de posición funcional del hueso y prevención de la necrosis avascular, se unen otros objetivos nuevos y más ambiciosos como el retorno del paciente a la deambulación previa lo antes posible, el retorno al entorno social en que se encontraba previamente.

Para ello se plantea, al ingreso en servicio de Traumatología, por parte de Geriatra, Enfermera de Valoración y Trabajadora Social, una valoración que determine la situación clínica, funcional, cognitiva y social para planificar el alta determinando la necesidad de asignación de recursos en función de la dependencia detectada, buscando así el mejor pronóstico funcional a corto y medio plazo.

Objetivo general:

Detectar la necesidad de recursos al alta, del paciente ingresado por fractura de cadera, en función de la dependencia existente en ese momento, favoreciendo el mejor pronóstico funcional.

Objetivos específicos:

Detección de las complicaciones y problemas geriátricos diagnosticados durante la fase aguda.

Detección de los factores predictores de mortalidad

Detección de los factores predictores de recuperación funcional.

Valoración de la evolución funcional en los meses posteriores al alta hospitalaria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar los factores de riesgo de escasa recuperación funcional de los pacientes para intervenir sobre estos modificándolos
Ubicación adecuada en función de las necesidades sociosanitarias
Seguimiento de la evolución y de la recuperación funcional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Búsqueda de bibliografía.
2. Elaboración de hoja de valoración de geriatra, enfermera y trabajadora social.
 3. Elaboración de ficha de recogida de Factores predictivos de mortalidad y recuperación funcional tras fractura de cadera.
 4. Elaboración de ficha de recogida de datos de entrevistas telefónicas.
 5. Valoración al ingreso en 24-48 horas del paciente por parte de geriatra, enfermera de valoración y trabajadora social complementada con las escalas validadas (I. barthel modificado, Pfeiffer, Índice de Charson, Escala de OARS)
 6. Seguimiento durante la hospitalización y detección de los factores predictores de mortalidad y recuperación funcional
 7. Planificación del alta, gestionando recursos sociosanitarios necesarios
 8. Valoración funcional al mes, a los tres meses y a los 6 meses del alta hospitalaria vía telefónica, mediante entrevista estructurada que incluya situación funcional, ubicación del paciente

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 335

EVOLUCION FUNCIONAL Y NECESIDAD DE RECURSOS EN PACIENTES MAYORES CON FRACTURA DE CADERA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes que recuperan la deambulaci3n previa al final del proceso
Porcentaje de institucionalizaci3n al alta y al final del proceso
Porcentaje de pacientes valorados al mes, 3 meses y 6 meses

9. DURACI3N Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: enero- febrero 2010: Búsqueda de bibliografía. Elaboraci3n de hoja de de valoraci3n de geriatra, enfermera y trabajadora social. Elaboraci3n de ficha de recogida de Factores predictivos de mortalidad y recuperaci3n funcional tras fractura de cadera. Elaboraci3n de ficha de recogida de datos de entrevistas telef3nicas.

Inicio de estudio: 1/03/10

Valoraci3n de pacientes ingresados con fractura de cadera

Entrevista telef3nica al mes

Entrevista telef3nica a los 3 meses

Entrevista telef3nica a los 6 meses

Enero- Febrero 2011: Tratamiento estadístico de los datos obtenidos hasta el momento

Junio- julio 2011: resultado definitivos

10. PREVISI3N DE RECURSOS.

· Disco duro externo	200 €
· Formacion	500 €
· Aisitencia a congreso	500 €
· P3sters	100 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 317

1. TÍTULO

CREACION DE DOS PROGRAMAS DE TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y A COCAINA EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE MARTA PILAR JIMENEZ CORTES
· Profesión MEDICO
· Centro UASA MONZON
· Servicio/Unidad .. CME BARBASTRO-UASA MONZON
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA ISABEL SIESO SEVIL-ENFERMERA-UASA MONZON- USM FRAGA
RAQUEL GARCÍA GILART-PSICOLOGA-UASA MONZÓN- AYTO. MONZON
JAZMINA HERNANDEZ PARICIO-TRABAJADORA SOCIAL-UASA MONZÓN-AYTO. MONZON

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2009 se creó una Unidad de Atención y Seguimiento a las adicciones (UASA) en el Sector de Barbastro. La necesidad de la existencia de esta Unidad partía de la alta prevalencia de consumo de tóxicos en el sector, de los cuales un número elevado acudían y continúan acudiendo en la actualidad a la UASA de Huesca, o realizan el seguimiento en centros asistenciales de otras provincias (Lérida).

