

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:44 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
CA	AT.PRIMARIA	156	BERNAD HERNANDO, SONIA	MEJORA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL AREA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA (SECTOR CALATAYUD), TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	CS ARIZA	
CA	AT.PRIMARIA	231	BUENO TABERNEIRO, ANTONIO	MEJORA EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE GESTION DE PETICIONES SERPA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD	CS ATECA	
CA	AT.PRIMARIA	457	LORENTE ORTILLES, TERESA	MEJORA E INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EAP DE DAROCA	CS DAROCA	
CA	AT.PRIMARIA	193	GALLEL URGEL, MARIA MERCEDES	EXPLORACION DEL PIE EN LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO Y ELABORACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	CS ILLUECA	
CA	AT.ESPECIALIZ.	232	ALONSO GREGORIO, EDUARDO	DISEÑO E IMPLANTACION DE NUEVO MODELO DE ETIQUETA DE IDENTIFICACION DE PACIENTES, CON CAMPOS COMUNES PARA TODOS LOS SERVICIOS, PARA USO EN VOLANTES DE PETICION DE PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTROS DOCUMENTOS CLINICOS	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	355	ARRIETA NAVARRO, RAQUEL	MEJORA DE LA GESTION DEL AREA DE DISPENSACION A PACIENTES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	60	CAMPO SANZ, MATILDE	REVISION DEL ESTADO INMUNOLOGICO FRENTE AL SARAMPION EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS DEL HOSPITAL DEL AREA DE SALUD IV	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	179	CASANOVA CARTIE, NATALIA	PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE CUIDADOS ENFERMEROS	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	418	CLEMENTE SALA, ESPERANZA	ASEGURAR LA PROVISION DE EQUIPOS DE CURAS ESTERILES CON MAS ROTACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	181	DE MARCO MURO, CRISTINA	MEJORAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS CRONICAS EN EL SECTOR CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	648	ESTEVE ALCALDE, PATRICIA	ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DE LA MAGNITUD PSA LIBRE (FPSA) EN ESPECIMENES Y EN MUESTRAS DE SUERO	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	24	GARCIA-LECHUZ MOYA, JUAN MANUEL	PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS).	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	665	JIMENEZ IHUARBE, CARMEN	ELABORACION DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AREA QUIRURGICA	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	23	LAVILLA FERNANDEZ, MARIA JOSE	PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA FARINGOMIGDALITIS AGUDA	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	666	LOPEZ APARICIO, MARIA JOSE	MEJORAR EL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	258	LOSFABLOS CALLAU, FRANCISCO	PROYECTO DE MEJORA EN LA EDUCACION DIABETOLOGICA DEL PACIENTE DIABETICO DEL SECTOR DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	111	MARTIN MARTINEZ, MARIA JOSE	NORMALIZACION DE LA REVISION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	325	MONTESA LOU, CRISTINA	ADECUACION DE LA SOLICITUD DEL D DIMERO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	54	RODRIGO PEREZ, MARIA DEL MAR	MEJORA EN LA SOLICITUD Y RECOGIDA DE MUESTRAS PARA EL DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN URGENCIAS	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:34:45 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
CA	AT.ESPECIALIZ.	177	RUBIO MONTUENGA, MARIA JOSE	ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	234	SOLER GIMENO, TERESA	REVISION DE LA HISTORIA MEDICO LABORAL DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	81	SOPESENS GARETA, JOSE MARIANO	ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH ADAPTANDOLOS A LAS NUEVAS TECNICAS QUIRURGICAS	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	431	YAÑEZ RODRIGUEZ, FELICIDAD	UNIFICACION DE CRITERIOS DE PETICION DE LAS PRUEBAS DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	480	ZAPATA LOPEZ, BELEN	ASEGURAR LA PREPARACION Y CONSERVAION DEL MATERIAL ESTERIL DE LOS EQUIPOS ESPECIALES COMPUESTOS POR 6, 10 PIEZAS, DE LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL Y OFTALMOLOGIA DE URGENCIAS. ASEGURAR LOS DATOS DE TRAZABILIDAD DEL PROCESO AGRUPANDO LOS MATERIALES EN CAJAS	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	
CA	AT.ESPECIALIZ.	334	ZUIL MARTIN, MARCOS	REDUCCION A DIEZ DIAS EL TIEMPO PARA EL DIAGNOSTICO DEL CARCINOMA PULMONAR EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 156

MEJORA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL AREA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA (SECTOR CALATAYUD), TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE SONIA BERNAD HERNANDO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ARIZA
- Servicio/Unidad .. MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RAMOS LOBERA JOSE LUIS. MEDICO. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- BLANCAS ANA. ENFERMERA. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- NEIRA EDUARDO. MEDICO. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ CARMEN. ENFERMERA. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- ALONSO CARMEN. MEDICO. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- NEGREDO EVA. ENFERMERA. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- KHOUJA ABDUL. MEDICO. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La situación actual del área de urgencias es deficitaria y desordenada, lo que implica una atención urgente con limitaciones. Estas afirmaciones vienen avaladas por la siguientes deficiencias detectadas:

1. no existe un carro de paradas como tal.
2. material disperso y poco organizado.
3. no todos los miembros del EAP saben manejar todos los aparatos como DESA, ECG...
4. en ocasiones, no se revisa el perfecto estado de los aparatos (no existe sustituto cuando falta el responsable directo).
5. en ocasiones no se repone material y medicación, teniendo que ir a buscarla al almacén.
6. maletines y material para la atención fuera del centro están desordenados y mal equipados.
7. con los últimos cambios en el personal de EAP se ha producido una descoordinación en las responsabilidades del área de urgencias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

1. Disponer de un carro de paradas en la sala de urgencias.
2. Organizar el material de la sala de urgencias.
3. Garantizar la capacitación del personal del EAP en el uso del material de la sala de urgencias.
4. Elaborar un sistema de revisión del aparataje de la sala de urgencias.
5. Disponer de un procedimiento que garantice el stock de material y medicación en la atención urgente.
6. Nombrar nuevos responsables y definir responsabilidades en la sala de urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Disponer de un carro de paradas en la sala de urgencias.

2. organizar el material de la sala de urgencias.
3. garantizar la capacitación del personal de EAP en el manejo del aparataje y principales patologías urgentes, mediante la formación y asistencia a las sesiones clínicas.
4. elaborar un sistema de revisión de los aparatos de urgencias.
5. disponer de un procedimiento que garantice el stock de material y mediación de atención urgente en el centro y exterior.
6. nombrar responsables del área de urgencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. verificar la existencia de carro de paradas: si/no.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

156

MEJORA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL AREA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA (SECTOR CALATAYUD), TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. verificar la existencia de una estructura diseñada y señalizada en el área de urgencias: si/no.
3. verificar la realización de sesiones clínicas. si/no.
4. verificar que el 80% de los miembros del EAP han asistido al menos a dos sesiones.
5. verificar la existencia de hoja de revisión de aparatos con una pauta de tiempo. si/no.
6. verificar la existencia de una hoja de revisión e instrucciones donde se recoja el nº de unidades así como el responsable de reponer y la periodicidad: si/no.
7. acta de la reunión de EAP donde se realizó el nombramiento de responsables: si/no.
se realizará una primera evaluación de aproximación en octubre 2011 y una final en noviembre de 2011, posteriormente para sustentar el ciclo de mejora de este proyecto iniciado se hará de forma trimestral.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO: 1 DE MAYO DE 2011.
FECHA DE FINALIZACIÓN: 30 DE NOVIEMBRE DE 2011.

MAYO 2011: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO Y NOMBRAMIENTO DE RESPONSABLES.
JUNIO 2011: DISEÑO NUEVA ESTRUCTURA AREA DE URGENCIAS Y REALIZACIÓN DE LOS DIFERENTES REGISTROS.
JULIO 2011: SESIONES.
SEPTIEMBRE 2011: SESIONES.
OCTUBRE 2011: SESIONES Y PRIMERA EVALUACIÓN.
NOVIEMBRE 2011: EVALUACIÓN FINAL
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

231

MEJORA EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE GESTION DE PETICIONES SERPA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD

2. RESPONSABLE ANTONIO BUENO TABERNERO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS ATECA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IBAÑEZ FORNES MONICA. ENFERMERIA. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- MATEO BERNAL TERESA. ENFERMERIA. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- MELENDO BUENO MAGDALENA. ENFERMERIA. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- DOMINGUEZ LOZANO ISABEL. ENFERMERIA. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- BORRAZ ABELLA JESUS. MEDICO. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- LATORRE ARNEDO LUIS JUAN. MEDICO. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- SANZ LIZARAZU FRANCISCO JAVIER. MEDICO. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La implantación del programa SERPA en el Sector IV (Calatayud) supuso la unificación del modelo de petitorio entre el Hospital "Ernest Lluch" y los distintos Centros de Salud que lo integran, suprimiéndose con ello el petitorio tradicional que de forma exclusiva venía utilizándose en Atención Primaria.

Debido a una insuficiente información y formación sobre este nuevo programa, se ha detectado (mediante las reuniones entre responsables de enfermería y Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Sector) un deficiente conocimiento del mismo y de las posibilidades que ofrece a quienes lo utilizan para la elaboración de los pedidos mensuales (responsables de enfermería y/o responsables de almacén de los centros de salud).

El mismo problema, o incluso mayor, se ha detectado entre el personal que en el caso de ausencia del encargado habitual de realizar los pedidos (vacaciones, bajas, etc.), deben realizarlos.

Otra de las deficiencias detectadas es el desconocimiento existente entre estos profesionales del amplio catálogo de materiales existentes en el Almacén de suministros del Hospital "Ernest Lluch", y que podrían ser utilizados en una mejor atención a los pacientes en los Centros de Salud. Este desconocimiento del material almacenable del hospital provoca:

- ? - Que el material utilizado en los centros no sea siempre el más adecuado para la necesidad asistencial.
- ? - Que en algunos casos se solicite al Servicio de Suministros la compra de artículos (frecuentemente repuestos) que ya están incluidos en el catálogo del almacén, lo que conlleva demoras en su tramitación y adquisición, así como un innecesario gasto económico.
- ? - Que se realicen pedidos innecesarios para "comprobar" a qué material corresponde un determinado código de artículo, lo que conlleva, además de un sobrecoste, el almacenaje de material "inútil" en los centros de salud.
- ? - Que ante los cambios en la codificación de un artículo, el responsable del pedido sea incapaz de localizarlo nuevamente con su nuevo código, haciéndose imprescindible la ayuda directa del personal del servicio de Suministros, no siempre disponible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante el presente programa de mejora de la calidad, se pretende obtener:

- un mejor conocimiento del funcionamiento del programa SERPA, tanto por parte de los profesionales encargados de realizar los pedidos como de los que deban suplirles en caso de ausencia.
- una mejor utilización del programa de gestión de peticiones Serpa, optimizando al máximo sus posibilidades potenciales e incrementando su eficiencia.
- un completo conocimiento del catálogo de material disponible en el Almacén del Hospital de referencia, de los grupos de artículos que lo componen, así como de la codificación de los mismos, para conseguir una mejor optimización de los recursos materiales existentes en el Sector y una mayor calidad en los cuidados prestados por enfermería.
- una mayor agilidad en la solicitud, tramitación y envío de los pedidos mensuales, evitando al máximo los errores que se producen en la actualidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 231

MEJORA EN EL MANEJO DEL PROGRAMA DE GESTION DE PETICIONES SERPA EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR CALATAYUD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las medidas previstas para conseguir los anteriores objetivos son:

- reunión previa con Dirección de Enfermería del Sector Calatayud y Servicio de Almacén del Hospital "Ernest Lluch".
- elaboración de una guía básica, fácilmente utilizable por los responsables (o suplentes) encargados de los pedidos en los equipos, para la utilización del programa de gestión de peticiones Serpa, que permita realizar un pedido de manera rápida pero eficiente. Para ello se adaptará la guía actualmente disponible en la página web del "Portal del empleado" del Gobierno de Aragón a las peculiaridades del Sector de Calatayud.
- elaboración de un catálogo con los códigos de los diversos grupos de artículos que componen el Almacén del Hospital de Calatayud y que permita al responsable de efectuar los pedidos en los centros de salud localizar más fácilmente los artículos necesarios.
- elaboración de un catálogo, periódicamente revisable, con los artículos más utilizados en Atención Primaria, sus códigos y unidades de presentación más habitual, para una elaboración más agil y eficaz de los pedidos mensuales.
- realización de una o varias sesiones con los responsables de elaborar los pedidos en los centros, donde se realizarán actividades prácticas utilizando la aplicación informática Serpa, se entregará la documentación anteriormente elaborada y tratarán de resolverse aquellas cuestiones que se planteen relacionadas con su utilización.
- mantener un contacto continuado en el tiempo con los responsables de almacén de cada centro, solucionando las posibles dudas e incidencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicadores de seguimiento:

- elaboración de un informe con las dificultades e incidencias comunicadas por los encargados del almacén en cada centro, durante los 3 meses posteriores a la realización de las sesiones prácticas.

- Indicadores de evaluación:

- encuesta final de satisfacción a los encargados de realizar los pedidos en los centros, sobre la utilidad práctica y eficacia de las medidas introducidas con este proyecto de mejora (apartado 7).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio del proyecto: 1ª quincena de abril 2011.

