

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 21 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
CA	AP	CS ARIZA	BERNAD HERNANDO SONIA	10	REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA. MEJORANDO LA SATISFACCION DEL USUARIO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ALONSO ALCAÑIZ MARTA	230	OPTIMIZACION DEL PROCESO 'COLICO BILIAR SIMPLE'
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ALONSO GREGORIO EDUARDO	238	DESARROLLO E IMPLANTACION ON LINE DE UN CATALOGO INTERACTIVO DE PRUEBAS DE LABORATORIO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	BLANCO RUBIO NIEVES	331	HIERRO INTRAVENOSO PREOPERATORIO COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE EN CIRUGIA DE FRACTURA DE CADERA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	CASANOVA CARTIE NATALIA	385	EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE LAS TELEVISIONES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	CATALAN LADRON MARIA LUISA	192	MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS EN LA ASISTENCIA A VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	FARRER VELAZQUEZ MANUEL	324	MEJORA DE LA INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE LA EMBARAZADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GOMEZ HERNANDO MERCEDES	285	EMPLEO DE ANESTESICO LOCAL EN LA OBTENCION DE GASOMETRIAS ARTERIALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GOMEZ VALLEJO JESUS	269	PROGRAMA DE AHORRO DE UNIDADES DE CONCENTRADOS DE HEMATIES EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GRACIA ORERA MARIA SOL	200	ASISTENCIA A ACCIDENTES LABORALES EN UN HOSPITAL COMARCAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA	322	FORMACION DE FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL EN RELACION AL MANEJO DOMICILIARIO DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS: DOLOR, DISNEA, AGITACION Y CAQUEXIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	JIMENO SAINZ ARACELI	364	FAMILIARIZACION DEL CONTROL DE TENSION ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	LOPEZ APARICIO MARIA JOSE	314	MEJORA DEL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO	127	MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA ENDOCRINOLOGICA QUE REQUIERA ATENCION URGENTE O PREFERENTE
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	MONTESA LOU CRISTINA	207	APLICACION DE UNA PAUTA DE ANTICOAGULACION ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR DESDE URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	MUÑOZ JACOBO SERGIO	108	MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	PICOT CASTRO MIGUEL	316	MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PARTO Y LA LACTANCIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	89	PROTOCOLO DE MANEJO DEL COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL	93	PROTOCOLO DE HEMATURIA MONOSINTOMATICA EN URGENCIAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD	169	SEGURIDAD Y MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES HIPERTENSOS EN URGENCIAS, IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ZUIL MARTIN MARCOS	268	CONTROL DEL CIRCUITO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES EPOC AGUDIZADOS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

010

REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA. MEJORANDO LA SATISFACCION DEL USUARIO**2. RESPONSABLE** SONIA BERNAD HERNANDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MATEO MORENO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARIZA. ADMISION Y DOCUMENTACION
- NEGREDO HERNANDEZ EVA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- GOMEZ LLORENS CARMEN. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- BLANCAS COSTEA ANA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- RAMOS LOBERA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- NEIRA BARNUEVO EDUARDO. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Consejo de Salud de Ariza se constituyó el once de diciembre de 1989 manteniéndose reuniones de forma intermitente hasta el veintidos de mayo de 2001, según figura en el libro de actas del Consejo. A partir de esa fecha parecen existir reuniones informales sin que figuren en el registro de actas hasta la total desaparición de dicho elemento de participación ciudadana. A partir de 2012 se inician contactos informales desde el Centro de Salud con distintos estamentos de la comunidad tanto alcaldes como otras asociaciones con el fin de comprobar si existía algún interés por reactivar el Consejo de Salud, elemento que desde el Centro de Salud es percibido como fundamental. Dado el interés mostrado por las personas consultadas nos planteamos como proyecto prioritario la reactivación del Consejo de Salud durante este año 2013.

Otro elemento de reflexión para los profesionales del Centro fueron los malos resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción de usuarios del año anterior, a través del Consejo esperamos conocer de primera mano las quejas, propuestas de mejora...que pudieran existir y trabajar conjuntamente con los representantes de la población para mejorar su satisfacción con el Centro de Salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. APROBACION DEL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA. ELECCION DE LOS REPRESENTANTES DEL CONSEJO DE SALUD DE ZONA. REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE ZONA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ADAPTACION DE LA NORMATIVA GENERAL AL CONSEJO DE SALUD DE ARIZA CON LA APROBACION DE UN REGLAMENTO PROPIO: DÑA PILAR MATEO Y DRA BERNAD.

ELECCION DE LOS MIEMBROS DEL EAP QUE PERTENECERAN AL CONSEJO. DRA BERNAD
ENVIO DE CARTAS A LOS ALCALDES CONVOCANDO A LA FORMACION DEL CONSEJO, PARA QUE ACUDAN A UNA REUNIÓN INFORMATIVA Y ELIJAN A LOS REPRESENTANTES VECINALES: DÑA PILAR MATEO.
REALIZACION DE LA REUNION ANTES CITADA: DÑA PILAR MATEO, DÑA EVA NEGREDO, DR RAMOS, DRA BERNAD.
REALIZACION DE UNA REUNION DE CONSTITUCION DEL CONSEJO: DÑA PILAR MATEO, DÑA EVA NEGREDO, DR RAMOS, DRA BERNAD.
REALIZAR EL MENOS DOS REUNIONES DEL CONSEJO DURANTE EL AÑO 2013: ACUDIRAN TODOS LOS MIEMBROS DEL EAP DE FORMA ROTATORIA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. REGLAMENTO PROPIO ELABORADO: SI/NO

- ACTA DE LA REUNION DE EAP CON ELECCION DE MIEMBROS: SI/NO.
- DOCUMENTO ELABORADO PARA LA CONVOCATORIA DE ALCALDES A REUNION INFORMATIVA. SI/NO.
- ACTA DE LA REUNION INFORMATIVA: SI/NO.
- ACTA DE LA CONSTITUCION DEL CONSEJO: SI/NO.
- ACTAS DE LAS REUNIONES DEL CONSEJO. SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO 1 DE MARZO DE 2013, FECHA DE FINALIZACION 31 DE DICIEMBRE DE 2013.

MARZO 2013: ADAPTACION DE LA NORMATIVA
11 DE ABRIL 2013: REUNION INFORMATIVA CON LOS ALCALDES.
MAYO 2013: CONSTITUCION DEL CONSEJO.
JUNIO - DICIEMBRE: REALIZACION DE REUNIONES.
PRIMERA EVALUACION: OCTUBRE 2013.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

010

REACTIVACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA. MEJORANDO LA SATISFACCION DEL USUARIO

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

230

OPTIMIZACION DEL PROCESO 'COLICO BILIAR SIMPLE'

2. RESPONSABLE MARTA ALONSO ALCAÑIZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGO PEREZ MARIA MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- TORCAL AZNAR JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA GENERAL
- CASTILLO LARIO CARMEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
- CARDESA SABIO ANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La litiasis biliar tiene elevada prevalencia. Hasta un 10% -15% de la población adulta mediterránea.

Es más frecuente en mujeres y aumenta su incidencia con la edad.

Frecuentemente, pese a no haber signos de gravedad q lo justifiquen, se solicita ecografía abdominal urgente para la valoración de la vía biliar antes de dar de alta al paciente y se recomienda a su medico de Atención Primaria q solicite cita para revisión en consultas externas de Cirugía General, lo que genera una sobrecarga para el Servicio de Radiodiagnóstico por la mala utilización de los recursos, una sobrecarga de trabajo para el Servicio de Urgencias y un retraso en la valoración por parte del cirujano general.

Por todo ello, consideramos necesario establecer un protocolo que permita la realización de un estudio ágil y adecuado de estos pacientes, y a su vez, enseñar al paciente cuando debe acudir "obligatoriamente" a un Servicio de Urgencias después de un primer episodio de cólico biliar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Adecuar la atención en el Servicio de Urgencias del Hospital Ernest Lluch de Calatayud

2. Evitar la realización de pruebas complementarias que no tengan indicación urgente para evitar la sobrecarga del Servicio de Radiodiagnóstico.

3. Valoración rápida por parte del Servicio de Cirugía General

4. Educación sanitaria al paciente que le permita reconocer signos de alarma de su enfermedad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Definir los criterios de gravedad para solicitar una ecografía abdominal de forma "urgente"

2. Modificación de la agenda de Cirugía General de Consultas Externas del Hospital Ernest Lluch de Calatayud

3. Elaborar una hoja de recomendaciones al alta para el paciente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elaboración de un protocolo consensuado de manejo del cólico biliar no complicado. Indicador: se considerará cumplido tras su elaboración y aprobación por la comisión correspondiente.

2. Difusión del protocolo consensuado de manejo del cólico biliar no complicado en el Servicio de Urgencias del Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Indicador: se considerará cumplido tras la realización de las sesiones clínicas pertinentes en el Servicio de Urgencias.

3. Implantación del protocolo consensuado de manejo del cólico biliar no complicado en el servicio de Urgencias. Indicador:

- nº de pacientes con cólico biliar no complicado que reciben cita para Consulta Externa de Cirugía General en los 10 días siguientes a su valoración en el Servicio de Urgencias del total de pacientes que acuden a urgencias con dicha patología

- nº de pacientes con cólico biliar no complicado que reciben "hoja de recomendaciones" al alta del Servicio de urgencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Elaboración del protocolo consensuado de manejo del cólico biliar no complicado: Abril 2013- Agosto 2013

2. Difusión del protocolo consensuado de manejo del cólico biliar no complicado en el Servicio de Urgencias del Hospital Ernest Lluch de Calatayud: Septiembre 2013- Octubre 2013

3. Implantación del protocolo consensuado de manejo del cólico biliar no complicado en el servicio de Urgencias: Noviembre 2013- Diciembre 2013

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

230

OPTIMIZACION DEL PROCESO 'COLICO BILIAR SIMPLE'

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

238

DESARROLLO E IMPLANTACION ON LINE DE UN CATALOGO INTERACTIVO DE PRUEBAS DE LABORATORIO**2. RESPONSABLE** EDUARDO ALONSO GREGORIO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARIAS ALONSO MARIA ANTONINA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA
- LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MICROBIOLOGIA
- ESTEVE ALCALDE PATRICIA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
- MALO YAGUE MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA
- GARCIA GUTIERREZ ALMUDENA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
- ANTON DUCE ENRIQUETA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La actividad que desarrolla el laboratorio de análisis está orientada esencialmente al diagnóstico de las enfermedades. El primer paso del diagnóstico comienza con la obtención de la muestra clínica adecuada. La muestra no sólo debe ser representativa del proceso que se pretende diagnosticar, sino que además debe cumplir determinados parámetros y requisitos para tener un buen rendimiento. Todo ello repercute en la mejora de calidad de la muestra recibida, en su óptimo procesamiento, en la rapidez de obtención del resultado y, por ende, en la fiabilidad del resultado. Resultado que el clínico puede interpretar con seguridad. Hecho que revierte en beneficio final del paciente.