La propuesta de la Unidad era agrupar toda la asistencia del sector en un solo centro de referencia, de manera que aquellos pacientes que ya acuden a otros centros sean derivados al nuestro, al mismo tiempo, fomentar la necesidad asistencial en todos aquellos casos no diagnosticados o sin seguimiento reglado.

1. Justificación de la creación de un programa grupal de alcohol

El consumo excesivo de alcohol afecta a 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 10 mujeres, en Europa, representando una proporción muy superior a la de personas que padece alcoholismo (1 de cada 20 hombres y 1 de cada 100 mujeres).

Dado que el consumo excesivo de alcohol puede estar asociado a los mismos trastornos médicos o psiquiátricos que el alcoholismo, la morbilidad y mortalidad asociadas al consumo excesivo de alcohol es motivo de gran preocupación desde la visión de la promoción de la salud.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas de 2001, el alcohol es la sustancia psicoactiva con un consumo más extendido entre la población española. Un 47,8% de personas entre 15 y 64 años toman bebidas alcohólicas todas las semanas, habiendo aumentado la prevalencia de su consumo en los últimos 30 días y también de los consumidores diarios, en comparación a 1997.

Si se analizan los datos disponibles sobre consumo en Aragón es destacable que el alcohol continúa siendo el mayor problema de drogodependencias en la Comunidad Autónoma y es la sustancia más consumida por los y las jóvenes, con el consiguiente daño tanto individual como familiar, sin olvidar los que se derivan de los accidentes de tráfico o laborales.

Por otro lado, una elevada proporción de personas que presentan trastornos psiquiátricos graves, como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de lapersonalidad, o dependencia de otras sustancias (cocaína, cannabis, opiáceos, benzodiazepinas), presentan también un elevado consumo de bebidas alcohólicas, lo cual contribuye a una mayor gravedad de su patología psiquiátrica o adictiva, además de otras posibles consecuencias negativas (bajo cumplimiento terapéutico, mayor riesgo de recaída en el consumo de alcohol, mayor riesgo de suicidio)

La finalidad del programa es que los pacientes entren en un proceso de abstinencia completo y duradero.

El programa grupal se coordinará con la terapia individual, el tratamiento psicofarmacológico y la atención psicosocial.

Los tratamientos que combinan una intervención psicosocial con la farmacoterapia consiguen una sinergia que aumenta la eficacia del tratamiento del alcoholismo.

2. Justificación para la creación de un programa grupal de cocaína

En España, se ha producido un crecimiento lento y continuado del consumo de cocaína tal como refleja el progresivo aumento de la década de los '90 en el número de consumidores de cocaína que solicitan tratamiento en la red asistencial.

La cocaína se ha situado como la segunda droga ilegal más consumida entre la población española después del cannabis, desplazando así a las drogas clásicas (opiáceos).

Se está observando un cambio en el perfil del consumidor/a alejado de los consumidores de drogas depresoras como el alcohol o la heroína: consumidores que desarrollan una actividad normalizada a lo largo de la semana, y en los que el viernes y sábado inician una espiral de consumo en la que se entremezclan el alcohol, estimulantes y drogas de síntesis sin conciencia de su importante capacidad adictiva y de los efectos perniciosos que este consumo conlleva para la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

317

CREACION DE DOS PROGRAMAS DE TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y A COCAÍNA EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

salud (ya que la percepción pública y profesional ha tendido a minimizar los riesgos y potenciales daños causados por la cocaína por vía intranasal, la vía de administración más frecuente).

Con el tiempo, este uso esporádico recreativo de dichas sustancias puede progresar hacia el uso perjudicial o abuso, que se caracteriza por un progresivo patrón desadaptativo con consecuencias adversas como el consumo en circunstancias de riesgo social o legal, abandono de obligaciones laborales o familiares, problemas económicos, etc.