- Desarrollo:

- Elaboración de la guía práctica de peticiones mediante el programa Serpa: 1ª quincena de abril 2011.
- Recopilación y elaboración del catálogo con los diversos grupos de artículos existentes en el Almacén del Hospital "Ernest Lluch" de Calatayud: 2ª quincena de abril 2011.
- Elaboración de un catálogo con los códigos de los artículos más utilizados en Atención Primaria del Sector Calatayud: 1ª quincena de mayo.
- Sesión o sesiones prácticas y entrega de la documentación elaborada a los encargados de realizar los pedidos en cada centro: 2ª quincena de mayo.
- Elaboración del informe con las dificultades e incidencias reportadas por los responsables de los pedidos en cada centro. Aplicación de medidas correctoras si se precisan: 1ª quincena de septiembre 2011.
- Evaluación final; realización de la encuesta de satisfacción a los encargados: 1ª quincena diciembre 2011.

- Finalización del proyecto: 2ª quincena de diciembre 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material de oficina e informático	100 €
Total	100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

457

MEJORA E INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EAP DE DAROCA

2. RESPONSABLE TERESA LORENTE ORTILLES

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS DAROCA
- Servicio/Unidad .. CS DAROCA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ JULIAN CRISTINA. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DE DAROCA. .
- MOYA ALVAREZ TOMAS. AUX. ADMVO.. CENTRO DE SALUD DE DAROCA. .
- MARIN MARTINEZ ANTONIO. RESPONSABLE INFORMATICA DIRECCION AP. GERENCIA SECTOR CALATAYUD. .
- JIMENEZ CALLEJO ELENA. COORDINADORA CALIDAD AP SECTOR CALATAYUD. GERENCIA SECTOR CALATAYUD. .
- BES FRANCO ANGEL. COORDINADOR MEDICO CS DAROCA. CENTRO DE SALUD DE DAROCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud de Daroca es uno de los 9 EAP de Salud que han obtenido en 2010 el Certificado de Conformidad de su Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma UNE-EN-ISO 9001:2008.

La Norma exige entre otros requisitos un exhaustivo registro de las actividades realizadas así como un adecuado control de la documentación del Sistema de Calidad y de la difusión de la misma.

En la auditoría interna previa a la certificación se detectaron deficiencias en el control de la documentación, lo que nos llevó a la adopción de las acciones de mejora recogidas en el Proyecto de Mejora del mismo título realizado a lo largo de 2010.

Para ello se desarrollaron y pusieron en marcha dos aplicaciones informáticas que han mejorado sensiblemente los problemas detectados, y que necesitan seguir desarrollándose para mejorar su utilidad y adaptarlos a las exigencias de la norma.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Se ha llevado a cabo el diseño y puesta en marcha del programa INVENTAP, para el registro, tanto del inventario de equipos sanitarios y no sanitarios del EAP, como de las actividades de mantenimiento y control de los mismos.

Se han introducido en el programa todos los datos del inventario, dando de alta equipos nuevos o incorporando al pasivo los fuera de uso.

A lo largo del año se han incorporado sucesivas mejoras en el programa para adaptarlo a las exigencias de la norma ISO y para facilitar su uso:

?- Datos relativos a mantenimiento preventivo, calibración y verificación de aparatos (periodicidad de los controles, unidades de medida, rangos, parámetros de aceptación y rechazo)

- Resultados de las verificaciones de los aparatos realizadas en junio de 2010.

- Se ha mejorado el proceso de obtención de informes de actividad y plan de mantenimiento.

- Se ha modificado varias veces el sistema de registro de las actividades formativas para adaptarlo a los requisitos ISO y a nuestra forma previa de registro.

El programa ha ido creciendo hasta constituir una importante herramienta para facilitar la faceta más ardua del proyecto de certificación.

2. Se ha llevado a cabo el diseño y desarrollo de la Página Web del Centro de Salud, revelándose como un medio eficaz de comunicación entre los miembros del equipo:

- Facilita el acceso de los profesionales a la documentación del sistema de calidad y la consulta y acceso a formatos, plantillas e instrucciones de trabajo en vigor.

- Facilita la conexión con enlaces de interés para los profesionales: laboratorio del sector, correo corporativo, intranet de Salud y del Sector, Portal del empleado,

- Permite a los profesionales acceder al listado de TIS de su cupo

- Ha sido especialmente útil para agilizar la comunicación de las incidencias y sugerencias por parte de los miembros del EAP al equipo de calidad, uno de los puntos clave de los requisitos ISO

? A lo largo del año se han ido incorporando mejoras, se ha cambiado el formato de la portada, se ha creado un foro, y se ha hecho una importante labor de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

457

MEJORA E INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EAP DE DAROCA

actualización tanto de los documentos y plantillas de uso habitual, como de los siempre cambiantes datos personales del equipo, listado TIS.. Se ha hecho un esfuerzo especial en mejorar la seguridad de la página, a la que por supuesto se accede con nombre de usuario y contraseña.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Registro actualizado de las actividades del Plan de Formación Continuada de acuerdo a los requisitos de la Norma.
- Registro actualizado y previsión de actividades del Plan de Mantenimiento de Equipos e Instalaciones del EAP. Obtención de informes del estado del Plan.
- Mejora de la utilidad y prestaciones de la página Web.
- Incrementar el uso por parte de los profesionales del centro del sistema de comunicación de incidencias que ofrece la página Web.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A lo largo del año 2011, y en el marco de nuestro compromiso con la mejora continua está previsto: Respecto al programa INVENTAP:

- Actualización de los datos de inventario y Plan de mantenimiento de equipos. Responsable: Cristina Gómez
 - ?- Registro de actividades del plan de formación y actividades de formación continuada. Responsable: Angel Bes
 - ?- Implementar un sistema para la incorporación automática de las actividades formativas realizadas a los currículos personales. Responsable: Antonio Martín
 - Obtención de informes del estado del Plan de Mantenimiento de equipos. Responsable: Antonio Martín
 - Redacción de un Manual de Instrucciones del programa. Responsables: Antonio Martín, Elena Jimenez
 - Registro del plan de mantenimiento de instalaciones del centro de salud. Responsable: Teresa Lorente
 - Diseño de etiquetas adhesivas que faciliten la identificación de los equipos. Responsables: Antonio Martín y Cristina Gómez
 - Registro de los datos de los vehículos del centro y plan de mantenimiento. Responsable: Teresa Lorente.
- Respecto a la página Web: Responsable: Tomás Moya
- Facilitar desde la página la actualización currículum personal mediante el registro de las actividades realizadas por cada profesional.
 - Inclusión de un callejero de las localidades de la zona básica de salud a fin de facilitar la realización de avisos domiciliarios.
 - Inclusión de planos de las localidades con la situación exacta de las consultas, a fin de facilitar la labor de los sustitutos.
 - Mejora continua de los servicios de la Web en cuanto a acceso a documentación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Utilización de la web por los profesionales
Valoración del registro de incidencias vía web.

- N° de incidencias registradas vía web en 2011/ N° de incidencias registradas vía web en 2010.
Estándar: >1
 - N° de profesionales que han registrado alguna incidencia vía web x 100/ n° total de profesionales del EAP.
Estándar: =80%
- 2.- Grado de implantación de programa INVENTAP
- Porcentaje de sesiones de formación continuada registradas: N° de sesiones registradas/ total de sesiones realizadas.
Estándar: 100%
 - Porcentaje de currículos de los componentes del EAP actualizados y registrados en la aplicación: N° Currículos actualizados/ N° profesionales del centro.
Estándar: =80%.

2.1.- Calidad de la cumplimentación en la aplicación informática para inventario.

- Porcentaje de ítems cumplimentados: n° de ítems cumplimentados para cada uno de los equipos x100 / total de ítems para cada equipo.
- *Metodología: Selección al azar de 1 equipo de cada una de las subfamilias de aparatos y/o equipos existentes. Los ítems se corresponderán a los requisitos requeridos especificados en el PO-08_CA(P)E.
Estándar: 70%

3.- Adecuación de las mejoras de los registros a las exigencias según norma ISO 9001:2008 para EAP.

- N° de observaciones y no conformidades relacionadas con la cumplimentación de registros o control de la documentación relativa a la gestión de equipos en la certificación externa.
Estándar: Ninguna

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 457

MEJORA E INFORMATIZACION DE LOS REGISTROS EXIGIDOS SEGUN NORMA ISO 9001:2008 EN EL EAP DE DAROCA

- N° de observaciones y no conformidades relacionadas con la cumplimentación de registros de formación continuada realizada en el centro.
Estándar: Ninguna

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Continuación del proyecto: Enero 2011.
- Finalización del proyecto: Diciembre 2011.
- Calendario actividades Previstas:
Respecto a INVENTAP:
 - Actualización datos del inventario: Marzo a Junio 2011.
 - Registro de actividades de Formación continuada (FC): Durante todo el año.
 - Incorporación automática de las actividades de FC a los currículos personales: Una vez al año (Abril-Mayo 2011).
 - Obtención de informes del estado del Plan de Mantenimiento de equipos, instalaciones y vehículos (Trimestralmente).
 - Redacción de un Manual de Instrucciones del programa. (Junio a Noviembre de 2011)
 - Identificación de equipos mediante el diseño de etiquetas adhesivas que faciliten la identificación de los equipos. (Marzo -Abril 2011)Respecto a la página Web:
 - Facilitar desde la página la actualización currículum personal mediante el registro de las actividades realizadas por cada profesional. (Abril 2011)
 - Inclusión de un callejero de las localidades de la zona básica de salud a fin de facilitar la realización de avisos domiciliarios. (Marzo a Julio de 2011)
 - Inclusión de planos de las localidades con la situación exacta de las consultas, a fin de facilitar la labor de los sustitutos. (Marzo a Julio de 2011)
 - Mejora continua de los servicios de la Web en cuanto a acceso a documentación. (Durante todo el año)

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Maletines visita domicilio	533 €
• Disco duro externo	90 €
Total	623 €

- 11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE EN LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO Y ELABORACION DE UN PLAN DECUIDADOS DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE MARIA MERCEDES GALLEL URGEL
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS ILLUECA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA. MEDICO. CS ILLUECA.
 - TORRIJO SOLANAS ROBERTO. ENFERMERIA. CS ILLUECA.
 - SANTAMARIA VALGAÑON CARMEN. ENFERMERIA. CS ILLUECA.
 - MELUS ROJAS ROCIO. ENFERMERIA. CS ILLUECA.
 - ARNAL BLASCO PATRICIA. ENFERMERIA. CS ILLUECA.
 - ROY MELUS CRISTINA. ENFERMERIA. CS ILLUECA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El pie diabético es una complicación que se puede prevenir, sin embargo sigue siendo, con mucha frecuencia, causa de incapacidad e invalidez. Además las lesiones que se derivan del pie diabético, se consideran la causa más frecuente de hospitalización en estos enfermos. Según estudios sobre la diabetes, el riesgo de amputaciones mayores en el diabético, supera 15 veces el de la población general. Desde el punto de vista económico, los problemas de los pies en la diabetes ocasionan gastos muy elevados. Sólo la prevención es capaz de disminuir estos problemas, en particular las amputaciones. Para lograr estos objetivos deben desarrollarse programas de detección precoz de los factores de riesgo de pie diabético, así como de su corrección, siempre que sea posible.

Una vez hecha la valoración del paciente diabético y en función del resultado de ésta, sería correcto elaborar un Plan de cuidados enfermeros para que mediante un método sistemático, el paciente pueda recibir unos cuidados eficientes dirigidos hacia los objetivos o resultados esperados.

En el C.S. de Illueca se ha detectado mediante la herramienta informática y el aplicativo OMI:

- Escaso registro y /o exploración por parte de los profesionales sanitarios del pié en los pacientes diabéticos.
- Escaso registro de Planes de cuidados por parte de los profesionales de enfermería en los casos en los que el resultado de la valoración esté alterada o en riesgo de alteración.

Y mediante el inventario de material:

- Escasa cantidad de instrumentos necesarios para la exploración del pie diabético.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Actualizar conocimientos en todos los profesionales del EAP sobre la exploración del pie en el paciente diabético.
2--Actualizar conocimientos en al menos el 50% de los profesionales de enfermería del EAP sobre el abordaje del paciente diabético en la consulta de enfermería.
3- Actualizar conocimientos en todos los profesionales de enfermería del EAP sobre la elaboración de Planes de cuidados de enfermería.
4-Exploración sistemática de los pies de los pacientes diabéticos adultos y registro en OMI, mínimo una vez al año y en al menos el 40 % de los pacientes diabéticos de la zona de Salud de Illueca utilizando los medios materiales que existen en la actualidad en el Centro de Salud.
5-Elaborar y registrar Planes de cuidados de enfermería en al menos el 50 % de pacientes diabéticos con resultado de la valoración de alteración y/o en riesgo de alteración y que incluya un diagnóstico NANDA, unos resultados NOC y unas intervenciones NIC.
6-Hacer educación diabetológica a éstos pacientes, especialmente sobre el autocuidado de los pies y registrarlo en el Plan de cuidados de cada paciente con al menos una intervención enfermera que haga referencia a la educación en el cuidado de los pies.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 193