El síndrome clínico y los posibles agentes etiológicos implicados condicionan no sólo el tipo de muestra a enviar sino también su procedimiento de obtención y el transporte al laboratorio. Igualmente, la información clínica es la que permite al laboratorio aplicar las técnicas diagnósticas disponibles de manera más eficiente. Por ello es fundamental que el laboratorio esté en estrecha comunicación con los clínicos y que participe activamente en el proceso diagnóstico del paciente. A su vez, el laboratorio debe poner a disposición de los clínicos toda la información necesaria sobre las posibilidades diagnósticas que el laboratorio ofrece.

Al mismo tiempo, hemos observado y registrado incidencias relacionadas con la inadecuación de las muestras, debidas bien al errores en el procedimiento de obtención, en el contenedor, en la cantidad, en el medio de transporte y en el tiempo de envío al laboratorio para su adecuado procesamiento. Todo ello provoca un retraso en el diagnóstico y una molestia para el paciente, que ha de ser citado nuevamente para la recogida adecuada de la muestra.

La necesidad de mejora en la toma, recepción y envío de muestras nos lleva a plantearnos, por un lado, una mejora en las herramientas de consulta ya disponibles en el hospital, ampliando y aclarando conceptos y, por otro, una mejora en la accesibilidad a dichas herramientas, facilitando su divulgación y comodidad de acceso y manejo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Situación de partida:

Ø Diariamente se registran las incidencias relacionadas con el envío de muestras desde AP. Incidencias en el transporte, temperatura de neveras, falta de muestras, muestras duplicadas, mal enviadas. Las incidencias más graves se ponen en conocimiento inmediatamente por la supervisora del laboratorio al centro pertinente.

Ø Las incidencias de muestras remitidas procedentes del propio hospital, se registran en el libro habilitado para ello.

Resultados esperados:

-Una reducción global en el número de incidencias registradas, tanto de los centros de AP, como del propio hospital

-Facilitar una herramienta de acceso cómodo para consulta tanto de clínicos, como de personal encargado de tomas de muestras, para solventar cualquier duda que pueda surgir sobre cada muestra.; desde cómo realizar la toma hasta el responsable al que consultar y tiempo de resultado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En una primera fase, el laboratorio de microbiología elaboraría un documento en formato pdf exponiendo con fotos y tablas los contenedores disponibles para las tomas de muestras de microbiología, cómo transportarlas y la temperatura correcta de almacenamiento y tiempo máximo de almacenamiento. Dicho documento se añadiría al listado de perfiles ya existente de bioquímica y hematología, actualmente disponible en Intranet.

En una segunda fase, mas larga y laboriosa, consistiría en la creación de un catálogo global de todas las pruebas que se puedan solicitar al laboratorio de análisis, mediante la elaboración de una base de datos en formato Acces para su manejo ágil y rápido. Se elaborarían dos catálogos:

-Uno orientado para el personal que realiza las extracciones y toma de muestras donde se recoja información de tipos de contenedor para la correcta toma de muestra y conservación, condiciones de transporte, volumen o cantidad necesaria, temperatura y lugar de almacenamiento..

-Otro orientado a los facultativos donde se recoja la información sobre tiempos de respuesta, información previa para el paciente, interpretación de resultados e implicaciones de diagnóstico, responsable del laboratorio encargado de la prueba..

En una tercera fase, podría crearse una aplicación apta para descargar desde el móvil para un mejor y más

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

238

DESARROLLO E IMPLANTACION ON LINE DE UN CATALOGO INTERACTIVO DE PRUEBAS DE LABORATORIO

rápido acceso a la información. Para ello se requeriría la incorporación al proyecto de una persona cualificada. Este punto está por determinar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como el proyecto se plantea en dos fases, se evaluarán ambas por separado, hasta finalizar la segunda fase, en la que la evaluación se realiza conjunta, ya que ambas partes confluyen en el momento de la consolidación de la segunda parte del mismo.

Fase primera:

- Evaluación de la disponibilidad del documento de pruebas de microbiología en Intranet para su consulta en el tiempo establecido (6 meses). Indicador SI/NO.
- Evaluación de la utilidad de la disponibilidad de dicho documento: Indicador de muestras no recibidas/muestras recibidas y muestras mal recogidas/muestras recibidas. Para ello se creará una prueba de trazabilidad en el laboratorio de microbiología (ya disponible en el resto del laboratorio) para el contaje de las muestras mal recibidas y la descriptiva de cada muestra mal recibida. Una vez esté disponible la herramienta (3 meses) evaluar los tres meses posteriores y compararlos con los siguientes 6 meses posteriores a la disponibilidad en Intranet del documento en pdf.

Fase segunda: Creación de un catálogo de pruebas mediante una herramienta interactiva en Intranet y difusión de la misma.

- Evaluación de la elaboración. Se calcula que existen alrededor de 1000-1200 pruebas solicitables al laboratorio de análisis. Cada cuatro meses deberán estar elaboradas el 15-20% de las mismas. Por lo tanto, cada 4 meses se evaluará el indicador SI/NO de dicha elaboración.

-Al ser un trabajo arduo, se procederá a la evaluación de su utilidad cuando se haya creado el 50% de la base de datos, que será colgada en Intranet para el inicio de su manejo y empleo. El tiempo estimado para la creación del 50% es de 10 meses desde el inicio, por lo tanto a los 10 meses se medirá el indicador SI/NO de la creación del 50% de la base de datos. Posteriormente a los 20 meses cuando esté el 100% y la evaluación final del mes 20 al 24 para comprobación del dinamismo de la misma.

-Desde el arranque de su difusión en Intranet (a los 10 meses) se medirá cada 4 meses (además de la creación del 15-20% de base de datos que corresponde), la utilidad de la misma, comprobando mediante el indicador & "muestras mal recibidas en 4 meses tras implantación/% muestras mal recibidas en los 4 meses con anterioridad.

-Una vez implantada el 100% del Catálogo de pruebas, se procederá a su difusión y medición, tanto de su difusión como de su facilidad de acceso, uso y demanda, mediante el indicador = nº de visitas a la web trimestralmente/nº visitas del trimestre anterior.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto está dividido en dos partes.

- Ø Una primera parte de elaboración de un pdf con fotos y tablas de recogida de muestras de microbiología, tanto de contenedores donde enviarlas como de transporte, temperatura, almacenamiento y utilidad. Además, para su evaluación se creará una prueba de trazabilidad de muestras mal recogidas o mal enviadas al laboratorio. El pdf estará listo para ser expuesto en Intranet junto con el ya existente del laboratorio en 6 meses.
- La segunda parte a su vez se desglosa en tramos:
- Elaboración cada 4 meses de un 15-20% del catálogo de pruebas.
- Una vez creado el 50% dejarlo disponible en Intranet para inicio de contacto y consulta por parte de los clínicos. Este proceso converge en el tiempo con el final de la evaluación de la fase uno.
- Cada 4 meses seguir volcando directamente la base de datos según se vaya elaborando hasta la elaboración del 100% en el mes 20 de proyecto.
- Se incluye una fase de divulgación y puesta en conocimiento del catálogo, así como su manejo.
- Los meses del 20 al 24 servirán para evaluar la utilidad del catálogo.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Procesos organizativos mediante una Guía Interactiva de pruebas de Laboratorio. Formación de los profesionales.

POBLACIÓN DIANA

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

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

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

331

1. TÍTULO

HIERRO INTRAVENOSO PREOPERATORIO COMO ESTRATEGIA DE AHORRO DE SANGRE EN CIRUGIA DE FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE NIEVES BLANCO RUBIO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H ERNEST LLUCH
 - Localidad CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. TRAUMATOLOGIA
 - VAL MANSOUR SAMI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. TRAUMATOLOGIA
 - HUALDE ENGUITA ANA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. TRAUMATOLOGIA
 - ANADON GARCIA JUAN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. TRAUMATOLOGIA
 - MALO YAGÜE MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA
 - DE JUAN CEBOLLADA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. TRAUMATOLOGIA
 - MERELAS CORTES LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura de cadera en el anciano constituye un problema en los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología. La anemia crónica es una comorbilidad frecuente en el anciano que sufre una fractura de cadera, agravándose por la pérdida hemática que se produce y la necesaria intervención quirúrgica. La anemia determina en muchas ocasiones un agravamiento de algunas patologías que se presentan: cardíacas, respiratorias, neurológicas y renales. La transfusión de sangre alogénica es necesaria con frecuencia, en aquellos pacientes ancianos cuyos mecanismos compensatorios pueden estar disminuidos. La transfusión de sangre es un recurso limitado y no exento de riesgos que pueden producir complicaciones de tipo inmunológico con posible aumento de recidivas de neoplasia y de infección. Por este motivo es necesario buscar alternativas terapéuticas que disminuyan la necesidad de su realización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La administración de hierro intravenoso y el aporte de EPO contribuye a una rápida recuperación de la masa eritrocitaria con escasos efectos adversos, disminuyendo el número de transfusiones de sangre así como de concentrados transfundidos en pacientes con fractura de cadera que tienen que ser intervenidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Consistirá en administrar hierro intravenoso sacarosa y EPO en todos los pacientes que ingresan en el Servicio de Traumatología con fractura de cadera y que no presenten contraindicaciones; pacientes alérgicos al hierro y que presentan enfermedades relacionadas con la alteración del depósito de hierro.