Ante la ausencia de tratamientos farmacológicos con indicación para la dependencia de cocaína, los tratamientos psicológicos han adquirido particular importancia a lo largo de los últimos años, especialmente con la aparición de estudios controlados y aleatorizados que han evaluado la eficacia de estos tratamientos psicológicos para la dependencia de cocaína o para otros trastornos adictivos.

La finalidad del programa es que los pacientes entren en un proceso de abstinencia completa y duradero.

El programa grupal se coordinará con la terapia individual, el tratamiento psicofarmacológico y la atención psicosocial.

.....

La terapia de grupo generalmente complementa otras actividades en el tratamiento de las adicciones, nos ofrece un espacio idóneo y las condiciones necesarias para trabajar ciertas habilidades y conocimientos que en la terapia individual presentan muchas más dificultades.

El grupo permite la interiorización, generalización y aplicación de lo aprendido, ya que es un entorno protegido que facilita la práctica de nuevas habilidades sin dejar de ser, en sí mismo, un contexto real social. Proporciona información útil sobre el problema y el proceso de tratamiento, tiene capacidad para licitar emociones, favorece la toma de compromisos públicos, ofrece la oportunidad de aprendizaje por observación, favorece las relaciones con los/as demás, permite una toma de conciencia sobre la propia problemática, permite ser testigo de la evolución positiva de otros/as pacientes, suponen un ambiente estructurado y disciplinado, desarrolla el pensamiento crítico y la aceptación de la crítica constructiva, resulta un apoyo emocional importante, fomenta la empatía, la tolerancia y la cohesión mediante la sensación de que el grupo trabaja hacia un objetivo común.

Bibliografía:

- Plan Nacional sobre Drogas: Informe Nº 6. Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. Madrid. 2003. (p 9 -25).
- Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irwin; 1984.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1982;19:276-88.
- Pedrero Perez, E.J.; Puerta García, C. Atención a usuarios de cocaína desde un centro de atención a drogodependencias (CAD-4). Trastornos Adictivos 2001;3(1):11-20
- Iraurgi Castillo I, Corcuera Bilbao N. Craving: concepto, medición y terapéutica. NORTE DE SALUD MENTAL, 2008 ; 32: 9-22
- Colli Alonso, M; Prendes Varela, M. Terapia de grupo en alcoholismo: un modelo ambulatorio para su abordaje. LiberAddictus

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Creación de dos programas grupales independientes de terapia en trastornos por dependencia al alcohol y a cocaína.

- Puesta en marcha de la terapia grupal en una Unidad de Atención y Seguimiento a las Adicciones de reciente creación en el sector de Barbastro.
- Cumplimiento del programa grupal por parte de los asistentes de un 75% de las sesiones.
- Ayudar a los/las pacientes a identificar los antecedentes ambientales, cognitivos y afectivos de su consumo (en este caso de cocaína o alcohol).
- Aumentar la competencia y el autocontrol personal promoviendo la utilización de estrategias de afrontamiento eficaces, así como una serie de apoyos provenientes de su entorno familiar y relacional.
- Concienciar al/la paciente del gran número de influencias ambientales que contribuyen al consumo de la sustancia, minimizar la culpa asociada a dicho consumo y favorecer el cambio conductual a través del aprendizaje de conductas alternativas al consumo.
- Enseñar habilidades que faciliten el mantenimiento de la abstinencia como son la solución de problemas, habilidades interpersonales, reestructuración cognitiva, métodos de afrontamiento de los impulsos de consumo y técnicas de manejo de la ansiedad.
- Proporcionar información sobre que son las recaídas y cómo manejarlas.

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

317

CREACION DE DOS PROGRAMAS DE TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y A COCAINA EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

• Asociado a tratamientos farmacológicos, intervenciones psicosociales individuales y seguimiento, conseguir un estado de abstinencia completo y duradero. A partir de estos objetivos se ha tratado de diseñar un programa de intervención flexible y adaptable a la realidad personal, patrón de consumo y recursos de cada usuario/a

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Criterios de inclusión en el grupo:

- Mayores de 18 años
- Cumplen criterios de trastorno por dependencia al alcohol o cocaína en el caso correspondiente.
- Soporte familiar adecuado
- Abstinencia de al menos un mes
- Firmará un consentimiento informado con las normas del grupo correspondiente

Estructura de los grupos:

- Grupos cerrados
- Heterogéneos (diferencias por edades, sexo...)
- Máximo 10 participantes por grupo
- Participación en cada grupo de un terapeuta y un coterapeuta
- Sesiones programadas: de entre 8 a 10, con una frecuencia semanal
- La inasistencia injustificada supondrá la advertencia explícita de la inadecuación del tratamiento, pudiendo suponer un alta anticipada.
- La asistencia será reforzada por los terapeutas y por el propio grupo, promoviéndose igualmente el reforzamiento del entorno familiar.
- Contenido de las sesiones adecuado a cada tipo de dependencia, incluyendo contenidos tales como:

- a. Aporte de información relevante
- b. Habilidades sociales
- c. Cambio de actitudes y creencias disfuncionales
- d. Ensayo de conductas alternativas a las aprendidas
- e. Aprendizaje de solución de problemas
- f. Reestructuración cognitiva
- g. Conciencia de problema
- h. Recursos ocupacionales alternativos

Se seleccionarán los participantes para cada grupo.

Se citará a cada participante de forma individual para aportarle la información necesaria, firmar el consentimiento informado y completar los tests adecuados en cada caso.

Alcohol:

- STAI (ansiedad rasgo-estado)
- Escala de HAMILTON para depresión
- Cuestionario de confianza situacional (SCQ-39)
- Inventario de Habilidades de afrontamiento (CBI)
- Cuestionario sobre el deseo de beber (CDB)

Cocaína:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

317

CREACION DE DOS PROGRAMAS DE TERAPIA GRUPAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y A COCAÍNA EN LA U.A.S.A. DEL SECTOR DE BARBASTRO

- STAI (ansiedad rasgo-estado)
- Escala de HAMILTON para depresión
- Escala de cribado de TDAH en adultos (ASRS)
- Cuestionario de craving de cocaína (CQC-parte general)

Una vez finalizado el periodo de sesiones, se volverá a citar individualmente a cada participante, se valorará la situación clínica y se rellenarán los tests con el objetivo de valorar los cambios:

- Una vez finalizado la terapia grupal
- A los 6 meses de haber finalizado la terapia
- Al año de haber finalizado la terapia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. GRUPO DE ALCOHOL:

- a. Creación de un programa de terapia grupal en pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia al alcohol.
- b. Implementación de un programa de terapia grupal en pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia al alcohol.
- c. Disminución del nivel de ansiedad-estado tras la terapia grupal en niveles estadísticamente significativos (medido con el STAI)
- d. Medición del nivel de ansiedad-rasgo (STAI)
- e. Medición del grado de depresión (Hamilton) previo al grupo y de la disminución del mismo en los casos que hayan dado positivos en niveles estadísticamente significativos.
- f. Cambio en la capacidad de adquirir habilidades de afrontamiento tras la terapia grupal en niveles estadísticamente significativos (CBI)
- g. Disminución estadísticamente significativa del deseo de beber tras la terapia grupal (medido con CDB).
- h. Mejora en la puntuación relativa a la confianza situacional estadísticamente significativa tras la terapia grupal (medido con el SCQ-39),

GRUPO DE COCAÍNA

- a. Creación de un programa de terapia grupal en pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia a cocaína.
- b. Implementación de un programa de terapia grupal en pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia a cocaína.
- c. Disminución del nivel de ansiedad-estado tras la terapia grupal en niveles estadísticamente significativos (medido con el STAI)
- d. Medición del nivel de ansiedad-rasgo (STAI)
- e. Medición del grado de depresión (Hamilton) previo al grupo y de la disminución del mismo en los casos que hayan dado positivos en niveles estadísticamente significativos.
- f. Disminución del craving de cocaína en niveles estadísticamente significativos tras la terapia grupal (CCQ-parte general)
- g. Medición del Déficit de atención e hiperactividad en el adulto (ASRS) en los pacientes dependientes a cocaína incluidos en la terapia grupal

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Enero- Marzo 2010: Búsqueda bibliográfica, estructura de las sesiones, asignación de sesiones.
- 1-15 Abril 2010: Inclusión de participantes y realización de consultas individuales por cada uno de los mismos para realización de tests pre-terapia.
- Abril - Julio 2010: Sesiones grupales
- Fin de sesiones: realización de re-test
- Enero 2011 (6 meses): revaloración de los participantes y re-test
- Julio 2011 (1 año): revaloración de los participantes y re-test
- Una vez finalizados los primeros grupos, se iniciará el proceso con otros dos grupos de terapia de alcohol y cocaína (septiembre 2010-Diciembre 2010)
- Diciembre 2010 (fin de sesiones): realización de re-test
- Junio 2011: revaloración de los participantes y re-test

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

2. RESPONSABLE MERCEDES PEREZ FAULO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro USM BARBASTRO
 - Servicio/Unidad .. USM BARBASTRO
 - Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAFAEL GARCIA BERTOLIN-PSIQUIATRA-HOSPITAL BARBASTRO
CESAR M ESCAR ARGUIS -PSIQUIATRA- HOSPITAL BARBASTRO
JOSE MARIA CAÑAS FRANCIA-MEDICO ATENCION PRIMARIA-COORDINADOR MEDICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
ANA MONCLUS MURO- ENFERMERA -COORDINADORA DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos mentales graves (TMG) tienen una esperanza de vida menor que la población general y mayor riesgo de padecer enfermedades físicas. Esto se debe en parte ,a que tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares con un elevado aumento del riesgo metabólico y cardiovascular(RMC). Con elevada morbimortalidad y pérdida de unos 20 años de vida. A pesar de las elevadas tasas de infradiagnóstico e infratratamiento y bajo nivel de autocuidados no se realizan con regularidad exploraciones médicas protocolizadas;como se recoge en la literatura y en las recomendaciones y Guías Terapéuticas de tratamiento ,donde recomiendan la creación de programas concretos de evaluación y seguimiento de patologías médicas concomitantes en TMG. La excesiva mortalidad cardiovascular asociada con TMG se atribuye a un incremento de factores de riesgo coronario(FR) modificables :

- * Obesidad.
- * Hábito Tabaquico.
- * Diabetes.
- * Hipertensión.
- * Dislipemia.
- * Síndrome Metabólico.
- * Psicofarmacos.

También debemos señalar la importancia que tiene en la salud y la calidad de vida de estos pacientes el que sus valores de prolactina estén en rango terapéutico. En ambos sexos se da un decremento de la libido. La hiperprolactinemia inducida por algunos psicofarmacos produce en la mujer anovulación y amenorrea con mayor riesgo de padecer osteoporosis. En hombres puede afectar a la función adrenal ,el equilibrio electrolítico,ginecomastia ,algunas veces galactorrea ,decremento de la libido e impotencia . Con el consiguiente deterioro de la salud física y la esfera sexual. Actualmente no existe en el Sector Barbastro,ni en otro Sector de Aragón que conozcamos ,un programa estructurado y sistemático de control de la salud física de los pacientes afectados de TMG.Se realiza de forma individualizada ,según criterios personales de cada sanitario.

Fuentes de Información :

- 1-Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave .GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL SNS. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL.
- 2-PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL TMG: Zaragoza.SALUD.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

3-Guias de Practica Clinica sobre la Esquizofrenia y el trastorno psicotico incipiente.GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EL SNS. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL.

4-Consenso sobre la salud fisica del paciente con esquizofrenia de las Sociedades de Psiquiatria y Psiquiatria Biologica.Actas Esp.Psiquiatria 2008;36(5):251-264.Autores J.Saiz Ruiz ,J.Bobes Garcia ,J.Vallejo Ruiloba et al.

5-Pacto europeo por la salud mental y el bienestar.UE ,Bruselas,13-06-2008.

6-Plan de accion 2008-11 de la WPA :Investigacion en salud general de los TMG.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.DETECCION :Evaluacion del actual estado de salud fisica de los TMG atendidos en las USM del Sector.

2-ACTUACION : Modificacion de factores de riesgo y disminucion del riesgo de enfermedad cardiovascular.

FACTOR DE RIESGO----OBJETIVO -----MODIFICACION DEL RIESGO

* COLESTEROL /Dismin.10%(200-180 mg/dl)/Dismin. 30%Coronariopatia.