EXPLORACION DEL PIE EN LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO Y ELABORACION DE UN PLAN DECUIDADOS DE ENFERMERIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Obtener un listado de diabéticos mayores de 14 años de toda la zona de salud, mediante la cartera de servicios del aplicativo informático OMI.
Responsable: Todos los enfermeros del C.S illueca.
2-Reforzar y ampliar conocimientos de todos los profesionales del EAP mediante la realización de una sesión clínica sobre el pie diabético.
Responsable: M^a Victoria Nonay Lacruz, médico del C.S. Illueca.
3-Reforzar y ampliar conocimientos de los profesionales de enfermería del EAP, mediante la organización y realización de una jornada de formación a nivel de Sector, con docentes expertas del Sector Barbastro, sobre el abordaje del paciente diabético en la consulta de enfermería.
Responsable: M^a Mercedes Gallel Urgel, enfermera del C.S. Illueca.
4-Realizar sesión clínica para los profesionales de enfermería, que sirva de recordatorio de la formación ya recibida, para la elaboración y registro en OMI, de los planes de cuidados enfermeros.
Responsable: M^a Mercedes Gallel Urgel, enfermera del C.S. Illueca
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Asistencia a la sesión clínica dirigida a los profesionales.
% de asistentes a la sesión/ número de profesionales del Centro de Salud .
Se cumplimentará registro de asistentes y se comprobará en el anexo correspondiente al listado de sesiones clínicas del Contrato de Gestión 2011.
- 2-Asistencia a la sesión formativa de Sector dirigida a los profesionales de enfermería.
% de asistentes del C.S Illueca a la sesión/ número de profesionales de enfermería del Centro de Salud de Illueca.
Se comprobará con el listado de asistentes de la Dirección de enfermería.
- 3- Asistencia a la sesión clínica recordatorio dirigida a los profesionales de enfermería.
% de asistentes a la sesión/ número de profesionales de enfermería del Centro de Salud.
Se cumplimentará registro de asistentes y se comprobará en el anexo correspondiente al listado de sesiones clínicas del Contrato de Gestión 2011.
- 4-Número de diabéticos con exploración del pie registrada/número de diabéticos adultos totales x 100.
5-Número de diabéticos a los que se les ha realizado y se ha registrado un Plan de cuidados enfermeros/número de diabéticos con resultado de valoración alterada y/o en riesgo de alteración.
6-Número de Planes de cuidados que incluyan al menos una intervención enfermera dirigi
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Realización de la sesión clínica para todos los profesionales: Enero-marzo 2011.
2- Organización y realización de la jornada formativa de Sector : Enero-marzo 2011.
3- Realización de la sesión clínica recordatorio para todos los profesionales de enfermería: Abril-mayo
4- Recogida de datos de la situación previa al Proyecto: Mayo 2011.
5- Ejecución del proyecto: Junio-octubre 2011.
6- Evaluación intermedia: Octubre 2011.
7-Evaluación final: Diciembre 2011.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|-----------------|---------|
| · DOPPLER | 600 € |
| · DOPPLER | 600 € |
| · DOPPLER | 600 € |
| Total | 1.800 € |
11. OBSERVACIONES. En la actualidad no disponemos de doppler para poder realizar una exploración completa del pie. Nos gustaría disponer de al menos un

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

193

EXPLORACION DEL PIE EN LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO Y ELABORACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

doppler en la cabecera del Centro y dos más para compartir en el resto de consultorios locales.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

232

DISEÑO E IMPLANTACION DE NUEVO MODELO DE ETIQUETA DE IDENTIFICACION DE PACIENTES, CON CAMPOS COMUNES PARA TODOS LOS SERVICIOS, PARA USO EN VOLANTES DE PETICION DE PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTROS DOCUMENTOS CLINICOS

2. RESPONSABLE EDUARDO ALONSO GREGORIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CANALEJO MENDAZA LUIS. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO DE ADMISION
- GRACIA ORERA MARISOL. AUX ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO DE ADMISION
- LOPEZ MERCADER ANTONIO. TECNICO TITULADO GRADO MEDIO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO INFORMATICA
- DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO INFORMATICA
- GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON. AUX ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO INFORMATICA
- SERRANO RODRIGUEZ RUBEN. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO INFORMATICA
- DEZA IBAÑEZ ELENA. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad existen, a nivel de Atención especializada, al menos 7 modelos distintos de etiquetas de identificación de pacientes . Cada modelo presenta campos distintos y aquellos comunes se encuentran situados en posiciones distintas de la etiqueta. Desde el punto de vista del Laboratorio de Análisis Clínicos, ello provoca la imposibilidad de automatizar mediante escáner la tarea de programación de los datos demográficos de los pacientes. Ello acarrea inevitablemente, además de un retraso considerable en el trabajo del Laboratorio, errores en la identificación de pacientes que, a su vez, pueden ocasionar errores en el diagnóstico y tratamiento de dichos pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseñar e implantar un modelo de etiquetas con varios campos de texto fijos y otros variables en función de las necesidades de cada servicio. Con ello, en el Laboratorio se conseguirá un triple objetivo:

- *Automatización de la programación de datos demográficos.
- * Identificación inequívoca evitando errores de pacientes y duplicaciones de Hª clínicas en el Sistema Informático del Laboratorio.
- *Mayor rapidez de programación de pacientes en el Laboratorio y mejora de los tiempos de respuesta.
- *Se minimiza el factor de error humano en fechas claves (vacaciones, cambios de personal, etc).

- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º Consenso inicial sobre campos de inclusión obligatoria en la etiqueta. Participan todos los medios del equipo.
- 2º Recogida de información sobre las necesidades de información de cada uno de los distintos Servicios. Los componentes del equipo pertenecientes al Servicio de Admisión coordinarán la recogida de información de los distintos Servicios y usuarios con objeto de recoger sus opiniones sobre la información que se considera debe aparecer de forma preferente en las etiquetas de información.
- 3º Decisión definitiva del modelo a implantar: varios modelos con una serie de campos fijos y obligatorios más otros campos a la carta, o modelo único con campos inamovibles. los componentes del equipo pertenecientes al Servicio de Informática serán responsables de su diseño.
- 4º Comunicación a los Servicios y Unidades afectados. Servicio de Admisión.
- 5º Diseño de la logística para distribución a los distintos Servicios (ej: impresión de un juego en admisión, facilitar la impresión de etiquetas desde Consultas u Hospitalización, etc) : miembros del servicio de Informática.
- 6º Evaluación y seguimiento: Responsable más, al menos, un miembro de Admisión y otro de Informática

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR N° 1:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 232

DISEÑO E IMPLANTACION DE NUEVO MODELO DE ETIQUETA DE IDENTIFICACION DE PACIENTES, CON CAMPOS COMUNES PARA TODOS LOS SERVICIOS, PARA USO EN VOLANTES DE PETICION DE PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTROS DOCUMENTOS CLINICOS

% VOLANTES DE PETICIÓN CON ETIQUETA CORRECTA=100 x VOLANTES BIEN ETIQUETADOS / TOTAL VOLANTES DE PETICIÓN.
Estándar: 95%
Estimación mensual por muestreo aleatorio de al menos 2 días.

INDICADOR Nº 2:
Nº DE INCIDENCIAS POR ERRORES DE PROGRAMACIÓN DE PACIENTES: nº TOTAL DE INCIDNCIAS DEBIDAS A ERROR EN LA PROGRAMACIÓN DE PACIENTES
Estándar: 0 incidencias.
Extracción de datos del Registro de Incidencias PG-02-2_SA(E)X_L_"LISTADO DE INCIDENCIAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2011: Inicio del proyecto con Reunión de Consenso inicial y Recogida de Información de los dististos Servicios.
MAYO 2011: Consenso final del modelo(s) final y diseño del mismo.
JUNIO-JULIO 2011: Comunicación a los Servicios implicados. Logística y distribución.
JULIO 2011: comienzo de la implantación.
AGOSTO 2011: comienzo de la monitorización y de la evaluación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· 2 Pc con pantalla 19 1.250 €
Total 1.250 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 355

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DEL AREA DE DISPENSACION A PACIENES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE RAQUEL ARRIETA NAVARRO
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANZ GONZALEZ MARIA TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. FARMACIA
 - BURGUEÑO CERMEÑO BIBIANA. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. FARMACIA
 - GARCIA CALDERON ANGELES. AUX. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. FARMACIA
 - LOPEZ MERCADER ANTONIO. INFORMatico. HOSPITAL ERNEST LLUCH. INFORMatica
 - GIMENO DE SAN MAURICIO SIMON. INFORMatico. HOSPITAL ERNEST LLUCH. INFORMatica
 - DEZA IBAÑE ELENA. INFORMatica. HOSPITAL ERNEST LLUCH. INFORMatica
 - ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde que en 1992 se implantó el Prosereme V, comenzó a crearse en los Servicios de Farmacia el área de dispensación a pacientes externos con el fin de dar cumplimiento a la normativa y dispensar los denominados Fármacos de Uso Hospitalario. Estos son medicamentos que sólo pueden ser prescritos por especialistas adscritos al centro hospitalario y dispensados exclusivamente por los Servicios de Farmacia hospitalarios. Aunque inicialmente la normativa se limitaba a ciertas patologías y el número de pacientes afectados era reducido, actualmente el número de medicamentos incluidos en esta categoría ha aumentado considerablemente al incluir patologías tan diversas como insuficiencia renal crónica, hemofilia, VIH, déficit de crecimiento, fibrosis quística, etc. Además en este año a raíz de una instrucción dada por el Departamento de Salud y consumos de Aragón diversos fármacos catalogados como de diagnóstico hospitalario se han introducido en el circuito de dispensación a través del servicio de farmacia hospitalario, aumentando más aun tanto el número de medicamentos a gestionar como el de pacientes atendidos.

Es importante remarcar que estos medicamentos son dispensados en el servicio de Farmacia y administrados por el paciente en su domicilio, por lo que la información que debe darse al paciente sobre su correcta administración, conservación, etc. es fundamental para el adecuado cumplimiento terapéutico. Además es importante mantener una adecuada gestión de los stocks de estos medicamentos para evitar roturas que originen el incumplimiento terapéutico, o en el caso contrario un acúmulo excesivo que pueda llevar a que el medicamento caduque sin ser utilizado con la pérdida económica correspondiente.

Actualmente, la dispensación a pacientes externos del servicio de farmacia del hospital Ernest Lluch se realiza de forma manual, registrando en papel las dispensaciones realizadas a cada paciente. Este tipo de registro, además de enlentecer el proceso (la dispensación se registra en dos sitios distintos), no permite una adecuada gestión al no disponer de registros informáticos sobre el número de pacientes con un determinado fármaco, la pauta de cada uno de ellos, las fechas de dispensación, etc. La informatización del proceso permitiría una mejor gestión de todo el proceso, a la vez que agilizaría el mismo y disminuiría la posibilidad de error al eliminar el componente manual.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento se han conseguido únicamente los recursos materiales solicitados para poder llevar a cabo el proceso, que consistían en un ordenador para el área de dispensación a pacientes externos. Se está a la espera de la instalación del programa informático adecuado que permita la gestión del área.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Informatizar el área de dispensación a pacientes externos para conseguir una adecuada gestión del área, tanto en lo referente a la historia farmacoterapéutica del paciente como a la gestión económica de los medicamentos implicados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Personal de informática: instalar el ordenador con el programa informático Dominion
Personal de informática- Farmacéutica: formar al personal del servicio de farmacia para el correcto conocimiento del programa y sus recursos.
Enfermera, Auxiliar, Administrativa de Farmacia: introducir en el programa todos los pacientes a los que se dispensa algún fármaco de uso hospitalario, registrando el fármaco, dosis, pauta, médico prescriptor y todos los datos necesarios para una correcta historia farmacoterapéutica del paciente, con la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 355

MEJORA DE LA GESTION DEL AREA DE DISPENSACION A PACIENES EXTERNOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

supervisión del farmacéutico.

Farmacéutico: explotación de los datos informáticos registrados para una adecuada gestión del área.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Informatización del área del área de pacientes externos: SI/NO
Nº pacientes atendidos en el servicio de farmacia cuya historia esté informatizada/nº total de pacientes atendidos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: instalación del programa informático
Mayo-Junio 2011: aprendizaje del manejo del programa por parte de todo el personal del servicio de farmacia
A partir de Junio: inclusión de los pacientes en el programa informático

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 060

1. TÍTULO

REVISION DEL ESTADO INMUNOLOGICO FRENTE AL SARAMPION EN LOS TRABAJADOTRES SANITARIOS DEL HOSPITAL DEL AREA DE SALUD IV

2. RESPONSABLE MATILDE CAMPO SANZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLER GIMENO TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL DE CALATAYUD. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- ARRIETA NAVARRO RAQUEL. FARMACEUTICA. HOSPITAL DE CALATAYUD. FARMACIA
- ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO. HOSPITAL DE CALATAYUD. MEDICINA PREVENTIVA
- ALONSO GREGORIO EDUARDO. MEDICO. HOSPITAL DE CALATAYUD. LABORATORIO
- RUIZ GIMENO AZUCENA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. HOSPITAL DE CALATAYUD. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. TENIENDO ENCUESTA EL CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO DEL SARAMPION EN ESPAÑA DONDE SE ESTAN PRODUCIENDO BROTES DE SARAMPION, EXISTE LA POSIBILIDAD DE APARICION DE CASOS EN NUESTRO MEDIO ,POR ELLO ES IMPRESCINDIBLE CONOCER EL ESTADO INMUNOLOGICO FRENTE AL SARAMPION DEL PERSONAL SANITARIO. LA UTILIDAD DEL PROYECTO ESTE BASADA EN LA ASISTENCIA SANITARIA DE UN POSIBLE CASO ESTE REALIZADA POR PERSONAL CORRECTAMENTE INMUNIZADO FRENTE AL SARAMPION.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. PROYECTO NUEVO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CONOCER EL ESTADO INMUNOLOGICO FRENTE AL SARAMPION DE 150 TRABAJADORES SANITARIOS EN LOS QUE EXISTE MAYOR RIESGO LABORAL DE TENER CONTACTO CON UN CASO DE SARAMPION EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- ANALIZAR LOS SERVICIOS DE MAYOR PROBABILIDAD DE CONTACTO CON UN CASO DE SARAMPION EN EL HOSPITAL.

2- ESTABLECER UNA RELACION DE LAS PERSONAS DE LOS SERVICIOS DETERMINADOS DE MAYOR RIESGO.