El número de transfusiones y la cifra de concentrados de hematíes al año será mediante revisión de todas las historias clínicas de este proceso a realizar por los miembros del equipo de manera trimestral.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se valorará el número de transfusiones necesarias y el número de concentrados de hematíes utilizados en cada transfusión. Se comparará grupo de pacientes con fractura de cadera a los que se les ha administrado Fe iv y EPO con pacientes con las mismas características de años anteriores en los que no se había tomado la medida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se realizará a partir de Mayo de 2013 y tendrá duración prevista de un año, realizándose cortes transversales de vencimiento de cada trimestre.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

385

EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE LAS TELEVISIONES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**2. RESPONSABLE** NATALIA CASANOVA CARTIE

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. CALIDAD
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ZAPATA LOPEZ BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
- AGUILAR UTRILLA BRAULIO. GRUPO DE GESTION FUNCION ADMINISTRATIVA. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
- VAZ RODRIGUEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITALIZACION TRAUMATOLOGIA
- ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los medios audiovisuales son un recurso efectivo de transmisión del conocimiento y de educación para la salud. El aprendizaje de algunas técnicas, como por ejemplo la auto-administración de heparinas subcutáneas de bajo peso molecular, es mucho más sencillo utilizando vídeos que utilizando folletos informativos impresos.

Dado que el Hospital Ernest Lluch dispone ya de un canal gratuito de televisión accesible para los pacientes y familiares desde todas las unidades de hospitalización, este proyecto pretende poner en marcha su uso para potenciar la información y la educación para la salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información ofrecida a los pacientes ingresados y a sus familiares.

- Impulsar la educación para la salud de los pacientes ingresados y de sus familiares.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación del grupo de trabajo

- Priorización del contenido a difundir
- Elaboración de vídeos de corta duración
- Informar del proyecto a los usuarios, a través de carteles informativos en las habitaciones.
- Difusión de los vídeos a través del canal interno de TV del Hospital Ernest Lluch.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe un programa de educación para la salud para emitir en formato de vídeo

- Existen carteles informativos en las habitaciones sobre la existencia del canal.
- Existen al menos dos vídeos de educación para la salud disponibles para ser emitidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Creación del grupo de trabajo: Mayo 2013

- Priorización del contenido a difundir: Junio-Septiembre 2013
- Elaboración de vídeos de corta duración: Septiembre-Noviembre 2013
- Difusión de los vídeos a través del canal interno de TV del Hospital Ernest: Noviembre 2013

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

192

MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS EN LA ASISTENCIA A VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- BARCELONA DEL RIO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION
- GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. TRAUMATOLOGIA
- MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- GRACIA ORERA MARIA SOL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION
- ALCONCHEL PINA MARIA SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. FACTURACION Y CARGOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hospital de Calatayud se encuentra en el cruce entre la Carretera Nacional Sagunto-Burgos y la Autovía de Aragón. Atiende a un número importante de víctimas de accidente de tráfico. Hemos observado que se dan problemas en el registro de los datos, en la comunicación con las compañías, en la repatriación a sus Hospitales de Referencia u Hogares, en el registro en el informe de alta de los recursos utilizados en la asistencia..

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de una base de datos con los contactos de las compañías aseguradoras, teléfonos, mails..

Mejorar un documento de recogida de datos e incluirla en el sistema informático

Buena cumplimentación de los partes al juzgado

Incluir en el informe de alta los recursos utilizados en la asistencia.

Calidad y precocidad en los traslados a domicilio u otros centros de las víctimas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseñar una hoja de recogida de datos e incluirla en el sistema informático Trabajo en Equipo de los miembros de Urgencias, Admisión, Cargos, Traumatología y otros servicios implicados.

Reuniones periódicas.

Mejorar la información y comunicación de y con las Compañías Aseguradoras.

Mejor cumplimentación de los partes al Juzgado utilizando los recursos del Programa PCH

Facilitar con estas acciones el trabajo del Servicio de cargos y mejorar la facturación a terceros

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaborar la hoja de recogida de datos

Crear la base de datos de las Compañías

Implementación de las mismas

Sesión clínica con los componentes del Equipo para su aplicación.

INDICADORES:

CUMPLIMENTACION DE LA HOJA RECOGIDA DE DATOS > 90

CUMPLIMENTACION PARTE AL JUZGADO > 95

CUMPLIMENTACION UTILIZACION DE RECURSOS EN HC > 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ELABORACION DE DOCUMENTOS HASTA FINAL SEGUNDO SEMESTRE 2013

IMPLEMENTACION TERCER TRIMESTRE 2013

MEDIDA DE RESULTADOS AL FINAL DEL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2014

11. OBSERVACIONES. EN FUNCION DE RESULTADOS SE ESTABLECERA UN ESTUDIO SOBRE LA REPERCUSION EN LA FACTURACION11.

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

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Todas las edades

· SEXO. Ambos sexos

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRAFICO

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

324

MEJORA DE LA INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE LA EMBARAZADA

2. RESPONSABLE MANUEL FARRER VELAZQUEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H ERNEST LLUCH
 - Localidad CALATAYUD
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- YAGÜE MORENO HORTENSIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - ALCÁÑIZ SANCHO JUAN JOSE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - ALCOBER PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - VELASCO CERDA ISABEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El uso de una adecuada Cartilla sanitaria del embarazo, que incluya tanto el cronograma de seguimiento del embarazo, como la información básica personal de la embarazada y del feto, mejora la asistencia obstétrica y la satisfacción tanto de las gestantes como de los profesionales de los distintos niveles asistenciales que en cualquier momento del embarazo pueden atenderlas. Actualmente, la Cartilla sanitaria del embarazo de la que disponemos se encuentra obsoleta, por no reflejar los cambios recientes del Protocolo asistencial a la embarazadas de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO).

Es por eso, por lo que este proyecto pretende actualizar dicho documento y adaptarlo a las necesidades reales, para poder recoger una información completa.

De forma paralela, se elaborarán y colgarán en la intranet del Sector de Calatayud varios documentos con información ampliada sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información proporcionada a la embarazada
- Mejorar la comunicación entre los profesionales implicados en los distintos niveles asistenciales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar e implementar una Cartilla sanitaria del embarazo para el Sector de Calatayud
- Elaborar y colgar en la intranet del Sector de Calatayud varios documentos con información ampliada sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras la implementación de la Cartilla sanitaria del embarazo, se procederá a evaluar el porcentaje de pacientes a las que se les ha entregado dicha cartilla.

Los indicadores a medir serán:

- Existe una Cartilla sanitaria del embarazo actualizada
- Porcentaje de embarazadas a las que se ha entregado
- Existen en la intranet del Sector de Calatayud varios documentos con información ampliada sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de una Cartilla sanitaria del embarazo: Mayo-Octubre 2013
- Implementación: Noviembre 2013
- Elaboración y acceso en la intranet del Sector de Calatayud de varios documentos con información ampliada sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia: Mayo-Octubre 2013
- Evaluación de la implementación: Febrero 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

285

EMPLEO DE ANESTESICO LOCAL EN LA OBTENCION DE GASOMETRIAS ARTERIALES

2. RESPONSABLE MERCEDES GOMEZ HERNANDO

- . Profesión ENFERMERIA
- . Centro H ERNEST LLUCH
- . Localidad CALATAYUD
- . Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- . Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . ZUIL MARTIN MARCOS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
- . DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO ANALISIS CLINICOS
- . SANCHO MUÑOZ ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE NEUMOLOGIA
- . ESTEVE ALCALDE PATRICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO ANALISIS CLINICOS
- . ALONSO GREGORIO EDUARDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO ANALISIS CLINICOS
- . ARANDA LASSA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO ANALISIS CLINICOS
- . CUBILLO MIGUEL NATALIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITALIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La gasometría arterial constituye en la práctica clínica diaria la técnica más importante para valorar el intercambio pulmonar de gases y el equilibrio ácido-base. Además, la gran expansión adquirida por la oxigenoterapia en los últimos tiempos ha consolidado la incorporación de esta técnica como instrumento de trabajo indispensable para la labor clínica y para optimizar la atención a pacientes neurológicos. Por tratarse de una práctica dolorosa, presenta el rechazo de algunos pacientes y la incomodidad del personal de enfermería que la lleva a cabo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejoría en la disposición del paciente a ser sometido a gasometría y evitar la repetición de la citada prueba por la mala colaboración del mismo. Modelo exportable al resto del Hospital (incluidos los pacientes ingresados) y a otros Sectores del SALUD aragonés.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los pacientes a los que les sea prescrita la gasometría arterial desde un lugar de referencia (Unidad de Neumología: Dr. Marcos Zuil) serán divididos aleatoriamente en dos grupos para la realización de gasometría en el laboratorio. A un grupo se le realizará la gasometría de manera tradicional y al otro grupo con anestesia. La coordinación en el Servicio de Análisis Clínicos ello estará a cargo del personal de laboratorio (Dres. Patricia Esteve y Eduardo Alonso y DUES Ana de la Fuente y Carmen Aranda), donde, además, se contabilizará el material que hubiera debido de reutilizarse por repetición de alguna prueba. La obtención de datos gasométricos, validez de la prueba y recogida del nivel de satisfacción del paciente se llevaría a cabo en la Unidad de Neumología (DUES Mercedes Gómez Hernando y Elena Sancho Muñoz), desde donde se planteará la posibilidad de utilizar el sistema en planta de hospitalización (DUE Natalia Cubillo Miguel).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nivel de satisfacción del paciente, validez de la prueba (menor índice de gasometrías venosas o falsas gasometrías arteriales) y medida de instrumental necesitado por repetición de la prueba.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de toma de muestras: 1 de Mayo de 2013. Finalización: 31 de diciembre de 2013.