* HTA (>140/90) /Dismin.4-6 mmHg diastolica/Dismin.16%IAM y 42% ACV.

* TABACO / Dejar de Fumar / Dismin. 50-70% Coronariopatia.

* PESO CORPORAL / Ideal(IMC<25) /Dismin.35-55% Coronariopatia.

* ESTILO DE VIDA /Activo (caminar 30´/dia)/ Dismin.35-55% Coronariopatia.

3- ACTUACION : Modificacion de factores de riesgo metabolico.Control de las glucemias y disminucion del elevado riesgo por parte de estos pacientes de padecer Diabetes tipo II.

4-ACTUACION : Controles periodicos preventivos de los niveles de Prolactina de los pacientes candidatos a seguimiento para deteccion y valoracion de hiperprolactinemia y adopcion de medidas terapeuticas , de criterios de derivacion a otros especialistas con la finalidad de aplicar el tratamiento especifico mas adecuado .

3.CONTINUIDAD ASISTENCIAL :Devolucion de la informacion y trabajo coordinado con los equipos de atencion primaria del sector

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-DISEÑO DE PROGRAMA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE SALUD FISICA EN TMG.

*DESDE USM ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL,EN COLABORACION CON EL RESTO DEL EQUIPO DE USM Y CENTRO DE SALUD DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA.

*CAPTACION DE LOS PACIENTES :

--PRIMERAS ACOGIDAS.

--PROGRAMA DE MEDICACION INYECTABLE.

--PROGRAMA DE CLOZAPINA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

144

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

--REVISIONES DE PACIENTES CON TMG EN SEGUIMIENTO DESDE USM Y ATENCION PRIMARIA.

2.DISEÑO DE PROGRAMA DE MODIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y DISMINUCION DEL RIESGO METABOLICO Y CARDIOVASCULAR.

3.DISEÑO DE PROGRAMA DE DETECCION Y DISMINUCION DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A HIPERPROLACTINEMIA CON MEJORA EN LA SALUD Y LA ESFERA SEXUAL.

4. CREACION DE GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTALES, PARA VALORAR LAS DIFERENCIAS ,SI LAS HUBIESE , EN LOS QUE LA VARIABLE INDEPENDIENTE ES LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE SALUD FISICA EN TMG.

-Nº PACIENTE ,PACIENTES EVALUADOS EN TOTAL.

-Nº PACIENTE CON RIESGO CORONARIO /Nº PACIENTES EVALUADOS EN TOTAL.

-ADHERENCIA AL PROGRAMA: NUMERO DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO /NUMERO DE PACIENTES EVALUADOS.

-Nº PACIENTES ,CON OBJETIVOS CUMPLIDOS /Nº PACIENTES EN SEGUIMIENTO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - AÑO 2010:

*ENERO-MARZO: Recogida de bibliografía.

*MARZO-ABRIL: Diseño del programa de evaluacion y seguimiento de salud fisica en TMG.

*ABRIL en adelante : Implementacion del Programa de Evaluacion y seguimiento .Captacion de pacientes.

*JUNIO-JULIO : Analisis preliminar de datos ,buscando principales factores de riesgo coronario modificables.Analizar los niveles de prolactina hallados.

*SEPTIEMBRE-OCTUBRE :Diseño de programa de modificacion de Factores de riesgo y disminucion del riesgo metabolico y cardiovascular.

*OCTUBRE en Adelante :Implementacion de Programa de modificacion de Factores de Riesgo metabolico y cardiovascular. Implementacion de Programa de modificacion de riesgos fisiologicos asociados a elevacion de prolactina y programa de mejora de la disfuncion sexual secundaria a los psicofarmacos.

- AÑO 2011:

*ENERO: Analisis de datos de evaluacion ,seguimiento y modificacion de Factores de Riesgo en pacientes con Trastorno Mental Grave

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipo Informatico Portatil.	600 €
· Elaboracion de poster de resultados	150 €
· Asistencia a Cursos	600 €
· Bolsa de viaje	400 €
· Material para docencia .Taller de Psicoeducacion a grupos	400 €
Total	2.150 €

11. OBSERVACIONES.