3- SESION CLINICA PARA LA INFORMACION E IMPLICACION DE OTROS SERVICIOS MEDICOS.

3-CITAR A CADA TRABAJADOR EN LA CONSULTA DE SALUD LABORAL

4- DETERMINACION DE INMUNOGLOBINA ESPECIFICA SI SE CONSIDERA NECESARIO

5-PROPUESTA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA DE VIRUS DE SARAMPION , PAROTIDITIS Y RUBEOLA SEGUN PAUTA DE SALUD PUBLICA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. MUMERO DE PERSONAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA PARA LA INFORMACION.

PORCENTAJE DE TRABAJADORES DE MAYOR RIESGO QUE ESTAN CORRECTAMENTE INMUNIZADAS.

NUMERO DE SOLICITUDES ANALITICAS REALIZADAS.

NUMERO DE VACUNAS ADMINISTRADAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIACION EN MARZO 2011.

FINALIZACION EN DICIEMBRE 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- UN ARCHIVADOR 300 €
- Total 300 €

11. OBSERVACIONES. ES NECESARIO UN ARCHIVADOR METALICO CON 4 CAJONES CON CERRADURA PARA EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS MEDICAS DE SALUD LABORAL.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

060

REVISION DEL ESTADO INMUNOLOGICO FRENTE AL SARAMPION EN LOS TRABAJADOTRES SANITARIOS DEL HOSPITAL DEL AREA DE SALUD IV

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

179

PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE CUIDADOS ENFERMEROS

2. RESPONSABLE NATALIA CASANOVA CARTIE

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. CALIDAD
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUBIO MONTUENGA MARIAJOSE. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. HEMODIALISIS
- DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- TORCAL CASADO ROSARIO. ENFERMERIA. C.S CALATAYUD NORTE.
- ARANDA FERNANDEZ PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- GALLEL URGEL MERCEDES. ENFERMERIA. C.S ILLUECA.
- GARCIA AGUIRRE PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS
- BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. ENFERMERA DE ENLACE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mejora de los resultados de la atención enfermera se halla estrechamente relacionada con la profundización de las enfermeras en la metodología de los cuidados, su aplicación práctica y el intercambio de conocimientos entre los miembros de los equipos, incluso entre los diversos niveles asistenciales. Una manera de conseguir este perfeccionamiento son las sesiones clínicas de cuidados. Se trata de reuniones programadas dirigidas a las enfermeras del Sector para tratar de solucionar problemas o proporcionar información específica, favoreciendo así mismo la capacidad de expresión, discusión y análisis crítico.

Esta modalidad de toma de decisiones basada en la discusión de casos tenía precedentes en nuestro Sector en la disciplina médica, pero no en enfermería, quienes por otro lado manifiestan continuamente su deseo de mejorar sus conocimientos basados en la evidencia y mejorar así su labor asistencial.

Por otro lado, la presencia de distintos profesionales en el Sector especializados en diferentes técnicas, procedimientos y cuidados enfermeros hace posible la organización de sesiones de interés general de una manera programada a lo largo del año, bajo la supervisión de la Comisión de Cuidados del Sector y de las Direcciones de enfermería, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

Las sesiones clínicas de cuidados enfermeros abordarán dos aspectos: una estructura teórica basada en la evidencia y la exposición, discusión y debate de uno o varios casos, profundizándose en cada uno de ellos.

Los temas elegidos para desarrollar en 2011 son:

- Administración segura de fármacos intravenosos
- Cuidados en la administración de nutrición enteral por sonda nasogástrica
- Normalización de los registros de enfermería
- ? Cuidados del catéter intravenoso periférico
- ? Valoración de la dependencia: Índice de Barthel
- ? Actualización en prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- ? Manejo de reservorios cutáneos
- ? Transfusiones sanguíneas
- ? Uso de soluciones hidroalcohólicas
- ? Quemaduras

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 179

1. TÍTULO

PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE CUIDADOS ENFERMEROS

? Úlceras vasculares

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante 2010 se realizaron las siguientes sesiones clínicas:
- "Reservorios cutáneos": 3 talleres en Abril, con 102 asistentes y una media de satisfacción de los alumnos de 8.5
 - "Prevención y tratamiento de las úlceras por presión": 6 talleres en Mayo y Junio, con 77 asistentes y una media de satisfacción de los alumnos de 9
 - "Higiene de manos y uso de Hidroalcoholes en el medio sanitario": 3 talleres en Mayo y Junio, con 35 asistentes y una media de satisfacción de los alumnos de 8.35
 - "Ventilación Mecánica no invasiva": 1 taller en Mayo, con 28 alumnos y una media de satisfacción de los alumnos de 8
 - "Quemaduras: Clasificación, valoración y tratamiento": 1 taller en Junio, con 67 alumnos y una media de satisfacción de los alumnos de 8.5
 - "Cuidado de las ostomías": 2 talleres en Octubre y noviembre, con 14 alumnos y una media de satisfacción de los alumnos de 8.41
 - "Valoración de la dependencia: Índice de Barthel": 3 talleres en Noviembre y Diciembre, con 42 alumnos y una media de satisfacción de los alumnos de 8.26

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Las sesiones clínicas de cuidados tienen varias finalidades:
- 1) Afianzamiento y profundización en los conocimientos basados en la evidencia.
 - 2) Favorecer el uso de diagnósticos, planificación y evaluación de las necesidades de nuestros pacientes, mejorando la utilización y la implementación del proceso enfermero.
 - 3) Mejorar la comunicación y el intercambio de conocimientos entre las enfermeras de los distintos niveles asistenciales del Sector de Calatayud.
 - 4) Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el Sector de Calatayud, como consecuencia de unos mejores cuidados enfermeros.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Planificación del calendario de las sesiones clínicas de cuidados enfermeros. Responsable: Componentes del equipo de mejora
- Organización de las sesiones: Componentes del equipo de mejora
 - Evaluación de la satisfacción de los profesionales: Componentes del equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Las sesiones serán organizadas por la Comisión de Cuidados del Sector y difundidas con la suficiente antelación entre las enfermeras del Sector de Calatayud. La asistencia se verificará a través de la recogida de firmas y la medición de la satisfacción de los profesionales asistentes a las sesiones se realizará a través de una encuesta de opinión.

- Los indicadores a medir serán:
- Existe un programa de sesiones clínicas de cuidados enfermeros a realizar en 2011
 - Existe un informe de la evaluación de la satisfacción de los profesionales implicados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración del programa de sesiones clínicas de cuidados enfermeros a realizar: Mayo 2011
- Realización de las sesiones: Mayo-Diciembre de 2011
 - Realización de un informe de la evaluación de la satisfacción de los profesionales implicados: Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Carpetas, CDs grabables y otro material necesario para la difusión	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. Casi todos los miembros del equipo de mejora pertenecen a la Comisión de Cuidados del Sector de Calatayud

*Carpetas, CDs grabables y otro material necesario para la difusión de los contenidos de las sesiones clínicas de cuidados enfermeros, tanto entre los asistentes como en las unidades de enfermería y centros de salud del Sector

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

179

PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE CUIDADOS ENFERMEROS

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 418

ASEGURAR LA PROVISION DE EQUIPOS DE CURAS ESTERILES CON MAS ROTACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ESPERANZA CLEMENTE SALA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. M. PREVENTIVA-ESTERILIZACION
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SALVADOR TENA VICTORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST-LLUCH DE CALATAYUD. URGENCIAS
 - BALLANO DE MIGUEL ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST-LLUCH DE CALATAYUD. ESTERILIZACION
 - GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST-LLUCH DE CALATAYUD. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente, los equipos de Urgencias 6 ó más piezas, se preparan para esterilizar en sets de papel. Actualmente se dispone de 14 equipos de curas de 6 piezas. Por ser equipos de alta rotación, la dificultad está en el tiempo necesario para preparar los sets previamente a la esterilización. Toda la trazabilidad sobre los sets se realiza manualmente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Agilizar el reciclaje del material de curas estériles en la Unidad agrupandolos en cajas de curas herméticas, con precinto de seguridad y filtros permanentes sin tener que ampliar el número de equipos.

Continuar con la implantación del proyecto de Trazabilidad informatizada de Salud, que incluye a cajas y contenedores, para estandarizar los datos el proceso de esterilización.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende agrupar los materials de 6 o más piezas que actualmente se preparan en sets, en cajas marcadas coenzando por los de 6 piezas de mayor rotación.

Se ha valorado con la Supervisora de Urgencias, Victoria Salvador Tena, la distribución actual de los materiales en los equipos y la cantidad de equipos necesaria para cubrir las necesidades de Urgencias.

posteriormente, se ha solicitado presupuesto de las cajas necesarias al proveedor más habitual del Hospital, en cuanto a instrumental se refiere.

Desde la CE, se ha realizado la investigación de datos sobre el nº de equipos de curas de 6 y más piezas se preparan en sets con tejido sin tejer. que hay en Urgencias y el total de los SS/UU del Hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se pretende iniciar el proyecto con los 14 sets de 6 piezas, grupo de materiales de mayor rotación del S de Urgencias, que representaría el 73,68% del total de sets existentes en Urgencias agrupados en cajas, y preparados para la trazabilidad informatizada estandarizada:

Nº equipos que se agrupará en cajas,	14	%
Nº equipos existentes en el S. de Urg,	19	

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Valorar las necesidades del S. de Urgencias, y la de investigación de datos sobre los equipos que hay en el S. de Urgencias y en total en el Hospital, y la solicitud de un presupuesto aproximado, se ha realizado durante el mes de Marzo.
- solicitar presupuesto final Abril

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 418

ASEGURAR LA PROVISION DE EQUIPOS DE CURAS ESTERILES CON MAS ROTACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- compra de las cajas, chapas para código de barras y distribución d

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 215,55€ caja x 14= 3.019	3.019 €
Total	3.019 €

11. OBSERVACIONES. . *cambiar 14 sets envasados en papel por cajas hermeticas para agilizar la rotación de los equipos en el S. de Urgencias

OBSERVACIONES del SECTOR

No seleccionado por falta de presupuesto

1. TÍTULO

MEJORAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS CRONICAS EN EL SECTOR CALATAYUD

2. RESPONSABLE CRISTINA DE MARCO MURO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VILLACAMPA CALLEJA MARIA ANGELES. ENFERMERIA. CS CALATAYUD SUR (RURAL).
 - PARDO HERNANDO PILAR. ENFERMERIA. PAC DE NUEVALOS.
 - BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. ENFERMERA DE ENLACE
 - CASANOVA CARTIE NATALIA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. CALIDAD
 - VILLAFAINA GUZMAN VANESA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
 - SAEZ AGUDO FELICIDAD. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La creación en 2005 de la Comisión de úlceras por presión (UPP) y heridas crónicas del Sector de Calatayud y la elaboración y difusión de un protocolo único para la prevención y tratamiento de UPP, supusieron un importante descenso de la incidencia de estas lesiones y de su severidad en el Hospital Ernest Lluch.

La difusión que se realiza de este protocolo a través de talleres anuales, no sólo en el Hospital Ernest Lluch sino también entre los profesionales de Atención Primaria del Sector, garantiza la continuidad de los cuidados enfermeros y por lo tanto mejora la calidad de la asistencia prestada.

Además de las úlceras por presión, aparecen entre la población a la que atendemos numerosos casos de heridas crónicas en las extremidades inferiores, de origen vascular y neurológico, que suponen una importante disminución de la calidad de vida de estos pacientes, así como un alto coste en la utilización de recursos materiales y humanos.

El abordaje de estas heridas a través de la creación y difusión un protocolo único en el Sector asegura la disminución de la variabilidad clínica y el buen uso de los recursos disponibles, consiguiendo que heridas crónicas de muy larga evolución dejen de serlo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Disminuir la variabilidad en la aplicación de los cuidados enfermeros sobre las heridas crónicas de extremidad inferior.

? Implicar a los profesionales de enfermería de Atención Primaria del Sector de Calatayud y del Hospital Ernest Lluch, en la aplicación del protocolo de prevención y tratamiento de las UPP.

? Motivar a los profesionales de enfermería del Sector en la importancia de la prevención de las UPP.

? Facilitar el reciclaje de los conocimientos sobre tratamiento de las heridas crónicas a los profesionales del Sector.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Elaborar un protocolo de actuación frente a las heridas crónicas de origen vascular. (Responsable: Grupo de trabajo)
- Difusión a través de talleres dirigidos a los profesionales de Atención Primaria y del Hospital Ernest Lluch del protocolo vigente de UPP y del abordaje de otras heridas crónicas. (Responsable: Grupo de trabajo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras la elaboración del protocolo de actuación de heridas crónicas de origen vascular, se procederá a su difusión a través de talleres dirigidos a los profesionales de Atención Primaria del Sector de Calatayud y del Hospital Ernest Lluch.