Abril 2013: establecer el flujograma de pacientes remitidos al Servicio de Análisis Clínicos desde la Consulta de Neumología para ser evaluados el mismo día de su realización.

Enero 2014: análisis e resultados obtenidos

Febrero 2014: exponer conclusiones de los estudios

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

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Adultos
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

269

PROGRAMA DE AHORRO DE UNIDADES DE CONCENTRADOS DE HEMATIES EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE JESUS GOMEZ VALLEJO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NICOLAU ABADIA FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. COT
- BLANCO RUBIO NIEVES. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. COT
- VAL MANSOUR SAMI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. COT
- HUALDE ENGUITA ANA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. COT
- ANADON GARCIA JUAN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. COT

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El uso de concentrados de hematíes por anemia postquirúrgica en la artroplastia total de rodilla alcanza el 50% en nuestro sector. Todo ello alcanza la cifra de 80 concentrados de hematíes al año. Es necesario disminuir el número de concentrados de hematíes ya que aumenta la morbilidad en el postoperatorio. Este cambio se debe producir con la introducción de alguna actuación efectiva y real, es decir, intentar que los pacientes no alcancen la anemia postquirúrgica tras esta cirugía electiva.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La cifra actual es de 80 concentrados de hematíes al año para este tipo de cirugía.

Los datos son facilitados en el cuadro de control que nos cede trimestralmente la dirección del centro y el servicio de hematología.

La actuación sería la correcta si somos capaces de descender en un 40% la utilización de concentrados de hematíes para transfusión.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pondrá en marcha la introducción de un recuperador sanguíneo en el postoperatorio que al menos tendrá un gasto 60% menor que la unidad de concentrados de hematíes. La colocación de este dispositivo no necesita labor extra o trabajo por parte de enfermería, ya que se recupera del mismo drenaje que colocamos en quirófano, por lo que su implantación puede ser inmediata. La cifra de concentrados de hematíes al año será mediante revisión de todas las historias clínicas de este proceso a realizar por los miembros del equipo de manera trimestral.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de concentrados de hematíes utilizados en pacientes a los que se les ha puesto una artroplastia total de rodilla. Esta cifra es referida de manera trimestral en el cuadro de mando de la Sección que realiza la Dirección del centro.

- Número de concentrados de hematíes no utilizados en pacientes a los que se les ha puesto una artroplastia total de rodilla respecto a los utilizados en el mismo periodo de tiempo en el año anterior. Otorgada por la Dirección del centro. Trimestral.

- Pacientes a los que se les ha ordenado la transfusión de algún concentrado de hematíes. Cifra que se obtendrá de la revisión de las Historias Clínicas. Trimestral.

- Número de recuperadores de sangre utilizados y cuantos por paciente. Cifra que será obtenida de la revisión de las Historias Clínicas. Trimestral.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se comenzará a realizar este proyecto el 1 de Octubre de 2013 y tendrá la duración prevista de un año, realizando cortes transversales al vencimiento de cada trimestre.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

200

ASISTENCIA A ACCIDENTES LABORALES EN UN HOSPITAL COMARCAL

2. RESPONSABLE MARIA SOL GRACIA ORERA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· PEÑA EGIDO ESPERANZA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. FACTURACION Y CARGOS
· PALACIN ARGUEDAS PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
· CARRERAS GRACIA SONIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ADMISION Y DOCUMENTACION
· ALCONCHEL PINA MARIA SOLEDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ERNEST LLUCH. FACTURACION Y CARGOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El HELL es el unico Centro Hospitalario en el Sector sanitario Calatayud.

En el se atienden en primera instancia a todos los pacientes que han sufrido un acte laboral en la zona de asistencia del mismo y limitrofes.

En muchas ocasiones surge el problema de plantear el tto. definitivo o el traslado a centros propios o contratados de las Mutuas Aseguradoras

Nos parece indispensable la existencia e un sistema de informacion que asegure la atención integral y de calidad a los pacientes victimas de dichos actes. su pronta llegada a los centros que les correspondan y una fluida comunicacion con las empresas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Asegurar una primera asistencia de calidad
Agilizar los tramites burocráticos que este tip de asistencia conlleva.

Correcta y precoz organizacion de traslados a los centros de referencia.

Inclusion en el informe de alta de los recursos utilizados: Pruebas diagnosticas, fármacos, intervenciones y otros ttos. aplicados.

Cumplimentación delparte judicial cuando proceda

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Evaluacion precisa de la situación actual
Sesiones informativas a los profesionales de los distintos servicios implicados en la asistencia.

Actualizacion de los sistemas de contacto con Aseguradoras y empresas.

Registro en la Hª Clinica de los recursos utilizados e informacion a cargos.

Cumplimentacion del informe de alta.

Realización del parte judicial cuando este indicado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Implementacion de nuevo sistema de registro.

Cumplimentación adecuada de la toma de datos > 90%

Inclusion de recursos utilizados en el informe de alta > 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboracion-actualizacion de la toma de datos antes del 30/09/2013

Elaboracion de un modelo e recursos utilizados en el informe de alta antes del 30/09/2013

Evaluacion provisional de resultados a 31/12/2013

Medida de resultados a 30/06/2014

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

1. TÍTULO

FORMACION DE FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL EN RELACION AL MANEJO DOMICILIARIO DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS: DOLOR, DISNEA, AGITACION Y CAQUEXIA

2. RESPONSABLE BERTA MARIA JIMENEZ RUBIANO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENO SAINZ ARACELI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
- ARNAL GRACIA RAFAEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
- HUICI POLO PATXI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
- GONZALEZ GOMEZ MARIA. MEDICO/A. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS: ASISTENCIA A DOMICILIO
- VALLEJO GUERRERO MARIA ASCENSION. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
- GASPAS REDONDO ESTHER. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
- ARIAS CRUZ FRANCISCO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se estima que un 70% de los seres humanos que fallecen experimentan algún tipo de sufrimiento antes de morir. El manejo de los pacientes diagnosticados de enfermedad terminal es complejo por la aparición progresiva de síntomas refractarios o de difícil manejo ambulatorio como el dolor, la disnea o el delirium, los cuales motivan frecuentes e innecesarias visitas a Urgencias, con el coste humano y de recursos que ello conlleva, así como el sufrimiento y discomfort secundarios del paciente y familiares. La mayoría de estos síntomas pueden prevenirse, anticipándonos a su aparición mediante los cuidados continuos domiciliarios, la coordinación eficaz entre los distintos Servicios y especialistas implicados en el manejo del paciente al final de la vida y la formación básica de familiares y cuidadores en el manejo de dichos síntomas. La medicalización progresiva de la vida y las dificultades para proporcionar cuidados domiciliarios adecuados, han favorecido que alrededor de un 80% de las muertes, tengan lugar en centros hospitalarios sin un proceso ordenado de anticipación o preparación. Actualmente se disponen de suficientes medios para evitar este sufrimiento y no prolongar situaciones de agonía próximas al fallecimiento, intentando evitar el paso por Urgencias, los ingresos en hospitales de cuidados agudos y el empleo de tratamientos agresivos no indicados en esta circunstancia clínica, es decir, en los pacientes diagnosticados de enfermedad terminal o con un pronóstico vital inferior a los 6 meses. Esta asistencia domiciliaria de cuidados paliativos al final de la vida ha de considerarse como un derecho para el paciente y una praxis incuestionable para los profesionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proponemos llevar a la cabo la formación básica de familiares y cuidadores de pacientes con enfermedad terminal en cuanto al manejo de los principales síntomas que estos experimentan antes de morir como una herramienta de mejora, con el objetivo de reducir o evitar ingresos o visitas frecuentes a los Servicios de Urgencias y tratamientos agresivos innecesarios o que no están indicados en relación a síntomas que podrían controlarse en domicilio, anticipando y programando la fase final de la enfermedad. Para alcanzar este objetivo es imprescindible la coordinación entre familiares y los diferentes Servicios y especialistas implicados en el cuidado del paciente: Atención Primaria, Cuidados Paliativos (Equipo de Soporte y Ayuda Domiciliaria o ESAD), Medicina Interna, Oncología Médica y el Servicio de Urgencias fundamentalmente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentación conjunta del Programa a los facultativos de los diferentes Servicios implicados: Jiménez, González

Identificación de los pacientes incluidos en programa de Cuidados Paliativos del Sector de Salud de Calatayud (ESAD) diagnosticados de enfermedad terminal o con pronóstico vital esperable inferior a seis meses. Para ello recurriremos a la base de datos del ESAD, recuperando todos los pacientes que cumplan estas características y que sean incluidos en el programa un año antes y un año después del inicio del estudio: junio 2012-Mayo 2013 Junio 2013-mayo 2014 (Jiménez, González y Vallejo).

A medida que se incluyan los pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos, se organizarán talleres interactivos dirigidos a los familiares y cuidadores de éstos. Desde el ESAD fundamentalmente, pero también desde cualquier otro Servicio implicado en el cuidado del paciente como Medicina Interna, Atención Primaria u Oncología Médica, se ofertarán dichos talleres o charlas educativas a familiares o cuidadores, detectando por tanto aquellos candidatos a la actividad formativa. El número de participantes dependerá del volumen de pacientes que se incluyan en el ESAD. Está prevista la organización de los mismos cada 2 meses, en el Salón de Actos del Hospital Ernest Lluch, ocupando 1 tarde en cada taller. Serán impartidas por los diferentes especialistas que integran el equipo y coordinadas por el ESAD. La duración también puede variar en función del número de participantes. Para ello es imprescindible mantener como hasta ahora la coordinación de todos los Servicios implicados en el cuidado del paciente al final de la vida.

Se abordarán conceptos básicos sobre la naturaleza y el manejo farmacológico básico de los principales síntomas que aparecen en esta etapa de la enfermedad: dolor, disnea, caquexia y delirium, adaptándolos al nivel sociocultural de los participantes. Se hará hincapié en desmentir falsos mitos, fundamentalmente en relación al tratamiento con opioides. Se facilitarán consejos sobre alimentación, hidratación y cuidados corporales en la fase final de la vida, aportando ideas básicas a nivel de usuario sobre el manejo de la vía subcutánea en domicilio. (Todos los integrantes del equipo)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

FORMACION DE FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL EN RELACION AL MANEJO DOMICILIARIO DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS: DOLOR, DISNEA, AGITACION Y CAQUEXIA

Se extraerán tanto de la base de datos del Servicio de Urgencias (registro específico de los pacientes incluidos en ESAD) como de la de Medicina Interna, el número de pacientes incluidos en ESAD entre junio de 2012 y mayo de 2013 que acudieron al Servicio de Urgencias y/o requirieron ingreso hospitalario. Realizaremos el mismo proceso con los pacientes incluidos en ESAD entre Junio- 2013 y mayo- 2014 (Jimeno, Arnal, Huici, Arias, Gaspar) 1 año después de iniciar el estudio, valoraremos mediante los indicadores a continuación mencionados y de forma proporcional al número de pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos o ESAD cada año, el número de pacientes incluidos en ESAD con diagnóstico de enfermedad terminal que acudieron al Servicio de Urgencias y/o requirieron ingreso hospitalario y lo compararemos con el número de pacientes de similares características incluidos en el ESAD el año anterior al inicio del estudio, que acudieron al Servicio de Urgencias y/o requirieron ingreso hospitalario, para determinar si la formación de los familiares y cuidadores ha influido positivamente en el manejo de los pacientes, reduciendo las consultas e ingresos por síntomas en la mayoría de los casos manejables en domicilio con la preparación y anticipación adecuadas. (Todos los integrantes del equipo)

Se recuperarán las historias clínicas de los pacientes para valorar los motivos de consulta o de ingreso, cuantificando el número de éxitos acontecidos en el hospital versus en domicilio, comparándose los resultados de cada período evaluable como hemos mencionado con anterioridad, para determinar si eran o no síntomas manejables o ingresos evitables. (Vallejo, Gaspar, Arias y Jiménez)

Presentación de los resultados (Jiménez, Jimeno)

Identificar problemas y oportunidades de mejora tras valorar los resultados, en un intento de proporcionar la mejor asistencia domiciliaria posible al final de la vida, evitando la medicalización innecesaria con el consiguiente confort del paciente y familiares que le rodean (todos los miembros del equipo junto con el grupo de trabajo de Cuidados Paliativos del Sector de Calatayud) (Todos los miembros del equipo)

Presentación de los resultados del estudio a Congresos (todos los miembros del equipo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes incluidos en ESAD que acuden a Urgencias/ número total de pacientes incluidos en ESAD x 100

Número de pacientes incluidos en ESAD que requieren ingreso hospitalario/ número total de pacientes incluidos en ESAD x 100

Se realizarán ambos indicadores para los períodos mencionados: Junio 2012-Mayo 2013 y Junio 2013-Mayo 2014, expresando el resultado en %, ya que el número de pacientes incluidos en ESAD en ambos períodos evaluables puede ser muy variable. Ambos se compararán directamente, valorando si se ha cumplido el objetivo del estudio y que porcentaje de reducción de visitas a Urgencias o ingresos hospitalarios hemos obtenido, suponiendo que el resultado sea positivo. Si es negativo, se analizarán las posibles causas y oportunidades de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013-Junio 2014

CRONOGRAMA

Presentación del estudio: Mayo 2013

Identificación, a través de la base de datos del ESAD, del total de pacientes del Sector de Calatayud incluidos en el programa de Cuidados Paliativos (ESAD) en el período Junio 2012-Mayo 2013. Junio 2013-Julio 2013.

Identificación, a través de la base de datos del Servicio de Urgencias y del Servicio de Medicina Interna, del % de pacientes incluidos en el ESAD que acudieron a Urgencias y/o requirieron ingreso hospitalario con respecto al 100% de pacientes incluidos en ESAD entre el mes de Junio de 2012-Mayo 2013. Julio 2013-October 2013. (Empleo de indicadores)

Planificación de talleres interactivos de formación dirigidos a familiares y cuidadores de pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal en los que se ha limitado el esfuerzo terapéutico incluidos en ESAD. Cada 2 meses desde el mes de Septiembre de 2013 y hasta que finalice el estudio. No obstante, la frecuencia de las charlas mencionada es orientativa y en cualquier caso flexible y sujeta al volumen de pacientes incluidos en el ESAD y a la disponibilidad de los miembros del equipo.

Identificación, a través de la base de datos del Servicio de Urgencias y del Servicio de Medicina Interna, del % de pacientes incluidos en el ESAD que acudieron a Urgencias y/o requirieron ingreso hospitalario con respecto al 100% de pacientes incluidos en ESAD entre el mes de Junio de 2013-Mayo 2014. Abril 2014-Mayo 2014.

Comparación de resultados en cuanto a visitas a Urgencias y/o ingresos hospitalarios antes y después de la intervención formativa dirigida a familiares y cuidadores de pacientes incluidos en ESAD. Mayo 2014

Presentación de resultados finales. Junio 2014

11. OBSERVACIONES. ANEXO 1: CONDICIONES QUE SUGIEREN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL (PRONÓSTICO VITAL MENOS DE 6 MESES)

Pacientes oncológicos

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con diagnóstico histológico demostrado, tras haber recibido terapéutica estándar.

- Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento específico activo.

- Presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

- Impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Insuficiencia Cardíaca

- Grado IV de la NYHA a pesar de tratamiento óptimo.

- FE <20% (miocardiopatía dilatada, valvular severa no quirúrgica, coronariopatía severa no revascularizable).

Caquexia cardíaca.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

FORMACION DE FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD TERMINAL EN RELACION AL MANEJO DOMICILIARIO DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS: DOLOR, DISNEA, AGITACION Y CAQUEXIA

- Descompensaciones frecuentes.

Insuficiencia Respiratoria

- Disnea de reposo sin respuesta a broncodilatador, corticoides o adrenérgicos.

- FEV1 < 30% y restricción severa.

- Hipoxemia < 55 mm de Hg que no se corrige con oxigenoterapia.

- Hipercapnia > 50 mm de Hg con acidosis respiratoria.

- Taquicardia de reposo.

- Agudizaciones frecuentes que afectan severamente a la calidad de vida.

- Cor Pulmonale con hipertensión pulmonar severa sin criterios de curación.

Insuficiencia Hepática

- Estadio C de Child, mayor de 65 años, con hepatocarcinomas, enolismo persistente o contraindicación de trasplante.

Frecuentes descompensaciones.

Insuficiencia Renal

- Aclaramiento de creatinina < 10 y creatinina sérica > 8mg/dl, sin indicación de diálisis. Diuresis < 400 ml/día.

- Complicaciones médicas severas durante el desarrollo de la enfermedad.

- Diálisis crónica en paciente no trasplantable o de edad muy avanzada.

Demencia

- Estadio 7 o superior según escala FAST.

- Comorbilidades graves que requieran ttº en el último año.

- Condiciones comórbidas (neumonía por aspiración, pielonefritis/ITU tracto superior, sepsis, UPP múltiples grado 3-4, fiebre recurrente dependiente de antibióticos, dificultad o rechazo de ingesta sin coseguir aporte correcto).

Enfermedad neurológica

- Deterioro cognitivo grave (MEC<14). Dependencia severa.

- Comorbilidad.

- Desnutrición severa. Disfagia con SNG/PEG.

- Úlceras por presión refractarias grado III-IV11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

• EDAD. Todas las edades

• SEXO. Ambos sexos

• TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora calidad de vida en enfermos terminales

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

364

FAMILIARIZACION DEL CONTROL DE TENSION ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS**2. RESPONSABLE** ARACELI JIMENO SAINZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hipertensión arterial (HTA) es una de los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes afectando al 25% de la población general, siendo responsable de 7 millones de muertes al año. Además hasta una cuarta parte de los pacientes que consultan en el Servicio de Urgencias lo hacen por crisis hipertensivas. Por ello la HTA es una entidad con una elevada morbimortalidad, un 4% de mortalidad y un 19% de aparición ó empeoramiento de lesión de órganos diana. Se trata de una enfermedad crónica que requiere la asistencia médica continua y educación del paciente para comprender la enfermedad, las medidas de prevención y tratamiento con el fin de responsabilizarse y alcanzar la meta adecuada en cuanto al control y prevención. El objetivo sería conseguir un buen adiestramiento por los pacientes hipertensos ó familiares para la toma de tensión arterial ambulatoria, así como conseguir concienciar a dicha población de que un buen control tensional constituye un pilar importante de la vida saludable

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende conseguir una educación adecuada para el control tensional con charlas informativas y taller práctico a todos los pacientes o familiares que quieran acudir al evento. Con ello se espera conseguir una autoconcienciación adecuada de su enfermedad, con buen control tensional y disminución de las visitas a especialistas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se invitará a todos los hipertensos que quieran acudir, a sesiones colectivas bimensuales en una sala adecuada con material audiovisual de 30 minutos de duración y posteriormente 30 minutos resolviendo las dudas ó inquietudes que se planteen en, la sala. Se hará un periodo de 1 año de sesiones bimensuales (6 al año)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. número de asistentes/sesión. Número de consultas médicas por mal control tensional ó complicaciones secundarias de los pacientes en el periodo estudiado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. se iniciará en Junio 2013 y finalizará en Junio 2014.

11. OBSERVACIONES. Se realizará en las sala y con el equipo disponible audiovisual del centro de trabajo.**11. ENFOQUE PRINCIPAL.** Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA

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

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

314

MEJORA DEL REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LOPEZ APARICIO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. QUIROFANO
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JIMENEZ IHUARBEN CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- MUÑOZ CASADO FELICIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- GARCIA GARCIA ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- CASANOVA CARTIE NATALIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hasta 2012 la hoja donde se registraba el trabajo enfermero realizado en Quirófano, contenía una información muy limitada, no contemplaba la posibilidad de recoger la lista de verificación quirúrgica que recomienda la OMS, y además no se archivaba posteriormente en la historia del paciente, puesto que al contener datos estadísticos pasaba a formar parte de un archivo administrativo. Entre 2011 y 2012 se elaboró e implementó una hoja de Registro enfermero en Quirófano que solucionó los problemas anteriores y que actualmente se encuentra en proceso de evaluación para introducir los cambios necesarios tras el pilotaje.

Actualmente se hace necesaria la elaboración de un registro similar, para las cirugías locales, lo cual da contenido a este proyecto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante 2011 se elaboró la Hoja de Registro enfermero en quirófano. Se implementó en Mayo de 2012 y actualmente se encuentra en periodo de evaluación de resultados.

Esta evaluación consiste en:

- Análisis de las mejoras posibles en el documento, detectadas por los profesionales de Quirófano implicados
- Evaluación de una muestra de historias para comprobar la correcta cumplimentación del registro
- Elaboración, difusión y análisis de una encuesta de satisfacción de los profesionales de hospitalización quirúrgica
- Elaboración, difusión y análisis de una encuesta de satisfacción de los profesionales de Quirófano implicados

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la seguridad del paciente a través de un correcto registro de los cuidados enfermeros administrados en Quirófano

- Dejar constancia en la Historia clínica del paciente del trabajo enfermero realizado en las cirugías locales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración e implementación de una hoja de Registro enfermero en quirófano aplicable a las cirugías locales que contenga la verificación quirúrgica que recomienda la OMS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Análisis de las mejoras posibles en el documento, detectadas por los profesionales de Quirófano implicados en la hoja ya implementada de cirugías generales y aplicarlas a la nueva hoja de locales.

- Evaluación de una muestra de historias para comprobar la correcta cumplimentación del registro

Los indicadores a medir serán:

- Existe una hoja de registro enfermero en quirófano para cirugías locales
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas con anestesia local donde se ha cumplimentado la hoja de registro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Análisis de las mejoras posibles en el documento, detectadas por los profesionales de Quirófano implicados: Mayo 2013

- Elaboración de la hoja de registro: Junio-Septiembre 2013
- Implementación de la hoja: Octubre 2013
- Evaluación de los indicadores: Diciembre 2013

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

127

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION DE PACIENTES CON PATOLOGIA ENDOCRINOLOGICA QUE REQUIERA ATENCION URGENTE O PREFERENTE**2. RESPONSABLE** FRANCISCO LOSFABLOS CALLAU

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TORNOS HERNANDEZ MARIA DE LA PEÑA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA INTERNA
- FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. GINECOLOGIA
- MARTINEZ GRACIA ROSA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. GINECOLOGIA
- SALVADOR TENA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la consulta ambulatoria de Endocrinología se ha conseguido en los últimos años disminuir la lista de espera de tal forma que en el último año ha permanecido siempre por debajo de los 10 días. Pero existen grupos de pacientes cuya atención debe ser vigilada para que ningún problema con las citas o demoras inesperadas hagan que se retrase su atención. Estos pacientes son: embarazadas con diabetes gestacional o intolerancia a los hidratos de carbono, embarazadas con hipo o hipertiroidismo, pacientes con descompensaciones hiperglucémicas que acuden a urgencias o pacientes que acuden a urgencias con sospecha de enfermedad endocrinológica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir que los pacientes con las patologías arriba mencionadas sean vistos en la consulta de Endocrinología en un plazo inferior o igual a 3 días. Esto debería conseguirse en el 85% o más de estos pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cuando pasen enfermos por el área de urgencias con problemas endocrinológicos, las personas colaboradoras de esa área se pondrán en contacto directo con la enfermera de nuestra consulta y se establecerá la visita. Lo mismo ocurrirá con las pacientes embarazadas a las que se detectan los problemas mencionados, en el día mismo en que se conozcan el personal de ese área se pondrá en contacto con nuestra consulta para establecer la visita. Contabilizaremos todos los pacientes atendidos por esta vía y todos los pacientes que se hayan escapado del circuito.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes atendidos de patologías endocrinológicas en urgencias y obstetricia totales

Cociente entre pacientes derivados a endocrinología por el circuito propuesto dividido por los pacientes totales con esas patologías.

Demora en la atención a estos pacientes entre que se solicita visita y se realiza la misma.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Puesta en marcha de los circuitos antes de final del primer semestre de 2013. Evaluación de indicador antes de final de año. Revisión de fallos en el circuito antes de final de año. Ajustes en el circuito antes de final de año. Reevaluación al final del primer semestre de 2014 y reajuste si no se ha conseguido el objetivo de que más de un 85% de estos pacientes sean citados a través del circuito creado y vistos antes de 3 días

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos**POBLACIÓN DIANA**

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

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

207

APLICACION DE UNA PAUTA DE ANTICOAGULACION ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR DESDE URGENCIAS

2. RESPONSABLE CRISTINA MONTESA LOU

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MALO YAGÜE MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. HEMATOLOGIA
- RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante 2012 se atendieron en urgencias de nuestra unidad 119 pacientes con diagnóstico de fibrilación Auricular dando de alta desde nuestra unidad a 98 pacientes. Esto supone una mejora en relación ahorro costes. Los datos fueron similares en 2011. Apesar de esta mejora algunos pacientes permanecen en nuestra unidad solo pendientes de una pauta de anticoagulación oral

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se presenta mejora de tiempos de estancia en nuestra unidad sin requerir ingreso en hospitalización de los pacientes diagnosticados de Fibrilación auricular. Siguiendo las guías de FA nos permitió dar de alta a 98 pacientes de 119 totales atendidos desde la unidad de urgencias.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar tiempos y gestión del proceso FA al aplicar una pauta de anticoagulación oral desarrollada por hematología y aplicada desde la unidad de urgencias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementar una pauta de anticoagulación oral en urgencias desarrollada y aprobada por hematología

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes a los que se aplica la pauta desde urgencias
Tiempos de estancia en urgencias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante periodo de 2013
Instaurar procedimiento
Evaluar indicadores en Dic 2013

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. anticoagulación

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

108

MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO**2. RESPONSABLE** SERGIO MUÑOZ JACOBO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGO
- GARCIA AREVALO LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- NAVARRO SOLER MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- TORNOS HERNANDEZ MARIA DE LA PEÑA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTA EDUCACION DIABETOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hiperglucemia (con o sin diabetes previa) es una de la situaciones a las que con más frecuencia nos enfrentamos en los Servicios de Urgencias y en los pacientes ingresados (aproximadamente el 30% de los pacientes ingresados van a presentar hiperglucemia).

Numerosos estudios han demostrado que la hiperglucemia al ingreso empeora el pronóstico, aumenta la estancia hospitalaria, predispone a las infecciones, incrementa las posibilidades de necesitar ingreso en UCI así como generar un mayor gasto sanitario.

Históricamente el tratamiento de la hiperglucemia se afronta de manera excesivamente dispersa y arbitraria con grandes diferencias entre los diversos servicios y los diversos profesionales, con objetivos de tratamiento no definidos y con esquemas de tratamiento de base poco fisiopatológica. El miedo a la hipoglucemia y el desconocimiento o complejidad de los tratamientos para la diabetes son los principales responsables de esta dispersión.

Así mismo, publicaciones recientes alertan sobre el manejo a menudo mejorable que se realiza en Urgencias con estos pacientes debido a la frecuente abstención e inercia terapéutica, a la sobreutilización de pautas únicamente de insulina rápida ("sliding scales") cuya eficacia ha quedado sobradamente demostrada. A todo ello, hay que sumar el hecho de que en apenas en uno de cada 3 pacientes ingresados desde Urgencias, se modifica en la planta la terapia insulínica pautada al inicio, lo cuál perpetúa con demasiada frecuencia la falta de control glucémico durante el ingreso.

Estas circunstancias son las que nos han llevado a elaborar y revisar protocolos de actuación ante un paciente con hiperglucemia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se han revisado el manejo de todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el mes de Julio de 2012. De los pacientes que presentaban al llegar al Servicio de Urgencias glucemia en analítica superior a 180 mg/dl, tan solo en el 15% se ha utilizado insulina basal, mientras que en el 34% el único tratamiento prescrito era la insulina rápida en forma de pauta correctora.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el tratamiento de las hiperglucemias tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos, evitando en la medida de lo posible que el único tratamiento sea la insulina rápida en forma de pauta correctora. Así mismo, realizar controles de glucemia capilar a todos los pacientes que lleven tratamiento con insulina y retirar(salvo en casos excepcionales) los antidiabéticos orales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar un protocolo de actuación ante el paciente con hiperglucemia. Se facilitará a todos los profesionales(médicos, MIR y enfermería) que trabajen en el hospital y se realizara una sesión clínica presentando el protocolo. Posteriormente se revisaran los indicadores de calidad mencionados y las historias clínicas de los pacientes que presenten hiperglucemia, tras la aprobación del protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Retirada de antidiabéticos orales: nº pacientes a los que se les ha retirado los antidiabéticos orales en el momento del ingreso/ nº pacientes que llevan antidiabéticos orales en el momento del ingreso x 100
2. Realización de BMTtest a todos los pacientes que van a recibir insulino terapia : nº pacientes a los que se les realiza BMTtest / nº total de pacientes que reciben tto con insulina x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013-Mayo 2014
Mayo 2013-Junio 2013: elaboración del protocolo
Junio 2013: sesión clínica hospitalaria presentando el protocolo.
Agosto 2013-Mayo 2014 revisión de historias clínicas
Mayo 2014 presentación de resultados

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

108

MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

316

MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL PARTO Y LA LACTANCIA**2. RESPONSABLE** MIGUEL PICOT CASTRO

- Profesión MATRONA
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. BLOQUE OBSTETRICO
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTIN CASTILLO MYRIAM. MATRONA. H ERNEST LLUCH. BLOQUE OBSTETRICO
- GIMENEZ ALCANTARA BLANCA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. BLOQUE OBSTETRICO
- EGEA GONZALEZ ELENA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. BLOQUE OBSTETRICO
- MENES LANASPA JAVIER. MATRONA. H ERNEST LLUCH. BLOQUE OBSTETRICO
- POBES LACRUZ MARIA JESUS. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MARTINEZ GRACIA ROSA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. BLOQUE OBSTETRICO
- GUTIERREZ ROYO RAQUEL. MATRONA. H ERNEST LLUCH. BLOQUE OBSTETRICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Hospital Ernest Lluch de Calatayud existe actualmente un informe de continuidad de cuidados enfermeros en las unidades de hospitalización, que tiene formato electrónico y que permite la continuidad de cuidados entre la enfermera de Atención Especializada y la de Atención Primaria. Existe así mismo un informe de alta médico, elaborado al alta del paciente.