Indicadores:

- N° de profesionales formados en el tratamiento de heridas crónicas.
- Existe una evaluación del grado de satisfacción de los asistentes a los talleres.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

MEJORAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS CRONICAS EN EL SECTOR CALATAYUD

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Elaborar un protocolo de actuación frente a las heridas crónicas de origen vascular: Mayo-Octubre 2011
- Realización de talleres sobre el tratamiento de heridas crónicas: Octubre-Diciembre 2011
 - Evaluación de los resultados: Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *Adquisición de material de terapia de vacío para el tratamiento	1.200 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. Todos los miembros del equipo de mejora pertenecen a la Comisión de Úlceras por presión y Heridas crónicas del Sector de Calatayud

*Adquisición de material de terapia de vacío para el tratamiento de heridas cronificadas

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

648

ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DE LA MAGNITUD PSA LIBRE (FPSA) EN ESPECIMENES Y EN MUESTRAS DE SUERO

2. RESPONSABLE PATRICIA ESTEVE ALCALDE
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GASPAR IBAÑEZ INMACULADA. TEL. HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- BERNAD MARTIN CORAL. TEL. HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- HERNANDEZ MARTIN ELENA. TEL. HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA. DUE. HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- RAMO ORTIZ CARMEN. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- FUNES NAVARRO EMMANUEL. DUE. HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
- GARCIA GUTIERREZ MARIA ALMUDENA. FARMACEUTICA. HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTIN. LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las recomendaciones obtenidas de la bibliografía recomiendan centrifugar las muestras para determinación en suero de PSA libre (FPSA) lo antes posible, y procesarlas antes de 3 horas.

En nuestro Laboratorio se reciben muestras sin centrifugar desde diversos centro periféricos de extracción, pudiendo demorarse el análisis, en algunos casos hasta varias horas desde el momento de la extracción y de la centrifugación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo principal es determinar la influencias de los factores tiempo y temperatura de almacenamiento sobre los resultados obtenidos de FPSA en las muestras de nuestros pacientes.

En función de dichos resultados, revisar los protocolos de extracción, transporte, manipulación y conservación de especímenes y muestras que potencialmente requieran la determinación de FPSA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Se analizarán muestras de suero de 30 pacientes, tomando como muestra de referencia la alícuota obtenida de la muestra centrifugada dentro de los 30 minutos posteriores a la extracción, y que se procesará inmediatamente (M1A1). Se excluirán aquellas muestras de pacientes cuya concentración de PSA total sea inferior a 1,5 ng/mL

* Para estudiar el efecto de las variables Tª y tiempo sobre la muestra de suero, se analizarán alícuotas obtenidas de la muestra basal sometidas a las siguientes condiciones:

- Alícuota conservada a Tª ambiente del Laboratorio y procesada a las 4 horas post-centrifugación (M1A2).
- Alícuota conservada a 4° C y procesada a las 24 horas (M1A3)..
- Alícuota conservada a -20° C y procesada a las 3 semanas (M1A4).

* Para estudiar el efecto de la variable tiempo desde la extracción hasta la centrifugación sobre el espécimen se almacenará un segundo tubo del paciente sin centrifugar en una nevera portátil durante 2 horas. transcurrido ese tiempo se centrifugará y analizará (M2).

* Análisis estadístico de los datos.

* Criterios de valoración: Se considerará el Protocolo de Estudio de Estabilidad de las magnitudes biológicas redactado por el Comité de Garantía de Calidad y Acreditación de los Laboratorios de la Sociedad Española de química Clínica.

* En función de los resultados obtenidos, se planteará la modificación de aquellos Procedimientos de Trabajo que se vean afectados:

- Si M1A1 = M1A2 no es necesario cambiar los Procedimientos de trabajo que afecten a muestras de extracción hospitalaria y que se procesen en el día. En caso contrario, será necesario introducir cambios que con lleven la refrigeración y tapado de las muestras hasta su procesamiento.

- Si M1A1 = M1A3 , las muestras que no puedan ser procesadas en el día de la extracción se podrán conservar a 4° C hasta el día siguiente; el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 648

ESTUDIO DE LA ESTABILIDAD DE LA MAGNITUD PSA LIBRE (FPSA) EN ESPECIMENES Y EN MUESTRAS DE SUERO

inicio del periodo de refrigeración vendrá condicionado por los resultados obtenidos en el apartado anterior. En caso contrario, será necesario congelar a -20°C las alícuotas de las muestras.

- Si M1A1 = M1A4, implica que aquellas muestras que no puedan ser procesadas por causas distintas (p.e. averías, problemas de suministros, etc) en un corto periodo de tiempo, pueden ser congeladas y analizadas en el plazo de 3 semanas. En caso contrario, se deberá proceder a solicitar una nueva extracción una vez solventado el problema original.

- Si M1A1 = M2, es posible la extracción en centros periféricos. En caso contrario, serán necesario solicitar la extracción hospitalaria o, en su defecto, la implantación de centrifugación en dichos centros antes del transporte de las muestras al Laboratorio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador N° 1:
Cumplimiento de los tiempos de recogida y análisis de muestras dentro de los plazos de tiempo establecidos en el cronograma. Opciones: Sí/No. Estándar: Sí.

Indicador N° 2:
Realización de la evaluación, a la vista de los resultados obtenidos, de la necesidad de revisión de los Procedimientos de Trabajo, dentro del plazo de tiempo establecido en el cronograma. Opciones: Sí/No. Estándar: Sí.

Indicador n° 3 (si procede):
N° de procedimientos revisados e implantados= 100 x (N° procedimientos revisados e implantados/N° Procedimientos que necesitan revisión). Estándar: 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2011: Inicio del estudio.
Mayo, Junio y Julio de 2011: Obtención de muestras y procesamiento.
Julio, Agosto y Septiembre de 2011: Análisis de los datos y resultados obtenidos.
Octubre y Noviembre de 2011: Revisión y nueva redacción, si procede, de Procedimientos de Trabajo que exijan modificación. Diciembre de 2011 y Enero de 2012: Aprobación, publicación e implantación, si procede, de los nuevos Procedimientos de trabajo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Reactivo de PSA Libre: 4 Kits de 100 determinaciones 1.940 €
Total 1.940 €

11. OBSERVACIONES. Así mismo, se solicita apoyo para el correcto estudio estadístico de los datos obtenidos.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 024

PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS).

2. RESPONSABLE JUAN MANUEL GARCIA-LECHUZ MOYA
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERIA. GERENCIA DE SECTOR DE CALATAYUD. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
· CABALLERO RODRIGO TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las consultas de Microbiología Clínica dedicadas al diagnóstico de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) reúnen las ventajas de poder centralizar la asistencia adecuada, los controles necesarios y específicos a una parte de la población afectada por un amplio espectro de infecciones y, que en muchos casos supone un problema social al afectar a un nutrido grupo de población y no existir ningún organismo público ni privado que realice esta función, ni poseer datos a nivel regional ni local de la incidencia, prevalencia o la evolución epidemiológica de estas entidades nosológicas. La Consulta de E.T.S. estará circunscrita al laboratorio de Microbiología como una actividad más del mismo pero con características particulares que hacen posible combinar una labor clínico-asistencial y de terapéutica en régimen ambulatorio la mayoría de los casos, con un trabajo y estudios microbiológicos específicos del laboratorio de Microbiología y en ayuda al servicio de Urgencias así como a las Consultas Externas del hospital y a los Centros de Salud y Atención Primaria que lo demanden. Al mismo tiempo, los controles que se realizan a las gestantes sobre la prevención de la sepsis neonatal por SBHGB (*Streptococcus agalactiae*) y otros pacientes en los servicios de ginecología también podrían referirse. Lo mismo podríamos decir del control de hepatitis, sífilis, VIH... En estos momentos, la situación real del hospital y la prevalencia en aumento de ETS en la comunidad hacen de este un servicio muy útil y beneficioso para la población que atendemos en el área de Calatayud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliar el número de casos declarados y confirmados de ETS en el sector Calatayud. Mejorar el rendimiento diagnóstico de las muestras por medio de una toma de muestras estandarizada en una consulta especializada. Mejorar la atención sanitaria a los pacientes con ETS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El desarrollo de la consulta de ETS y la toma de muestras genitales tiene 2 pilares básicos: 1) La anamnesis o historia clínica relacionada con las ETS. 2) La exploración física y del aparato genital. Este apartado comprende: Toma de muestras del aparato genital femenino. Toma de muestras de aparato genital masculino. Toma de muestras en el diagnóstico de prostatitis crónica. Toma de muestras de lesiones ulcerosas. Diagnóstico de sífilis, hepatitis, VIH. Se requiere habilitar una estancia con cuarto de baño (ya existente en la sección de Análisis) dotándola de una camilla de exploración ginecológica, con el material adecuado para la toma de muestras (espéculos, torundas, KOH ya disponibles en el hospital). La consulta se pasará bisemanalmente por los 2 médicos microbiólogos asistidos por una enfermera técnico del laboratorio, en horario de mañana de 8:30 a 10 am, los días martes y jueves. Las muestras serán procesada de forma rápida tras su recogida y las salida al hospital de referencia procesadas de forma especial para su envío.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº ETS diagnosticadas en la consulta del laboratorio de Microbiología /Nº ETS totales Declaradas anualmente. Se controlará 2 años y luego indefinidamente. Nº pacientes atendidos en la consulta/nº de ETS diagnosticadas anualmente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En función de la adecuación de espacios y la coordinación con los centros de salud y atención primaria. S espera poder iniciar en septiembre 2011 hasta septiembre 2013.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 024

PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Camilla ginecológica	350 €
Total	350 €

11. OBSERVACIONES. En función de la carga de trabajo, se podría planificar horario asistencial y la carga de trabajo.

*Adecuación del espacio disponible en el Laboratorio para la consulta de ETS y toma de muestras (existe espacio con cuarto de baño).

*Solicitud de material disponible en los centros de salud (especúlos, escobillones) para la toma de muestra.

*NO se solicita material específico para transporte de las muestras ni nuevas placas de cultivo específico, ya disponibles en el Laboratorio de Microbiología.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 665

ELABORACION DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL AREA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE CARMEN JIMENEZ IHUARBEN

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. QUIRÓFANOS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ APARICIO MARIA JOSE. ENFERMERA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- ARANDA FERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- GARCIA DAVALILLO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- CASANOVA CARTIE NATALIA. SUPERVISORA CALIDAD. HOSPITAL ERNEST LLUCH. CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Carencia de registro de verificación "check list

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La lista pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implantación de la lista de verificación en nuestra unidad según los criterios de CIRUGIA SEGURA de la OMS. En el acto quirúrgico, el profesional designado tendrá la responsabilidad de la cumplimentación de la lista y el resto del personal colaborar activamente para que sea posible.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

- 1- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en las que se cumplimentan la lista de verificación.
- 2- Los porcentajes de ítems que se quedan sin completar.

EVALUACIÓN

- 1- Trimestral para valorar cumplimiento y posibles problemas.
- 2- Semestral para los porcentajes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Septiembre del 2011 a Septiembre del 2012.

Enero: Primera evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Maquetación e impresión 600 €
- Total 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

023

PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LAVILLA FERNANDEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LABARTA VIÑALES MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. ORL
- SEGURA RODRIGUEZ ANA CARMEN. TEL. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. MICROBIOLOGIA
- CATALAN LADRON MARISA. MEDICO/A. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA se basa en la historia clínica, la exploración física y, en ocasiones, ES BÁSICO identificar pacientes con alta sospecha de infección por EBHGA (*Streptococcus pyogenes*) para iniciar su tratamiento antibiótico. Los síntomas más frecuentes son: odinofagia, disfagia, fiebre, cefalea, mal estado general y si asocia laringitis, disfonía. Los pacientes con faringitis aguda suelen presentar una hiperemia de la faringe y amígdalas, a veces con exudado, hipertrofia amigdalar e inflamación dolorosa de los ganglios cervicales (Figura 2). Tanto la exploración como la historia clínica muestran una baja sensibilidad (55-74 %) y especificidad (58-76 %) para la infección por EBHG. Además, no permiten diferenciar entre infección bacteriana de una vírica (SIGN, 2005). Además se evitarían tratamientos antibióticos innecesarios e incluso perjudiciales en el caso de cuadros de mononucleosis o faringitis de etiología vírica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el diagnóstico de la Faringoamigdalitis y precisar casos de mononucleosis infecciosa en Centros de Atención Primaria, Centros de Salud y en el Servicio de Urgencias, Pediatría y ORL. Agilizar el tiempo de respuesta acortándolo en <24 horas, del tiempo actual que está en 72 horas para el cultivo faríngeo y 7 días para la mononucleosis.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Detección rápida del antígeno del estreptococo (DRAE): busca la presencia del antígeno del EBHGA en el frotis faríngeo en pocos minutos. Según algunos estudios tiene una baja sensibilidad (60-70%) y poco impacto para reducir la prescripción de antibióticos. Mientras que en otros, muestra una sensibilidad del 80-90% y una especificidad del 90-100% (Cooper RJ, 2001; Giesecke KE, 2002). En adultos está indicado en pacientes con sospecha clínica de faringoamigdalitis por estreptococo con 2 criterios de Centor (Worrall G, 2007) y reduce la prescripción de antibióticos del 67% al 37% (Humair J P, 2006). En niños con un resultado negativo (10-20% de falsos negativos), y con sospecha clínica de faringitis por estreptococo, se recomienda confirmar el resultado con cultivo (Gerber MA, 2004).

2. Cultivo del exudado faríngeo: no debe realizarse de rutina porque no diferencia enfermos de portadores sanos (poca sensibilidad). Es caro y tarda días en aportar un resultado (>48 horas). Está indicado en grupos de alto riesgo (pacientes con infecciones recidivantes, familiares que conviven con ellos y portadores sanos con clínica de faringitis), para elegir un tratamiento más adecuado cuando haya fracasado el previo (MeReC, 1999), así como en pacientes adultos con amigdalitis recurrente para conocer su etiología y que se derivan al especialista para valorar la amigdalectomía (SIGN, 2010). En niños podría estar indicado cuando la DRAE es negativa y la clínica lo sugiere. En adultos con 2 criterios de Centor y DRAE negativa no es precisa su realización (Worrall G, 2007; Humair J P, 2006). En un estudio en adultos con 2 criterios de Centor se recomienda como la prueba más discriminante (Singh S, 2006).

3. Otras pruebas de utilidad cuando no hay sospecha de EBHGA: Anticuerpos frente a EBV y la prueba de Paul-Bunnell (monotest) o prueba rápida para la detección de mononucleosis. Está indicada en pacientes con sospecha clínica de infección por EBV. A partir de los 7 días del inicio de los síntomas se puede detectar en sangre la presencia de anticuerpos heterófilos frente a EBV, aunque no aparecen en todos los pacientes. Los títulos aumentan hasta la 5ª semana para ir descendiendo en 1 año. Los anticuerpos frente a EBV son más específicos que los heterófilos. Solicitamos MONONUCLEOSIS virapid Monotest+IgM+IgG 25 determ. LANAU SL que sustituye al Monosticón (Monotest látex) 50 determ.= pero se envían al Laboratorio de Referencia todas las muestras para confirmar IgG e IgM: 366 muestras/año con tiempo medio de respuesta de 7 días. Con este test responderíamos en el mismo día.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 023

PROYECTO DE MEJORA DEL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° casos confirmados de Faringoamigdalitis por Estreptococo betahemolítico grupo A.
N° casos aislamiento en muestras faríngeas y no faríngeas (heridas)
N° casos de mononucleosis con test positivo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En cuanto se adquieran los tests diagnóstico solicitados, se realizará un seguimiento de al menos 2 años para compr

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

. .	STREP A SORIA MELGUIZO Testpack 25 determ.	83 €
. .	MONONUCLEOSIS virapid Monotest+IgM+IgG 25 determ. LANAU SL	129 €
	Total	212 €

11. OBSERVACIONES. La cuantía del material solicitado estará en función del número de pruebas utilizadas, calculando mayor uso entre los meses de octubre y abril (83x6=498; 129x2=258; Total= 756 euros en 1 año; 1522 euros en 2 años).

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

666

MEJORAR EL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LOPEZ APARICIO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. QUIRÓFANO
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENEZ IHUARBEN CARMEN. SUPERVISORA AREA QUIRURGICA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- GARCIA DAVALILLO MIGUEL ANGEL. ENFERMERO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- ARANDA FERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- CASANOVA CARTIE NATALIA. SUPERVISORA CALIDAD. HOSPITAL ERNEST LLUCH. CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El registro actual de enfermeria no queda registrado en la historia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Trabajar para que la cultura de la seguridad del paciente sea un patron de referencia en nuestra practica diaria. Adecuar el registro de la actividad enfermera en el area quirurgica del H. Ernest Lluch.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación e implantación de la hoja de "ruta quirurgica" en nuestro hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

- 1-Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en las que se cumplimenta la hoja de registro.
 - 2-Porcentajes de items que se quedan sin completar.
- El seguimiento se realizará mediante evaluaciones periodicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De Septiembre del 2011 a Septiembre de 2012

Primera evaluación trimestral para detección de posibles problemas.
Segunda evaluación semestral para medir resultados de implantación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Maquetación e impresión. 600 €
- Total 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

258

PROYECTO DE MEJORA EN LA EDUCACION DIABETOLOGICA DEL PACIENTE DIABETICO DEL SECTOR DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE FRANCISCO LOSFABLOS CALLAU

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA (MEDICINA INTERNA)
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TORNOS HERNANDEZ PEÑA. ENFERMERA EDUCADORA EN DIABETES. HOSPITAL ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La educación diabética resulta fundamental para que cualquier paciente diabética pueda alcanzar el nivel de conocimientos que le permita autocontrolarse, ayudar a realizar la dieta y el ejercicio físico que son dos pilares fundamentales del tratamiento, tomar decisiones ante determinados problemas y en definitiva conseguir un mejor control metabólico y un mayor grado de autonomía e independencia con una menor demanda global de asistencia sanitaria. El problema es que se suele realizar de manera individualizada, y la alta prevalencia de la enfermedad hace imposible que se lleve a cabo en todos los enfermos en que sería necesaria. La idea es empezar a dar educación diabética de forma colectiva, mediante sesiones a las que se invite a todos aquéllos diabéticos que quieran acudir, con una periodicidad regular que no debería ser inferior a 1 vez al mes/10 veces al año.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos obtener un buen nivel de asistencia y comprensión por parte de los diabéticos y que tras ello las visitas programadas disminuyan en número y sean más ágiles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones colectivas en una sala con capacidad para al menos 20 personas. Con material audiovisual preparado por nosotros de unos 30 minutos de exposición y otros 30 minutos para solventar dudas. Las sesiones se anunciarán con antelación y se intentarán realizar con la periodicidad prevista dicha.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de asistentes por sesión.

Número de sesiones realizadas en el año.

Disminución en el número de educaciones diabéticas individualizadas.

Disminución en el número de consultas sucesivas por diabetes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se deberían iniciar las sesiones entre mayo y julio y se realizará la primera evaluación de resultados en enero de 2012. Si está teniendo éxito se mantendrá y se valorará la posibilidad de aumentar el número de sesiones.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Haremos uso del material instalaciones del Centro en el que trabajamos.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 111

1. TÍTULO

NORMALIZACION DE LA REVISION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. CIRUGIA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JIMENEZ IHUAR BEN CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANOS
 - MARTINEZ BENEDI ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL
 - SAEZ AGUDO FELICIDAD. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD CUIDADOS ESPECIALES
 - DE MARCO MURO CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
 - DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La correcta administración de fármacos a los pacientes ingresados en un Hospital, hace necesaria la elaboración de procedimientos para el control y seguimiento de los medicamentos que se dispensan desde el Servicio de Farmacia. Aunque según la Ley del Medicamento, el farmacéutico es el responsable de los medicamentos que se encuentran en los botiquines, es necesario que el personal de enfermería de las unidades donde se implanta un botiquín se responsabilice de la revisión y mantenimiento del stock. Una vez que estos llegan a la Unidad de Enfermería, es la supervisora quien se responsabiliza de su almacenamiento, reposición, mantenimiento en condiciones óptimas y de asegurar la retirada de los que han caducado o están a punto de hacerlo. La Sociedad Española de Farmacia hospitalaria recomienda que "exista un registro de todo lo referente a las revisiones de los botiquines de las unidades de enfermería". Un sistema de control y registro de fechas de caducidad informatizado y de fácil seguimiento, reduce al máximo el riesgo de administrar al paciente medicamentos caducados, con lo que se incide tanto en la seguridad del paciente como en el uso racional del medicamento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con el presupuesto concedido en 2010 se pudo desarrollar el proyecto sólo en una unidad (la Enfermería B), adquiriendo 1 Tablet PC. El registro informatizado ha permitido la detección de campos de mejora y fallos del sistema, en concreto relacionados con la unificación en la dotación de fármacos y material en los carros de paradas de todas las Unidades de enfermería y la normalización del proceso de comprobación de los mismos. Esta detección va a dar lugar a un nuevo Proyecto de mejora de la calidad en 2011, de modo que todas las Unidades posean el mismo material, una misma ubicación del mismo dentro del carro de paradas y un proceso de comprobación y registro idénticos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo principal:
Mejorar la seguridad del paciente, reduciendo al máximo el riesgo de administración de fármacos caducados.

Objetivos secundarios:

- Normalizar y unificar el procedimiento de revisión de caducidades en las unidades de hospitalización, servicio de Urgencias, Quirófanos y Unidad de Cuidados Especiales del Hospital Ernest Lluch.
- Informatizar el registro de este procedimiento.
- Aplicar este sistema de control de caducidades al material sanitario fungible.
- Unificar la dotación de material y fármacos de los carros de paradas de las Unidades de enfermería.
- Unificar el proceso de comprobación de los carros de parada y el registro del mismo en todas las Unidades de enfermería.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Aplicación de la guía de procedimiento sobre la revisión y mantenimiento de los botiquines existentes en las unidades de enfermería, en la nueva unidad incorporada al proyecto.

- Aplicación de un sistema informatizado de registro de caducidades. Mediante el uso de los Tablet PC se facilitará el registro y transmisión de la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 111

NORMALIZACION DE LA REVISION DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

información y se minimizarán errores en la transcripción de los datos.

- Implantación de dicho sistema en: Enfermería A (responsable: Grupo de trabajo)
- Elaboración de un procedimiento estándar para todas las Unidades de enfermería, sobre la dotación de material y fármacos de los carros de parada y la comprobación periódica de los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras la implementación en la Enfermería A de la Guía de procedimiento y de su aplicación informática, se procederá a comprobar que existe:

- Inventario con las caducidades del año en curso.
- Procedimiento para la dotación de material de los carros de paradas y para la normalización de su comprobación.

Indicadores:

- Existe un inventario con las caducidades anuales en la Enfermería A.
- Existe un procedimiento único para la dotación de material de los carros de paradas de las Unidades de enfermería y para la normalización de su comprobación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Implantación en la Enfermería A del programa informático de control de las caducidades y de registro de la temperatura de la nevera: Junio-Noviembre 2011

- Elaboración del procedimiento para la dotación de material de los carros de paradas de las Unidades de enfermería y para la normalización de su comprobación: Mayo-Noviembre 2011
- Evaluación: Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1 Tablet PC para la unidades de enfermería implicada	1.600 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 325

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA SOLUCITUD DEL D DIMERO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE CRISTINA MONTESA LOU

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORENO DEL CASTILLO PILAR. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD. HEMATOLOGIA
- YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD. URGENCIAS
- MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD. URGENCIAS
- ALONSO ALCAÑIZ MARTA. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD. URGENCIAS
- ARIAS CRUZ FRANCISCO. DUE. HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD. URGENCIAS
- ZULBENDIA SANTOYO MARIA JOSE. DUE. HOSPITAL ERNEST LLUCH CALATAYUD. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Utilidad del proyecto

El manejo diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) se mantiene de permanente actualidad como lo demuestra las continuas publicaciones sobre el tema. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una entidad frecuente potencialmente letal y de difícil diagnóstico. Por otra parte, la determinación de los niveles séricos del dímero-D representa una ayuda para el manejo de la ETE en los Servicios de Urgencia dada su alta sensibilidad y VPN ensu diagnóstico. Sin embargo recientemente se ha detectado un aumento de la solicitud de D dímero de manera injustificada suponiendo un problema en el algoritmo terapéutico ya que nos obliga a solicitar pruebas diagnósticas confirmatorias frecuentemente cruentas para el paciente.

Por todo esto nos planteamos la necesidad de establecer criterios unificados para una adecuada práctica clínica

Oportunidades de mejora

- Adecuación de petición de d dímero conforme a las guías de práctica clínica y las escalas de probabilidad pretest (Wells y Perc).
- Disminución de costes asociados a peticiones inadecuadas de pruebas diagnósticas de laboratorio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de la calidad asistencial en base a la adecuación de peticiones de laboratorio según medicina basada en evidencia (metanálisis)

Evitar eventos adversos (flebitis...)

Proporcionar atención más coste efectiva

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

1. Revisión bibliográfica por parte de todos los componentes del grupo y puesta en común.

2. Elaboración de protocolo con uso de escalas Wells , y Perc . Aceptación de protocolo ETEV por parte de comisión hospitalaria.

Responsable: FEA

3. Divulgación en seno de equipo de urgencias (FEAs MIR) mediante sesiones clínicas, y distribución de material en soporte físico (tablas , score, algoritmos...)

Responsables: FEA

4. Creación de hoja de registro de eventos adversos relacionados con venoclisis (buzón)

Responsable: FEA , DUE

5. Formación de responsables del proyecto en metodología de estudios de coste efectividad.

Responsable : FEA Urgencias PREVENTIVA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

325

ADECUACION DE LA SOLUCITUD DEL D DIMERO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador: Escala Wells y Escala Perc .Estudio restrospectivo descriptivo de peticiones de d dimero y uso de escalas pre test. Porcentaje de solicitudes realizadas en base al protocolo establecido
Indicador : Registro de eventos adversos secundario a venoclisis . Estudio descriptivo de eventos adversos (metodo London).
Proporcionar atención mas coste efectiva: Relizacion de estudio coste e

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboracion de protocolo : De marzo 2011 a finales de Mayo 2011.2° trimestre
Divulgacion presentacion , sesiones: Junio 2011 3° trimestre
Estudio decriptivo : Julio a Diciembre 2011 4° trimestre
Presentacion resultados : Primer Trimestre 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material fungible divulgatorio urgencias	400 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. AMBITO DEL PROGRAMA

Equipo multidisciplinar compuesto por medico de urgencias hospitalarias, Hematologo, Fea bioquimica, y DUE de servicio urgencias del hospital de Calatayud.
Tecnica de determinacion de D dimero: determinación cuantitativa por inmunoensayo de partículas de latex.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

MEJORA EN LA SOLICITUD Y RECOGIDA DE MUESTRAS PARA EL DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN URGENCIAS

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR RODRIGO PEREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA
- ALONSO ALCAÑIZ MARTA. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- GARCIA-LECHUZ MOYA JUAN MANUEL. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA
- MARTINEZ ESTEBAN ESTIBALIZ. DUE. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- GONZALEZ ARIZA BENJAMIN. DUE. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- CAMPOS SANCHEZ ALEJANDRO. DUE. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- SERRANO FARADUES ISABEL. TEL. HOSPITAL ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. CONOCER COMO, CUANDO Y PARA QUE SE SOLICITAN PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
2. MEJORAR LOS METODOS DE RECOGIDA Y TRASPORTE DE LAS PRINCIPALES MUESTRAS PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS. SEGURIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.
3. MEJORAR LA ADECUACION MUESTRA-DIAGNÓSTICO Y LA CALIDAD DE LA MUESTRA EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS, URINARIAS Y SEPSIS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * FORMAR AL PERSONAL SANITARIO EN LA CORRECTA RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DESDE LA URGENCIA
- * REDUCIR EL NUMERO DE MUESTRAS INADECUADAS QUE LLEGAN AL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
- * AJUSTAR LAS INDICACIONES DE LA TOMA DE MUESTRAS PARA MEJORAR LA RENTABILIDAD Y AGUDEZA DIAGNOSTICA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º CHARLAS DE FORMACION SOBRE QUE, COMO, CUANDO Y PARA QUE DE LA TOMA DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA, CON SUPUESTOS REALES, VOLANTES DE PETICION, CALIDAD DE LA TOMA, TIEMPO DE TRANSPORTE, DEMORA DIAGNOSTICA Y RESULTADOS ESPERABLES.