Sin embargo, para el seguimiento de las mujeres que paren en nuestro hospital, no existe un documento que permita también la comunicación entre las matronas del Hospital Ernest Lluch y las de Atención Primaria.

Esta carencia dificulta la continuidad de cuidados tanto de la madre como del recién nacido, en aspectos tan importantes como la lactancia materna.

Este proyecto pretende la elaboración de un documento en formato electrónico para tal fin.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la continuidad de cuidados de las pacientes dadas de alta en el Hospital Ernest Lluch tras el parto y del recién nacido.

- Mejorar la comunicación entre la matrona de Atención Especializada y la de Atención Primaria.

- Favorecer la lactancia materna gracias a un seguimiento adecuado de las puérperas.

- Disponer de información almacenada en una base de datos sobre la lactancia materna y el puerperio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar e implementar un informe de continuidad de cuidados de parto y lactancia en formato electrónico

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras la implementación del Informe de continuidad de cuidados, se procederá a evaluar el porcentaje de pacientes a las que se les ha realizado dicho informe.

Los indicadores a medir serán:

- Existe un Informe de continuidad de cuidados de parto y lactancia
- Porcentaje de puérperas a las que se ha realizado dicho informe

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de un Informe de continuidad de cuidados de parto y lactancia: Mayo-Octubre 2013

- Implementación: Noviembre 2013

- Evaluación de la implementación: Diciembre

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

POBLACIÓN DIANA

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

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

089

PROTOCOLO DE MANEJO DEL COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**2. RESPONSABLE** RAQUEL SANJUAN DOMINGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- ALONSO ALCAÑIZ MARTA. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- GARCIA DE JALON MARTINEZ ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- ARANDA LASSA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La litiasis urinaria tiene una elevada incidencia, con una prevalencia estimada a lo largo de la vida del individuo que oscila entre el 1 y el 15%. En España la prevalencia se sitúa alrededor del 5%, con una incidencia de 325.079 nuevos casos anuales. Su forma de presentación principal, el cólico renal (CR), es una causa común de atención en los Servicios de Urgencias en todo el mundo, siendo el cólico renal un motivo de consulta un 1% de toda la patología que se atiende en un Servicio de urgencias. El cólico renal es tres veces más frecuente en hombres y es más prevalente entre los 40 y los 59 años, siendo infrecuente infrecuente antes de los 20 años.

La patología urológica supone alrededor de un 5% de los pacientes que se atendieron en todo el año 2012 en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, siendo el cólico renal la patología urológica más frecuente con un 32,24% (n= 109 pacientes). Los cólicos renales suponen una alta demanda de asistencia continua permaneciendo hasta un 82,56% (n= 90 pacientes) en la Sala de Observación para control evolutivo y tratamiento intravenoso, requiriendo el ingreso 40 (36,69%) pacientes por cólico renal complicado.

Así pues desde el punto de vista de la urgencia, el número de pacientes que se valoran con este tipo de patología es elevado, por lo que consideramos necesario el correcto conocimiento de este síndrome y su tratamiento, así como la identificación de los pacientes que se les deben solicitar pruebas complementarias, y junto con el Urólogo de guardia identificar a aquellos pacientes que se puedan beneficiar de su estancia en Hospital de Día, para evitar el ingreso y así la optimización de los recursos y la derivación de estos pacientes a la consulta de Urología para un seguimiento óptimo y cercano.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Iniciar un tratamiento analgésico lo antes posible de acuerdo con los protocolos y guías existentes.

- Reconocer a aquellos pacientes a los que se les deba realizar pruebas complementarias
- Seleccionar a los pacientes que puedan beneficiarse de una estancia en Hospital de día y la posterior derivación a consultas de Urología, minimizando costes en forma de ingreso hospitalario.
- Identificación precoz del cólico séptico, asociada a un correcto manejo inicial del mismo (fluidoterapia, antibioterapia, inotropos ...)
- Realizar un correcto informe de urgencias al alta que favorezca una adecuada comprensión por parte del paciente, así como cuáles son los motivos imperativos por los que debería acudir a Urgencias nuevamente (fiebre, dolor persistente pese a correcta analgesia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Aplicación de protocolos y guías clínicas basadas en evidencia científica.

- Sesiones clínicas formativas conjuntas con el Servicio de Urología.
- Elaboración junto con el Servicio de Urología de un Protocolo de recomendaciones al alta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Control en las Consultas de urología en menos de 1 mes.

- Entrega de informe con recomendaciones al alta de protocolo de Colico Renal por parte del Servicio de Urgencias.
- Numero de ingresos hospitalarios.
- Valoración de reingresos en el Servicio de Urgencias tras alta hospitalaria por la misma patología.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Elaboración de protocolos y sesiones clínicas junto con el Servicio de Urología en el primer mes del proyecto (Junio 2013)

- Período de implantación en los 2 meses siguientes (Julio-Agosto 2013)
- Inclusión de pacientes durante un año (Septiembre 2013- Septiembre 2014)
- Análisis de los resultados obtenidos posteriormente.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001**POBLACIÓN DIANA**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

089

PROTOCOLO DE MANEJO DEL COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cólico renal

OTRA PALABRA CLAVE 2. protocolo

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

093

PROTOCOLO DE HEMATURIA MONOSINTOMÁTICA EN URGENCIAS**2. RESPONSABLE** MIGUEL ANGEL SUAREZ BROTO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANJUAN DOMINGO RAQUEL. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
- GARCIA DE JALON MARTINEZ ANGEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE UROLOGIA
- SAEZ VALERO EDUARDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
- CASTILLO LARIO CARMEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
- ARANDA LASSA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE UROLOGIA
- URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Pretendemos crear un protocolo de manejo de hematurias monosintomáticas en urgencias, dentro de un proyecto de mejora en la calidad de la atención en el Servicio de Urgencias y el Servicio de Urología. El objetivo principal es ante hematurias monosintomáticas que no requieran ingreso y habiendo descartado otras causas previamente, la realización de ecografía de vías urinarias y posterior valoración en consultas de urología en un tiempo menor a 7 días hábiles, disminuyendo considerablemente los tiempos actuales de espera.

La hematuria macroscópica es una de las causas más frecuentes de consulta en urgencias, siendo su manejo inicial y enfoque diagnóstico fundamental para la posterior evolución y curación del proceso originario. La hematuria suele generar bastante alarma en el paciente por lo que su estudio se tendría que realizar con la mayor brevedad posible.

Es una patología que debe ser siempre investigada ya que es el síntoma fundamental de presentación de una neoplasia de tracto urinario, especialmente en mayores de 50 años. En su estudio las técnicas de imagen juegan un papel decisivo, especialmente la ecografía siendo ésta muy útil en el diagnóstico de cáncer de vejiga y riñón, permitiendo descartar también patología litiásica

La hematuria es una de las patologías urológicas más frecuente vista en el Servicio de Urgencias; en el año 2012 se vieron un total de 60 pacientes con hematuria que representan un 18 % de todas las patologías urológicas atendidas. Un 81,66% de las mismas permanecieron en la Sala de Observación para control evolutivo, requiriendo el ingreso un 57% del total.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Objetivos globales:

- Acortar el tiempo diagnóstico de la causa de hematuria
- Disminuir la ansiedad del paciente
- Agilizar la realización de pruebas diagnósticas necesarias.
- Acortar el intervalo de espera entre la realización de la prueba de imagen y la citación en consultas de urología

Objetivos adicionales en urgencias:

- Conseguir una correcta hidratación del paciente para un aclaramiento progresivo de la orina.
- Descartar posibles causas de la hematuria como cólico renal, infecciones del tracto urinario, cistitis raras...
- Reconocer a aquellos pacientes que puedan ser subsidiarios de transfusión sanguínea (p.ej. pacientes con patología concomitante como insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, anemia de base...) mediante analítica sanguínea.
- Minimizar costes en forma de ingresos, seleccionando a los pacientes que puedan beneficiarse de una estancia en Hospital de día, y su posterior derivación a consulta de alta resolución de urología
- Realizar un correcto informe de urgencias al alta que favorezca una adecuada comprensión por parte del paciente, así como de cuáles son los motivos imperativos por los que debería acudir a Urgencias nuevamente (hematuria franca con coágulos, retención urinaria, obstrucción de sonda vesical en el caso de alta con la misma...)
- Valoración precoz en consultas de urología con previa realización de ecografía de vías urinarias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Aplicación de protocolos y guías clínicas basadas en evidencia científica.