2º PROTOCOLIZAR DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS MAS FRECUENTES ASISTIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INFECCIONES RESPIRATORIAS Y ORL, MENINGITIS, SEPSIS, INFECCIONES URINARIAS, FOD, ETS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. PETICIONES DE HEMOCULTIVOS URGENCIAS/HEMOCULTIVOS TOTALES
2. PROPORCION HEMOCULTIVOS PEDIDOS/HEMOCULTIVOS POSITIVOS
3. MUESTRAS DE ORINA PRUEBAS RAPIDAS/RESULTADOS POSITIVOS
4. MUESTRAS ORINA REMITIDAS/MUESTRAS CONTAMINADAS
5. MUESTRAS RESPIRATORIAS REMITIDAS/MUESTRAS NO VALORABLES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACION 12 MESES
- 1º 3 MESES DE CHARLAS DE FORMACION Y PUESTA A PUNTO DE DATOS ESTADISTICOS DE PARTIDA.
- 2º 9 MESES DE IMPLANTACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE RECOGIDA Y TRANSPORTE
- 3º 1 MES DE EVALUACION DE RESULTADOS

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 - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

MEJORA EN LA SOLICITUD Y RECOGIDA DE MUESTRAS PARA EL DIAGNOSTICO MICROBIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN URGENCIAS

· GASTOS DE FORMACION E IMPLANTACION	300 €
· GASTOS SEGUIMIENTO, CORRECCION Y EVALUACION FINAL	500 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

177

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE MARIA JOSE RUBIO MONTUENGA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. HEMODIALISIS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. DIRECCION
- ARIAS CRUZ FRANCISCO. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MARTINEZ TOMEY CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. ENDOSCOPIAS
- ALBIZU TELLERIA ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANOS
- SALVADOR I TENA VICTORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- VALLEJO GUERRERO MARIA ASCENSION. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La variabilidad en la práctica clínica, entendida como diversidad no justificable por el conocimiento científico o la epidemiología de un problema de salud, sino que es reflejo de las idiosincrasias de los profesionales o del entorno sanitario, es una fuente importante de no-calidad. Esta diversidad inapropiada puede esconder, en algunos casos, un uso ineficiente de recursos, pero lo que siempre representa es un problema de calidad asistencial.

La elaboración de planes de cuidados, protocolos o guías clínicas que establezcan un modelo óptimo de asistencia, nos va a permitir mejorar la calidad de la asistencia que prestamos. La estandarización de cuidados basada en el desarrollo de planes de cuidados, protocolos, guías o recomendaciones, conduce a la necesidad crítica de evaluar científicamente y objetivamente los resultados de los cuidados de enfermería, sobre todo cuando se utilizan diferentes aproximaciones para un mismo problema de salud. El resultado de esta evaluación puede plasmarse finalmente en documentos que mejoren la atención, evitando diferencias basadas en criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

La revisión, unificación, actualización y estandarización de los cuidados de enfermería que se prestan en el hospital, basándolos en la mejor evidencia científica disponible, va a redundar directamente en una mejora de la asistencia prestada al paciente. Además debe servir como elemento motivador para el personal de enfermería y debe suponer una herramienta que facilite la realización adecuada de los cuidados, la formación y la integración al trabajo del personal de nueva incorporación.

Por otro lado, la inminente puesta en marcha en los centros hospitalarios pertenecientes al Servicio Aragonés de Salud del gestor informatizado de cuidados Gacela Care, hace necesaria la preparación en formato electrónico de los Protocolos y Procedimientos de enfermería en vigor en el Hospital Ernest Lluch.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El objetivo que nos planteamos con este proyecto de mejora fue la actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería del Hospital Ernest Lluch, la modernización de su formato, la unificación en todas las unidades y la creación de un acceso informático desde todas las unidades.

Para ello, recopilamos un total de 215 protocolos y procedimientos distintos, dispersos por el Hospital, detectando la gran variabilidad de información existente sobre un mismo protocolo en las distintas unidades de Enfermería. Además, comprobamos que la mayoría de ellos fueron revisados por última vez en 1995 y que sólo un número mínimo cumplían los requisitos establecidos para la elaboración de protocolos como es el estar basados en la evidencia existente o simplemente recoger datos como fecha de actualización y bibliografía. Este sondeo nos hizo decidir el abordaje de un número limitado de protocolos pero que sin embargo estuviesen bien elaborados, se ajustasen a la realidad de nuestro Sector de salud y fuesen conocidos por todo el personal de enfermería del Sector.

Decidimos comenzar por el protocolo de Úlceras por presión (UPP) y para ello formamos la Comisión de UPP del Sector que llevo a cabo la elaboración del Protocolo y su implantación en el Hospital Ernest Lluch.

Este trabajo fue premiado en 2007 por la Sociedad Aragonesa de Calidad como "Mejor proyecto de Seguridad Clínica desarrollado en Aragón".

Durante 2008, la Comisión de Enfermería Quirúrgica del Sector cuyos integrantes forman parte del grupo de trabajo Ioanna Briggs de Enfermería

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 177

ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Basada en la Evidencia, colaboró en la elaboración del Protocolo de cuidados del catéter intravenoso periférico y trabajó la estrategia de implementación de dicho protocolo en todo el Hospital Ernest Lluch. Tras un corte de los indicadores previo, se dio comienzo a la impartición de talleres de información dirigidos a todas las enfermeras del Hospital Ernest Lluch, aunque en vistas a mejorar la continuidad de cuidados se hicieron extensibles al personal de enfermería de Atención Primaria de nuestro Sector y del 061.

En Marzo de 2009 se realizó la implementación oficial del protocolo en todo el Hospital Ernest Lluch y en Julio de 2009 se realizó una medición de indicadores para poder comparar resultados pre y post-implementación. A su vez en 2009 se realizó la implementación del nuevo procedimiento sobre transfusiones sanguíneas.

En 2010 tuvo lugar la realización de un protocolo de Atención al paciente con Reservorio cutáneo. Su difusión en el sector se realizó a través de 3 talleres, en Abril de 2010, al que asistieron 102 enfermeras, tanto del Hospital Ernest Lluch como de Atención Primaria y del 061, que valoraron los talleres con una media de 8.5 puntos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Implicar a los profesionales de enfermería del Sector de Calatayud en la estandarización de cuidados de enfermería.
- ? Revisar, actualizar y unificar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería existentes en el hospital Ernest LLuch.
 - ? Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad.
 - ? Establecer una estructura informática que permita el acceso a los protocolos, planes de cuidados, recomendaciones, etc. en un formato electrónico desde cualquier unidad de enfermería del Hospital a través de la Intranet y su revisión y actualización periódica.
 - ? Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...
 - ? Conseguir que cada uno de los protocolos elaborados o actualizados se implemente en el sector de Calatayud y se evalúen los resultados obtenidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ? Continuar con la unificación y actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería, de forma que se garantice la mejor atención en todas las Unidades, atendiendo a la mejor evidencia y a las mejores prestaciones posibles en nuestro hospital: Grupo de mejora de enfermería.
- ? Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad: Grupo de mejora de enfermería.
 - ? Pasar todos los documentos a un formato electrónico que permita a corto-medio plazo colgarlos en la intranet para facilitar el acceso a cualquiera de ellos desde cualquier unidad de enfermería del Hospital y permitir su revisión y actualización periódica: Unidad de calidad.
 - ? Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...: Unidad de calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Durante 2011 se habrá actualizado un nuevo protocolo que cumpla los criterios de calidad definidos
- Indicadores:
- ? Existe un protocolo actualizado en 2011 que cumple los criterios de calidad (Aprobado-Revisado por la Comisión de Cuidados del Sector)
 - ? El protocolo es accesible a través de la Intranet a todas las Unidades de Enfermería del Hospital Ernest Lluch y para las enfermeras que desarrollan su trabajo en los distintos Centros de Salud del Sector de Calatayud.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Priorización de los protocolos pendientes de actualizar: Mayo 2011.
- Actualización de al menos un protocolo: Mayo-Septiembre 2011.
 - Difusión a través de la Intranet: Octubre-Diciembre 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- *2 becas para la inscripción en las Jornadas Nacionales de Supervisión 1.120 €
 - Total 1.120 €

11. OBSERVACIONES. Los miembros del equipo de mejora pertenecen a la Comisión de Enfermería Quirúrgica del Hospital Ernest Lluch

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 177

ACTUALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

*2 becas para la inscripción en las Jornadas Nacionales de Supervisión de enfermería

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 234

REVISION DE LA HISTORIA MEDICO LABORAL DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR CALATAYUD

2. RESPONSABLE TERESA SOLER GIMENO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CAMPO SANZ MATILDE. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- RUIZ GIMENO AZUCENA. AUXILIAR ADMISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
- MARIN ALVAREZ CESAR. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO DE PERSONAL
- SANCHEZ MARTINEZ CARMEN. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO DE PERSONAL
- MOROS MARTINEZ ANA. ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO DE PERSONAL
- RAMANA BURGUEÑO PEREZ. ADMISTRATIVO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SERVICIO DE PERSONAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA HISTORIA MEDICO LABORAL DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS DEL AREA V, ESTA ARCHIVADA Y CUSTODIADA EN LA UNIDAD BASICA DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. EN CUMPLIMIENTO DEL REAL DECRETO 120/2006 DEL GOBIERNO DE ARAGON`` CON CARACTER PREVIO A LA TOMA DE POSESION O CUALQUIER MODALIDAD CONTRACTURAL, DEBERA EFECTUARSE EL RECONOCIMIENTO MEDICO...``POR EL NUMERO DE PERSONAS CONTRATADAS TEMPORALMENTE SE CREAN UN IMPORTANTE NUMERO DE HISTORIAS QUE DEBEMOS ARCHIVAR. EL PROYECTO PRETENDE ESTABLECER UN ARCHIVO DE TRABAJADORES EN ACTIVO Y TRABAJADORES EN SITUACION DE PASIVO, MEDIANTE UNA REVISION SEMESTRAL Y ASI ACTUALIZAR LOS ARCHIVOS QUE ACTUALMENTE ESTAN EN UNOS ARCHIVADORES SOBRECARGADOS CON PROBLEMAS EN EL DESPLAZAMIENTO DE LOS CAJONES Y CERRADURAS INADECUADAS E IRREPARABLES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ACTUALIZAR EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS MEDICO LABORALES. FACILITAR EL MANEJO. FACILITAR LA CUSTODIA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-SE SOLICITARA AL SERVICIO DE PERSONAL DEL CENTRO EL LISTADO DE TRABAJADORES EN ACTIVO EN EL MES DE JUNIO Y DICIEMBRE. 2-SE REALIZARA UN REGISTRO DE HISTORIAS ACTIVO Y PASIVO EXISTENTES. 3-SE RETIRARA LAS HISTORIAS DE UN ARCHIVADOR DE ACTIVO A PASIVO, SI EL TRABAJADOR ESTA EN ESTA SITUACION. 3-SE REVISARA TODAS LAS HISTORIAS EXISTENTES EN EL ARCHIVADOR DE ACTIVO, PARA DESECHAR LOS IMPRESOS SIN RELEVANCIA QUE PUEDAN ACUMULASE. 4- EL PROCEDIMIENTO SE REALIZARA DOS VECES AL AÑO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- NUMERO DE HISTORIAS MEDICO LABORALES QUE SE COLOCAN EN EL ARCHIVADOR DE PERSONAL EN SITUACION DE PASIVO. 2- N° DE HISTORIAS MEDICO LABORALES EN SITUACION DE ACTIVO REVISADAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO JUNIO 2011 FINALIZACION DICIEMBRE 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- DOS ARCHIVADORES DE HISTORIAS CON CAJONES METALICOS Y CERRADURA 600 €
- Total 600 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