- Sesiones clínicas formativas conjuntas con el Servicio de Urología.
- Elaboración junto con el Servicio de Urología de un Protocolo de recomendaciones al alta
- Mejora de la coordinación entre los servicios de admisión, radiodiagnóstico y urología para la citación de ecografía y posterior consulta en urología en un tiempo menor a 7 días hábiles

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Cumplimiento del protocolo y tiempos de realización de ecografía y consulta de urología en un 85 %

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

093

PROTOCOLO DE HEMATURIA MONOSINTOMÁTICA EN URGENCIAS

- Cumplimiento de la entrega de informe de recomendaciones al alta por parte del Servicio de Urgencias.
- Numero de ingresos hospitalarios

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de protocolo y sesiones clínicas de mejora de coordinación entre los distintos servicios implicados (Junio 2013)
- Período de implantación en los 2 meses siguientes. (Julio y Agosto 2013)
 - Inclusión de pacientes durante un año. (Septiembre 2013/ Septiembre 2014)
 - Análisis de resultados obtenidos posteriormente

11. OBSERVACIONES. Protocolo borrador:

	Hematuria monosintomática	
	(Siempre descartar causas mas frecuentes de hematuria)	
	?	
	Control hemodinámica	
	Control analítico	
	Control de la hematuria obstructiva	
	Realización Rx simple	
	?	
Inestabilidad hemodinámica		Estabilidad hemodinámica
Anemizante u obstructiva		No anemizante o no obstructiva
?		?
Control hemodinámica / Transfusión		CONTROL AMBULATORIO
Sonda urinaria 3 vías + lavado continuo		
?		?
INGRESO UROLOGÍA		
	PROTOCOLO HEMATURIA	
	ECO Y CONSULTA UROLOGÍA MENOS 7 DÍAS	11. ENFOQUE

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hematuria monosintomática

OTRA PALABRA CLAVE 2. Diagnóstico precoz

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

169

1. TÍTULO

SEGURIDAD Y MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES HIPERTENSOS EN URGENCIAS, IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA

2. RESPONSABLE FELICIDAD YAÑEZ RODRIGUEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- SAZ SIMON LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITAL
- SALVADOR TENA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El PET consiste en un documento consensuado para la prescripción y dispensación de fármacos considerados equivalentes terapéuticos según la información científica disponible y basado en un procedimiento previamente establecido.

La guía ha sido elaborado por el Servicio de Farmacia conjuntamente con el servicio de Urgencias, y ha sido revisado y aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital.

Se entiende por Equivalente Terapéutico aquel fármaco que difiere en su composición o entidad química del original, pero que se considera con actividad farmacológica y terapéutica similar. Medicamentos Homólogos son aquellos equivalentes terapéuticos que se utilizan indistintamente en función de su disponibilidad en el Hospital. El documento se ha concebido como ayuda a la prescripción, que sirva al médico para seleccionar el medicamento más adecuado incluido en la Guía Farmacoterapéutica. Para cada fármaco descrito se aconseja la actitud terapéutica a seguir: continuar con el tratamiento, suspenderlo o sustituirlo por un equivalente, haciendo constar la dosis y pauta aconsejada.

El PET se basa en la idea de lista positiva, es decir, sólo se aplicará en aquellos medicamentos que se detallan en el mismo; ante cualquier medicamento no contemplado de forma explícita, se recomienda continuar el mismo tratamiento.

EN NUESTRO MEDIO, URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CALATAYUD , NUESTRO OBJETIVO ES IMPLANTAR UN PROTOCOLO DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES EN TRTAMIENTO CON FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS: IECAS Y ARAII.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -MEDICION DE LA ADECUACION DEL PROTOCOLO DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON HTA CONOCIDA.

-MEJORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION AL PACIENTE CON HTA Y SEGURIDAD CLINICA TRAS MEDIDAS DE INTERVENCION EDUCATIVA, SESIONES CLINICAS , REUNIONES DE EQUIPO Y BRIEFINGS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA PCH Y HOSPITAL , HOJA DE ENFERMERIA , HOJA EXCEL: M.URDAZ, L.SAZ.

2- ANALISIS ESTADISTICO EXCEL SPSS: F.YAÑEZ, L.SAZ

3-EVALUACION DEL PROYECTO: F.YAÑEZ, M.URDAZ, L.SAZ, I.VARELA.

4-REVISION DEL PROTOCOLO: F.YAÑEZ , M.URDAZ, I.VARELA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADOR NUMERO 1:

-Nº DE PACIENTES CON PET IECAS APLICADO/ Nº PACIENTES CON TTO ANTI HTA EN URGENCIAS X 100

INDICADOR NUMERO 2:

-Nº DE PACIENTES CON PET ARAII APLICADO/ Nº PACIENTES CON TTO ANTI HTA EN URGENCIAS X 100

-SE REALIZARAN 2 MEDICIONES A 6 MESES DE INTERVALO

-SE REALIZARÁN INTERVENCIONES EDUCATIVAS, SESIONES, REUNIONES, BRIEFINGS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2013-ABRIL 2014

RECOGIDA DE DATOS 6 MESES

ANALISIS DE DATOS 3 MESES

EVALUACION DEL PROYECTO 3 MESES

REVISION DEL PROTOCOLO 1 MES

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SEGURIDAD CLINICA

OTRA PALABRA CLAVE 2. EQUIVALENCIA TERAPEUTICA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

169

SEGURIDAD Y MEJORA DE LA ATENCION A PACIENTES HIPERTENSOS EN URGENCIAS, IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE EQUIVALENCIA TERAPEUTICA

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

268

1. TÍTULO

CONTROL DEL CIRCUITO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES EPOC AGUDIZADOS

2. RESPONSABLE MARCOS ZUIL MARTIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RODRIGO PEREZ MARIA MAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
- MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
- RACAREANU ANGELICA. MIR. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
- MAICAS LOPEZ DOLORES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- GOMEZ HERNANDO MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. NEUMOLOGIA
- AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITALIZACION
- MERINO LABORDA JOAQUIN. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por ser una enfermedad con una elevada morbimortalidad, y supone un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno. Las agudizaciones de la EPOC, definidas como un empeoramiento mantenido de los síntomas respiratorios, producen un deterioro de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), generan elevados costes, afectan a la progresión multidimensional de la enfermedad y aumentan el riesgo de muerte. Además, según últimos estudios, el ingreso hospitalario incrementa el riesgo de muerte en este subgrupo de pacientes. La identificación de estos pacientes EPOC agudizados, acentuando la búsqueda en los agudizadores de repetición, permitiría estudiar el círculo asistencial de este grupo de enfermos y establecer una actuación específica sobre ellos, que redundaría en un beneficio asistencial y económico, tanto para los enfermos afectados como para el Sistema de Salud Aragonés, por posible reducción de costes, optimización de medios y mejora en la eficacia y eficiencia en la atención al paciente. Se trataría de un modelo de trabajo inicialmente más asequible de realizar en un Hospital Comarcal y cuyos resultados podrían ser exportables en el futuro desde el Sector Calatayud, integrado en el Programa de Atención a pacientes con EPOC en el Sistema de Salud de Aragón.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La identificación de pacientes EPOC agudizados, acentuando la búsqueda en los agudizadores de repetición, que permita estudiar el círculo asistencial de este grupo de enfermos y establecer una actuación específica sobre ellos, que redundaría en un beneficio asistencial y económico, tanto para los enfermos afectados como para el Sistema de Salud Aragonés, por posible reducción de costes, optimización de medios y mejora en la eficacia y eficiencia en la atención al paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificación de pacientes EPOC agudizados que acuden al S°. Urgencias del Hospital Ernest Lluch, a través del Sistema de Registro Informático del S°. Urgencias del Hospital (Dres. Sergio Muñoz y Mª Mar Rodrigo).

Inclusión posterior de los datos desde el S°. Urgencias en uno de los siguientes apartados (no excluyentes) según evolución clínica (Dra. Angelica Racareanu y DUE Dolores Maicas):

- alta desde el S°. Urgencias
- días de estancia en S°. Urgencias
- ingreso Hospitalario
- ingreso en Unidad de Cuidados Especiales
- traslado a Unidad de Cuidados Intensivos
- número de agudizaciones / año
- otros

En el caso de ingreso hospitalario, posterior control (Dra. Angelica Racareanu y DUE Mª Antonia Aina) e inclusión de datos en uno de los siguientes apartados:

- número de días de estancia
- traslado
- ingreso en UCE
- ingreso en UCI
- exitus
- otros

Tras alta hospitalaria o desde el S°. Urgencias, se identificará, a través del Sistema Informático en Atención Primaria (Dr. Joaquín Laborda) o en Atención Especializada (Dr. Marcos Zuil y DUE Mercedes Hernando), la evolución clínica del paciente e incluirán sus datos en uno de los siguientes apartados:

- evolución clínica
- días desde alta hasta atención por Médico de Atención Primaria
- valoración de solicitud de preferencia en atención especializa
- reingreso

Con todo ello se completaría el circuito asistencial habitual de los pacientes EPOC agudizadores desde el S°. Urgencias hasta su asistencia en Atención Especializada.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

268

CONTROL DEL CIRCUITO ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES EPOC AGUDIZADOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Identificación de pacientes en los diferentes grupos de evolución clínica para establecer una actuación específica, especialmente en los considerados agudizadores de repetición, que pudieran disponer de un tipo de atención diferente.

Como objetivo secundario, se intentaría identificar a aquellos pacientes tipificados como EPOC, sin tener criterios para ser establecidos como tales.

En cada paciente: Número de agudizaciones del paciente/año y evolución clínica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 4. Inicialmente un año, para abarcar todos los periodos estacionales. Se iniciaría en mayo de 2013 y finalizaría en mayo de 2014.

Cronograma:

. Abril 2013:

- definición de grupos de estudio
- diseño de base de datos para incluir todos los ítems de cada paciente y posibles modificaciones.
- Actualizaciones semanales con datos adquiridos diariamente.
- Control ambulatorio en Consultas Externas del Sº Neumología, donde confluyen todos los pacientes, cuyo circuito asistencial se inicia en Sº Urgencias del Hospital Ernest Lluch. En este apartado se intentaría incluir en un futuro los pacientes con agudizaciones leves y los no agudizadores.

11. OBSERVACIONES. En resumen, se trata de la identificación estratégica de los diferentes subgrupos de unos pacientes con una alta morbimortalidad en una población rural, con mayor dificultad de acceso a sistemas de asistencia sanitaria que aquellos integrados en un área urbana. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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