234

REVISION DE LA HISTORIA MEDICO LABORAL DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR CALATAYUD

11. OBSERVACIONES. ES IMPRESCINDIBLE LA ADQUISION DE ARCHIVADORES PARA GUARDAR LA DOCUMENTACION

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 081

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH ADAPTANDOLOS A LAS NUEVAS TECNICAS QUIRURGICAS

2. RESPONSABLE JOSE MARIANO SOPESENS GARETA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. QUIROFANO
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JIMENEZ IHUAR BEN CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SUPERVISION DE QUIROFANO
 - EXPOSITO MURILLO FRANCISCA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
 - MUÑOZ CASADO FELICIA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. QUIROFANO
 - ZAPATA LOPEZ ANA BELEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. DIRECCION DE ENFERMERIA
 - GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. SUBDIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA ACTUALIZACIÓN Y MEJORA DE CONOCIMIENTOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UN ÁREA QUIRÚRGICA ES FUNDAMENTAL PARA EL BUEN DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES DIARIAS. LA REVISIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS ADAPTÁNDOLOS A LAS NUEVAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN CONSTANTE INNOVACIÓN, ES LA BASE FUNDAMENTAL DE SU TRABAJO DIARIO. PARA ELLO SE RECOGERÁ TODA LA INFORMACIÓN POSIBLE DE MANOS DE LOS JEFES DE SERVICIO QUIRÚRGICOS, DE CURSOS, CONGRESOS Y DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACTUAL.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORA Y ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA Y POR CONSIGUIENTE MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. FORMACIÓN INDIVIDUALIZADA POR PARTE DEL COORDINADOR DEL EQUIPO DE MEJORA PARA EL RESTO DEL PERSONAL DEL SERVICIO, VALIÉNDOSE PARA ELLO DE CHARLAS INDIVIDUALES Y PRESENTACIONES INFORMATIZADAS. RESTO DEL EQUIPO COLABORACIÓN EN LA REVISIÓN Y DIGITALIZACIÓN DE PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS. SE REVISARÁN Y DIGITALIZARÁN TODOS LOS PROTOCOLOS EXISTENTES EN EL SERVICIO. ASÍ MISMO SE REALIZARÁN CURSOS Y CONGRESOS ESPECÍFICOS DE LOS MODELOS A MEJORAR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS SOPORTES INFORMÁTICOS POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL BLOQUE QUIRÚRGICO. CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA Y POSIBILIDAD DE CONSULTA DE TODOS LOS PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA QUIRÚRGICA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO MAYO DE PRESENTE AÑO Y FINALIZACIÓN DE LA PRIMERA FASE A FINALES DE AÑO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- MATERIAL DE OFICINA E INFORMÁTICO 1.500 €
 - ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS DE FORMACIÓN 1.000 €
 - Total 2.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

431

UNIFICACION DE CRITERIOS DE PETICION DE LAS PRUEBAS DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE FELICIDAD YAÑEZ RODRIGUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MORENO DEL CASTILLO PILAR. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA
- GARCIA GUTIERREZ ALMUDENA. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICO
- CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MONTON BLASCO GEMMA. ENFERMERA. HOSPITAL ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La presión asistencial en las urgencias hospitalarias ha sufrido un importante incremento en los últimos años, tanto en el número como en la complejidad de los procesos atendidos. La necesaria rapidez en la toma de decisiones, hace que en numerosas ocasiones sea difícil no excederse en la petición de pruebas complementarias de laboratorio, especialmente en las de coagulación. La inadecuación de la petición, en un entorno de crisis económica, perjudica a la totalidad del sistema, ya que produce un sobre coste además de una detración de recursos sobre otras actuaciones necesarias. Para detectar esta problemática y obtener una mejora, se ha de establecer una acción educativa sobre los facultativos que permita el desarrollo de un protocolo de adecuación de la petición junto con una revisión de las peticiones realizadas antes-después de la acción educativa para establecer de cara al futuro una mejora de las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de la adecuación de la petición de las pruebas de coagulación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentación conjunta del Estudio a los facultativos de los diferentes servicios implicados (Yañez, Muñoz, Moreno del Castillo, García).

Identificación a través de la base de datos de laboratorio de los pacientes atendidos en urgencias a los que se solicitó prueba de coagulación durante los 6 meses previos y posteriores al inicio del estudio (Moreno del Castillo, García).

Recuperación de las historias clínicas de urgencias, de los pacientes identificados por la base de datos de laboratorio (Yañez, Muñoz, Monton, Catalán).

Análisis de la adecuación de la patología clínica con la petición de las pruebas de coagulación (Yañez, Muñoz, Monton).

Presentación de resultados (Yañez, Muñoz).

Presentación de resultados del estudio a Congresos (Todos los integrantes del equipo investigador).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- N° de pacientes con petición adecuada de prueba de coagulación/ N° de pacientes con petición de prueba de coagulación solicitada x 100. Historia Clínica Urgencias, Base de datos laboratorio, consenso entre profesionales. Estandar 90%. Antes y después de intervención educativa.

2.- N° de pacientes con petición adecuada de prueba de coagulación en procedimiento medicos/ N° de pacientes con petición de prueba de coagulación solicitada para procedimientos medicos x 100. Historia Clínica Urgencias, Base de datos laboratorio, consenso entre profesionales. Estandar 90%. Antes y después de intervención educativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fechas: Mayo 2011-Mayo 2012.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

431

UNIFICACION DE CRITERIOS DE PETICION DE LAS PRUEBAS DE COAGULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Cronograma:

Presentación del estudio. Mayo 2011.

Identificación a través de la base de datos de laboratorio de los pacientes atendidos en urgencias a los que se les ha solicitado pruebas de coagulación en los 6 meses anteriores al comienzo del estudio. Junio 2011-Agosto 2011.

Recuperación de la historia clínica de urgencias de los pacientes atendidos en urgencias a los que se les ha solicitado pruebas de coagulación en los 6 meses anteriores al comienzo del estudio, identificados por las bases de datos de laboratorio. Agosto 2011-Octubre 2011.

Análisis comparativo de la adecuación de la petición de la prueba. Octubre 2011-Diciembre 2011.

Presentación resultados 6 meses. Diciembre 2011.

Identificación a través de la base de datos de laboratorio de pacientes atendidos en urgencias a los que se les ha solicitado pruebas de coagulación en los 6 meses posteriores al comienzo del estudio. Enero 2012-Marzo 2012.

Recuperación de la historia clínica de urgencias de los pacientes atendidos en urgencias a los que se les ha solicitado pruebas de coagulación en los 6 meses posteriores al comienzo del estudio identificados por las bases de datos de laboratorio. Marzo 2012-Mayo 2012.

Análisis comparativo de la adecuación de la petición de la prueba. Mayo 2012.

Presentación resultados finales. Mayo 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 480

1. TÍTULO

ASEGURAR LA PREPARACION Y CONSERVAION DEL MATERIAL ESTERIL DE LOS EQUIPOS ESPECIALES COMPUESTOS POR 6, 10 PIEZAS, DE LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL Y OFTALMOLOGIA DE URGENCIAS. ASEGURAR LOS DATOS DE TRAZABILIDAD DEL PROCESO AGRUPANDO LOS MATERIALES EN CAJAS

2. RESPONSABLE BELEN ZAPATA LOPEZ
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ BENEDI ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. UNIDAD MATERNO-INFANTIL
· CLEMENTE SALA ESPERANZA. ENFERMERIA. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. MARIA PREVENTIVA-ESTERILIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existen dudas sobre la integridad en el momento del uso, de los equipos especiales de CATETERISMO UMBILICAL, VENOTOMÍA, y OFTALMOLOGÍA de 9,10 y 6 piezas respectivamente, puesto que van envasados en papel de grado médico, por lo que se pretende esterilizarlo en cajas de curas que garanticen la esterilización hasta el momento del uso.
Agrupar los materiales en cajas, que se puedan marcar y traza los datos del proceso de esterilización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir los riesgos derivados de la ASISTENCIA, MEJORANDO Y OPTIMIZANDO la utilización de los recursos, LOS RECURSOS EXISTENTES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

Cambiar el envasado de los equipos especiales de curas de 6 a 10 piezas, para evitar roturas y contaminaciones durante el transporte del material estéril y el periodo que transcurra hasta el momento del uso.

Se deciden las necesidades con las Responsables de Urgencias y U. Materno Infantil propietarias de los Equipos.

Se investigan los datos sobre el nº de piezas, nº de equipos existentes.
Se comprueba que actualmente, por el modo de envasado, solo se pueden trazar manualmente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Envasar el 100% de los materiales especiales de Urgencias y Materno Infantil con nº de piezas de 6 a 10, en envases de papel, en cajas con accesorios de seguridad .

Nºequipos ESPECIALES de curas para agrupar en cajas,8	%
Nºequipos ESPECIALES de curas existentes	8 =

Marcar las cajas para Trazar el 100% de los procesos de las cajas de los equipos especiales.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se han detectado las necesidades, solicitado presupuestos y mantenido una reunión con la dirección de Enfermería, en marzo 2011. Se ha solicitado presupuesto de las cajas, pendientes de cerrarlo.
Compra de las cajas, chapas para código de barras y distribución de equipos, mayo-junio.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 480

ASEGURAR LA PREPARACION Y CONSERVAION DEL MATERIAL ESTERIL DE LOS EQUIPOS ESPECIALES COMPUESTOS POR 6, 10 PIEZAS, DE LA UNIDAD MATERNO-INFANTIL Y OFTALMOLOGIA DE URGENCIAS. ASEGURAR LOS DATOS DE TRAZABILIDAD DEL PROCESO AGRUPANDO LOS MATERIALES EN CAJAS

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cajas para equipos especiales de Ur y Materno Infantil	1.725 €
Total	1.725 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

334

1. TÍTULO

REDUCCION A DIEZ DIAS EL TIEMPO PARA EL DIAGNOSTICO DEL CARCINOMA PULMONAR EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

2. RESPONSABLE MARCOS ZUIL MARTIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. RADIOLOGIA
- CEBRIAN GARCIA CARMELO. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. ANATOMIA PATOLOGICA
- ELENA MONEVA PILAR. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. ONCOLOGIA MEDICA
- JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. ONCOLOGIA MEDICA
- ARNAL GRACIA RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. MEDICINA INTERNA
- FORCEN CASADO TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. NEUMOLOGIA
- MARTINEZ TOMEY CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD. ENDOSCOPIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de pulmón constituye aproximadamente el 15-21% de las neoplasias. Lidera, con un 17% (28% en varones y 9% en mujeres), el porcentaje más alto de muertes por cáncer y su supervivencia se estima, considerando el conjunto de estadios, menor de un 15% a los 5 años. Esta supervivencia tiene una estrecha relación con el estadio pronóstico (superior al 60% si no hay evidencias de diseminación local, regional o distal de la neoplasia y si el tamaño del tumor es menor de 3 cm, asciende al 80-90%). Es, por tanto, recomendable su diagnóstico precoz y la mayor diligencia entre la detección de la lesión y el inicio del tratamiento.

En el momento actual, en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, la obtención de muestras para el diagnóstico anatomopatológico del cáncer de pulmón se logra tras la realización de fibrobroncoscopia, fibrobroncoscopia con control radioscópico en las lesiones periféricas o de la Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) transcutánea con control de TAC torácico en aquellas lesiones periféricas no diagnosticadas previamente. Ello ha permitido lograr el diagnóstico de más del 90 % en los casos estudiados.

Teniendo en cuenta que, una vez confirmado el diagnóstico anatomopatológico del Ca. Pulmón, su estadificación final puede implicar la realización de pruebas complementarias que exceden el ámbito de un Hospital Comarcal, urge lograr el diagnóstico anatomopatológico del tumor en el propio hospital en el menor tiempo posible. Para ello es fundamental la coordinación entre los Servicios implicados, con el fin de reducir al mínimo tiempo, el estimado para el diagnóstico de la masa tumoral pulmonar.

En nuestro Centro, implicando a los Servicios de Neumología, Medicina Interna, Radiología, Anatomía Patológica y Oncología Médica, se pretende que el tiempo transcurrido desde la realización de un TAC torácico hasta el diagnóstico anatomopatológico de una masa pulmonar, incluyendo las lesiones periféricas, sea menor o igual a 10 días.

Ello permitiría reducir el tiempo para iniciar el tratamiento correspondiente o para la evacuación en los casos requeridos, a Unidades de Tratamiento de Referencia Transhospitalarias (Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Cirugía Torácica) de esta Comunidad Autónoma.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir a 10 días el tiempo máximo de espera entre la realización del TAC torácico y el diagnóstico anatomopatológico de una masa pulmonar.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

334

REDUCCION A DIEZ DIAS EL TIEMPO PARA EL DIAGNOSTICO DEL CARCINOMA PULMONAR EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. :-Primer mes: Coordinación de Proyecto entre los Servicios, con el fin de establecer caso tipo habitual:

Masa pulmonar periférica:

? Establecer como día fijo semanal (lunes) la realización de TAC torácico de masa tumoral periférica diagnosticada previamente.

? Establecer como día fijo semanal (miércoles) la realización de fibrobroncoscopia con control radioscópico.

? El estudio anatomopatológico de las muestras remitidas tras la fibrobroncoscopia, debería de realizarse en un tiempo máximo de 72 horas (contabilizando días hábiles).

? Establecer como días fijos semanales (martes o miércoles) para Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) de los casos anatomopatológicos no concluyentes tras fibrobroncoscopia.

? El estudio anatomopatológico de las muestras remitidas tras PAAF, debería de realizarse en un tiempo máximo de 48 horas (contabilizando días hábiles).

o Masa pulmonar no periférica:

? Realización de fibrobroncoscopia los días habituales de estudio broncoscópico, una vez realizado el TAC torácico.

? El tiempo requerido para los resultados anatomopatológicos, serán idénticos a los supuestos incluidos en los casos de masa periférica.

-Desarrollo de Protocolo: Mayo-Diciembre 2011

-Diciembre: Valoración de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Porcentaje pacientes con diagnóstico anatomopatológico de Ca. Pulmonar sin haber precisado traslado a otro Centro para ello.

-Tiempo transcurrido entre el TAC torácico y el diagnóstico anatomopatológico. Se pretende establecer como máximo el de 10 días.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Abril 2011: Coordinación de Proyecto entre Servicios con el fin de establecer actuación en caso tipo habitual periférico o central.

-Mayo 2011: Inicio de Proyecto.

-Diciembre 2011:

a. Finalización

b. Evaluación final

c. Propuesta de mejoras e incidencias.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pinzas de biopsia y cepillos citológicos desechables / Neumología	1.200 €
· Agujas de citología desechables / Radiología	300 €
· Material de tinción e inmunohistoquímica / A. Patológica	1.800 €
Total	3.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR