

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:30:45 horas)

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
HU	AT.PRIMARIA	38	CALVO SANZ, JOSE MARIA	LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA (CONTINUIDAD DEL 2010).	CS AYERBE	
HU	AT.PRIMARIA	173	GARCES ROMEO, TERESA	MEJORA EN LA COMUNICACION DE LAS CITAS PARA INTERCONSULTAS DE LOS USUARIOS DEL CS BERDUN	CS BERDUN	
HU	AT.PRIMARIA	168	GIMENEZ BARATECH, ANA CARMEN	INICIACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE BERDUN	CS BERDUN	
HU	AT.PRIMARIA	199	ABADIA CORVINOS, INMACULADA	CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE GRAÑEN	CS GRAÑEN	
HU	AT.PRIMARIA	323	BROTO BERNUES, ROSA MARIA	MEJORA ACOGIDA II: PROPUESTA CONVENIO SALUD-INAEM DE CURSO ESPECIFICO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE SALUD EN PROGRAMA ANUAL FORMACION. PROPUESTA A INCUAL: INCLUSION ADMINISTRATIVO DE SALUD COMO CUALIFICACION PROFESIONAL	CS GRAÑEN	
HU	AT.PRIMARIA	586	MARTINEZ SANCHEZ, RAQUEL	MEJORANDO EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL INCREMENTANDO LA ADHERENCIA TERAPEUTICA	CS GRAÑEN	
HU	AT.PRIMARIA	144	AGUARON JOVEN, MARIA EVA	USO DEL BLOG COMO HERRAMIENTA DE FORMACION . CREACION DE UN BLOG DE LA UNIDAD DOCENTE DEL SECTOR	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	620	ALAYETO GASTON, MARIA ANGELES	MEJORA DEL SERVICIO ASISTENCIAL A TRAVES DE FORMACION ALTAMENTE CUALIFICADA PARA PROFESIONALES FACULTATIVOS DE SALUD MENTAL	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	93	CHAVERRI ALAMAN, EVA	AUMENTAR LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES EN LA CREACION DE RECETAS EN OMI-AP Y MEJORAR Y ACTUALIZAR EL REGISTRO DE RECETAS Y CARTILLAS DE LARGO TRATAMIENTO	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	479	DUQUE MAVILLA, SILVIA	MEDICION AMBULATORIA DE LA TA EN PACIENTES CON HTA REFRACTARIA	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	202	GIMENO PRADAS, MARIA ROSA	LA ASIGNACION DE NUEVOS PACIENTES AL CENTRO DE SALUD: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CARTERA DE SERVICIOS	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	327	QUINTANA VELASCO, CARMEN	APRENDIZAJE DEL MANEJO CORRECTO DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INHALACION, EN LOS PACIENTES CON ASMA Y EPOC	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	141	SOLANAS GALINDO, ANA BELEN	GRUPO DE APOYO PARA LA CRIANZA SATISFACTORIA EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	139	VIÑUALES UBIETO, LAURA	MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES NUEVOS EN EL CENTRO DE SALUD CON LA COLABORACION DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO	CS PERPETUO SOCORRO	
HU	AT.PRIMARIA	619	BLASCO GRAU, PILAR	MEJORA EN EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE RELAJACION DIRIGIDO A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL (SECTOR HUESCA) (MODIFICADO).	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	618	CALVO MATA, PILAR	DIGITALIZACION Y MEJORA DEL REGISTRO DE PACIENTES DERIVADOS A USMIJ DESDE AP (MODIFICADO).	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	270	CASTILLO OLIVERA, JOSE MARIA	CONTROL CONTINUO DE CALIDAD EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	237	JIMENEZ HEREZA, JUAN MANUEL	IMPLANTACION DE LA NORMA ISO 9001 EN EL CS PIRINEOS DE HUESCA	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	171	LORES CASANOVA, SOLEDAD	PROYECTO DE MEJORA PARA EL CORRECTO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	420	MAIRAL SALINAS, ESTHER LORENA	"MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE DESDE LA ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR HUESCA	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	257	MARTINEZ FABRE, DANIEL	TRATAMIENTO DEL INSOMNIO MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL CS PIRINEOS DE HUESCA	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	633	RIVERA FUERTES, ANA MARIA	CONTINUACION DEL PROYECTO: MEJORIA DE LA CALIDAD DE VIDA Y DISMINUCION DEL CONSUMO DE AINES Y SU YATROGENIA GRACIAS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO BENIGNO CON ACUPUNTURA	CS PIRINEOS	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:30:47 horas)

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
HU	AT.PRIMARIA	627	SANCHEZ VELILLA, MARIA TERESA	ADECUACION DEL ALMACEN DEL CENTRO DE SALUD PIRINEOS A LA NORMA ISO9002 SIGUIENDO LAS DIRECTRICES DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE NIVEL II DEL SECTOR HUESCA PO-01_HU(P)E	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	113	SANTOS GALLEGO, MARIA TERESA	ACTUALIZACION FORMATIVA EN INTERVENCIONES PSICOLOGICAS: EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR). (MODIFICADO).	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	61	SANZ JACA, AURORA	ESTRATEGIA DE ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA: MEJORAR LA INFORMACION DE LOS RECURSOS DEL SALUD	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	595	UGARTE FARRERONS, SOL	CONTROLA TU ANSIEDAD ANTES QUE ELLA TE CONTROLE A TI	CS PIRINEOS	
HU	AT.PRIMARIA	261	ALBA CANELA, MARIA ANGELES	PROGRAMA DE REHABILITACION DEL SUELO PELVICO	CS SABIÑANIGO	
HU	AT.PRIMARIA	284	LANZAROTE NASARRE, MARIA LOURDES	MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL PACIENTE INSULINODEPENDIENTE	CS SABIÑANIGO	
HU	AT.PRIMARIA	56	ARRICIVITA AMO, ANGEL LUIS	BUENAS PRACTICAS EN LA GESTION DE LA INFORMACION DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS Y SU DOCUMENTO (DVA).	CS SANTO GRIAL	
HU	AT.PRIMARIA	556	CAMPOS REIG, RAMON	MEJORA DE LA PRESCRIPCION Y GASTO FARMACEUTICO DE UN CUPO DE ATENCION PRIMARIA	CS SANTO GRIAL	
HU	AT.PRIMARIA	161	CLEMENTE JIMENEZ, LOURDES	MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE	CS SANTO GRIAL	
HU	AT.PRIMARIA	600	GARCIA RUIZ, TERESA	PROGRAMA DE FORMACION PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN METODOLOGIA DE REGISTRO EN OMI.AP EN UN CENTRO DE SALUD URBANO	CS SANTO GRIAL	
HU	AT.PRIMARIA	528	GUTIERREZ BLASCO, JAVIER	MEJORA DEL REGISTRO Y COBERTURA VACUNAL ANTITETANICA EN EL CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA	CS SANTO GRIAL	
HU	AT.PRIMARIA	121	SANTAFE PINTADO, SILVIA	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA SEGURIDAD Y MANIPULACION DEL MATERIAL DESECHABLE EN PACIENTES DIABETICOS INSULINODEPENDIENTES, CONVIVIENTES Y SERVICIO MUNICIPAL DE RECOGIDA DE RESIDUOS URBANOS	CS SANTO GRIAL	
HU	AT.PRIMARIA	35	GIMENO ABAD, MARIA TERESA	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA	CS SARIÑENA	
HU	AT.PRIMARIA	33	PARALED CAMPOS, MARIA TERESA	SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA	CS SARIÑENA	
HU	AT.PRIMARIA	72	ULLOD BORRUEL, MARIA JESUS	ORGANIZACION POR PROCESOS DE LAS DISTINTAS AREAS DE TRABAJO DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS	CS SARIÑENA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	76	ALBERTI GONZALEZ, OLALLA	IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. PUESTA EN MARCHA DE LA FIBRINOLISIS Y EL TELEICTUS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	194	ALDAMIZ-ECHEVARRIA IRAURGUI, JOSE MANUEL	IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA 5S EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	147	ALLUE GRACIA, ANA ISABEL	USO DE ANESTESIA LOCAL EN PUNCION ARTERIAL: MEJORA DEL UMBRAL DEL DOLOR EN EL PACIENTE INGRESADO EN LA SECCION DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	256	AMADOR RODRIGUEZ, MARIA DEL PILAR	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) PARA LA PREPARACION DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERAPICOS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	294	ANDRES OROS, MARIA PILAR	ELABORACION Y DIFUSION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LOS CONSEJOS HIGIENICOS Y CUIDADOS POSTERIORES DIRIGIDO A LAS PACIENTES SOMETIDAS A UN LEGRADO OBSTETRICO	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	380	ARA REY, ANA CRISTINA	INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	192	ARMENDARIZ BUIL, IGNACIO	PROGRAMA PARA LA ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE COMPROBACION (CHECKLIST)	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:30:48 horas)

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				EN EL AREA QUIRURGICA		
HU	AT.ESPECIALIZ.	531	ARRAZOLA ALBERDI, OIHANA	BRINDAR EDUCACION SANITARIA A LOS PACIENTES CON ICTUS Y A SUS FAMILIARES UNA VEZ HAN SIDO DADOS DE ALTA DEL AREA DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	583	BERGUA MARTINEZ, CLARA	PROTOCOLIZACION DE MANEJO DE LA PATOLOGIA AGUDA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	456	BERNAL MONTERDE, VANESA	IMPLANTACION DEL PROCESO "HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSION PORTAL" EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	75	BESTUE CARDIEL, MARIA	USO DE LAS TIC PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGIA NEUROLOGICA ENTRE EL NIVEL DE ATENCION ESPECIALIZADA Y EL NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	174	BLASCO YEBRA, DOLORES	INCREMENTO DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	310	CALVO AGUILAR, MARIA JOSE	DETECCION CUALITATIVA RAPIDA DE ESTREPTOCOCCO A EN EXUDADO FARINGOAMIGDALAR	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	8	CALVO BEGUERIA, EVA	CREACION DE UN PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE URGENCIAS A CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN EL ESTUDIO AMBULATORIO DE PACIENTES CON PATOLOGIAS PREVALENTES QUE NO REQUIEREN UNA ATENCION URGENTE	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	406	CAPEROS URREA, BEGOÑA	UNIFICAR CARTELERIA DE LAS PUERTAS DE CONSULTAS EXTERNAS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	209	CARRION PAREJA, JUAN CARLOS	PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	40	CORTES GARCIA, LUIS	PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA (CONTINUACION PROYECTO 2010).	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	123	DE DIEGO GARCIA, PATRICIA	ATENCION A LAS ALTERACIONES ENDOCRINAS DEL EMBARAZO	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	62	DE DIOS ROMERO, ALBERTO	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	555	ESCAR ARGUIS, CESAR MIGUEL	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) PSIQUIATRICA "SAN JORGE" DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	369	ESCOS ORTA, JESUS	PROTOCOLO DEL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON SINDROME CORONARIO AGUDO EN MEDICINA INTENSIVA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	672	FONCILLAS SANZ, BEATRIZ	IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO SOBRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN LA TERCERA ETAPA DEL PARTO COMO PRIMERA ELECCION PARA DISMINUIR EL RIESGO EN EL POSTPARTO	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	416	GARCES ORTIGOSA, MARIA ANTONIA	MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DEL AREA DE ICTUS DESDE EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	288	GAZO ORTIZ DE URBINA, ANA	PROMOCION Y MEJORA DEL PROCEDIMIENTO PIEL CON PIEL TRAS PARTO NORMAL (HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA).	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	381	LABARTA MONZON, JOSE LORENZO	PROTOCOLO DE MONITORIZACION DE SEDACION EN UCI	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	623	LAGUARTA ORTAS, ANABEL	CUIDADOS AL ALTA EN PACIENTES TRAS CISTECTOMIA TIPO UROSTOMIA Y/O TRAS CISTECTOMIA TIPO NEOVEGIGA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	412	LASTRA DEL PRADO, RODRIGO	IMPLEMENTACION DEL ESTUDIO DEL CANCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPOSICO (HNPCC)EN LA CONSULTA DE CONSEJO GENETUICO DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	640	LAVIÑA FAÑANAS, CONCHA	CONTINUACION EN LA FORMACION DE LA TOMA DE MUESTRAS Y ENVIO DE LAS MISMAS DESDE LOS CENTROS DE SALUD A LOS LABORATORIOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	443	LLIMIÑANA ORDAS, CARMEN	MEJORA DE LA CALIDAD ANALITICA CON LA IMPLANTACION EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DE LA NORMA ISO15189	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:30:50 horas)

**Sector HUESCA**

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
HU	AT.ESPECIALIZ.	365	LOPEZ CLAVER, JUAN CARLOS	CONTROL DE LA INFECCION NOSOCOMIAL EN MEDICINA INTENSIVA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	481	LOPEZ DIU, NURIA	CONOCER LOS PROBLEMAS A LOS QUE NOS ENFRENTAMOS NOS PERMITE DISEÑAR MEJORES ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO, ESPECIALMENTE PATOLOGIA ONCOLOGICA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	423	LOPEZ LONGO, MARIA JOSE	EVALUACION Y VALIDACION DE RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION APLICABLE A LOS FACULTATIVOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	587	MEJIA ESCOLANO, DAVID	PROTOCOLO DEL SINCOPE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, COORDINACION CON OTROS SERVICIOS Y OPTIMIZACION DE CONSULTAS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	641	MILAGRO BEAMONTE, ANA	ADECUACION DE LOS CONTENEDORES DE MUESTRAS BIOLÓGICAS: MEDICION DE LAS TEMPERATURAS Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA TOMA DE MUESTRAS EN LOS CENTROS DE SALUD HASTA SU LLEGADA A LOS LABORATORIOS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	608	MONGE MIRALLAS, JAVIER	CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	351	MONTERO ALONSO, GEMMA	PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE INCIDENCIAS Y TAREAS EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL SECTOR HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	574	MONTORO HUGUET, MIGUEL ANGEL	PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	91	MUÑOZ PINTOR, MANUEL	ESTUDIO DE SATISFACCION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR AQUELLOS PACIENTES CON SOSPECHA DE PATOLOGIA QUIRURGICA QUE PERMANECEN EN SALA DE OBSERVACION HASTA SU RESOLUCION	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	446	NEGREDO QUINTANA, ISABEL	VALORACION DEL PROTOCOLO Y MEJORA DE LA ACTUACION ANTE GESTANTES CON CULTIVO VAGINO-RECTAL DE ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	100	OMISTE SANVICENTE, TERESA	PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	395	RODRIGUEZ GARCIA, JUAN	DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	298	ROY RAMOS, VIRGINIA	ESTUDIO Y ANALISIS DEL INDICADOR INTERVALO INDICACION-TIEMPO DE EXTRACCION EN CESAREA URGENTE PARA SU ADECUACION A LOS ESTANDARES ADECUADOS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	107	SANTOLARIA PIEDRAFITA, SANTOS	ADECUACION DEL CIRCUITO DE COLONOSCOPIA PARA EL DIAGNOSTICO Y ESTADIAJE DEL CANCER DE COLON EN EL AMBITO DE LA COORDINACION ATENCION PRIMARIA-ATENCION ESPECIALIZADA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	509	SANZ MARTI, CONCEPCION	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VACUNACION FRENTE A RUBEOLA EN EL POSTPARTO INMEDIATO EN GESTANTES SERONEGATIVAS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	522	SERVER DE CASTRO, LAURA	IMPLANTACION DE LA VERSION EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	607	TOSAT MANCHO, CARMEN	LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES: ADAPTACION DEL PROYECTO SENECA AL SECTOR SANITARIO DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	63	VAL ADAN, PASCUAL	IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. (CONTINUACION 2010) 3º AÑO-FINALIZACION IMPLANTACION	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	198	VILLARROEL PINO, ENRIQUE	PROGRAMA PARA LA DIFUSION E IMPLANTACION DE LA INTUBACION TRAQUEAL FIBRO -OPTICA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:30:51 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
HU	AT.ESPECIALIZ.	140	VIÑUALES PALOMAR, CARLOS	IMPLANTACION DE CARTILLAS DE INICIO Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACION EN EL SECTOR DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	AT.ESPECIALIZ.	253	ZAZO ROMOJARO, MIGUEL	ESTUDIO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	516	LLORO LLORO, MARIA JOSE	"RASTRAR HUELLAS". CONTINUIDAD DEL PROYECTO "HUELLAS II" SOBRE EL ESTUDIO DE LA OBRA ARTISTICA COMO ELEMENTO DE INFORMACION PARA LA MEJORA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	CENTRO DE DIA DE SALUD MENTAL ARCADIA , HOSPITAL S	
HU	SALUD MENTAL	265	BELLIDO MAINAR, JOSE RAMON	INTRODUCCION DE ACTIVIDADES PRELABORALES EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION DE LA UME A TRAVES DE LA CREACION Y MANTENIMIENTO DE UN HUERTO	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	541	CARO REBOLLO, FRANCISCO JOSE	DESARROLLO E IMPLANTACION DE LOS PROCESOS DE INGRESO Y DE ALTA EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	605	ELBOJ SASO, MARTA	TALLER DE EDUCACION SEXUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	442	GARCIA GOMEZ, MIGUEL ANGEL	MEJORA DEL PROCESO DEL PROYECTO INDIVIDUAL DE REHABILITACION (PIR).	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	653	GARCIA PARDOS, ANA	SEGURIDAD DEL PACIENTE: ERRORES CON LAS MEDICACIONES, UN PELIGRO A TENER EN CUENTA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	599	LALANA CUENCA, JOSE MANUEL	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	342	LANZAN SANCHO, MARIA TERESA	PROTOCOLO DE DETECCION E INTERVENCION EN SINDROME METABOLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	384	RIPOL MUÑOZ, MARIA ELENA	PROYECTO MULTICENTRICO : MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO DEL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA).	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	660	RUBIO SORIANO, CONCEPCION	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	645	SANCHO LANZAROTE, MARIA JOSE	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA ADAPTADO AL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	512	SANCHO PLANA, MARGARITA	TALLER DE COCINA II	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	590	SARASA CLAVER, MARIA DOLORES	PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE MODIFICACION DE LA CONDUCTA EN GRUPO PARA PADRES DE NIÑOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD	USM INFANTO-JUVENIL DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	636	BARA GARCIA, EMERITA	PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL. CONTRATOS PSICOPEDAGOGICOS. PLANIFICACION DE PROGRAMAS. MOTIVACION	USM PIRINEOS DE HUESCA	
HU	SALUD MENTAL	57	VIAPLANA JAIME, JULIA	PROGRAMA DE PREVENCION Y HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO DE LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS Y PSICOPATOLOGICOS DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO	USM PIRINEOS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	508	FABREGAT GOMEZ, GEMMA	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA FASE TERMINAL DE ENFERMEDAD EN PACIENTES PALIATIVOS	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	445	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI, JOSE	MEJORA EN LA ATENCION INTERDISCIPLINAR DEL PROCESO FRACTURA DE CADERA	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	

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

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:30:52 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
HU	SOCIOSANITARIO	86	GURREA ESCAJEDO, ALFREDO	ACTUALIZACION Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y UASA HUESCA. ATENCION CLINICA INTEGRAL DE PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	451	MOLES ARCOS, BARBARA	APOYO ASISTENCIAL A LOS PACIENTES, TRAS EL ALTA DE HOSPITAL DIA PSIQUIATRICO DE HUESCA	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	340	MORLANS GRACIA, LUCIA	MEJORA DE LA PREVENCION Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA EN CIRUGIA ORTOPEDICA MAYOR ELECTIVA	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	195	OCHOA CALVO, MARIA PILAR	PROYECTO DE MEJORA EN LA VALORACION DE LA INFORMACION Y ATENCION MEDICA RECIBIDA POR EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	329	SANCHEZ PRIETO, PATRICIA	PSICOEDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	83	SANJOAQUIN ROMERO, ANA CRISTINA	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIONES EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	SOCIOSANITARIO	262	UBIS DIEZ, ELENA	ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS E IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE ESTAS	CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	
HU	OTROS ÁMBITOS	537	CARCAS DE BENAVIDES, MARIA CRISTINA	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 038

LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA (CONTINUIDAD DEL 2010).

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA CALVO SANZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CS AYERBE
  - Servicio/Unidad .. A. PRIMARIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CALVO BEGUERIA EVA. MEDICA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. MEDICINA INTERNA
  - LABADIA BENEDE PASCUAL. MEDICO. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
  - MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE. MEDICO. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
  - MILLAN BARRIO MARIA LUISA. MEDICA. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
  - NAYA ATARES SERGIO. MEDICO. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
  - SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ. MEDICA. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
  - TORTOSA CAVERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN LOS AÑOS QUE VENIMOS DESARROLLANDO ESTA ACTIVIDAD NOS HEMOS CONVENCIDO DE QUE LA INTERVENCIÓN CONJUNTA ENTRE NIVELES PROPORCIONA UNA CALIDAD MUY SUPERIOR EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN QUE LA QUE PROPORCIONA LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE VOLANTES, MUCHO MÁS DISTANTE, MENOS EFICAZ Y CON MAYOR RIESGO DE ERRORES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. TRAS LAS DUDAS INICIALES, SE HAN CONSOLIDADO YA LAS REUNIONES MENSUALES DEL E.A.P. CON LA ESPECIALISTA DE REFERENCIA DE MEDICINA INTERNA, EN LAS QUE COMPARTIMOS LOS CASOS SURGIDOS Y PLANTEAMOS LA ACTITUD A ADOPTAR. SE REDUCEN DERIVACIONES, SE EVITAN DUPLICIDADES, SE INTERVIENE DE FORMA MÁS TEMPRANA, Y SE HACE UN SEGUIMIENTO MÁS DIRECTO DEL PACIENTE POR AMBOS LADOS.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. CONSOLIDAR LAS RELACIONES ENTRE NIVELES, INCREMENTANDO Y MEJORANDO LOS RESULTADOS ANTES CITADOS. CONFIAMOS EN SUPERAR LOS 30 PACIENTES ATENDIDOS DE ESTE MODO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ANTE LAS DIFICULTADES QUE SURGEN EN LOS PERIODOS DE VACACIONES, SUPLIMOS LA SESIÓN CON EL CONTACTO DIRECTO Y PERSONAL PARA ADELANTAR ACTUACIONES EN CASO DE NECESIDAD.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NÚMERO DE INTERCONSULTAS (SESIONES) REALIZADAS  
NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ACTIVIDAD YA EN FUNCIONAMIENTO, LAS REUNIONES SON MENSUALES EN FECHA PREVIAMENTE FIJADA, Y CONSIDERAMOS QUE NO DEBE TENER FINALIZACIÓN, SINO QUE DEBE CONSOLIDARSE DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DEL EQUIPO.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- |                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| • MATERIAL PARA EL CENTRO ..... | 200 € |
| • DESPLAZAMIENTOS .....         | 144 € |
| Total .....                     | 344 € |

11. OBSERVACIONES. ESTE PROYECTO ANULA EL ENVIADO CON ANTERIORIDAD EN EL QUE FIGURABA COMO RESPONSABLE EVA CALVO, POR FIGURAR YA COMO RERSPONSABLE DE OTRO (PUNTO QUINTO DE LA RESOLUCIÓN DE 10/03/11

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

038

LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA (CONTINUIDAD DEL 2010).

OBSERVACIONES del SECTOR



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 173

**MEJORA EN LA COMUNICACION DE LAS CITAS PARA INTERCONSULTAS DE LOS USUARIOS DEL CS BERDUN**

2. RESPONSABLE ..... TERESA GARCES ROMEO  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS BERDUN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hasta ahora la comunicación de las citaciones para las interconsultas en el Hospital de Jaca se realizaban por teléfono ya que el Hospital no envía las citaciones por correo. Al transmitir las citas por teléfono se han detectado fallos en la recepción de la información, con errores en los días y en las horas de las citas, por la dificultad en la comunicación por esta vía. Al ser una zona rural, esto se ve agravado por el envejecimiento de la población de la zona de Salud del CS Berdún que con frecuencia presenta déficit auditivo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - La correcta recepción de la citación.  
- Evitar las confusiones en la recepción de la citación, que a veces ocasionan trastornos a los usuarios y a la organización de las consultas externas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Verificación de las direcciones postales de los usuarios.  
- Petición a suministros de sobres y sellos suficientes para el envío.  
- Envío por correo, al domicilio particular, de las citas para las interconsultas del Hospital de Jaca.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Al menos el 80% de los usuarios obtendrán la citación por escrito.  
- N° pacientes citados que han recibido la cita por correo/n° pacientes citados.  
- A final de año se cuantificarán las citas que no se han podido dar por escrito mediante un registro realizado desde el Servicio de Admisión del Centro de Salud, y se analizarán las causas.  
- Por otra parte se registrarán las quejas recibidas de los pacientes por este motivo, expresadas al personal sanitario y administrativo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: marzo 2010  
Finalización: marzo 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Mobiliario de oficina ..... 1.500 €  
Total ..... 1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

168

**INICIACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE BERDUN**

2. RESPONSABLE ..... ANA CARMEN GIMENEZ BARATECH

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS BERDUN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARNAL BARRIO ANA. ENFERMERIA. CS BERDUN. ATENCION PRIMAIRA
- GARCES ROMEO TERESA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- REPOLLES RUEDA JOAQUIN. MEDICO. CS BERDUN. ATENCION PRIMAIRA
- BOSQUE OROS ANNADEL. MEDICO. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- ASCASO CASTAN LOURDES. ENFERMERIA. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la propuesta de GAP de Huesca de participar en la Certificación de la norma ISO 9001 para Equipos de Atención Primaria, el EAP de Berdún decidió adherirse. Este EAP lleva trabajando varios años en calidad, con la realización e implantación de diferentes proyectos de mejora y cursos-taller relacionados con la calidad. Desde octubre de 2010 estamos trabajando con la consultora contratada por SALUD, iniciando desde entonces las actividades para la consecución de la norma ISO 9001. Por otra prte, creemos que la realización de esta actividad servirá para unificar las diferentes líneas de mejora en las que hemos trabajado estos años.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conseguir que todos los miembros del EAP trabajemos de una manera uniforme en el sistema de calidad.  
- Analizar e implantar medidas de mejora detectadas mediante las incidencias y no conformidades.  
- Facilitar a las nuevas incorporaciones de personal mediante el Manual de Acogida, toda la información y actividades del centro.  
- Conseguir la Certificación ISO 9001.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Siguiendo las directrices de la consultora y del responsable de calidad del sector, nos fijamos las siguientes actividades.  
- Orden y limpieza del centro.  
- Realización del nuevo Manual de Acogida donde se recogen las instrucciones para el trabajo diario.  
- Realización de registros.  
- Recogida y análisis de incidencias.  
Los responsables serán los propietarios

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El responsable de calidad verificará que se han realizado las labores de orden y limpieza en: biblioteca, consultas, almacenes...  
La Auditoría interna verificará la realización de registros, actas, Manual de Acogida y su correcto archivado.  
Nº incidencias resueltas/nº incidencias registradas > 80

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

168

**INICIACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE BERDUN**

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: octubre 2010.

- Talleres formativos: desde octubre 2010 hasta marzo 2011
- Orden y limpieza: diciembre, enero y febrero 2011
- Recursos humanos: CV diciembre 2010 y marzo 2011
- Elaboración nuevo Manual de Acogida: febrero-abril 2011
- Plan formación anual: enero 2011-diciembre 2011
- Elaboración PO (Almacén fungible, sala urgencias, gestión equipos) noviembre 2010- abril 2011
- Reuniones EAP mensuales para coordinación del proyec

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia Congreso SECA .....	1.200 €
· Formación: cursos y congresos .....	1.000 €
Total .....	2.200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
CONGRESO SECA CON COMUNICACIÓN

## 1. TÍTULO

### CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE GRAÑEN

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA ABADIA CORVINOS
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... CS GRAÑEN
  - Servicio/Unidad .. CS GRAÑEN
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO. CS GRAÑEN.
  - ANDRES SOLER MARIA JESUS. ENFERMERIA. CS GRAÑEN.
  - FIGUERAS ARA CARMEN. MEDICO. CS GRAÑEN.
  - BROTO BERNUES ROSA. ADMINISTRATIVO. CS GRAÑEN.
  - LOPEZ PANO ESTELA. ENFERMERIA. CS GRAÑEN.
  - CABELLUD LASIERRA MIRIAM. ENFERMERIA. CS GRAÑEN.
  - MENOYO LOPEZ CRISTINA. MEDICO. CS GRAÑEN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde hace unos años en el Centro de Salud de Grañén se han realizado actividades relacionadas con la mejora continua, destacando la participación desde la primera edición del Programa de Ayuda a las Iniciativas de Calidad de la DGA, donde se abordaron diversos problemas que convergieron en un programa global, que al asumir un sistema de calidad basado en la UNE EN ISO 9001:2008, supuso una unificación de las líneas de mejora abordadas en los proyectos.

Para el abordaje de la Certificación UNE EN ISO 9001:2008 se colaboro con los servicios centrales del SALUD en las actividades que se desarrollaron: identificación del mapa de procesos, descripción de procesos, desarrollo de los mismos...etc.

Las diversas actuaciones se realizaron siempre siguiendo las pautas marcadas por la Consultora del SALUD, que para este año es ICESA Así, después que en el año 2010 se implantara dicho Sistema de Calidad nuestro objetivo perseguido es:

1. Mantener la certificación ISO 9001.
2. Continuar la mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El análisis de la situación en general es el siguiente:

1. Certificación ISO 9001, se han realizado diferentes actividades:

Creación de un grupo de trabajo específico para la Norma ISO con análisis de las incidencias y no conformidades que han surgido ( Almacén, calibración, satisfacción del usuario, caducidad de medicamentos, uso del libro de Incidencias y los otros relativos a la norma ISO en sí misma (control de documentos, registro y no revisión por Dirección).

Creación de un Ciclo de mejora a través de las No conformidades detectadas: mantenimiento urgencias.

Participación de las actividades formativas de los miembros del EAP indicados: Almacén no fungible, botiquín, equipos de medida y sistema general de la norma UNE EN ISO-9001.

Auditoria externa en la que se logró la certificación donde se identificaron como puntos fuertes el orden, la limpieza y organización de los almacenes de medicamentos y fungibles, las actividades de la consulta de atención a la mujer (matrona), el desarrollo de IT de nivel III de gran utilidad, instalaciones generales ordenadas y limpias y documentación exhaustiva referente al área de admisión

Diversas actividades con la documentación, adaptándose a lo aconsejado por la consultora nueva:

Cambio de las instrucciones de Trabajo a Procedimientos.

Adaptación del Manual de Acogida a los contenidos mínimos sugeridos.

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

199

#### CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE GRAÑEN

Identificación de la documentación externa, incluyendo los manuales de funcionamiento, libros y protocolos diversos.  
Identificación de los equipos de medida.  
Desarrollo de nuevos procedimientos de nivel III.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Como objetivo general nos planteamos superar la Auditoría de Certificación para mantener la Marca de Calidad ISO 9001:2008. Nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

Auditoría interna.  
Revisión por la dirección correspondiente al 2011.  
Auditoría de certificación  
Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.  
Seguir en el desarrollo de la normativa ISO aplicada al ámbito de la salud y más específicamente a la Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.

Implica realizar una serie de actividades encaminadas al:  
Desarrollo de la documentación del nivel III: nuevos procedimientos, modificaciones de los existentes...  
Control de registros  
Control de documentos y protocolos  
Análisis de Incidencias  
Actividades de mejora en No Conformidades.

Actividad  
Responsable  
Formación EAP en ISO  
Responsable de calidad  
Formación EAP específica Procedimientos  
Propietarios  
Información de las PO al EAP  
Propietarios  
Divulgación de las PO  
Responsable de calidad  
Incidencias  
EAP  
No conformidades  
Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos  
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.  
Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos  
Realización de auditorías de Calidad para la certificación.  
Responsable de calidad/Coordinador/EAP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:  
Control de Incidencias y No Conformidades verificando su apertura y cierre y otras actividades.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

199

CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE GRAÑEN

Auditoria interna  
Revisión por la dirección.  
Auditoria de certificación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS  
Indicar el calendario de las actividades previstas

Actividad  
Fecha realización  
Reunión EAP para la revisión/seguimiento del sistema  
enero-11  
Formación EAP: Procedimientos almacén+equipos  
febrero-11  
Adaptación manual de acogida  
marzo-11  
Reunión EAP para la revisión/seguimiento del sistema  
abril-11  
Reunión EAP para la revisión del sistema  
marzo-11  
Realización de auditoria Interna  
abril-11  
Revisión por la dirección  
mayo-11  
Auditoria de certificación  
mayo-11  
Reunión EAP para la revisión/seguimiento del sistema  
julio-11  
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.  
Según se indica en la ficha de las mismas.  
Reunión EAP para la revisión del sistema  
septiembre-11  
Reunión EAP para la revisión del sistema  
diciembre-11

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· DEFICITS ESTRUCTURALES (acorde al plan de necesidades) .....	4.500 €
· FORMACION/LIBROS .....	1.500 €
Total .....	6.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

**MEJORA ACOGIDA II: PROPUESTA CONVENIO SALUD-INAEM DE CURSO ESPECIFICO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE SALUD EN PROGRAMA ANUAL FORMACION. PROPUESTA A INCUAL: INCLUSION ADMINISTRATIVO DE SALUD COMO CUALIFICACION PROFESIONAL**

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA BROTO BERNUES

- Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
- Centro ..... CS GRAÑEN
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ADMISION
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALCUBIERRE LISA MARIA MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GRAÑEN. SERVICIO DE ADMISION
- GOMEZ REMARTINEZ MARIA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GRAÑEN. SERVICIO DE ADMISION
- RIBAS CAPISTROS LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GRAÑEN. SERVICIO DE ADMISION
- MURO RUSPIRA MARIA. DUE. CS GRAÑEN. DUE REFUERZO HABITUAL
- DELGADO BUENO ANA. MEDICO. CS GRAÑEN. PEDIATRA GRAÑEN
- TORRES MACIAS VIRGINIA. DUE. CS GRAÑEN. DUE CUPO HUERTO
- MIRANDA OLIVAN CLARA MARIA. ENFERMERA. CS GRAÑEN. DUE REFUERZO HABITUAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La situación de partida es el proyecto admitido en la convocatoria anterior: "Mejora en la Acogida al Personal Administrativo a través de una acción formativa".

Detectamos que no resuelve completamente la situación para la que se planteó y que requiere ampliar el punto de mira. Ya cuando se elaboró se entablaron conversaciones con los diferentes responsables, entre ellos del INAEM, en esa ocasión nos indican proponerles nuestro proyecto a través de un acuerdo o convenio a nivel de servicios centrales entre SALUD e INAEM.

Con ella queremos solucionar en parte (al menos paliarla hasta alcanzar otra que lo resuelva a largo plazo) la problemática que se plantea para resolver las sustituciones en los Servicios de Admisión de los Centros de Salud, que se realizan a través de la bolsa de contrataciones de SALUD en la que no se exige preparación ni formación específica, provocando esto graves problemas para nuestros Equipos de Atención Primaria y deficiencias en la atención prestada a nuestros usuarios. El INAEM no cuenta en sus programas de formación con cursos específicos por dos razones: desconocimiento de esta necesidad y porque no ha recibido propuesta todavía. El SALUD sólo forma a su personal en plantilla (la selección valora en primer lugar la antigüedad).

Así pues tenemos personal en bolsa para posibles contrataciones sin conocimientos necesarios para desarrollar su puesto de trabajo y sin formación específica adecuada que van a ser contratados para suplir al personal de plantilla de los Servicios de Admisión del SALUD. Para resolver definitivamente esta situación estamos elaborando proposición al INCUAL (Instituto Nacional de Cualificación) la inclusión de Administrativo de Salud como profesión cualificada en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP), que permitirá dotar a esta profesión, con demanda laboral, de una formación profesional que garantice la preparación adecuada así como el reconocimiento del Administrativo de Salud.

Esto requiere:

- Que se realice a través de alguna de las entidades, organizaciones o asociaciones representadas en el Consejo General de Formación Profesional.
- Solicitándolo a través de correo electrónico (incual@educacion.es ) especificando:
  - ? el nombre de la entidad, asociación u organismo que propone la cualificación,
  - ? un estudio sobre la incidencia de la posible nueva cualificación profesional en el mercado laboral en el que además se determine la relación de ocupaciones y puestos de trabajo que estarían presentes, describiendo las competencias profesionales que se derivarían de los mismos, y
  - ? una relación de posibles expertos que podrían participar en la elaboración de la nueva cualificación.

Para ello ya se ha cursado solicitud a la Dirección de Recursos Humanos de datos sobre las contrataciones ofertadas y las realizadas a través de la Bolsa de Trabajo del SALUD dese que obren datos en su poder.

Respecto al nombre de la entidad barajamos dos opciones: a través de la Asociación de Administrativos de Salud (AAS) a la que remitiremos nuestra propuesta específica para Aragón con el fin de consensuar una conjunta con el resto de comunidades del territorio.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

323

**MEJORA ACOGIDA II: PROPUESTA CONVENIO SALUD-INAEM DE CURSO ESPECIFICO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE SALUD EN PROGRAMA ANUAL FORMACION. PROPUESTA A INCUAL: INCLUSION ADMINISTRATIVO DE SALUD COMO CUALIFICACION PROFESIONAL**

La otra opción nos la ofrece el Gobierno de Aragón que, a través de la Oficina del Portavoz, ha mostrado interés en conocer nuestras iniciativas. Celebrada entrevista el día 30 de marzo de 2011 la valoración ha sido: "muy sencilla de y de mínimo coste" respecto a la colaboración SALUD-INAEM para celebrar cursos de formación. Siguiendo sus indicaciones contactamos con la Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Empleo y quedamos a la espera. Respecto a la relación de posibles expertos que podrían participar, queda también por determinar hasta saber los apoyos con los que contamos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Con el proyecto I citado hemos observado:  
Que los aspirantes que han recibido formación voluntaria previa a la contratación, obtienen mejores resultados en el desarrollo del trabajo.  
Que la formación debe ser eminentemente práctica, tutelada y en el mostrador.  
Que los conocimientos teóricos son importantes pero han de combinarse con la práctica.  
Que el candidato aprovecha más la formación sin la presión de un contrato inminente.  
Que la formación previa es un derecho del trabajador, y la cualificación profesional es necesaria para satisfacer la demanda laboral y funciones propias del puesto de trabajo: código ético, cartera de servicios y atención al usuario son específicas no contempladas todavía.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Personal Administrativo que realiza sustituciones correctamente formado y preparado previamente a la contratación.  
Equipos de Atención Primaria sin riesgo de sufrir colapsos y anomalías en su funcionamiento.  
Usuarios satisfechos en cualquier situación (con personal habitual o eventual).  
Actuar en consonancia con la normativa UNE-EN-ISO 9001.2008.  
Personal Administrativo motivado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Acuerdo de colaboración entre el SALUD y el INAEM a nivel de Servicios Centrales para que este último incluya en sus programas anuales de formación cursos específicos para el personal administrativo de salud que, incluido en la bolsa de trabajo, pueda ser contratado para realizar sustituciones en los Servicios de Admisión de los Centros de Salud con los conocimientos, información y formación adecuada y suficiente para desempeñar correctamente sus funciones en armonía con el EAP, usuarios e implicados en la Atención y Asistencia Sanitaria de base.  
Oferta de Formación Profesional para Administrativos de Salud que permita seleccionar a personal ya formado y especializado (Atención Primaria, Atención Especializada, etc.) para realizar las sustituciones u otros contratos en el SALUD, incluidos los de prácticas.  
Personal Administrativo cualificado, reconocido profesionalmente con funciones definidas y entidad propia con más capacidad para apoyar e impulsar le mejora continua de la Asistencia Sanitaria y, en consecuencia mejorar la Atención al Usuario y elevar la satisfacción global de nuestros clientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta de valoración de la formación recibida.  
Encuesta de valoración del servicio realizado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración de la actividad formativa puede alcanzarse con 15 días de los cuales un mínimo de 10 se dedicarán a realizar prácticas tuteladas en Centros de Salud y aproximadamente 5 a clases teórico-prácticas.

Contenidos:  
Prácticos (75%):  
Aplicaciones informáticas: BDU (Base Datos Usuarios), OMI (Oficina Médica Informática), LEE (Libre Elección Especialista), Programa de Registro Atención Continuada; correo electrónico corporativo (webmail.aragon.es), páginas web (www.aragon.es; www.saludinforma.es; otros programas de gestión administrativa; <https://accesoremoto.aragon.es/>), Intranet ISO (<http://10.35.216.4/intranet/>)  
Teórico-prácticos ( 25 %):  
Cartera de Servicios de Admisión  
Código ético de conducta  
Atención al Usuario  
Estructura del Servicio Aragonés de Salud: Sectores Sanitarios - Gerencia de Atención Primaria - Funcionamiento de un Centro de Salud (Registro, Archivo,



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

323

**MEJORA ACOGIDA II: PROPUESTA CONVENIO SALUD-INAEM DE CURSO ESPECIFICO PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE SALUD EN PROGRAMA ANUAL FORMACION. PROPUESTA A INCUAL: INCLUSION ADMINISTRATIVO DE SALUD COMO CUALIFICACION PROFESIONAL**

Comunicación interna y externa, Historia Clínica, citas, información al usuario, situaciones de riesgo).

Procedimientos y documentación ISO disponible.

Normativa de aplicación: Reglamento de funcionamiento del Servicio Aragonés de Salud, Ley de Salud de Aragón, Ley de Autonomía del paciente, Libre elección de médico y especialista, Ley de protección de datos de carácter personal.

La duración y calendario previsto para la cualificación profesional es competencia del Ministerio de Educación pero los módulos formativos básicos se ajustan a los señalados para el curso formativo arriba indicado.

En el enlace: [http://www.educacion.es/educa/incual/ice\\_catalogoWeb.html](http://www.educacion.es/educa/incual/ice_catalogoWeb.html)

Se puede consultar la estructura de la Cualificación y toda la información relacionada.

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. El presupuesto de este proyecto está supeditado a los acuerdos, convenios o colaboraciones entre las entidades implicadas.

Ha sido valorada como de mínimo coste, sin especificar la cuantía respecto al curso de formación.

Profesorado (propuesto por el SALUD), instalaciones y centros de salud dispuestos a acoger al personal en prácticas -el CS de Grañén ya se ofreció para este fin-.

Contenidos teórico-prácticos y programas informáticos (OMI, BDU, LEE, correo electrónico, intranets).

Respecto a la cualificación profesional únicamente actuamos como impulsores ya que depende del Ministerio de Educación - Formación Profesional, pero podemos proponer una relación de posibles expertos, entre los que no puede faltar Don Luís Alfonso Hijós Larraz. Para completar esta relación necesitaremos la asesoría y colaboración del ICS.

OBSERVACIONES del SECTOR

ES UN CONVENIO? UN PROYECTO DE CALIDAD

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 586

1. TÍTULO

**MEJORANDO EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL INCREMENTANDO LA ADHERENCIA TERAPEUTICA**

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MARTINEZ SANCHEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS GRAÑEN
- Servicio/Unidad .. HUESCA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ PANO ESTELA. ENFERMEERA. CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN. GRAÑEN II
- LEDESMA ROMANO MARIA DOLORES. MEDICA. CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN. SESA
- MENDOZA ESCUER ANA. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN. ROBRES
- CAMPOZ AVELLANAS CARMEN. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN. PEDIATRIA
- RUBIO BUISAN LORENZO. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN. GRAÑEN I
- ARANGUREN MARTINEZ DE MORENTIN FERNANDO. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN. SANGARREN
- JIMENEZ SENDER MANUEL. MEDICO. CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN. ALCUBIERRE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Hipertensión Arterial (HTA) presenta una prevalencia del 68% en mayores de 60 años. Es la razón más frecuente de consulta y prescripción de fármacos. El control de la HTA y la adherencia terapéutica están relacionados. La OMS afirmó que "aumentar la adherencia terapéutica puede tener un impacto mas importante en salud que cualquier avance en las terapias".

Nuestro Equipo de Atención Primaria lleva más de 25 años con seguimiento del Protocolo de Hipertensión en Consulta de Enfermería, y nos planteamos conocer cuál era el nivel de adherencia y control de HTA de nuestros pacientes, con los siguientes objetivos:

- 1- Mejorar la seguridad de los pacientes al incrementar el porcentaje de pacientes incluidos en el Servicio de Cartera HTA, que saben identificar los fármacos que están tomando.
  - 2- Mejorar la seguridad del paciente incrementando el porcentaje de pacientes hipertensos que presentan una buena adherencia al tratamiento ( según el test de Hayness-Sacket).
  - 3- Mejorar la seguridad del paciente incrementando el porcentaje de los pacientes incluidos en Servicio e HTA que conocen la evolución y los riesgos de su enfermedad (Según el test de Batalla)
- Para conocer de dónde partíamos elaboramos y pasamos una encuesta a los pacientes que acudían a la Consulta para seguimiento de su HTA, previo consentimiento, de uno de los cupos, recogiendo datos sobre conocimiento de los fármacos que tomaba, nivel de adherencia valorada con test de Hyness-Sacket (validado), conocimiento de la enfermedad con test de Batalla (validado), así como el promedio de las 3 últimas cifras tensionales. Los valores estadísticos se hicieron con un intervalo de confianza del 95%.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Aunque es un proyecto inicial, tenemos los resultados de partida antes de realizar la oportunidad de mejora.

Para el primer objetivo, y con el indicador siguiente el valor obtenido fue del 82%

Nº de pacientes hipertensos que identifican los fármacos que toman diariamente

Nº total de pacientes hipertensos

Para el segundo objetivo el resultado fue de 77,6%, y el indicador utilizado :

Nº de pacientes con test de Hayness-Sacket positivo

Nº total de pacientes hipertensos

Para el tercer objetivo, el resultado fue del 69%, y el indicador:

Nº de pacientes con test de Batalla positivo

Nº total de pacientes hipertensos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo 1: Conocimiento de fármacos según indicador, 90%

Objetivo 2: Adherencia al tratamiento, según indicador, 90%



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 144

1. TÍTULO

**USO DEL BLOG COMO HERRAMIENTA DE FORMACION . CREACION DE UN BLOG DE LA UNIDAD DOCENTE DEL SECTOR**

2. RESPONSABLE ..... MARIA EVA AGUARON JOVEN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHAVERRI ALAMAN EVA. MEDICO. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- ARNAL URROZ SANTIAGO. MEDICO. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- GIMENO PRADAS ROSA. ENFERMERA. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- JODRA APARICIO CRISTINA. MIR. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- RODRIGUEZ TORRENTE MARIANO. MEDICO-JEFE DE ESTUDIOS. UNIDAD DOCENTE DE HUESCA. UNIDAD DOCENTE DE HUESCA
- ALLER BLANCO ANA. MEDICO-TECNICO DE SALUD. DIRECCION ATENCION PRIMARIA. ATENCION PRIMARIA
- ALDAMIZ-ECHEVARRIA IRAURGUI JOSE MANUEL. MEDICO-COORDINADOR SISTEMAS DE INFORMACION SECTOR. GERENCIA SECTOR HUESCA. INFORMATICA SECTOR HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los EAP deben dedicar una parte de su actividad a autoformación, estando contemplada ésta en el contrato de gestión con la Dirección de AP. En el caso de los centros que realizan docencia de la especialidad de MFyC la exigencia de tiempo dedicado a la formación aún es mayor. De esta actividad surge gran cantidad de material que podría ser utilizado por otros EAP, aprovechando de este modo el esfuerzo de revisión bibliográfica y de elaboración de presentaciones que se realiza en cada caso.

Proponemos la creación de un blog de la Unidad Docente del Sector que permitirá:

- Compartir las presentaciones de PowerPoint o similares con el resto de equipos del sector.
- Recomendar artículos, libros o documentos... que se consideren de especial interés.
- Dar a conocer la producción científica de los trabajadores del sector (publicaciones en revistas, posters y comunicaciones a congresos).

En un primer momento se ofrecerá a los centros docentes del Sector la posibilidad de colgar en el blog el material que consideren de interés, aunque todos los centros del sector los podrán consultar. Posteriormente se ofertará a todos los centros del sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nº de visitas al blog: 40 visitas al blog

Nº de archivos colgados en el blog: 15

Nº de centros que han enviado material para colgar en el blog: 3 (100% de centros docentes)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Formación en elaboración de un blog. Creación del mismo. Dar a conocer la dirección del mismo. Elaboración de un documento en el que se explique la forma de acceso al mismo (sólo estarán invitados a consultar el blog los miembros de los EAP y personas vinculadas a la Unidad Docente del Sector) y cómo se colgarán los archivos en el blog (sólo lo podrán hacer los miembros del equipo de mejora)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de visitas al blog.

Nº de archivos colgados en el blog.

Nº de centros que han enviado material para colgar en el blog

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: formación de los miembros del EAP.

Mayo 2001: Elaboración del blog. Publicidad en el Sector

Junio 2011: Empieza a funcionar el blog



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

620

**MEJORA DEL SERVICIO ASISTENCIAL A TRAVES DE FORMACION ALTAMENTE CUALIFICADA PARA PROFESIONALES FACULTATIVOS DE SALUD MENTAL**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALAYETO GASTON
- Profesión ..... PSICOLOGO/A
  - Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS
  - Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAILLIN PERARNAU CARMEN. PSICOLOGA. CS PIRINEOS. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
- SANTOS GALLEGO TERESA. PSICOLOGA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. -Con el presente Proyecto de Calidad, "Mejora de la asistencia a través de formación altamente cualificada para profesionales facultativos de Salud Mental", se pretende que el personal facultativo de Salud Mental podamos tener acceso a los últimos avances en técnicas de intervención psicológica, con el objetivo por un lado de enriquecer y mejorar de modo significativo nuestra labor en la práctica clínica, y con la expectativa por otro lado de equiparar la calidad de nuestro servicio asistencial al nivel de los principales centros de referencia nacionales (e incluso internacionales), teniendo en cuenta que el principal inconveniente para que los profesionales de Salud mental podamos beneficiarnos de la formación de alta cualificación es que tales actividades sean mayoritariamente impartidas fuera de nuestra Comunidad Autónoma (Madrid, Barcelona...). Por otro lado señalar que la necesidad de formación altamente cualificada se hace especialmente relevante si tenemos en cuenta que actualmente el Hospital General de San Jorge cuenta con numeroso personal en formación en Salud Mental: Cuatro residentes en la especialidad de psiquiatría y por el momento dos residentes en la especialidad de psicología clínica (la plaza de Psicólogo Interno Residente es de reciente acreditación, lo que se traducirá con el tiempo a un total de cuatro). Si bien los residentes de Huesca disponen de un programa de formación propio (Sesiones Clínicas de Salud Mental en el H.G. San Jorge de Huesca de carácter semanal y Jornadas formativas para residentes de Salud Mental de Aragón de carácter mensual), se hace totalmente necesaria la formación avanzada en técnicas psicoterapéuticas innovadoras de eficacia y utilidad clínica probadas, cuya adquisición haya de efectuarse de un modo más intensivo y en mayor profundidad, dotando a los futuros profesionales de salud mental de los conocimientos adecuados para el abordaje eficaz del mayor número de causística posible.

### MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN

-Necesidades detectadas durante la práctica clínica habitual

### SITUACIÓN DE PARTIDA

-Ausencia de financiación para formación de alta cualificación en Salud Mental fuera de la Comunidad Autónoma de Aragón.

### FUENTES DE INFORMACIÓN

-Tratamientos Psicológicos Eficaces I. Adultos. Ed. Pirámide.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003)

-Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud. Ed. Pirámide. (2003)

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003)

-Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia. Ed. Pirámide. (2003)

--R. Anchisi - M. Gambotto Dessi, (1996) Manual del biofeedback: psicología y medicina conductual, Cortina, Torino

-Saphiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures.

Nueva York, Guildford.

-Wilson, K. y Luciano, C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 620

**MEJORA DEL SERVICIO ASISTENCIAL A TRAVES DE FORMACION ALTAMENTE CUALIFICADA PARA PROFESIONALES FACULTATIVOS DE SALUD MENTAL**

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejora de la calidad asistencial con la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en actividades formativas en técnicas/procedimientos psicoterapéuticos innovadores y de probada eficacia.

- Mejora de la formación de profesionales de Salud Mental facultativo adjunto.
- Mejora de la formación de personal facultativo de Salud Mental en formación (residencia).
- Incremento en el número de casos abordables.
- Incremento de la satisfacción de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Asistencia a Actividades Formativas de alta cualificación fuera de Aragón de mínimo uno de los profesionales facultativos incluidos en el presente proyecto (Carmen Bailín Perarnau, Teresa Santos Gallego, Marian Alayeto Gastón)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de casos susceptibles de aplicación de los conocimientos adquiridos.

-Determinación del número de casos en los que exista mejoría significativa tras aplicación de procedimientos y técnicas psicoterapéuticos aplicados. (Consecución de objetivos clínicos, duración del tratamiento...)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Actividades formativas durante 3 días. Año 2011. Madrid/Barcelona

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Alojamiento .....	150 €
· Manutención .....	100 €
· Transporte .....	150 €
Total .....	400 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto ha sido modificado y sustituye al enviado anteriormente con el mismo título. Dolores Sarasa deja de ser miembro del mismo debido a las normas de la convocatoria que solo permite participar en dos proyectos (se ha enviado un correo previo para comunicar los dos proyectos en los que participa)

OBSERVACIONES del SECTOR

Plantea asistencia a actividades formativas(No es del P Socorro sino de Pirineos)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 093

1. TÍTULO

**AUMENTAR LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES EN LA CREACION DE RECETAS EN OMI-AP Y MEJORAR Y ACTUALIZAR EL RESGISTRO DE RECETAS Y CARTILLAS DE LARGO TRATAMIENTO**

2. RESPONSABLE ..... EVA CHAVERRI ALAMAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Servicio/Unidad .. AT PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· LOREN VICENTE SOLEDAD. MEDICO. CS PERPETUO SOCORRO. AT PRIMARIA  
· DE LUCAS NIEVES. ENFERMERA. CS PERPETUO SOCORRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA DETECCION POR LOS PRFESIONALES DE DISTINTOS ERRORES EN EL REGISTRO DE TRATAMIENTO DE LARGA DURACION EN OMI-AP,ASI COMO LA NECESIDAD DE CONTINUA REVISION DE LAS PRESCRIPCIONES Y LA INCORPORACION DE NUEVOS PROFESIONALES JUNTO CON LA FUTURA IMPLANTACION DE LA RECETA ELECTRONICA, HA SUPUESTO LA NECESIDAD DE INCREMENTAR LA FORMACION DE LOS EMDICOS Y ENFERMERAS EN LA UTILIZACION DEL PROGRAMA OMI-AP Y ESPECIFICAMENTE EN EL REGISTRO Y CREACION DE RECETAS TANTO AGUDAS COMO A DEMANDA Y CRONICAS  
MEJORA DE LA FORMACION QUE PERMITE A SU VEZ MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION,DISMINUIR ERRORES EN LA MISMA ,EVIRAR RIESGOS AL PACIENTE Y CORREGIR ERRORES EN EL REGISTRO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -QUE LOS PROFESIONALES MEDICOS Y ENFERMERAS CONOZCAN Y MANEJEN EL PROGRAMA OMO-AP-RECETASÇ  
-QUE DIMINUYAN LOS ERRORES DE REGISTRO EN OMI-AP-RECETAS  
-AUMENTAR EN NUMERO DE CARTILLAS DE LARGO TRATAMIENTO CORRECTAS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -IMPLANTACION DE SESIONES DE FORMACION EN OMI-AP.RECETAS  
AL MENOS 4 SESIONES / AÑO. DRA AGUARON RESPONSABLE DE FORMACION OMI  
-ASISTENCIA DE MEDICOS Y ENFERMERAS A DICHAS SESIONES  
-REGISTRO Y PUESTA EN COMUN DE ERRORES DETECTADOS POR LOS PROFESINALES EN LAS CARTILLAS DE LARGA DURACION  
-CORRECCION DE ERRORES DETECTADOS  
-REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS SESIONES DE FORMACION

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- NUMERO DE SESIONES DE FORMACION EN OMI-AP-RECETAS REALIZADAS / AÑO  
SE REGISTRAN TODOS LAS SESIONES DE FORMACION REALIZADAS EN EL CENTRO ANOTANDO EL TEMA DE LAS MISMAS Y EN RESPONSABLE DE LA EXPOSICION  
2-ASISTENTES A LAS SESIONES DE FORMACION RECETAS -OMI  
SE CREA UN REGISTRO DE ASISTENCIA A LAS SESIONES DE FORMACION ESPECIFICANDO LA ACTIVIDAD DEL PROFESIONAL / MEDICO/A O ENFERMERO/A  
NUMERO DE MEDICOS / ENFERMERAS ASISTENTES A CADA SESION

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. UNA SESION DE FORMACION OMI-RECETAS / TRIMESTRAL .  
DICHA SESION SE REALIZARA LOS VIERNES DE 8,15 A 9,30  
DURACION DEL PROYECTO ANUAL  
INICIO EN EL MES DE MARZO HASTA DICIEMBRE DEL 2011  
SESIOENS EN MARZO / JUNIO / SEPTIEMBRE

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

093

**AUMENTAR LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES EN LA CREACION DE RECETAS EN OMI-AP Y MEJORAR Y ACTUALIZAR EL RESGISTRO DE RECETAS Y CARTILLAS DE LARGO TRATAMIENTO**

11. OBSERVACIONES. sala de reuniones del scentro de salud  
ordenador con programa omi -ap  
cañon para proyeccion  
hojas de registro de actividad y asistencia

OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

479

### MEDICION AMBULATORIA DE LA TA EN PACIENTES CON HTA REFRACTARIA

2. RESPONSABLE ..... SILVIA DUQUE MAVILLA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
- Servicio/Unidad .. CENTRO SALUD
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESPEJO LORENTE MONICA. ENFERMERA. CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO. CENTRO SALUD
- ARNAL URROZ SANTIAGO. MEDICO. CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO. CENTRO SALUD
- LOREN VICENTE SOLEDAD. MEDICO. CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO. CENTRO SALUD
- BESCOS GARCIA BLANCA. ENFERMERA. CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO. CENTRO SALUD
- QUINTANA VELASCO CARMEN. MEDICO. CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO. CENTRO SALUD
- CAJARAVILLE ASO PILAR. MEDICO. CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO. CENTRO SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las indicaciones para realización de MAPA es la HTA refractaria.

En el nuestro centro disponemos de MAPA desde hace 6 meses. En este tiempo hemos realizado este estudio con distintas indicaciones: sospecha de HTA de bata blanca, evaluación de eficacia de tratamiento...

Entre las indicaciones de realización de MAPA una de las más importantes es la de evaluación de pacientes con HTA refractaria (pacientes con 3 ó más fármacos a dosis plenas con cifras de mal control de TA).

Proponemos ofertar MAPA de forma sistemática a este grupo de pacientes, de forma que pueda ser realizado en un plazo de tiempo inferior a un mes desde la indicación del estudio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Identificar a los pacientes con HTA refractaria real, subsidiarios de un estudio por parte del segundo nivel asistencial. Identificar aquellos pacientes en las que el mal control tensional sea debido a HTA de bata blanca.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificar a los pacientes con HTA refractaria en consulta de enfermería o de medicina, y citar en la agenda del MAPA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tiempo medio de espera desde que se indica MAPA hasta que se realiza.

Pacientes con HTA refractaria identificados con MAPA / N° total de pacientes en los que se indica MAPA por sospecha de HTA refractaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: segundo cuatrimestre de 2011.

Duración: hasta el mes de mayo de 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Envío de nuevo solicitud, pues hay variación en los profesionales que participan en el programa.

OBSERVACIONES del SECTOR

Este proyecto podría ser mejorable si se centrara mas en todas las indicaciones del MAPA o en mejorar su técnica

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

202

### LA ASIGNACION DE NUEVOS PACIENTES AL CENTRO DE SALUD: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CARTERA DE SERVICIOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSA GIMENO PRADAS

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VIÑUALES UBIETO LAURA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION
- GABAS GALLEGU GEMMA. ENFERMERA. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- DUQUE MAVILLA SILVIA. ENFERMERA. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- ANORO MONCAYOLA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION
- CASTAÑO MARTIN PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Con frecuencia la llegada de un nuevo paciente al centro de salud supone la apertura de una nueva historia clínica, estando en ese momento la historia vacía de registros, o con registros incompletos. La mayor parte de las veces el primer contacto del nuevo paciente con un profesional sanitario va a ser en la consulta de medicina. La necesidad de resolver la demanda del paciente, junto con la escasez de tiempo, va a suponer que en muchos casos van a quedar en blanco los registros correspondientes al servicio de vacunaciones, prevención de enfermedades cardiovasculares, detección de problemas en el anciano, atención a la mujer... Proponemos aprovechar el momento en el que un nuevo paciente solicita asignación de médico en el centro de salud para citarlo de forma programada a consulta de enfermería, con tres objetivos:

- Que el paciente conozca al profesional de enfermería
- Que la enfermera realice y registre las actividades preventivas
- Que se registren los antecedentes médicos, quirúrgicos, alergias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Favorecer que los pacientes que llegan nuevos al centro de salud conozcan a su enfermera. Mejorar el registro de las actividades preventivas y los antecedentes de los pacientes recién llegados al centro de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de una sesión de repaso de registro en OMI.

El personal de admisión, al hacer un alta en el centro, asignará una cita programada para la consulta de enfermería en el plazo de una semana. Si el paciente solicita cita con el médico, asignará ese mismo día, cita en consulta de enfermería. Al asignar la cita para la consulta de enfermería se anotará en el apartado "Observaciones" que se trata de una consulta para apertura de historia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de profesionales sanitarios que asisten a la sesión

N° de pacientes citados en consulta de enfermería / n° de pacientes nuevos del centro de salud) x 100

N° de pacientes con el servicio de prevención de enf. cardiovasculares cumplimentado / n° total de pacientes nuevos asignados) x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: segundo cuatrimestre de 2011.

Duración: hasta el mes de Mayo 2012

Si los resultados son positivos el objetivo sería incorporar la propuesta a la rutina del equipo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 202

**LA ASIGNACION DE NUEVOS PACIENTES AL CENTRO DE SALUD: UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA CARTERA DE SERVICIOS**

· tensiometro homologado /c.enfermería .....	350 €
· pulsioxímetros/c.enfermería .....	500 €
Total .....	850 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
PULSIOXÍMETRO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 327

**APRENDIZAJE DEL MANEJO CORRECTO DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INHALACION, EN LOS PACIENTES CON ASMA Y EPOC**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN QUINTANA VELASCO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
  - Servicio/Unidad .. C.S PERPETUO SOCORRO
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESPEJO LORENTE MONICA. ENFERMERIA. C.S. PERPETUO SOCORRO.
  - LAFUENTE EVA. ENFERMERIA. C.S.PERPETUO SOCORRO.
  - BESCOS GARCIA BLANCA. ENFERMERIA. C.S.PERPETUO SOCORRO.
  - DE LUCAS DE SER NIEVES

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tal y como indican la GOLD, la GINA y la GEMA, guías de referencia en el manejo del EPOC y del asma, la vía inhalatoria es la vía de elección para la administración de fármacos en el paciente asmático y EPOC ya que actúa de forma rápida, permite el uso de pequeñas dosis y produce menos efectos secundarios.

Para conseguir que la vía inhalatoria sea efectiva se precisa una correcta técnica de inhalación lo que conlleva un aprendizaje del manejo correcto de los diferentes dispositivos por parte del paciente.

Una de las causas más frecuentes de la mala evolución de ambas patologías es el deficiente uso de dichos dispositivos, por una deficiente educación sanitaria a dichos pacientes, tanto al inicio de la prescripción, como en la continuación de tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejoría en el manejo de los distintos dispositivos de inhalación, medidos a través del cuestionario sobre las habilidades en las técnicas de inhalación ( cuestionario validado y de referencia en la guía GEMA) con una mejoría de buen cumplimiento de tres o más ítems en cuestionario aplicado antes y después de la intervención y cumplimiento correcto de al menos el 60% de los ítems recogidos en dicho cuestionario aplicado a los 6 meses

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La información trabajada se centrará inicialmente en el fármaco que vaya a utilizar el paciente. Se realizará el aprendizaje con placebos. El educador, llevará a cabo una demostración y posteriormente comprobará la ejecución de la técnica por el paciente. Se corregirán errores y se reforzarán los logros conseguidos.

La información se individualizará en cada caso, partiendo de los conocimientos del Paciente y de su situación en particular. Se ofrecerán normas escritas de la técnica de inhalación y material gráfico de apoyo.

En las visitas sucesivas se revisará la técnica utilizando el inhalador que emplea el paciente Se aclararán dudas, temores o problemas en la realización del tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para conocer el impacto de dicha actividad sobre los pacientes, en la primera visita se aplicará al paciente el cuestionario sobre las habilidades en las técnicas de inhalación ( cuestionario validado y de referencia en la guía GEMA) antes de iniciar el aprendizaje con placebo, y posteriormente a dicha intervención.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 327

1. TÍTULO

**APRENDIZAJE DEL MANEJO CORRECTO DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INHALACION, EN LOS PACIENTES CON ASMA Y EPOC**

En las visitas sucesivas se revisará la técnica utilizando el inhalador que emplea el paciente  
A los 6 meses, se volverá a aplicar al paciente el cuestionario sobre las habilidades en las técnicas de inhalación  
Como indicadores elegimos :  
-incremento del correcto cumplimiento de los items recogidos en el cuestionario previamente a la intervención y los recogidos en el cuestionario inmediatamente posterior a la intervención de al menos 3 puntos

- correcto cumplimiento de los items recogidos en el cuestionario aplicado a los 6 meses/ total de it

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2011 taller de inhaladores I a los educadores participantes en el proyecto.  
Abril 2011 Taller de inhaladores II a los educadores participantes en el proyecto.  
Mayo 2011 Inicio de actividades. Aplicación de cuestionario  
Noviembre 2011 : aplicación de cuestionarios a los 6 meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· ordenador portatil ..... 600 €  
Total ..... 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
¿SOLO SE BENEFICIARÍAN LOS PACIENTES DE UN CUPO??

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

141

#### GRUPO DE APOYO PARA LA CRIANZA SATISFACTORIA EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN SOLANAS GALINDO
- Profesión ..... MATRONA
  - Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
  - Servicio/Unidad .. SERVICIO MATERNO-INFANTIL
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR. ENFERMERIA. CS PERPETUO SOCORRO.
  - BROTO COSCULLUELA PURIFICACION. ENFERMERA. CS PERPETUO SOCORRO.
  - PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS. PEDIATRA. CS PERPETUO SOCORRO.
  - FUERTES FERNANDEZ ESPINAR JORGE. PEDIATRA. CS PERPETUO SOCORRO.
  - ALIJARDE LORENTE ROBERTO. PEDIATRA. CS PERPETUO SOCORRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ESTE PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR SE PLANTEÓ COMO MEDIDA DE AYUDA ANTE LAS DUDAS PLANTEADAS POR LAS MADRES Y PADRES EN LAS CONSULTAS DE MATRONA Y PEDIATRIA-PUERICULTURA. TIENE COMO FINALIDAD RESOLVER DUDAS Y OFRECER APOYO EMOCIONAL DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS TRAS EL NACIMIENTO DE UN HIJO/A.

Hemos identificado los problemas mediante un método grupal Brainstorming las siguientes oportunidades de mejora:  
Resolver dudas y/o afianzar conocimientos a los padres y madres sobre los cuidados y necesidades del bebé.  
Fomentar una relación de confianza entre los padres y madres y los profesionales sanitarios encargados de la salud materno-infantil.  
Promocionar hábitos saludables en la crianza.

Priorizamos aquellos aspectos que hemos detectado como más demandadas por los padres y madres en la consulta diaria.  
Hemos observado que los padres y madres plantean una serie de dudas comunes en relación con los cuidados y las necesidades básicas del recién nacido y lactante.  
Entre las posibles causas que hemos detectado se encuentran la inseguridad, la falta de interpretación ante las múltiples informaciones que encuentran a través de los distintos medios de comunicación (internet, prensa, radio, televisión etc).

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad en los cuidados prestados al RN y lactante.  
Mejorar la confianza en los profesionales de la salud responsable del cuidado materno-infantil.

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación del protocolo de contenidos

- 1) Responsables: todos los integrantes del bloque materno-infantil del CS Perpetuo Socorro.
- 2) Sesiones informativas participativas grupales:
- 3) Alimentación del RN y lactante: Flor Sebastián y Ana B. Solanas
- 4) Higiene y la piel del RN: Purificación Broto
- 5) Sueño y vínculos afectivos: Flor Sebastián y Purificación Broto.
- 6) Masaje, estimulación y desarrollo psicomotor: Ana B. Solanas.
- 7) Calendario de vacunaciones: Purificación Broto.
- 8) Signos de alarma para acudir al pediatra: Roberto Alijarde, Carlos Pardos y Jorge Fuertes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Medición de la percepción del aumento de seguridad en los cuidados prestados al RN y lactante por parte de los cuidadores tras las sesiones a través de una escala de Lickert.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 141

**GRUPO DE APOYO PARA LA CRIANZA SATISFACTORIA EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA**

Medición de la percepción de la confianza en los profesionales de la salud responsable del cuidado materno-infantil medido a través de una escala de Lickert.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Del 1 al 15 de abril de 2011:  
Preparación de los contenidos de las sesiones.  
Del 15 al 30 de abril de 2011:  
Puesta en común de los contenidos de las sesiones.

Martes 3 de mayo a las 12:30:  
Comienzo de las sesiones informativas y participativas con madres, padres y cuidadores de una hora de duración.  
Todos los martes laborables del año 2011 (excepto uno de cada nueve martes):  
Se llevarán a cabo las sesiones mencionadas por orden correlativo.  
Tras finalizar las 8 sesiones :  
Reunión de equipo para evaluar el desarrollo del programa.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· ordenador portátil .....	700 €
· cañon .....	1.300 €
· material bibliográfico .....	60 €
Total .....	2.060 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
PEN



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

139

**MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES NUEVOS EN EL CENTRO DE SALUD CON LA COLABORACION DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO**

2. RESPONSABLE ..... LAURA VIÑUALES UBIETO  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Servicio/Unidad .. ADMISION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ANORO MONCAYOLA CARMEN. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. SERVICIO ADMISION  
· SIN ABIZANDA MARIA ASUNCION. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. SERVICIO ADMISION  
· GONZALEZ OLIVAN MARIA BELEN. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. SERVICIO ADMISION  
· TORRALBA ALBELLA CARMEN. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. SERVICIO ADMISION  
· CASTAÑO MARTIN PILAR. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. SERVICIO ADMISION  
· MUR MURO MARIA TERESA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. SERVICIO ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROBLEMA / OPORTUNIDAD DE MEJORA  
La llegada de un paciente nuevo al centro de salud procedente de otro sector sanitario, supone empezar a trabajar con una historia "en blanco", aún tratándose de pacientes con numerosa patología y antecedentes.  
Proponemos un circuito que facilite el acceso del médico a la historia previa del paciente para poder revisar la misma y poder registrar en la nueva historia de OMI del centro toda la información de interés. Interesa poder realizar esta revisión en un plazo inferior a un mes desde la asignación del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. RESULTADOS ESPERABLES  
Mejorar la información contenida en la historia de OMI del centro referente a un paciente (patología actual, antecedentes, alergias, RAM...)Que al menos el 50% de las historias de pacientes nuevos sean revisadas en el plazo de un mes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODO  
Cuando un miembro del equipo administrativo cumplimente un formulario de asignación del médico al centro de salud, solicitará siempre la historia clínica al centro de origen (historia papel y electrónica impresa). Cuando esa historia llegue al centro de salud, la entregará al médico o enfermera correspondiente para su revisión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES  
Nº de historias revisadas /nº total de pacientes nuevos) x 100  
Tiempo transcurrido desde que se asigna el paciente al centro hasta que se revisa la historia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACION / CALENDARIO  
Inicio: segundo cuatrimestre de 2011.  
Duración: hasta el mes de mayo de 2012  
Si los resultados son positivos el objetivo sería incorporar la propuesta a la rutina del equipo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. ACLARACIÓN: ESTE PROYECTO NO PRECISA FINANCIACIÓN

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

139

MEJORA DE LA CUMPLIMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES NUEVOS EN EL CENTRO DE SALUD CON LA COLABORACION DEL EQUIPO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO

OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

619

**MEJORA EN EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE RELAJACION DIRIGIDO A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL (SECTOR HUESCA) (MODIFICADO).**

### 2. RESPONSABLE ..... PILAR BLASCO GRAU

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
- Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD STO. GRIAL. PEDIATRIA

### 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aumento importante de la demanda por problemas de ansiedad en personas menores de 18 años en los últimos años

Mejorar la continuidad y práctica del entrenamiento en técnicas de relajación de los/ as menores con problemas de ansiedad.

Fomentar la creación de un grupo de trabajo con profesionales de AP para buscar acciones preventivas frente al aumento de los problemas de ansiedad presentados por la población infantil y adolescente.

El entrenamiento en técnicas de relajación es complementario a las terapias psicológicas aplicadas en varios de los procesos y patologías que presentan nuestros/as usuarios/as.

En los últimos años se ha observado un incremento de la demanda por problemas de ansiedad en la población menor de 18 años (que es la que atendemos). Esta demanda fluctúa con el curso académico lo que nos lleva a pensar que una de las mayores fuentes de ansiedad y estrés es la presión por el rendimiento escolar, así como el ritmo de vida familiar que suele llevar a horarios intensivos por parte de toda la familia.

Numerosos estudios avalan que la aplicación de técnicas cognitivo conductuales combinadas con técnicas de relajación, adaptadas a la edad y capacidades de los menores esta dando buenos resultados ya que refuerza las capacidades propias de los niños y niñas para afrontar las situaciones estresantes, lo que a su vez potencia su autoestima.

En el entrenamiento es fundamental, especialmente en los niños y niñas mas pequeños, la colaboración de las madres y padres ya que eso garantiza la continuidad de la practica tras las sesiones. Asimismo se necesita material escrito y de audio para reforzar la practica domiciliaria.

La coordinación con los profesionales de Atención Primaria permitiría un abordaje preventivo de la ansiedad en la población menor de 18 años.

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor efectividad en la aplicación de las técnicas de relajación como herramienta personal para niños, niñas y adolescentes que acuden a nuestra unidad frente a las situaciones de estrés y ansiedad.

Coordinación con las enfermeras, pediatras y médicos de los centros de salud que permita un abordaje preventivo de las situaciones que generan ansiedad a los niños niñas y adolescentes.

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones en los centros de salud para informar del programa y solicitar colaboración.

Elaboración de folleto informativo dirigido a madres y padres sobre técnicas de relajación que se les distribuirá desde la Unidad y también desde los Centros de Salud. Se utilizaran como soporte a las sesiones informativas en las que se solicitara su colaboración en el entrenamiento en TRMP de sus hijos/as

Como refuerzo y apoyo para la continuidad del entrenamiento:

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

619

**MEJORA EN EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DIRIGIDO A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL (SECTOR HUESCA) (MODIFICADO).**

\*Elaboración de folleto con las técnicas de relajación mas utilizadas dirigido a: niños/as  
\*Elaboración de folleto con las técnicas de relajación mas utilizadas dirigido a: Adolescentes

Grabación de CD audio de una sesión de relajación. Posibilidad de disponer de archivos descargables en otros formatos (MP4...)

Elaboración de un registro (base de datos) que permita hacer un seguimiento de las personas que han realizado el entrenamiento y un registro para valorar la eficacia del mismo mediante un cuestionario pre y post entrenamiento en técnicas de relajación.

La responsabilidad del proyecto y las actividades es compartida por las personas que participan y presentan este proyecto que cuenta además con el respaldo y colaboración del resto de trabajadoras de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de sesiones realizadas en centros de salud

N° de intervenciones con madres y padres

N° de menores de 18 años entrenados en la USMIJ en TRMP

Evaluación nivel eficacia del entrenamiento mediante estudio de pre y post test en en pacientes atendidos en USMIJ

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer semestre 2011:

Diseño y elaboración de folletos, base de datos, registros y grabación de audio.

Segundo Semestre 2011:

Sesiones en centros de salud de Huesca capital para solicitar colaboración.

Durante todo el año continuación del trabajo que ya se esta haciendo desde la USMIJ:

Entrenamiento en TRMP a menores de 18 años que lo precisen.

Recogida de datos para la posterior evaluación del programa.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *CMAS-R, ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS (REVISADA) . . . . .	70 €
· Folletos . . . . .	100 €
Total . . . . .	170 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto ha sido modificado y sustituye al enviado anteriormente con el mismo titulo. Se ha enviado previamente un correo explicando los motivos de la modificación

OBSERVACIONES del SECTOR  
MATERIAL DE IMPRENTA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

618

**DIGITALIZACION Y MEJORA DEL REGISTRO DE PACIENTES DERIVADOS A USMIJ DESDE AP (MODIFICADO).**

2. RESPONSABLE ..... PILAR CALVO MATA  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS PIRINEOS  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GALINDO LASIERRA JOSE. GOBERNANTE. CRP STO. CRISTO DE LOS MILAGROS. SERVICIOS GENERALES  
· SARASA CLAVER DOLORES. PSIQUIATRA. CENTRO DE SALUD PIRINEOS II. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Digitalización y mejora del registro de pacientes derivados a USMIJ desde AP Desde el año en que se abrió la Unidad se elaboró un registro en fichas de los pacientes derivados a la misma desde AP. Según el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón y dentro del Programa de Atención a la Salud Mental Infanto Juvenil elaborada por el SALUD "Sería preciso unificar los diversos registros de usuarios de salud mental a fin de poder obtener datos globales que apoyen la toma de decisiones, no sólo de los profesionales respecto a su propia práctica asistencial, sino también de los gestores de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad." En esa línea y en espera de la mentada unificación de registros específicos de Salud Mental nos planteamos la necesidad de digitalizar el registro existente y con ello facilitar el acceso a los datos a los profesionales de la Unidad así como a los gestores de Salud Mental y Atención Primaria y posibilitar la elaboración de estudios sobre la atención dispensada desde la USMIJ que permitan elaborar informes periódicos, evaluar la asistencia y optimizar los recursos. Para la elaboración y utilización de este registro se tendrá en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Facilitar el acceso a los datos del registro por parte de todos los profesionales de la Unidad así como a los gestores de Salud Mental y de A. Primaria

Posibilidad de realizar estudios e informes periódicos sobre la población atendida y las demandas más frecuentes para poder optimizar mejor los recursos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Continuar digitalizando los datos del registro recogidos desde la apertura de la Unidad.

Incorporar al registro nuevos ítems necesarios para evaluar la práctica asistencial de la Unidad.

Optimizar el trabajo administrativo mediante la incorporación de herramientas informáticas al registro.

Formación de un miembro del equipo de mejora en actualización de bases de datos

Valoración de la eficacia y utilidad del registro por parte de los profesionales de la Unidad

Pilar Calvo Mata es la encargada de digitalizar y actualizar los datos  
José Galindo Lasierra es el creador de la estructura de la base de datos y quien incorporará las modificaciones necesarias  
Dolores Sarasa Claver supervisará la eficacia y utilidad del registro

El proyecto cuenta con el respaldo y colaboración del resto de profesionales de la Unidad

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 618

**DIGITALIZACION Y MEJORA DEL REGISTRO DE PACIENTES DERIVADOS A USMIJ DESDE AP (MODIFICADO).**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Digitalización total de datos

Informe sobre:  
Accesibilidad  
Optimización de trabajo administrativo

Realización de informes (estudio descriptivo) sobre la atención dispensada en la Unidad en el último año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer semestre 2011:  
Continuar con la digitalización de los datos existentes y mejora del registro.

Segundo Semestre 2011:  
Evaluación de la eficacia del registro e informe actividad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Curso actualización base de datos ..... 180 €  
Total ..... 180 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto ha sido modificado y sustituye al enviado anteriormente con el mismo título. Se ha mandado un correo previo informando de los motivos de dichas modificaciones

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 270

**CONTROL CONTINUO DE CALIDAD EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PIRINEOS  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DE FAMILIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELITUS TIPO 2 EN CUANTO AL CONTROL DE GLUCEMIAS, TRASTORNOS ASOCIADOS DEL SINDROME METABOLICO Y PREVENCION DE COMPLICACIONES. UTILIDAD DEL TRATAMIENTO MAS INTENSIVO SEGUN DIVERSOS ESTUDIOS ( UKPDS, ACCORD, ADVANCE, VADT ) DISMINUCION DEL RR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UN 50 % (STENO-2) Y ES MAS BARATO EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE SIN COMPLICACIONES (CODE-2). SE HA DETECTADO EN DISTINTOS CORTES A TRAVES DE OMI-AP QUE LAS HbA1c ESTAN MUY ELEVADAS Y SE PRIORIZARAN LAS QUE SEAN SUPERIOES AL 8 %. PARTIMOS DE LA BASE DE QUE SOLO ALREDEDOR DE QUE SOLO EL 20-40 % ESTAN CON BUEN CONTROL METABOLICO Y EL RESTO FUERA DE OBJETIVOS DE HbA1c DEL 7 % QUE RECOMIENAN LAS SOCIEDADES CIENTIFICAS: ADA, GEDAPS, SEMERGEN. LAS CAUSAS NO SOLO SON DEL PACIENTE SINO POR FALTA DE INTERRVENCION O FORMACION DEL PROFESIONAL PARA LO QUE SE HA PREVISTO 8 SESIONES CLINICAS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. HbA1c: DISMINUIDA EN EL 78 % DE LAS INTERVENCIONES CON 2 MEDICIONES.

HDL: AUMENTADO EN EL 31 % DE LAS INTERVENCIONES CON 2 MEDICIONES.

LDL: DISMINUIDA EN EL 52 % DE LAS INTERVENCIONES CON 2 MEDICIONES.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORAR EL CONTROL METABOLICO HbA1c DEL 7 %. MEJORAR PATOLOGIAS ACOMPAÑANTES DEL SINDROME METABOLICO. DISMINUIR COMPLICACIONES AGUDAS Y CRONICAS. DISMINUIR EL GASTO FARMACEUTICO A MAS LARGO PLAZO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SEGUN LO RECOMENDADO POR LA ADA Y LA EASD. USAR DE PREFERENCIA TERAPIAS BIEN VALIDADAS : CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA + METFORMINA + INSULINA BASAL. COMO SEGUNDA OPCION TERAPIAS MENOS VALIDADAS. AGONISTAS DEL GLP-1 Y PIOGLITAZONA. CONSEGUIR ASÍ INSULINIZACION MAS PRECOZ AHORRO EN TERAPIAS NO BIEN VALIDADAS, MEJORA DEL CONTROL METABOLICO Y DISMINUCION DE YATROGENIA E HIPOGLUCEMIAS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. PERFILES GLUCEMICOS EN LOS QUE PRECISEN INTERVENCION PRIORITARIA CON INSULINA. HbA1c CADA 3- 6 MESES OTROS PARAMETROS DEL SINDROME METABOLICO. HTA, OBESIDAD Y HDL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. TENEMOS YA RESULTADOS SEGUN EL PUNTO 5. HAREMOS UN CORTE EN VERANO. RESULTADOS DEFINITIVOS EN DICIEMBRE.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. AYUDA EN SOPORTE INFORMATICO.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

270

**CONTROL CONTINUO DE CALIDAD EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2**

OBSERVACIONES del SECTOR  
EN CONSONANCIA CON EL CONTRATO DE GESTIÓN



## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

237

#### IMPLANTACION DE LA NORMA ISO 9001 EN EL CS PIRINEOS DE HUESCA

#### 2. RESPONSABLE ..... JUAN MANUEL JIMENEZ HEREZA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LUQUE MONTORO FELI. AUX. ENFERMERIA. CS PIRINEOS. LABORATORIO, ALMACEN
- LAMORA ESTHER. ADMINISTRATIVO. CS PIRINEOS. ADMISION
- FRANCO TERESA. ENFERMERA. CS PIRINEOS. ENFERMERIA
- COARASA PILAR. ENFERMERA. CS PIRINEOS. ENFERMERIA
- SANCHEZ MAYTE. ENFERMERA. CS PIRINEOS. ENFERMERIA
- RIVERA ANA. MEDICO. CS PIRINEOS. MEDICINA DE FAMILIA
- ROMERO GARCIA ANTONIO JOSE. FISIOTERAPEUTA. CS PIRINEOS. FISIOTERAPIA

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

El C.S. Pirineos es uno de los centros de referencia del sector Huesca, su EAP cuenta con todas las unidades de Apoyo contempladas por el Salud lo que le permite ofertar a sus usuarios la más amplia cartera de servicios, además de ser centro de formación MIR y disponer de una moderna infraestructura.

Desde su constitución, el EAP Pirineos siempre ha estado implicado en la mejora de la Calidad, desarrollando proyectos tanto a nivel de Contrato de Gestión como de participación en el Programa de Ayuda a las Iniciativas de Calidad de la DGA.

En el año 2010 el EAP decide asumir el reto de conseguir la certificación en la norma ISO 9001, dentro del marco de la política de mejora continua de la Calidad del SALUD.

En noviembre de 2010 el EAP inicia el desarrollo del proyecto contando con el asesoramiento de la Coordinación en Calidad del SALUD, y siguiendo las pautas marcadas por la Consultora del SALUD.

Nuestro objetivo es:

1. Conseguir la Certificación ISO 9001.
2. La mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

#### 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Formación del EAP sobre la normativa ISO

-Creación de un grupo de trabajo específico para la Norma ISO. Que será responsable de diseñar e implementar los procesos, estará constituido por profesionales del equipo que seguirán la formación específica establecida por el departamento de calidad del Salud, contando con la asesoría de los responsables de calidad del Sector y de los servicios centrales.

-Completar el estudio de la documentación necesaria ( protocolos, instrucciones de trabajo de cada proceso, registro de incidencias, gestión de servicios, almacén, etc. ...) y designar un propietario de cada proceso y subproceso.

-Creación y desarrollo de un libro de Incidencias para que todo el personal pueda dejar constancia de incidencias y no conformidades de acuerdo a la normativa.

-Superar las distintas auditorías (interna y externa) contempladas en la ruta de certificación propuesta por la Consultora.

-Conseguir la implicación de todo el EAP en la implantación de la norma.

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se sigue el guión propuesto por la consultora en ISO, estableciendo las tareas marcadas y sus respectivos responsables.

-Reuniones semanales de todo el EAP dirigidas por el responsable de calidad del equipo, Juan Manuel Jiménez en las que se profundizará en la formación al EAP en materia ISO, simultáneamente se hará un seguimiento del desarrollo de las diferentes tareas por parte de sus responsables, se debatirán los procesos y

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

237

#### IMPLANTACION DE LA NORMA ISO 9001 EN EL CS PIRINEOS DE HUESCA

se introducirán los ajustes que se consideren oportunos.

-Nombramiento de responsables de acuerdo al guión de tareas ISO.  
Responsable Coordinador de calidad/ EAP.

-Implantación del libro de incidencias. Análisis de incidencias y No conformidades.  
Responsables: D Dña. Esther Lamora/Dr. Antonio Castellón.

-Desarrollo del Manual de Acogida. Responsable Dr. J. M. Jiménez  
-Registro de equipos de medida. Responsable Dña Teresa Franco.

-Diseño del plan de formación 2011. Responsable Dra. Virtudes Pelebrina. Dña Teresa Franco

-Control de Almacén, residuos. Responsable: Dña Mayte Sánchez /Dña Feli Luque

- Control de documentos y protocolos, Responsables Dra. Ana Rivera, Dña Pilar Coarasa

-Realización de auditoría de Calidad para la certificación. Responsable Dr. Jimenez

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador global del proyecto viene dado por el cumplimiento de los requisitos fijados por la consultoría, en lo referente a desarrollo del proyecto cronológica y formalmente y superando las diferentes auditorías interna y externa fijadas en el calendario de implantación. Los responsables de las diferentes tareas informarán en las reuniones semanales del desarrollo de las mismas y el cumplimiento del calendario prefijado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 enero de 2011. F finalización 31 de diciembre de 2011

Reuniones seman. del EAP con seguimiento del proyecto y formación ISO.

Periodo: Todo el año, exceptuando fechas vacacionales.

Desarrollo proces por los responsables.

Periodo: Todo el año.

Auditoría Interna: Abril

Auditoría Externa: Finales de Mayo (a concretar por consultora)

AI

AE

R

D.

AI

AE

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 171

1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA PARA EL CORRECTO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC**

2. RESPONSABLE ..... SOLEDAD LORES CASANOVA  
· Profesión ..... MIR  
· Centro ..... CS PIRINEOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA  
· FRANCO SANAGUSTIN TERESA. ENFERMERIA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA  
· PELEGRINA GOMEZ VIRTUDES. MEDICO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA  
· RIVERA FUERTES ANA. MEDICO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA  
· ESCAR RIVERA MARIBEL. ENFERMERIA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un problema importante de salud, considerada como la cuarta causa de morbilidad con un gran impacto global, enfermedad infradiagnosticada, prevenible y tratable, que no recibe la atención suficiente y necesaria. Hemos detectado en una muestra piloto que un elevado porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC no tienen realizada ninguna espirometría y en muchos de ellos no se constataban antecedentes relacionados con su patología (hábitos tóxicos, situación laboral

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En nuestra muestra piloto el 14.28% de los pacientes son mujeres y el 85.7% son varones. La edad media de los pacientes es de 72.14 años. El 22.85% son fumadores y el 68.7% no fumadores. Se realizó espirometría diagnóstica a 54.28% de los pacientes. No se registra la gravedad de la enfermedad en la historia clínica en 94.3% de los casos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Entre un 70-75% de los pacientes del Centro de Salud Pirineos diagnosticados de EPOC tengan al menos una espirometría en su historia OMI AP ya que es el principal instrumento para el diagnóstico y evaluación de la EPOC. En torno a 30-40% figure la gravedad de la enfermedad en su historia según la clasificación espirométrica de la gravedad de la EPOC. En el 80-90% de los casos se registren sus hábitos tóxicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará una sesión informativa para todo el personal sanitario del Centro al inicio del programa donde se entregarán los listados de pacientes diagnosticados de EPOC a cada médico- enfermera para su correcto seguimiento y control. Posteriormente se realizarán sesiones formativas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores: 1. espirometrías realizadas a pacientes diagnosticados de EPOC. 2. Establecimiento del grado de gravedad en el diagnóstico. 3. Valoración de las historias clínicas en OMI AP. Se realizará otra sesión formativa a los seis meses analizando con todo el equipo los resultados obtenidos hasta la fecha y una sesión al finalizar el proyecto. Obtención: a través de las historias clínicas en OMI AP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Enero 2011, se realiza la muestra piloto. En Abril 2011, sesión formativa. Octubre 2011, análisis de los primeros resultados del proyecto. Enero 2012, análisis final del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· ordenador portátil ..... 1.000 €  
Total ..... 1.000 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

171

**PROYECTO DE MEJORA PARA EL CORRECTO DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON EPOC**

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 420

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE DESDE LA ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE ..... ESTHER LORENA MAIRAL SALINAS  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS PIRINEOS  
· Servicio/Unidad .. ENFERMERA DE ENLACE SECTOR HUESCA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· HIJOS LARRAZ LUIS. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE CALIDAD ATENCION PRIMARIA SECTOR HUESCA  
· MARTELES CASAJUS SANTIAGO. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. DIRECCION ENFERMERIA ATENCION PRIMARIA SECTOR HUES  
· MENDOZA ESCUER ANA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD GRAÑEN.  
· RAMIREZ ALESON MARIA VICTORIA. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. DIRECTORA ATENCION PRIMARIA SECTOR HUESCA  
· SANCHEZ PEDRO. TRABAJADOR SOCIAL. CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El envejecimiento de la población y el incremento de patologías crónicas generan importantes problemas de salud, de incapacidad y de dependencia.  
El sistema sanitario debe adecuar su prestación a las circunstancias actuales de envejecimiento de la población, aumento de las patologías crónicas y discapacidad que generan situación de dependencia.  
Se entiende por dependencia el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria.  
En este contexto el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón diseñó el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes con un período de implantación de 2006 a 2009. El programa ordena la atención sanitaria pertinente a los diferentes tipos de enfermos crónicos dependientes en cada sector sanitario y en cada nivel asistencial.  
En mayo del 2010 el Departamento de Planificación y Aseguramiento del Servicio de Sanidad y Consumo del Gobierno de Aragón propone la creación de un grupo de trabajo en cada Sector Sanitario con el objetivo de analizar el grado de desarrollo del programa, identificar las deficiencias y proponer puntos de mejora.  
Aunque muchas de las áreas de mejora detectadas conllevan un abordaje global y con un ordenamiento desde los órganos de gestión central, hemos identificado algunos puntos susceptibles de abordarlos localmente. Por ejemplo, en el Sector Huesca se ha priorizado la actuación sobre aquellos pacientes con un grado de dependencia moderada o grave (Barthel<60).  
Así, las principales áreas de mejora detectadas en Atención Primaria de nuestro Sector Sanitario son:  
Baja cobertura en el Programa de Atención a Enfermos Crónico Dependientes, variabilidad en el método de inclusión y en el registro en la Historia Clínica OMI AP. La cobertura alcanzada en 2010 de pacientes crónicos dependientes en el Sector ha sido de 1479, que corresponde al 6.5% de la población de más de 65 años.  
Irregular implicación del equipo de Atención Primaria en la atención al paciente dependiente.  
Necesidad de desarrollo del papel de la enfermera como gestora de casos y en especial como gestora de casos del paciente crónico dependiente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. . Aumentar la cobertura del Programa de Atención a Enfermos Crónico Dependientes: búsqueda activa de casos, mejora aplicación índice de Barthel.  
. Mejora en la atención al crónico dependiente desde el Equipo de Atención Primaria. Potenciar el papel de la enfermera de AP como gestora de casos: facilitar la prestación de cuidados, desarrollando protocolos de atención, planes de cuidados, facilitar formación, acceso a material y conocimiento de recursos propios y ajenos al SALUD que puedan completar la prestación de los cuidados.  
. Mejorar el registro de la actuación sobre el paciente crónico dependiente en la historia clínica OMI AP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. . Análisis y valoración de documentos e instrucciones relativos al PAECD: proceso de sector, recursos, flujos de derivación. Instrucciones de inclusión en programa, asignación a cartera de servicios. Plan de cuidados. (Responsables: Grupo de mejora)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 420

**MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE CRONICO DEPENDIENTE DESDE LA ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR HUESCA**

- . Sesiones clínicas de difusión en los Centros de Salud del Sector. (Responsables: Esther Lorena Mairal/Santiago Marteles Casajús)
- . Procedimiento de actuación de nivel II de enfermería al paciente crónico dependiente. (Responsables: Luis Hijós Larraz/Esther Lorena Mairal).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. . N° de pacientes incluidos en programa atención a crónicos dependientes. (Explotación datos OMI)
- . N° de pacientes incluidos en programa atención a crónicos dependientes (Barthel<60)/ N° de pacientes incluidos en programa atención a crónicos dependientes. (Explotación datos OMI)
  - . N° de pacientes incluidos en programa atención a crónicos dependientes (Barthel<60)/Enfermeras con población Crónico Dependiente asignada.
  - . N° de pacientes incluidos en programa atención a crónicos dependientes (Barthel<60) con valoración enfermería realizada/ N° de pacientes incluidos en programa atención a crónicos dependientes (Barthel<60). (Explotación datos OMI-cartera servicios).
  - . N° profesionales del EAP que asisten a las sesiones impartidas en los centros de salud /miembros del EAP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero a Mayo 2011: Análisis de documentos, elaboración de protocolos y diseño de las sesiones clínicas.  
Junio-octubre: Formación a Enfermería EAP/sesiones clínicas en Centros de Salud.  
Septiembre- diciembre: medición de indicadores. Análisis de los indicadores.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

. Material divulgativo .....	500 €
. Adquisición de bibliografía .....	500 €
. Desplazamientos .....	400 €
Total .....	1.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

1. TÍTULO

**TRATAMIENTO DEL INSOMNIO MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL CS PIRINEOS DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MARTINEZ FABRE

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BENAQUE HERRANZ SILVIA. MIR. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- CAMPO REVILLA MARIBEL. MIR. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- PELEGRINA GOMEZ VIRTUDES. MEDICO. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- ESCAR RIVERA MARIBEL. ENFERMERIA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- LORES CASANOVA SOLEDAD. MIR. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- FRANCO SANAGUSTIN TERESA. ENFERMERIA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El insomnio en AP tiene una prevalencia del 69%, según fuentes de Uptodate, siendo un problema ocasional en un 50% de los casos y crónico en un 19%, considerando éste como más de 3 semanas según la clasificación propuesta por la Nacional Institutes of Health y DSM-IV. Esta elevada prevalencia es el motivo por el cual es muy frecuente la prescripción de psicofármacos como benzodiazepinas, hipnóticos o antidepresivos con efecto sedante.

En un meta-análisis de 23 ensayos clínicos aleatorizados de intervenciones sobre adultos de mediana edad y ancianos con insomnio; en los que se aplicaba terapia cognitivo conductual, relajación, se demostró mejoría de calidad de sueño, latencia de sueño y despertares después del comienzo del sueño. Health Psychol 2006 Jan;25(1):3

Además uso de las benzodiazepinas y otros psicofármacos tienen efectos negativos a largo plazo; según el estudio con referencia J Am Geriatr Soc 2005 Feb;54(2):224; el uso de BDZ para mejorar la calidad del sueño podría provocar trastornos de movilidad y dificultar las actividades de la vida diaria.

Los criterios de inclusión de pacientes:

- Mayores de edad pertenecientes al C.S. Pirineos, con diagnóstico de insomnio primario.
- Consentimiento informado para la inclusión de sus datos en un estudio de evaluación del tratamiento y compromiso del paciente a realizar las técnicas aprendidas en domicilio, así como acudir a las consultas de revisión y cumplimentar los cuestionarios.
- Se dará prioridad a aquellos pacientes con mayor capacidad de abstracción y comprensión de las técnicas de relajación, a criterio de su médico de AP.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

Reducción del consumo de psico-fármacos (benzodiazepinas, hipnóticos, etc..).  
Disminuir el número de consultas de demanda por insomnio, cansancio, ansiedad...

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º) Grabación de audio de las técnicas de relajación por parte de Dr. Martínez Fabre y Dra. Benaque en formato digital, para que los pacientes puedan practicar en su domicilio.

2º) Elaboración de material escrito para el paciente: consentimiento informado de la participación en el proyecto, información esencial del insomnio, medidas de higiene del sueño, cuestionario con escalas de evaluación y Escala de Somnolencia de Stanford. Redactado por Dr. Martínez.

3º) Presentación del proyecto al resto de mini-equipos de medicina y enfermería del C.S. Pirineos, mediante presentación powerpoint, Dr. Martínez y Dra. Benaque.



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

### TRATAMIENTO DEL INSOMNIO MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL CS PIRINEOS DE HUESCA

4º) Captación de pacientes en la consulta por parte de médicos y enfermeras de AP del C.S. Pirineos, siendo responsable de incluirlos en la iniciación de técnica y seguimiento Dra. Pelegrina y Dra. Campo.

5º) Primera entrevista con el paciente en la que se entrega la documentación escrita, se realiza historia clínica con:

Antecedentes médicos (descartar causa orgánica) y psiquiátricos.

Tratamiento farmacológico

Uso de sustancias excitantes

Hábitos de vida

Valoración de síntomas diurnos y parasomnias

Historia del sueño clasificando el tipo de insomnio, cuantificando en horas el descanso y valorando la calidad de sueño de forma subjetiva y con ayuda de escalas.

Los responsables son todos los colaboradores del proyecto de calidad.

6º) Consultas de seguimiento con la cumplimentación de cuestionarios de evaluación y resolución de dudas, ajustando el tratamiento farmacológico del paciente si la evolución es satisfactoria. Los responsables son todos los colaboradores del proyecto de calidad.

7º) Evaluación de los resultados obtenidos de los cuestionarios, análisis de los datos mediante herramientas informáticas SPSS por parte del Dr. Martínez Fabre.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Dado que el objetivo del proyecto es disminuir el consumo de psicofármacos y mejorar la calidad de vida del paciente, en las consultas de seguimiento se registrará los fármacos, dosis y frecuencia a la que se emplean, intentando llegar a suspender su administración. Para valorar la calidad de vida el paciente realizará una valoración subjetiva mediante las siguientes escalas ya validadas:

Escala de Somnolencia de Stanford : según Uptodate es la mejor escala para valorar de forma subjetiva la somnolencia y se correlaciona directamente con la privación de sueño.

1. Se siente activo, vital, totalmente despierto.
2. Funcionamiento en altos niveles, pero no al máximo; es capaz de concentrarse
3. Despierto, pero relajado; sensible pero no totalmente alerta.
4. Algo confuso, le cuesta concentrarse en las tareas que debe realizar
5. Muy confuso; pérdida del interés por permanecer despierto; enlentecido.
6. Somnoliento, indispuesto, luchando contra el sueño; prefiere acostarse.
7. Pierde la capacidad de mantenerse despierto; teniendo pensamientos de ensueño.

Escala Atenas: esta escala tiene varios items de calidad de vida diurna.

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

257

#### TRATAMIENTO DEL INSOMNIO MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL CS PIRINEOS DE HUESCA

Inducción del dormir (tiempo que tarda en quedarse dormido una vez acostado).

0. Ningún problema <30 min.
1. Ligeramente retrasado 30 min-1 h.
2. Marcadamente retrasado 1-2h.
3. Muy retrasado o no durmió en absoluto, >2h.

Despertares durante la noche.

0. Ningún problema.
1. Problema menor.
2. Problema considerable.
3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

0. No más temprano.
1. Un poco más temprano.
2. Marcadamente más temprano.
3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

0. Suficiente.
1. Ligeramente insuficiente.
2. Marcadamente insuficiente.
3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

0. Satisfactoria.
1. Ligeramente insatisfactoria.
2. Marcadamente insatisfactoria.
3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

0. Ninguna.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 257

**TRATAMIENTO DEL INSOMNIO MEDIANTE TECNICAS DE RELAJACION EN PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA DEL CS PIRINEOS DE HUESCA**

- 1. Leve.
- 2. Considerable.
- 3. Intensa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. \* Febrero-Marzo de 2011: Se han realizado los puntos 1 y 2 señalados en el método y actividades para mejorar.  
\* Abril 2011: Presentación del proyecto al resto de miniequipos de AP. C.S. Pirineos.  
\* Enero 2011- 1 de Junio 2011: captación de pacientes, hasta la fecha, se han recogido datos y consentimiento de 10 pacientes dispuestos a colaborar.  
\* 1 de Mayo 2011- 31 de Junio 2011: Primera entrevista con el paciente.  
\* 1 de Julio - 31 de Diciembre 2011: consultas de seguimiento.  
\* Enero - febrero 2012: evaluación de los resultados obtenidos.

Los pacientes estarán en seguimiento mediante consultas programadas un mínimo de 6 meses con la siendo inicialmente a los 15 días de la primera entrevista, y después dos consultas citadas con espacio de un mes y posteriormente cada dos meses.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 10 Memorias portátiles USB .....	100 €
Total .....	100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
ES MÁS UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

633

1. TÍTULO

CONTINUACION DEL PROYECTO: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA Y DISMINUCION DEL CONSUMO DE AINES Y SU YATROGENIA GRACIAS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO BENIGNO CON ACUPUNTURA

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA RIVERA FUERTES

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. HUESCA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COARASA MONTER PILAR. ENFERMERIA. CS PIRINEOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor crónico benigno, o dolor crónico no oncológico, es una causa muy frecuente de consulta, que genera un importante número de derivaciones y de gasto farmacológico, y tiene una gran repercusión social y laboral (1,2,3) Uno de los grupos farmacológicos más consumidos para el alivio del mismo son los AINES, no siempre con buenos resultados, y con una importante yatrogenia, fundamentalmente a nivel gastrointestinal (4,5,6) y sobre la función renal en pacientes ancianos polimedicados (7,8). En los últimos años está habiendo una auge de técnicas complementarias para el tratamiento de este tipo de dolor, en países de Europa (el 90% de los servicios de tratamiento del dolor en Reino Unido y el 70% en Alemania la utilizan), y en Estados Unidos. Tanto la OMS en su "Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005" , y en el congreso sobre Medicina Tradicional de Beijing en 2008, (9,10); como en Instituto Americano de Investigación (NIH) en el Consenso de Bethesda (11), recomiendan fomentar el uso de medicinas tradicionales dentro de los sistemas de salud. Esto incluye a la acupuntura, sobre la que además la OMS ha desarrollado las Guías sobre la Formación y Seguridad Básicas en Acupuntura (12) y las Guías para el Estudio Clínico e Investigación sobre Acupuntura (13) . Estas guías alientan a las autoridades sanitarias nacionales a regular la práctica y el estudio de la acupuntura y otras medicinas tradicionales, para que se puedan realizar de manera fiable, segura y científica, con calidad y accesible a la población. En la última revisión de estudios clínicos controlados, año 2000, la OMS indica la acupuntura como tratamiento válido, con distintos grados de recomendación para varios tipos de dolor: Entre las "Indicaciones para las cuales la acupuntura ha demostrado mediante estudios experimentales que es un tratamiento efectivo" se encuentran las algias faciales, cefaleas, gonalgia, lumbalgia y lumbociatalgia, cervicalgia, odontalgia y dolor de la articulación temporomandibular, periartritis escapulohumeral, dolor postoperatorio, artritis reumatoide, epicondilitis, esguince. Además hay otras "Indicaciones en las cuales el efecto terapéutico de la acupuntura se ha visto, pero hace falta más evidencia" como son la fibromialgia, dolor por artritis gotosa, dolor radicular, dolor oncológico, síndrome de Tietze (14) En Reino Unido se está empleando la acupuntura dentro del Sistema Nacional de Salud (NHS) con buenos resultados y valorada como intervención coste-efectiva para las indicaciones dadas (15). En España se está utilizando con resultados prometedores en el CS Dos Hermanas (Sevilla), en el que llevan 10 años de experiencia con una Unidad de Tratamiento del Dolor dedicada a terapéutica con acupuntura, con buenos resultados en la última auditoría (79,7% de mejoría en pacientes con dolor de más de 3 meses que completaron el tratamiento, de un total de 5690 pacientes tratados, y disminución del consumo de fármacos, y escaso número de efectos adversos, todos ellos no graves) (16)

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Martínez F, Herrera Silva J, Aguilar Luque J. Management of cronic pain in Primary Health Care. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 453-459
2. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo- Wraak G. Prevalence of pain in general practice. EurJ Pain.2002;6(5):375-85.
3. Alonso García, L . Uso de analgésicos en el centro de salud. Medicina general 2005; 76 (506-10)
4. Peña Forcada E et al. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. SEMERGEN 2008; 34 (10) 502-6
5. Medina Sánchez P, Téllez Hernández A. Hallazgos endoscópicos en una población de pacientes con enfermedades reumáticas bajo tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos RSPYN [en línea] 2003 febrero 3. 2 URL disponible en: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/imss-2003/resumenes/60.htm>
6. Arroyo Villarino M, Alcedo González J, Lanás Arbeloa A. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos Medicine, Serie 9, Nº. 2, 2004 (Ejemplar dedicado

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

633

1. TÍTULO

**CONTINUACION DEL PROYECTO: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA Y DISMINUCION DEL CONSUMO DE AINES Y SU YATROGENIA GRACIAS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO BENIGNO CON ACUPUNTURA**

a: Enfermedades del aparato digestivo (II). Tracto digestivo superior) , pags. 75-83

7. De García ALM, Otero, A. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España.. nefrología, 2003; vol. XXIII (6) (475-77)

8. Calviño JA y cols. Fracaso renal agudo asociado a antiinflamatorios no esteroideos e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. Nefrología, 1997, vol XVII (5) 405-10

9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2002.1).

10. Declaración de Beijing, adoptada en el Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional, Beijing, China, noviembre de 2008

11. NIH Consensus Statemet. Acupuncture. JAMA 1998; 280: 1518-1524

12. Organización Mundial de la Salud .Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. Ginebra,

Organización Mundial de la Salud, 2002 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/99.1).

13. Organización Mundial de la Salud. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2000.1).

14. Acupuncture. Review and analysis of reports on controlled clinical trials. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002

15. Jonathan Roberts, DM. Mapping the evidence base and use of acupuncture within the NHS. Department of Public

Health and Epidemiology West Midlands Health Technology Assessment Group. University of Birmingham, DPHE 2007, report number 59.

16. Vas J, Aguilar I, Perea-Milla E, Méndez C. Eficacia de la acupuntura y sus técnicas relacionadas para el tratamiento del dolor no oncológico en atención primaria: una auditoría médica. Revista Internacional de Acupuntura. 2008; 2 págs 56-62

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. • Se ha realizado sesión informativa a todos los profesionales del centro, para que conociesen el proyecto y supiesen los criterios de inclusión en el estudio para remitir a los pacientes

• Se han citado a los pacientes remitidos por los profesionales, en una consulta destinada a tal efecto los miércoles por la tarde, y en alguna ocasión en otro horario.

• En la primera visita se les ha explicado el procedimiento, han firmado en consentimiento informado, se les han realizado la historia clínica, se les han pasado las encuestas de valoración de dolor (EAV) y de calidad de vida (SF 36), y se ha cuantificado el consumo de fármacos relacionados con el dolor previo al tratamiento

• Se les han realizado las sesiones de acupuntura a razón de 1 o 2 a la semana, con una duración de 20-30 minutos cada una.

• El último día se les han vuelto a entregar las encuestas de valoración para compararlas con las pre-tratamiento

• Se han ido introduciendo los datos obtenidos en una tabla de datos creada a tal efecto

Objetivos conseguidos:

Se han tratado de momento un total de 25 pacientes. Debido a que a última hora se cambió de centro de trabajo uno de los dos profesionales miembros del equipo de mejora cualificados para poner el tratamiento de acupuntura, el fisioterapeuta Santiago Viñuales, el rendimiento en cuanto ha número de pacientes tratados ha sido menor de lo esperado, por lo que esperamos poder prolongar en el tiempo el estudio.

Parece ser que en general, la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento ha mejorado de manera importante, aunque no han disminuido el consumo de AINES de manera significativa, que era el objetivo principal del estudio.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejoría sintomática, disminución del consumo de AINES y de la yatrogenia que conlleva el mismo, así como del gasto farmacéutico, en pacientes con dolor crónico no oncológico gracias al tratamiento con acupuntura

• Proporcionar una alternativa de tratamiento válida a los pacientes con patologías que contraindiquen el tratamiento farmacológico habitual (alergias, insuficiencia renal crónica, intolerancias digestivas, etc)

• Iniciar así una actividad declarada de interés por la OMS, con la calidad y rigor científico en la praxis de la misma que recomienda esta organización; y

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

633

CONTINUACION DEL PROYECTO: MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA Y DISMINUCION DEL CONSUMO DE AINES Y SU YATROGENIA GRACIAS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO BENIGNO CON ACUPUNTURA

que ya está dentro del sistema sanitario público en varios países de nuestro entorno

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Continuar con la actividad iniciada en 2010 para poder sacar conclusiones sobre un mayor número de pacientes. Dicha actividad consistiría en este año en seguir aplicando el tratamiento con las mismas pautas del año anterior, criterios de inclusión y exclusión, consentimiento informado, 8-10 sesiones de acupuntura a razón de 1-2 a la semana, y test de valoración de intensidad de dolor y calidad de vida. Seguir incluyendo a los pacientes en la base de datos y extraer conclusiones estadísticas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para evaluar la efectividad del tratamiento se valorarán dos ítems:

- La intensidad del dolor propiamente dicho, con la Escala Visual Analógica (EVA)
- La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que valora el beneficio de un tratamiento por su impacto en el estado general de salud del paciente, que se medirá con el cuestionario SF 36 versión española 1.4, 1999

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el momento en que se apruebe hasta la nueva valoración anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. No requiere financiación, ya que aun queda material de acupuntura suficiente para seguir realizando el proyecto

OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

627

**ADECUACION DEL ALMACEN DEL CENTRO DE SALUD PIRINEOS A LA NORMA ISO9002 SIGUIENDO LAS DIRECTRICES DEL PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE NIVEL II DEL SECTOR HUESCA PO-01\_HU(P)E**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SANCHEZ VELILLA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LUQUE MONTORO FELIPA. AUXILIAR DE CLINICA. CENTRO DE SALUD PIRINEOS. CENTRO DE SALUD
- JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL. PEDIATRA. CENTRO DE SALUD PIRINEOS. PEDIATRIA
- PASCUAL NAVARRO JUAN CARLOS. PEDIATRA. CENTRO DE SALUD PIRINEOS. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El C.S. Pirineos es uno de los centros de referencia del sector Huesca, su EAP cuenta con todas las unidades de Apoyo contempladas por el Salud lo que le permite ofertar a sus usuarios la más amplia cartera de servicios, además de ser centro de formación MIR y disponer de una moderna infraestructura.

Desde su constitución, en 1990 se designó una ubicación del almacén de material fungible y productos farmacéuticos en el sótano del Centro de Salud, los diferentes traslados al nuevo edificio del Centro de Salud, convirtieron el almacén en un local de aproximadamente 100 metros cuadrados que servía de "cajón de sastre" para guardar y amontonar diferentes objetos que no debían estar en el , como archivos antiguos, Rx antiguas, documentación médica con antigüedad de hasta 20 años, material desechable archivadores inservibles, camas rotas, colchones, y otros objetos diversos.

Este hecho convirtió el almacén en un lugar abarrotado de material, sin control alguno, en el que se amontonan diferentes objetos y documentaciones que hacían imposible que este cumpliera con las exigencias que un almacén de un Centro de Salud debe cumplir.

En el año 2010 el EAP decide asumir el reto de conseguir la certificación en la norma ISO 9001, dentro del marco de la política de mejora continua de la Calidad del SALUD.

En noviembre de 2010 el EAP inicia el desarrollo del proyecto contando con el asesoramiento de la Coordinación en Calidad del SALUD, y siguiendo las pautas marcadas por la Consultora del SALUD. Lo que hace imprescindible adecuar el almacén a las exigencias del proyecto

Nuestro objetivo es:

1. Adecuar el Almacén a las exigencias de la Norma ISO 9001, adaptándolo a la documentación de nivel II del Sector Huesca PO-01\_HU(P)E que lo regula.
2. Conseguir la Certificación ISO 9001 junto con las demás actividades
3. La mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Adecuar el Almacén del CS Pirineos a las directrices del PO-01\_HU(P)E

- Adecuar los pedidos bimensuales de material fungible y botiquín al stock estándar establecido en el pacto anual del Sector Huesca con el CS Pirineos
- Mejorar la eficiencia en los pedidos bimensuales de material fungible y almacén
- Cumplir los requisitos de la Norma ISO 9001

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Nombramiento de los propietarios del PO-01\_HU(P)E: D<sup>a</sup> Mayte Sánchez Velilla ( DUE y coordinadora de enfermería del CS Pirineos y D<sup>a</sup> Feli Luque Montoso (Auxiliar de Clínica el CS Pirineos).

- Eliminación de todo el material que no sea material de almacén y botiquín poniéndose en contacto los responsables con el departamento responsable del Sector.
- Limpieza del Almacén ,arreglo y colocación de las estanterías necesarias
- Registrar todo el material fungible existente eliminando los productos caducados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 627

**ADECUACION DEL ALMACEN DEL CENTRO DE SALUD PIRINEOS A LA NORMA ISO9002 SIGUIENDO LAS DIRECTRICES DEL PROCEDIMEINTO OPERATIVO DE NIVEL II DEL SECTOR HUESCA PO-01\_HU(P)E**

- Registrar todo el material perteneciente al botiquín eliminando los fármacos que pudieran estar caducados.
- Ordenar el material fungible según indicaciones del PO-01\_HU(P)E
- Ordenar el Botiquín según las indicaciones del PO-01\_HU(P)E
- Establecer el Stock estándar y la rotura de stock de cada producto.
- Identificar mediante etiquetas con el código SERPA, nombre, stock estándar y rotura de stock de cada producto según las indicaciones del PO-01\_HU(P)E.
- Realizar en soporte informático de todas las caducidades.
- Controlar los albaranes de entrega de los pedidos y utilizar todos los anexos aplicables al almacén referidos e el PO de nivel II para todas la contingencias que surjan
- Informar a todo el Equipo del funcionamiento del Almacén.
- Realizar una decoración apropiada en las paredes del almacén que no se utilizan con estanterías.
- Designar las personas responsables de la recepción de los pedidos bimensuales, cotejarlos con el pedido, registrar las caducidades y colocarlas en el almacén.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador global del proyecto viene dado por el cumplimiento de los requisitos fijados por el PO- 01\_HU (P)E y superando las diferentes auditorias interna y externa fijadas en el calendario de implantación. Los responsables de las diferentes tareas informarán en las reuniones semanales del desarrollo de las mismas y el cumplimiento del calendario prefijado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.  
Fecha de inicio: 1 de enero de 2011 Fecha inalización 31 de diciembre de 2011  
Calendario:

Limpieza de material inapropiado	Febrero	
Ordenación del material		Marzo
Registro de Caducidades		Abril
Etiquetar, puesta en marcha		Mayo
Decoración		Abril y mayo
Continuación del funcionamiento		Junio a diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• ordenador .....	1.000 €
• impresora laser color .....	500 €
• material fungible .....	1.500 €
• cursos, formación, desplazamientos .....	1.000 €
• mesas, sillas material eléctrico, decoración .....	1.000 €
Total .....	5.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 113

1. TÍTULO

ACTUALIZACION FORMATIVA EN INTERVENCIONES PSICOLOGICAS: EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR). (MODIFICADO).

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA SANTOS GALLEGO

- Profesión ..... OTROS
- Centro ..... CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (HUESCA)
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CARMEN BAILIN PERARNAU. FEA PSICOLOGIA CLINICA. CENTRO DE SALUD PIRINEOS (HUESCA). UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (HUESCA)
- MARIA ANGELES ALAYETO GASTON. RESIDENTE DE PSICOLGIA CLINICA. CENTRO DE SALUD PIRINEOS (HUESCA). UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (HUESCA)
- MERCEDES GUISERIS COLAS. FEA PSICOLOGIA CLINICA. UNIDAD DE DROGODEPENDENCIAS (HUESCA). UNIDAD DE DROGODEPENDENCIAS (HUESCA)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. UTILIDAD, IMPORTANCIA Y FINALIDAD :

La Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento de los Ojos (EMDR) es un método psicoterapéutico innovador que acelera el tratamiento de un amplio rango de patologías, en el trastorno por estrés postraumático, entre otros. El método descubierto y desarrollado desde 1987 por la Doctora Francine Shapiro, consiste en usar estimulación bilateral en un protocolo especial relacionado con las situaciones traumáticas que desencadena la desensibilización y el consecuente reproceso de las mismas, acompañado de la desaparición de la sintomatología. De esta manera se obtiene que bajo ciertas condiciones el movimiento ocular puede reducir la intensidad de los pensamientos perturbadores.

Estudios controlados en víctimas de abusos, accidentes, y situaciones familiares y sociales difíciles, indican que EMDR es el método de elección cuando se tarda de superar la ansiedad y el malestar que generan los pensamientos perturbadores derivados de tales vivencias. Actualmente existen más estudios controlados sobre EMDR que en cualquier otro método, los cuales indican que es altamente efectivo y de resultados duraderos. Además, la rapidez con que ocurre el cambio durante EMDR contradice la noción de tiempo como esencial en la curación terapéutica, haciendo EMDR accesible a terapeutas de distintas orientaciones, y aplicable a una enorme variedad de patologías como el dolor crónico, pérdida y duelo, fobias y trastornos por ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos y enfermedades psicosomáticas (colón irritable, cefaleas, dolor crónico, alergias, etc). Así mismo, puede utilizarse dentro de una terapia "verbal" estándar, como una terapia complementaria con un terapeuta por separado, o como un tratamiento en sí mismo.

VENTAJAS QUE OFRECE:

El método EMDR es rápido y eficaz en el tratamiento de problemas de la población tanto infantil como adulta, ya que permite por un lado el abordaje de sintomatología asociada (principalmente de carácter somático), y por otro evitar el uso de técnicas puramente cognitivas, como es la exposición controlada al recuerdo condicionado o la verbalización detallada del mismo, que son difíciles de aplicar con niños ya que éstos aún no han desarrollado la capacidad de introspección y autoevaluación cognitiva y emocional. Esta capacidad no se requiere en EMDR para que la técnica sea efectiva, basta más bien con una mínima capacidad de visualización. Por otra parte la técnica logra su efecto de forma rápida, en pocas sesiones de intervención, acortando así el tiempo de duración de la terapia, lo cual es un factor sumamente relevante en los dispositivos de Salud Mental de ámbito ambulatorio.

Cabe destacar aquí que la investigación más reciente demuestra que las personas tratadas con el método EMDR mantienen y generalizan su estado de mejoría en el tiempo, logrando llegar a sentirse menos ansiosos y con menor número de temores infundados.

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN:

Como más arriba se comentó, es ya bien sabida la utilidad de este método con fines terapéuticos en el caso de aquellos problemas o trastornos que implican una dificultad añadida en la superación y afrontamiento de situaciones vitales difíciles y recuerdos derivados de ellas.

Tanto la detección de la necesidad, como la recomendación terapéutica y su seguimiento, serían llevadas a cabo desde las unidades de salud mental por los profesionales que en ellas trabajan. Para ello sería necesaria la formación específica en EMDR a través de los cursos de formación de Basic Training (niveles I y II) desarrollados por la Asociación EMDR España y avalada mediante titulación por EMDR Institute (USA), la Asociación EMDR España y la Asociación EMDR Europa. El hecho de contar con profesionales formados y titulados a nivel Europeo en estas unidades, supondría una mejora de la calidad asistencial hacia el

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

113

1. TÍTULO

**ACTUALIZACION FORMATIVA EN INTERVENCIONES PSICOLOGICAS: EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR). (MODIFICADO).**

paciente, ya que existiría entonces la posibilidad de ofrecerle el tratamiento de elección más ajustado a su problema, y por otro lado, una mejora de la calidad y el nivel formativo de los residentes en Psicología Clínica que rotan por ellas.

**SITUACIÓN DE PARTIDA:**

Desde la Comisión de Formación Continua del Sector de Huesca se realizan a lo largo del año diversos cursos formativos para los profesionales de la Salud Mental. En concreto, en noviembre de 2009 se llevó a cabo el curso de introducción a la técnica de EMDR, impartido por un profesional de la Psicología Clínica especialista en tal método. Tal curso introductorio sirvió como acercamiento a la utilidad y el conocimiento de las ventajas y aplicaciones que supone la utilización de EMDR en la consulta de Salud Mental, tanto en el caso de la población infanto-juvenil, como en la de adultos. Sin embargo, este primer acercamiento, aunque útil, no es suficiente para posibilitar el poner en marcha la aplicación de la técnica si no se cuenta más allá de ello con una formación en mayor profundidad. De ahí por tanto que vuelva a solicitarse la presente demanda, pues en la pasada convocatoria ya se presentó este mismo proyecto, obteniendo el resultado de haber sido aprobado pero sin concedérsele ningún presupuesto económico.

Por otro lado, en la actualidad es la Asociación Española de EMDR quien de forma exclusiva controla e imparte la formación a los profesionales en esta técnica, de tal manera que no es viable acceder a ella por cauces ajenos. Así, los costes de la formación son aquellos que marca dicha Asociación y que se establecen en 550 euros por persona e incluye el Basic Training con los niveles I y II.

**POSIBLES CAUSAS:**

Las causas y razones que nos mueven a solicitar el proyecto se centran en el beneficio del paciente, intentando aspirar a una mejor atención terapéutica y haciendo posible el ofrecerle más recursos, que pudieran potenciar su recuperación, sin correr el riesgo de tener que negárselos por carecer los profesionales de formación específica en la materia o ser ésta insuficiente. Por otro lado se persigue igualmente mejorar la calidad formativa de los residentes de la especialidad de Psicología Clínica así como del tutor adjunto que supervisa tal formación.

**FUENTES DE INFORMACIÓN:**

Lovett, J. (1999) La curación del trauma infantil mediante EMDR. Ed. Paidós, S.A.  
Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003) Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces I.Adultos. Ed.Pirámide.  
Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003) Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud. Ed.Pirámide.  
Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003) Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia. Ed.Pirámide.  
Pérez Sales, P. (2006) Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora. Ed. Desclée de Brouwer, S.A.  
Saphiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. Nueva York, Guildford.  
Van der Kolk, B. A. et al. (2007) A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance. Journal of Clinic Psychiatry, 68:0, 1-10.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividades realizadas: Por falta de presupuesto, pues a pesar de haber sido aprobado no se le adjudicó presupuesto económico alguno, no se pudo llegar a poner en marcha el proyecto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la calidad de la asistencia terapéutica.

- Hacer posible que un mayor número de pacientes se beneficien de este método terapéutico, al contar los profesionales en la unidad con formación adecuada para ello y con el reconocimiento de la misma a nivel nacional y europeo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Mejora de la formación de los profesionales y residentes de las Unidades de Salud Mental, a través del curso Basic Training (nivel I y II) de EMDR, con el consiguiente reconocimiento y acreditación europea.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 113

ACTUALIZACION FORMATIVA EN INTERVENCIONES PSICOLOGICAS: EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR). (MODIFICADO).

- A nivel asistencial: atención a cada caso particular estudiando y revisando la conveniencia terapéutica de aplicar la utilización del EMDR.
- Hacer posible el ofrecer al paciente un método de gran eficacia y de primera elección para su trastorno.
- Explicar al paciente y a sus familiares las ventajas de este método, así como su utilidad y las características de su uso, pidiendo finalmente su aprobación para utilizarlo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -REGISTRO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON EMDR:
- Número de pacientes con trastornos o problemas susceptibles del uso de tal técnica a los que les ha podido ofrecer de forma inmediata, por contar con profesionales suficientemente formados en ella y por tanto, capaces de atender correctamente su demanda.
  - Número de casos en remisión total tras la aplicación de EMDR.
  - Tiempo de tratamiento mediante la aplicación de EMDR hasta la remisión total en cada paciente.

### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación en EMDR: Basic Training 2011:

- Nivel I: Días 5,6 y 7 de Mayo en Barcelona ó 15, 16 y 17 de Julio en Madrid (Por ser Madrid y Barcelona los dos lugares más cercanos a Huesca donde se imparte la formación).
- Supervisión Básica: calendario a concretar por el docente.
- Nivel II: Días 14, 15 y 16 de Octubre en Madrid ó 4, 5 y 6 de Noviembre en Barcelona.

### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Formación Nivel I y Nivel II .....	1.100 €
• Supervisión .....	220 €
Total .....	1.320 €

11. OBSERVACIONES. El presente proyecto, al que se le ha añadido al final del título la aclaración de (Modificado), sustituye al enviado anteriormente con el mismo título.

Muchas gracias por su atención, y disculpen las molestias.

### OBSERVACIONES del SECTOR

Plantea asistencia a actividades formativas

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

061

### ESTRATEGIA DE ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA: MEJORAR LA INFORMACION DE LOS RECURSOS DEL SALUD

#### 2. RESPONSABLE ..... AURORA SANZ JACA

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. MATRONA
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ RUIZ RAQUEL. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- FONCILLAS SANZ BEATRIZ. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SALAZAR GONZALEZ SALMA. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LOPEZ SAN VICENTE ANA ISABEL. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las usuarias embarazadas vienen demandando desde hace un tiempo conocer las instalaciones del hospital donde va a tener lugar el nacimiento de sus bebés a fin de familiarizarse con el centro asistencial y reducir la ansiedad que ocasiona el ingreso en este tipo de establecimientos.

Llevando a cabo este proyecto, creemos estar en consonancia con las directrices que emanan de la Estrategia de Salud Reproductiva del SALUD presentada recientemente y la Estrategia de Atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud.

De esta forma mejorará la excelencia en los cuidados a las usuarias del sistema de salud favoreciendo, al mismo tiempo, el acercamiento entre los servicios de Atención Primaria y los de Especializada.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Dar respuesta a la demanda manifestada por las embarazadas.

2. Informar de los recursos sanitarios a las usuarias.

3. Reducir la ansiedad que la falta de conocimientos genera.

4. Favorecer la introducción de nuevas metodologías y conocimientos en la educación maternal.

5. Reforzar la conexión entre Atención Primaria y Especializada, mejorando la continuidad de la asistencia que reciben las pacientes en los distintos ámbitos de atención.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En una de las sesiones de educación maternal se impartirá una proyección audiovisual que recoja información sobre los pasos a seguir por la embarazada cuando considere que está de parto y deba dirigirse al hospital (Hospital San Jorge en nuestro caso).

Se mostrará el trayecto que debe realizar la embarazada desde que acude al servicio de urgencias y durante todo el proceso de su hospitalización.

Para llevar a cabo este proyecto, se solicitará, por escrito, autorización para filmar las instalaciones del Hospital San Jorge a la dirección de Atención Primaria y ésta procederá a la tramitación que considere oportuna.

Dicha grabación será llevada a cabo por los componentes de este proyecto siguiendo la normativa aplicable en estos casos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Encuesta de satisfacción de usuaria tras proyección del video en sesión de educación maternal.

2. Valoración, en primera visita postparto, de la reducción de la ansiedad por ingreso hospitalario.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Grabación audiovisual en Abril de 2011.

- Proyección en sesiones de educación maternal a las usuarias desde Mayo de 2011 en la sesión que trata el tema del parto.

- Si se lleva a cabo este proyecto no tiene fecha de finalización.

#### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 061

**ESTRATEGIA DE ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA: MEJORAR LA INFORMACION DE LOS RECURSOS DEL SALUD**

· Material para sesiones .....	300 €
Total .....	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 595

**CONTROLA TU ANSIEDAD ANTES QUE ELLA TE CONTROLE A TI**

2. RESPONSABLE ..... SOL UGARTE FARRERONS
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... CS PIRINEOS
  - Servicio/Unidad .. U.S.MARIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VIAPLANA JAIME JULIA. PSICOLOGA. CENTRO SALUD PIRINEOS. U.S.MENTAL
  - BARA GARCIA EMERITA. PSICOLOGA. CENTRO SALUD PIRINEOS. U.S.MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trastorno de ansiedad es uno de los principales motivos de derivación a nuestro servicio de U.S.M. PIRINEOS, por ello resultaría muy útil el aprendizaje de técnicas para control y manejo de la ansiedad mediante terapia de grupos ya que la influencia grupal es un tratamiento eficaz para ayudar a disminuir los síntomas asociados al este trastorno, por la optimización de recursos y por los propios efectos terapéuticos del grupo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende mejorar la calidad de vida de dichos pacientes mediante las técnicas impartidas. Disminuir las conductas evitativas. Identificar los los modelos positivos de afrontamiento. Optimizar los recursos: tiempo, espacio y personal entre otros.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar una sesión clínica en el EAP dando a conocer el proyecto para que puedan derivar a los usuarios que reúnan los criterios. Tratamiento cognitivo conductural en formato grupal impartidas por una psicóloga y la enfermera de la unidad donde se enseñarán estrategias para afrontar la ansiedad informando acerca de dicho trastorno, los factores que influyen en él y las estrategias de afrontamiento. Se entrenará en la relajación muscular progresiva y técnicas de respiración tranquilizadora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Control número de asistentes en cada grupo. Control número de sesiones. Evaluación de las sesiones mediante cuestionario. Control número de grupos requerido y número de grupos realizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Están previstas 10 sesiones semanales por grupo admitiendo un máximo de 8 personas en cada uno e iniciaremos las mismas a partir de mayo 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- |                                |       |
|--------------------------------|-------|
| • Bibliografía .....           | 100 € |
| • trípticos informativos ..... | 100 € |
| • reproductor .....            | 100 € |
| • material, CD... ..           | 100 € |
| Total .....                    | 400 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

595

**CONTROLA TU ANSIEDAD ANTES QUE ELLA TE CONTROLE A TI**

Material de imprenta. Añadir al equipo a Emerita Bara García

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

**PROGRAMA DE REHABILITACION DEL SUELO PELVICO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALBA CANELA

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... CS SABIÑANIGO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SOLANAS GALINDO ANA BELEN. MATRONA. CS PERPETUO SOCORRO.
- AZON COSCULLUELA NURIA. MATRONA. CS GRAÑEN.
- FORNOS AGUILAR CARMEN. MATRONA. CS HUESCA RURAL.
- FILLAT NAYA ANA. MATRONA. CS SANTO GRIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4. Hemos identificado los problemas mediante el método grupal de brainstorming las siguientes oportunidades de mejora:

Reforzamiento de la musculatura del suelo pélvico en situaciones de riesgo.

Circuito de citologías

Promoción de lactancia materna.

Se priorizaron los problemas mediante comparación por pares, teniendo en cuenta los criterios de Hanlon y el consenso en grupo.

Importancia de la rehabilitación:

La rehabilitación del suelo pélvico es importante ya que supone una disminución del riesgo de ulceraciones, infecciones etc y todos estos aspectos mejoran la calidad de vida de las mujeres tributarias de este tipo de tratamientos.

Para el análisis de problemas hemos utilizado el diagrama de Ishikama o espina de pescado, en el cual se detectaron las siguientes causas:

Causas de los profesionales:

Aptitud: desconocimiento de la técnica y de los criterios de uso

Actitudes: no incentivación

Organización: Falta de estandarización, no existencia de un servicio específico.

Causas del cliente externo: desconocimiento del método

Causas externas: no se derivan ni por Atención especializada, ni por atención Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Resultados que se espera conseguir

Mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Queremos dar a conocer al resto de profesionales una alternativa a la cirugía para que sea conocida y valorada por el personal de A. E y A. P.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7. Método y actividades

Actividades

Autoformación de las matronas. Responsable: Carmen Fornos

Creación del protocolo: Todas las componentes del equipo

Difusión a los profesionales: Todas

Información a los pacientes: Todas



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

261

**PROGRAMA DE REHABILITACION DEL SUELO PELVICO**

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8. Indicadores

Indicador nº 1= Nº matronas que siguen el protocolo/nº matronas totales

Indicador nº2 = Nº matronas con pesario colocado/Nº mujeres tributarias de llevarlo

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 8. Cronograma:

Enero 2011: Identificación del problema

Febrero 2011 análisis del problema e identificación de las oportunidades de mejora

Abril: Elaboración del protocolo

Mayo: Plan de mejora: autoformación y difusión

Junio: Plan de mejora: implantación

Diciembre: Reevaluación de indicadores.

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Formación .....	1.500 €
Total .....	1.500 €

## 11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

Indicadores confusos

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

284

### MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL PACIENTE INSULINODEPENDIENTE

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES LANZAROTE NASARRE

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS SABIÑANIGO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VILLAROYA VILLAGRASA ENRIQUE. ENFERMERIA. CS SABIÑANIGO. A.PRIMARIA
- PUEYO BERGUA MARIA ELENA. ESTUDIANTE 3º GRADO ENFERMERIA. E.U.E HUESCA.
- PAZ FREIRE ISABEL. ENFERMERIA. CS SABIÑANIGO. A. PRIMARIA
- LACASA VISCASILLAS SUSANA. ENFERMERIA. CS SABIÑANIGO. A. PRIMARIA
- PEREZ PIEDRAFITA MARIA JOSE. ENFERMERIA. CS SABIÑANIGO. A. PRIMARIA
- LORENTE AZNAR TEOFILLO. MEDICO. CS SABIÑANIGO. A.PRIMARIA
- GARCIA ALVAREZ PEDRO. ENFERMERIA. CS SABIÑANIGO. A. PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente diabético insulino dependiente debe tener un conocimiento y control adecuado sobre su enfermedad. Para la promoción de la calidad de vida y la prevención de posibles complicaciones, debería incidir en la comprensión más personal de los parámetros que le afectan, entre otros, reconocer los signos y síntomas en la aparición de una crisis de hipoglucemia.

No debe limitarse a la dinámica de control y seguimiento que se realiza desde el Centro de Salud. Los profesionales sanitarios pondremos al alcance las herramientas adecuadas pero del paciente dependerá asumir la responsabilidad en la acción para obtener el mejor resultado.

Después de una tormenta de ideas para la detección de áreas de mejora, se priorizó sobre "el equipo de urgencia" para una crisis de hipoglucemia. Nuestra población diana está compue

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Este proyecto de calidad es el primer paso en la Atención Integral del paciente diabético insulino dependiente y para su abordaje se creó un Grupo de Trabajo en Calidad, compuesto por distintos miembros del EAP.

Dado que todo paciente diabético insulino dependiente debe tener un equipo de urgencia y saber utilizarlo por sí mismo y su entorno más cercano, se realizaron actividades informativas y organizativas, que mejoran las intervenciones llevadas a cabo por este EAP, en su población diabética insulino dependiente asignada. Otro fin de este proyecto será fomentar la implicación de los distintos miembros del EAP en la mejora asistencial, consiguiendo porcentajes adecuados en las siguientes líneas de intervención:

- 20% en aumentar beneficios derivados de la atención proporcionada.
- 35% disminución de riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas.
- 10% garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros pacientes con los servicios recibidos.
- 35% aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos y de su uso apropiado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La metodología utilizada es la metodología clásica de mejora de calidad. Pasos a realizar:

- Análisis Causal
- Definición de Criterios
- Diseño de la Audit
- Análisis de las discrepancias
- Implantación de las medidas de mejora
- Reevaluación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 284

**MEJORA DE LA ATENCION URGENTE EN EL PACIENTE INSULINODEPENDIENTE**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del proyecto se realizará mediante indicadores de Estructura, Proceso y Resultado.  
 - Estructura: Todos los pacientes insulino dependientes disponen de un equipo de urgencia, aportado en la primera visita de control postdiagnóstico o en el primer contacto con el Centro de Salud, en el caso de no residentes o trasladados temporales.  
 - Proceso: Todos los pacientes insulino dependientes disponen de un folleto informativo sobre el equipo de urgencia. Para los pacientes de habla no española se dispone de folletos en su lengua de origen, árabe, rumano y en su defecto en inglés.  
 Todos los pacientes insulino dependientes han recibido información verbal sobre el equipo de urgencia. En el caso de pacientes de habla no española se facilitará la comprensión con un intérprete, bien sea un familiar o persona de referencia de su misma nacionalidad.  
 - Resultado: Todos los pacientes insulino dependientes deben conocer el manejo del equipo de urgencia por sí mismos y por su entorno más cercano. Incluye la demostración supervisada por Enfermería en el manejo del equipo y la información referente a su almacenaje y control de la caducidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ACTIVIDAD

FECHA FIN

Análisis causal.....	Mayo 2010
Definición de criterios.....	Junio 2010
Diseño y realización de la Audit.....	Junio 2010
Presentación de resultados al EAP.....	Noviembre 2010
Análisis de discrepancias.....	Diciembre 2010
Implantación de medidas correctoras:	Mayo 2011
-Demostración individualizada del manejo del equipo de urgencia.	
-Entrega del folleto sobre hipoglucemia.	
Reevaluación .....	Junio 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRENTA .....	100 €
· KITS GLUCAGON .....	100 €
· SORTEO INFORMATICA .....	400 €
· SERVICIO TELEFONICO .....	100 €
· MATERIAL OFICINA .....	50 €
Total .....	750 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
KITS GLUCAGÓN

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

056

**BUENAS PRACTICAS EN LA GESTION DE LA INFORMACION DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS Y SU DOCUMENTO (DVA).**

2. RESPONSABLE ..... ANGEL LUIS ARRICIVITA AMO

- Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
- Centro ..... CS SANTO GRIAL
- Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DUASO ALLUE LOURDES. JEFE SERVICIO ADMISION. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. SERVICIO DE ADMISION
- PARDO MENDIARA LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. SERVICIO DE ADMISION
- SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. SERVICIO DE ADMISION
- CASTRILLO SALCEDO ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. SERVICIO DE ADMISION
- JIMENEZ SARRADEL PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. SERVICIO DE ADMISION
- BESCOS MARIN CAROLINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. SERVICIO DE ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud registra un incremento paulatino de inscripciones en el transcurso de estos últimos años. Esto, sin duda, es reflejo de una mayor concienciación de la sociedad aragonesa que ha desembocado, también, en una mayor autorresponsabilidad de las personas en aspectos que comprometen su salud y calidad de vida en momentos críticos.

Así mismo, la información sobre las prestaciones y servicios sanitarios a los que puede acceder el usuario/paciente es un derecho reconocido desde la misma ley de Sanidad (art. 10) y que se ha ido reafirmado en los sucesivos documentos legislativos de relevancia: las correspondientes leyes de salud de cada Comunidad Autónoma; la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 12); y la ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que habla de Garantías de información (art. 26).

En este sentido, la Atención Primaria, nivel básico y puerta de entrada al Sistema Sanitario, es el escenario adecuado para facilitar información, tal como recoge la ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; en el caso que nos ocupa, relativa a las Voluntades Anticipadas y su documento específico (DVA).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la calidad de la atención sanitaria a través de la información.

- Posibilitar al usuario/paciente una información objetiva y asesoramiento sobre las voluntades anticipadas y el documento que las recoge (DVA).
- Preservar la privacidad de la información contenida en el DVA mediante una recepción, depósito y remisión que así lo asegure.
- Contribuir al derecho a la información sanitaria de los usuarios-pacientes, en particular la referida a Voluntades Anticipadas.
- Potenciar la autorresponsabilidad de la población en relación a las Voluntades Anticipadas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. \* Método.

A partir de la constitución del grupo de trabajo, se diseñará el protocolo de trabajo y a continuación su puesta en marcha. Conforme a instrucciones de la Dirección de Atención Primaria y acorde con el Servicio de Voluntades Anticipadas, el trabajador social sanitario es el profesional de referencia de esta prestación. Las demandas de los usuarios-pacientes serán recogidas por los diferentes profesionales del centro de salud, los cuales derivan a consulta de trabajador social. Desde esta consulta se informará, orientará y clarificará sobre Voluntades Anticipadas y el DVA. Cuando el usuario-paciente ya tenga cumplimentado dicho Documento, se dirige al Servicio de Admisión donde se comprobará su corrección y la documentación pertinente, se recepcionará, se registrará y se remitirá al Servicio de Voluntades Anticipadas de la Dirección General de Atención al Usuario.

\* Actividades.

- Información, asesoramiento y clarificación sobre Voluntades Anticipadas y su documento (DVA) por el trabajador social.
- Recepción del DVA por el personal de Admisión.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 056

**BUENAS PRACTICAS EN LA GESTION DE LA INFORMACION DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS Y SU DOCUMENTO (DVA).**

- Registro específico de DVA y remisión del mismo al Servicio de Voluntades Anticipadas de la Dirección General de Atención al Usuario.(Personal de Admisión).
- Sesión informativa al personal de admisión sobre el DVA a cargo del trabajador social.
- Sesión informativa de actualización al personal del EAP.(Trabajador social)
- Interconsultas y/o reuniones para resolución de dudas y problemas planteados.
- Coordinación con responsable de Voluntades Anticipadas de la Dirección G. de Atención al Usuario.(Trabajador social)
- Informe anual de actividades y nuevas necesidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de personas derivadas al trabajador social para información sobre Voluntades Anticipadas. En el apartado observaciones de la citación al trabajador social se indicará: Voluntades Anticipadas.

- N° de DVAs recepcionados en servicio de Admisión.
- Existencia de libro-archivo de registro específico de DVA.
- Existencia de nota interior específica para remisión de DVA a Servicio de Voluntades Anticipadas de la Dirección G. de Atención al Usuario.
- Existencia de protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 3 de mayo de 2011

Finalización: 2 de mayo de 2012

\* Cronograma:

A lo largo de todo el calendario:

- Información, asesoramiento y clarificación sobre Voluntades Anticipadas y su documento por el trabajador social.
- Recepción del DVA por el personal de Admisión.
- Registro específico de DVA y remisión del mismo al Servicio de Voluntades Anticipadas de la Dirección General de Atención al Usuario.
- Interconsultas y/o reuniones para resolución de dudas y problemas planteados.
- Coordinación con responsable de Voluntades Anticipadas de la Dirección G. de Atención al Usuario.

1ª quincena de mayo:

- Sesión informativa al personal de admisión sobre el DVA, a cargo del trabajador social.

2º semestre de 2011:

- Sesión de actualización al personal del EAP.

Final del proyecto:

- Informe anual de actividades y nuevas necesidades.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL FUNGIBLE (fotocopias, folios, archivador, etc .....	100 €
Total .....	100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

REPROGRAFÍA, ARCHIVADOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 556

**MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN Y GASTO FARMACÉUTICO DE UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... RAMON CAMPOS REIG  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· MONZON MORENO ELENA. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA  
· PICONTO NOVALES MARIA. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA  
· GRASA ARNAL ANA. MEDICO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se pretende disminuir el gasto de farmacia de un cupo medico interviniendo sobre aquellos fármacos que generan mayor gasto y presentan la oportunidad de cambiarlos a prescripción DOE. De esa forma se mejora tanto el gasto como la calidad de la prescripción del cupo. Atendiendo a los datos de farmacia que la gerencia de AP envía periódicamente son el clopidogrel, atorvastatina, escitalopram y venlafaxina los 4 fármacos con mayor potencial de ahorro (625 €, 453 €, 287 € y 247 € en el mismo orden) ; siendo el porcentaje de prescripción DOE para cada uno de ellos del 5,6%, 24,2%, 5,3% y 40% respectivamente (datos de OMI-AP). Nuestra oportunidad de mejora es hacer un cambio en la prescripción de marca comercial a DOE, utilizando mayor porcentaje de DOE en los cuatro fármacos priorizados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Tenemos 85 pacientes que utilizan esos fármacos, de los que 69 lo hacen bajo marca comercial (18,8%). Durante el año 2011 esperamos aumentar el porcentaje de DOE de los fármacos priorizados del 18,8% (promedio de los 4) al 80%. Esto supondría un ahorro potencial de 1290 € en el gasto farmacéutico del cupo (aprox. 23 € por envase recetado).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La intervención propuesta es la captación directa de cada paciente usuario de estos fármacos a partir de los listados que OMI proporciona. Los listados los confeccionará el responsable del proyecto (Ramón Campos). Cada paciente es citado por las enfermeras colaboradoras en el proyecto (Elena Monzón y María Picontó) en sus respectivas consultas programadas. Las actividades a realizar por la enfermera con el paciente son: verificar y actualizar el tratamiento crónico, dar información de lo que es un DOE, justificar la intervención y citar con el medico en la misma fecha y hora aproximada. Las actividades a realizar por el médico colaborador (Ana Grasa y Ramón Campos) son: aclarar dudas del paciente, cambio a prescripción DOE de los fármacos priorizados y registro del paciente (listado con N°H\*, cambio realizado y fecha).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de evaluación:  
.- % envase DOE/N° total envases del fármaco;  
.- % ahorro logrado/ahorro potencial del fármaco;  
Indicador de seguimiento:  
.- % pacientes cambiados a DOE (verificación trimestral a partir de los datos que aporta OMI-AP y el servicio de Farmacia de AP).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio previsto: 11 Abril 2011.  
Finalización: 31 Marzo 2012.  
Cronograma:  
11 de abril reunión del grupo de mejora  
12 de abril listados de pacientes y reparto a cada profesional colaborador.  
15 de abril: inicio citaciones.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

556

**MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN Y GASTO FARMACEUTICO DE UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

1 de junio: primer corte para conocer estado de la situación.  
1 noviembre segundo corte.  
1 marzo procesamiento de los datos obtenidos.  
15 de marzo conclusiones finales del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
Muy interesante. Implica a los pacientes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE**

2. RESPONSABLE ..... LOURDES CLEMENTE JIMENEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS SANTO GRIAL
- Servicio/Unidad .. CS SANTO GRIAL
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES. MEDICO. CS SANTO GRIAL.
- ARRIVIVITA AMO ANGEL LUIS. TRABAJADOR SOCIAL. CS SANTO GRIAL.
- GARRIDO GONZALEZ MANUEL. MEDICO. CS SANTO GRIAL.
- DE JUAN ASEÑO JOSE RAMON. MEDICO. CS SANTO GRIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En el centro de Salud Santo Grial desde hace una década, se vienen realizando actividades de formación, como muestra de la inquietud de los profesionales del equipo, éstas quedan reflejadas en las memorias anuales de la Unidad Docente. A partir del año 2000, coincidiendo con la acreditación del centro para impartir docencia postgrado a residentes de MFyC, se consolida esta actividad, incrementando el número de actividades formativas, pasando de 19 sesiones en el año 2000 a 48 en el 2005, a 72 en el 2009 y a 78 en 2010.

Este incremento significativo se ha producido en primer lugar gracias al proyecto de calidad presentado y subvencionado en el 2007 que permitió además de renovar el ordenador portátil, la elaboración, maquetación y publicación de dos libros digitales de las sesiones clínicas impartidas en el centro, libros que al tener depósito legal, cuentan para el currículo de los autores.

Se ha detectado que la publicación de dicho libro, ha constituido un elemento fundamental para el estímulo y compensación del esfuerzo realizado por los ponentes. Además ha permitido la participación en el proyecto de especialistas externos al centro, que han permitido la actualización y puesta al día en los distintos campos de la medicina (endocrinología, reumatología, medicina interna, oncología, salud pública, traumatología, medicina militar, farmacología y genética, estadística, nefrología, ...

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Se ha mantenido la calidad de las sesiones del centro de salud.

- Se han aumentado el número de sesiones al año pasando de tener una sesión a la semana a tener 2 ó 3.
  - Se ha implicado un alto número de los miembros del EAP a los que va dirigida la sesión, en la exposición de sesiones,
  - Se ha mejorado la asistencia a las sesiones por parte de los miembros del equipo
  - Los miembros del equipo han acudido mayoritariamente a las sesiones impartidas.
  - Se ha invitando a ponentes ajenos al centro de forma personal, sin precisar de la colaboración de la industria farmacéutica.
  - Se han recogido las presentaciones de diapositiva para la publicación de un libro de diapositivas con las mejores sesiones impartidas en el centro.
- En la evaluación realizada del proyecto de 2010 se alcanzó un 65% de asistencia entre los miembros a los que iba dirigida la sesión clínica.  
En un 43,33% de las sesiones de alcanzó como mínimo un 40% de asistencia

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mantener la calidad de las sesiones del centro de salud.
- Mantener el número de sesiones al año con el fin de llegar al mínimo exigido como centro docente, 80 sesiones al año.
- Implicar al mayor número de los miembros del EAP en la exposición de sesiones, al menos el 50%.



## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

#### MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE

- Mejorar la asistencia a las sesiones por parte de los miembros del equipo (conseguir un mínimo del 50% de asistentes entre los miembros del equipo a los que va dirigida la sesión clínica).
- Que los miembros del equipo acudan al menos a un 40% de las sesiones impartidas.
- Que al menos un 40% de los profesionales lleguen a un 40% de asistencia.
- Seguir invitando a ponentes ajenos al centro de forma personal, sin precisar de la colaboración de la industria farmacéutica.
- Realizar revisiones bibliográficas al menos 1 cada trimestre.
- Publicación de un libro de diapositivas con las mejores sesiones impartidas en el centro.

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Mantener el número de sesiones semanales (2 ó 3 semanales).
- Poder seguir invitando personalmente a ponentes de otros centros de la provincia o de fuera, que puedan aportar sus experiencias o conocimientos sobre temas concretos, pudiéndoles ofrecer la participación en la publicación del libro electrónico, sin necesidad de recurrir a la industria farmacéutica, para la financiación de dicha docencia.
- Comunicar el horario, tema y ponente de las sesiones de la semana a través del correo electrónico y en papel (cartel-anuncio en los casilleros del centro) con el fin de asegurar la información y mejorar la asistencia.
- Diseñar una hoja de registro de las actividades docentes, ponente, lugar de trabajo y titulación del mismo, duración de la actividad, número de asistentes a la sesión y vinculación o no de la industria farmacéutica.
- Editar un libro con las sesiones impartidas a lo largo del año que sirva de consulta y recuerdo de la sesión de actualización impartida, así como estímulo y recompensa de los ponentes por el esfuerzo realizado.
- Solicitar nº de depósito legal y nº ISBN para el libro.

#### 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitorización

La evaluación del proyecto se realizará mediante el registro de las sesiones realizadas, ponentes (intra y extra centro), y número de asistentes.

##### Indicadores:

- Nº de sesiones impartidas.
- Nº de profesionales del centro que imparten sesiones.
- Nº de asistentes a las sesiones.
- Edición de un libro electrónico.
- Porcentaje de sesiones a las que acude cada profesional.
- Porcentajes de profesionales que acuden al menos al 40% de las sesiones

#### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 -abril- 2011      Fecha de finalización: 31 - marzo - 2012

##### Caleendario:

1 al 7 de abril:

- Actualizar la hoja de registro de las actividades docentes, ponente, duración de la actividad, número de asistentes a la sesión y vinculación o no de la industria farmacéutica.
- Actualizar el cartel anunciador de las sesiones clínicas que se colocará en los casilleros.

Semanalmente a lo largo de todo periodo del proyecto:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 161

**MEJORA DE LA FORMACION CONTINUADA EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE**

- Se impartirán 2 - 3 sesiones clínicas en el centro.
- Se registrarán semanalmente en la hojas previamente diseñadas para ello:
- o Las sesiones impartidas.
- o Número, nombre, lugar de trabajo y puesto de los docentes que imparten las sesiones.
- o N° de asistentes a las sesiones.

Marzo 2012:

- Recopilación de las sesiones clínicas impartidas.
- Repaso ortográfico, morfológico y del contenido de las sesiones antes de ser incluidas en el libro.
- Colocar en orden las sesiones para estructurar el libro.
- Realizar el libro compendio del material formativo del año 2011-12.
- Solicitar el n° de depósito legal e ISBN para el libro de diapositivas.
- Publicación definitiva del libro.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición y publicación del libro .....	1.800 €
Total .....	1.800 €

11. OBSERVACIONES. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	%	
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	40%	
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos		25%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	5%	
TOTAL		

OBSERVACIONES del SECTOR  
LIBRO PUBLICAR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 600

**PROGRAMA DE FORMACION PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN METODOLOGIA DE REGISTRO EN OMI.AP EN UN CENTRO DE SALUD URBANO**

2. RESPONSABLE ..... TERESA GARCIA RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Servicio/Unidad .. MEDICNA DE FAMILIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ALLER BLANCO ANA ISABEL. MEDICO DE FAMILIA.TECNICO DE SALUD. DIRECCION ATENCION PRIMARIA. HUESCA. TECNICO DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La implantaición del aplicativo OMI-AP como herramienta de historia clínica informatizada comenzó hace aproximadamente 7 años en este centro de salud. Ello supuso un cambio en la metodología de trabajo de los profesionales ,ya que llevaban varios años utilizando otra herramienta informática (SIAPWIN). Este cambio de programa originó en los profesionales reticencias para su uso asociado todo ello a déficits en la formación del nuevo programa. Durante el año pasado y a través de este proyecto de mejora, se impartieron sesiones mensuales en el centro de salud objetivando una mejora en el registro realizado sobre todo en el programa de atención al paciente con dependencia del tabaco. Con los datos obtenidos en la actualidad por la Dirección de Atención Primaria en la Evaluación de Cartera de Servicios del equipo, creemos que se pueden seguir mejorando estas cifras ya que se han detectado errores en el registro de las actividades realizadas o un infraregistro de las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Unificar criterios de registros para evitar variabilidad en el análisis de los resultados de las actividades.

Resolución de dudas en el manejo del aplicativo OMI-AP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones formativas presenciales para todos los profesionales sanitarios del equipo, de periodicidad mensual y una hora de duración, encaminadas a las siguientes actividades:  
- Prevención de enfermedades cardiovasculares y cálculo del Riesgo cardiovascular  
- Registro adecuado de hábitos tóxicos: tabaco y alcohol, así como seguimiento de tales programas en planes personales.  
- Registro de vacunación rubeola en mujeres en edad fértil.  
- Protocolo prevención Cáncer cervix, endometrio y mama en la mujer.  
- Protocolo de detección de problemas en el anciano

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de Historias Clínicas en pacientes >14 años con dichos registros en OMI antes de la intervención/ Número Tarjetas Sanitarias del Centro >14 años.  
- Número de Historias Clínicas >14 años con registro correcto/ Número de tarjetas sanitarias de cada profesional según CIAS.

Los datos se obtendrán a través de las sentencias SQL en OMI desde Servicios Centrales y Dirección Atención Primaria del Sector

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero 2011: programación de calendario de sesiones formativas e información al equipo de profesionales sanitarios del centro de salud.

De enero a diciembre de 2011 se impartirá una sesión formativa en horario de 14-15h.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 600

**PROGRAMA DE FORMACION PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN METODOLOGIA DE REGISTRO EN OMI.AP EN UN CENTRO DE SALUD URBANO**

Diciembre2011-enero 2012: extracción de datos y análisis.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático para el centro .....	300 €
Total .....	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 528

1. TÍTULO

**MEJORA DEL REGISTRO Y COBERTURA VACUNAL ANTITETANICA EN EL CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... JAVIER GUTIERREZ BLASCO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS SANTO GRIAL
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- USIETO GRACIA TERESA. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL.
- BUIL CALVO JULIA. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL.
- ESCARTIN SUELVE PILAR. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL.
- MARTINEZ RODRIGUEZ TERESA. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL.
- LABORDA RODRIGO PILAR. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL.
- HERNANDEZ MORENO ANA. MEDICO. CS SANTO GRIAL.
- VARA GALLARDO MARIA JESUS. MEDICO. CS SANTO GRIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tétanos se puede prevenir mediante la administración de toxoide tetánico, que induce la producción de antitoxinas específicas.

En España la inmunidad frente al tétanos es más del 95% en los nacidos a partir de 1980, disminuyendo de forma progresiva en las cohortes nacidas antes de 1977. Con la introducción de los programas de vacunación en la edad infantil, ha desaparecido la mortalidad en menores de 14 años (último caso en 1989) . No se ha comunicado ningún caso de tétanos neonatal desde 1997.

En los 10 últimos años se han notificado una media de 25 casos, fundamentalmente en mayores de 50 años incorrectamente vacunados, no detectándose casos en vacunados con 3 o más dosis de vacuna.

El tétanos se puede prevenir mediante la administración de toxoide tetánico, que induce la producción de antitoxinas específicas.

En España la inmunidad frente al tétanos es más del 95% en los nacidos a partir de 1980, disminuyendo de forma progresiva en las cohortes nacidas antes de 1977.

En los 10 últimos años se han notificado una media de 25 casos, fundamentalmente en mayores de 50 años incorrectamente vacunados, no detectándose casos en vacunados con 3 o más dosis de vacuna.

Con la introducción de los programas de vacunación en la edad infantil, ha desaparecido la mortalidad en menores de 14 años (último caso en 1989) . No se ha comunicado ningún caso de tétanos neonatal desde 1997.

El centro de salud santo Grial En el año 2010 alcanzó una cobertura vacunal infantil del 97,8%.

Sin embargo, en población adulta, con los datos proporcionados por la gerencia del sector Huesca, hemos identificado una escasa cobertura vacunal, 31,88%, con porcentajes desiguales en las 12 consultas en las que se distribuyen los pacientes.

Para mejorar esta situación, nos proponemos desarrollar un programa de mejora cuya importancia radica en actualizar y adecuar la cobertura antitetánica de los pacientes de nuestro centro de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Actualizar el registro vacunal en la historia informática.

Reforzar la importancia de la vacunación antitetánica.

Motivar al personal sanitario en el tema

Facilitar la captación e inmunización de los grupos de riesgo.

Aumentar la cobertura vacunal frente al tétanos al menos 15% en población adulta y 1% en pediátrica.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 528

**MEJORA DEL REGISTRO Y COBERTURA VACUNAL ANTITETANICA EN EL CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA**

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha creado un equipo de mejora: grupo multidisciplinar formado por 3 médicos y 5 enfermas. Reunión "brainstorming" del grupo con el fin de analizar las causas de la actual cobertura de vacunación y proponer medidas correctoras. Conclusiones:  
- Es necesario mejorar los circuitos de información para facilitar el acceso a la vacunación antitetánica: se colorcarán carteles informativos en las puertas del centro de salud y en las de las consultas de médicos y enfermeras. Se enviará a las mutualidades y centros de reconocimiento médico de la zona, carta informativa del proyecto, con el fin de concienciar sobre la importancia de la correcta vacunación.  
-Es necesario motivar al personal sanitario para reforzar su interés por la correcta inmunización de los pacientes a su cargo y su registro en historia informática: sesión clínica para transmitir la importancia de una adecuada inmunización, actualización de conocimientos y difusión de protocolo actualizado de vacunaciones. Diseño de un breve cuestionario que facilite el registro del estado vacunal.  
-Es necesario mejorar la coordinación entre niveles asistenciales: se informará a los servicios de urgencias, cirugía, ginecología y traumatología del proyecto, insistiendo en que conste en la historia clínica el estado vacunal, remitiendo a su médico de familia o pediatra si no está completo. Aprovechar otras campañas vacunales (gripe, acompañantes en vacunación infantil, heridas) para la captación de grupos de riesgo.  
-Es necesario asegurar el suministro de vacunas: se informará a la Subdirección de Salud Pública de Huesca y al servicio de Medicina Preventiva del Hospital San Jorge de la puesta en marcha del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilizaremos un indicador descriptivo en forma de tasa, en adultos y niños.

Nº de pacientes > 14 años bien vacunados/ nº de pacientes mayores de 14 años.

Nº de pacientes < 14 años bien vacunados/ nº de pacinetes menores de 14 años

Nos proponemos mejorar un 15% la cobertura vacunal antiteánica de los pacientes > 14 años y un 1% en los menores de 14 años.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Marzo 2011 reunión del equipo de mejora para analizar causas del problema y métodos de mejora (método y actividades) Abril del 2011: Distribución de carteles informativos, emisión de cartas a mutualidades y servicios. Comunicación con Salud Pública.  
18 abril 2011: sesión clínica dirigida al equipo del centro de salud: Tétanos, Motivar y actualizar. Registro y aplicación de vacunas con calendario incompleto.  
5 septiembre: consulta de los indicadores obtenidos hasta ese momento. Reunión del equipo de mejora para analizar resultados y proponer nuevas medidas si fuera necesario.  
Autoevaluación definitiva y difusión de los resultados finales en sesión clínica

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Material reprografía .....	400 €
Total .....	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 121

1. TÍTULO

**MEJORA DE LA CALIDAD EN LA SEGURIDAD Y MANIPULACION DEL MATERIAL DESECHABLE EN PACIENTES DIABETICOS INSULINODEPENDIENTES, CONVIVIENTES Y SERVICIO MUNICIPAL DE RECOGIDA DE RESIDUOS URBANOS**

2. RESPONSABLE ..... SILVIA SANTAFE PINTADO  
· Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES. MEDICO DE FAMILIA. CS SANTO GRIAL. CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA  
· MONZON MORENO ELENA. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL. CONSULTA DE ENFERMERIA  
· ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERA. CS SANTO GRIAL. CONSULTA DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Trás constatar que solo el 4.4% (11) de los diabéticos insulino dependientes pertenecientes a nuestro centro de salud (250) que retiran material desechable ( agujas y tiras reactivas) poseen contenedores en su domicilio y que el resto de pacientes depositan las agujas, tiras y lancetas en la basura de residuos orgánicos con el consiguiente riesgo de sufrir pinchazos accidentales y posible transmisión de enfermedades. Hemos creído necesario subsanar esta situación que puede tener trascendencia en salud pública , mediante la puesta en marcha de este proyecto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Que el 100% de los pacientes diabéticos insulino dependientes que acuden a recoger material desechable cuenten con un contenedor en su domicilio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Elaboración de una tabla para el registro de los pacientes que acuden a recoger material, donde conste nombre y apellidos, fechas de entrega y devolución y teléfono de contacto.  
-Entrega del contenedor cuando acudan a recoger material acompañado de una información oral y material impreso sobre la importancia que hagan un uso adecuado para su propia higiene y salud así como la de sus familiares y de los profesionales implicados en la recogida de basura.  
-Recogida y supervisión de los contenedores al año de su entrega.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de contenedores entregados/año  
- % de contenedores devueltos/año.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Abril 2011. Elaboración de la tabla de registro de datos.  
-Abril 2011-octubre 2011 entrega de contenedores según acudan a la recogida de materiales.  
-Abril 2012: Evaluación preliminar del proyecto.  
-Abril a Octubre 2012. Recogida y supervisión de los contenedores entregados el año anterior.  
-Octubre 2012. Evaluación final del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Imprenta (Maquetación e impresión de folletos informativos ..... 300 €  
Total ..... 300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

035

### IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA GIMENO ABAD

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS SARIÑENA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PARALED CAMPOS MARIA TERESA. ENFERMERIA. CS MONEGROS. PEDIATRIA
- PILARCES VIRGILI SALOME. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CS MONEGROS. ATENCION PRIMARIA
- BASOLS BLECUA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MONEGROS. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad sigue en progresión ascendente en los últimos años, hasta el punto de que la OMS ha clasificado la obesidad de "epidemia mundial". Pero esta progresión es especialmente intensa y llamativa en la población pediátrica, en la que el sobrepeso y la obesidad adelantan las complicaciones asociadas y pueden repercutir negativamente en la población adulta.

El niño obeso presenta unas características especiales, que exigen requerimientos específicos en su atención y es preciso un abordaje familiar con la modificación de hábitos de vida (ejercicio físico e ingesta)

La infancia es el periodo en el que se adquieren los hábitos de alimentación y la base de la educación nutricional; estos conocimientos y hábitos perduran a lo largo de la vida, condicionando la situación nutricional y la salud en etapas posteriores.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Captación de la población diana con la elaboración de un registro en formato excel  
2. EpS sobre la importancia del ejercicio físico en niños obesos captados en nuestra ZBS  
3. Charla informativa sobre los buenos hábitos de alimentación en el colegio de Sariñena

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Implantación de un Taller de EpS para niños obesos captados en nuestra ZBS.  
2.- Cumplimiento en el seguimiento de las citaciones en el 70% de los niños captados.  
3.- Que el 50% de los niños incluidos en el programa están realizando de forma continúa un deporte o ejercicio físico.  
4.- Que al 50 % de los niños incluidos en programa, tengan recogida la encuesta dietética semanal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Incluir a los niños, revisados en el programa del niño sano, con un IMC > P90 en el programa de obesidad infantil.

Responsable: Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)

2. Registrar en el programa OMI-AP el episodio de obesidad para posterior seguimiento.

Responsable: M<sup>a</sup> Teresa Gimeno Abad (Pediatra)

3. Elaborar el programa de Taller de EpS para niños obesos.

Responsable: Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)

4. Hacer grupos de 4 ó 5 niños para la integración en el Taller de EpS

Responsable: Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)

5. Impartir charlas informativas a niños de 9 años (4º de primaria) en el colegio sobre hábitos alimenticios saludables.

Responsable: M. Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Elaboración del programa de EpS par niños obesos

2.- Haber impartido en los cursos de 4º de Primaria una charla sobre alimentación saludable.



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 035

**IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARINENA**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ENERO 2011: Elaborar el programa sobre el Taller de Eps para niños obesos  
MAYO 2011: Implantar el taller de Eps  
DICIEMBRE -11: Evaluar los indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DE IMPRENTA (fotocopias, cartuchos de impresoras .....	300 €
· MATERIAL BIBLIOGRÁFICO .....	200 €
· MATERIAL INFORMÁTICO .....	900 €
Total .....	1.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

033

**SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PAALEL CAMPOS

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS SARIÑENA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENO ABAD MARIA TERESA. PEDIATRA. CS MONEGROS. PEDIATRIA
- AZON COSCOJUELA NURIA. MATRONA. MATRONA DE AREA DE PRIMARIA SECTOR HUESCA. ATENCION A LA MUJER
- ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERIA. CS MONEGROS. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA
- VIÑUALES PALACIO JOSE MARIA. ENFERMERIA. CS MONEGROS. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA
- MORATO GARCIA EDERLINDA. ENFERMERIA. CS MONEGROS. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA
- CLEMENTE GARCES CARMEN. ENFERMERIA. CS MONEGROS. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA
- BORNAO CASAS SARA. ENFERMERIA. CS MONEGROS. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

El cambio de los sistemas de registro de los dos últimos años ha supuesto un empeoramiento irreal de los resultados en Cartera de Servicios en lo que se refiere a la cobertura de vacunas, tanto en adultos como infantiles. Ello es debido a que ha habido un periodo de aprendizaje compartido con la actividad diaria; así como un incremento de la actividad administrativa.

Igualmente los movimientos poblacionales de los últimos años nos llevan a un desconocimiento del esta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En enero de 2011 los resultados de los indicadores propuestos para el año 2010 fueron:

Nº de niños de 0 a 14 años con asignación de calendario infantil en OMI-AP/nº total de niños de 0 a 14 años con TIS en la ZBS: 92.05%  
Nº de mujeres embarazadas captadas con registro en OMI-AP del estado inmunitario de la Rubéola/Nº total de mujeres embarazadas captadas: 98%  
Nº de vacunas de HB de grupos de riesgo registradas en OMI-AP/Nº de vacunas de HB de grupos de riesgo solicitadas a Sanidad de Huesca: 80

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Alcanzar una cobertura de vacunación infantil ( Servicio 101)de 98%

2.- Alcanzar una cobertura de vacunación antitetánica (Servicio 302) de 68%

3.- Alcanzar una cobertura de vacunación de rubeola (Servicio 205) de 70

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisar los calendarios vacunales del 100% de los niños que acuden a la revisión del niño sano.

RESPONSABLE: Mª Teresa Gimeno Abad

2.- Revisar la asignación de calendario vacunal en la historia de OMI del 100% de los niños que acuden a la revisión del niño sano.

RESPONSABLE: Mª Teresa Paraled Campos

3.- Actualizar el 90% de los calendarios vacunales de niños inmigrantes y que acuden por la consulta de pediatría del Centro de Salud.

RESPONSABLE: Mª Teresa Paraled Campos

4.- Revisar la asignación del calendario vacunal del 90% de las mujeres que pasan por la Consulta de la mujer.

RESPONSABLE: Nuria Azón Coscojuela

5.- Revisar la asignación del calendario vacunal del 60% de los adultos que pasan por las consultas de crónicos de enfermería

RESPONSABLE: José Mª Viñuales Palacio

6.- Realizar 2 sesiones clínicas al año para mejorar y garantizar la actualización de los calendarios de vacunas

RESPONSABLE: Mª Teresa Paraled Campos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

033

SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS DE SARIÑENA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Cobertura de vacunación infantil (Servicio 101)  
2.- Cobertura de vacunación de Rubeola (Servicio 205).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- MARZO 2011: Sesión clínica: Importancia del registro de los calendarios de vacunación de la población infantil y adulta de nuestra zona de salud.

2.- JUNIO 2011: Hacer corte de coberturas de los Servicios: 101, 205,302 y 303

3.- OCTUBRE DE 2011: Sesión C

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL DE IMPRENTA .....	300 €
· CARTELES Y PLASTIFICACIONES .....	300 €
· MATERIAL INFORMATICO .....	1.000 €
· SELLOS Y SOBRES .....	100 €
Total .....	1.700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

072

### ORGANIZACION POR PROCESOS DE LAS DISTINTAS AREAS DE TRABAJO DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ULLOD BORRUEL

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS SARIÑENA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PILARCES VIRGILI SALOME. TCAE. CS SARIÑENA.
- BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA. MEDICO. CS SARIÑENA.
- BASOLS BLECUA PILAR. AUX ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El CS monegros de Sariñena lleva en funcionamiento 24 años con la evolución tanto a nivel laboral como a nivel poblacional. El desarrollo de trabajo de los profesionales requiere una buena organización de las actividades lo que ayuda a mejorar:

La seguridad del usuario, evitando errores de tipo administrativo u operativo.

La comunicación entre los distintos profesionales.

Y la estructuración de la forma de trabajo aprovechando al máximo el tiempo disponible.

En los tres últimos años, hemos tenido la oportunidad de aprender el trabajo a través de la gestión por procesos. Esto nos ha llevado a estudiar las distintas áreas de trabajo en el centro de salud y aplicar la gestión por proceso en las mismas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Disminuir al máximos los errores por procesos administrativos.

2. Que el personal del EAP tome conciencia de las áreas de actuación que requieren una intervención.

3. Que el personal del EAP tome conciencia de la importancia del trabajo a través de la elaboración de procesos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaborar un documento con las áreas de actuación del Centro de Salud Monegros.

RESPONSABLE: M. Jesús Ullod Borruel

2.- Hacer una reunión del EAP con el fin de determinar que área requiere una actuación prioritaria.

RESPONSABLE: M. Teresa Paraled Campos

3.- Elaborar 2 procesos para la mejora del servicio y seguridad del paciente.

RESPONSABLE: M. Teresa Paraled Campos

4.- Hacer reunión del EAP para la implantación de los procesos.

RESPONSABLE: M. Teresa Paraled Campos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Que haya una presencia de un 80% del EAP en las reuniones para la puesta en marcha del proyecto.

2. Que se hayan elaborado dos procesos de gestión.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO-11: Elaboración de un documento en el que se establezcan las áreas de actuación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 072

**ORGANIZACION POR PROCESOS DE LAS DISTINTAS AREAS DE TRABAJO DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS**

MARZO-11: Reunión de EAP para determinar las áreas prioritarias de actuación.

ABRIL- 11: Elaborar los dos procesos de gestión elegidos por el EAP.

JUNIO- 11: Presentar los procesos al EAP

JULIO-11: Implantación de los procesos.

DICIEMBRE-11: Evaluación de los indicadores propuestos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL INVENTARIABLE .....	900 €
· MATERIAL ADMINISTRATIVO .....	100 €
Total .....	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR poco claro. NO concreta un proceso a trabajar.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 076

1. TÍTULO

**IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. PUESTA EN MARCHA DE LA FIBRINOLISIS Y EL TELEICTUS**

2. RESPONSABLE ..... OLALLA ALBERTI GONZALEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PALACIN LARROY MARTA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA  
· BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA  
· LATORRE JIMENEZ ANA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA  
· TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA  
· BLES CAVERO ELENA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS  
· HERMOSO CUENCA VICENTE. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se denomina "Ictus" al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. El Ictus es una enfermedad de gran impacto en la vida personal y social. Constituye la primera causa de defunción entre las mujeres y la segunda en el total de la población, siendo además, la primera causa de discapacidad en personas adultas y la segunda causa de demencia. La atención al ictus requiere procedimientos diagnósticos y terapéuticos que deben llevarse a cabo en el hospital en unidades o áreas específicas, con personal médico y de enfermería específicamente formado y con el manejo de protocolos de atención actualizados que permitan unificar y sistematizar las prácticas clínicas más frecuentes. En la últimas décadas el número de defunciones por enfermedad cerebrovascular ha descendido en toda España en relación a un mejor y pronto diagnóstico así como control terapéutico en fase aguda y subaguda, así como un mejor control en prevención primaria.

En 2008 se crea la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud que promueve la realización de programas de actuación al Ictus a nivel autonómico surgiendo así el " Programa de Atención al Ictus en Aragón". Este programa aborda de forma multidisciplinar las actuaciones que pueden influir en la instauración de la enfermedad y su desarrollo o secuelas posteriores. "Siendo el objetivo mejorar la atención a lo largo del proceso asistencial al ictus en todo el territorio aragonés, con el fin de disminuir la incidencia y morbimortalidad de la enfermedad, así como mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectas".

Existe hoy en día un tratamiento específico para la fase hiperaguda del Ictus (hasta las 4.5 horas de evolución) denominado rtPA, que favorece la fibrinólisis del trombo causante del Ictus permitiendo su pronta disolución y recuperación del flujo cerebral de manera temprana reduciendo el tamaño final del infarto. Este tratamiento, no obstante, no está exento de riesgo, ya que se relaciona con incremento del riesgo de hemorragia cerebral, por lo que es preciso para su aplicación, la aplicación de protocolos terapéuticos específicos y que dicho tratamiento sea aplicado bajo supervisión de personal facultativo especialista en dicho tratamiento.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

1. Ampliación de la implantación del programa de actuación multidisciplinar de atención al paciente con Ictus en el Sector Huesca, que nos permita continuar mejorando la asistencia al paciente.
2. Aplicación del tratamiento fibrinolítico en el Ictus agudo.
3. Implantación del Teleictus

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En 2010 se pone en marcha un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por Neurología, Servicio de Urgencias, Medicina Interna, Endocrino, Servicio de Rehabilitación, UVSS, Enfermería de planta y urgencias y Radiología realizando protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos para la atención al paciente con ictus en área de monitorización y planta de neurología con su posterior informatización para su uso eficaz. Así mismo, se inaugura el área de Ictus en nuestro hospital permitiendo la aplicación de dichos protocolos mejorando sustancialmente la atención al Ictus de forma integral. Por otra parte, la implantación de estas medidas han sido coste-eficaces. Como resultados preliminares en 2010 el índice funcional ha mejorado de forma importante respecto a 2009, y ha descendido la estancia media.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

076

### IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. PUESTA EN MARCHA DE LA FIBRINOLISIS Y EL TELEICTUS

Se han realizado cursos de formación para personal tanto médico como de enfermería que se encuentran dentro del proceso multidisciplinar.

El servicio de Neurología ha realizado cursos de actualización en la escala NIHSS empleada para la valoración de la gravedad del Ictus.

Se han realizado los grupos de trabajo de los distintos subprocesos del ictus para la realización de todas las fases del proceso pendientes de implantar

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Continuar afianzando la implantación de los protocolos diagnóstico-terapéuticos del ictus  
2. Mejorar la comunicación médico-paciente-familiar  
3. Finalizar los subprocesos pendientes del Proceso ictus con la realización del subproceso terapéutico con el Servicio de Cirugía vascular para la valoración del Ictus y su prevención secundaria.  
4. Finalizar los subprocesos en los que interviene Atención primaria con la realización de cursos de formación, y la realización del subproceso de prevención primaria y secundaria del Ictus mejorando la adhesión a los tratamientos.  
5. Puesta en marcha del tratamiento fibrinolítico en el Sector Huesca e implantación del Teleictus (uso de la telemedicina para la aplicación de la fibrinólisis en ausencia de Neurólogo en el hospital con el apoyo del Neurólogo del Hospital Miguel Servet

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reunión de todo el grupo del proceso para evaluar las acciones implantadas y revisar los subprocesos pendientes de implantar para distribuir entre los distintos componentes las acciones a realizar. (Dra Bestué)  
2. Realización de protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos para la atención al paciente con ictus en urgencias del paciente candidato a fibrinólisis (Dra Albertí/Dra Palacín)  
3. Realización de los protocolos de actuación durante y posterior a la fibrinólisis en urgencias (Dra Albertí/ Dra Blesa)  
4. Realización de protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos para la atención al paciente con ictus en área de monitorización tras la fibrinólisis. (Dra Albertí/Dra Palacín)  
5. Informatización de los protocolos de actuación de la fibrinólisis.  
6. Realización de cursos de formación para la atención al ictus para el personal Facultativo del área de Urgencias, Medicina Interna, Especialidades médicas, UCI, MIR así como para el personal de enfermería implicado en la atención a pacientes con ictus en urgencias y plantas médicas para la implantación de la fibrinólisis (Dr Tordesillas)  
7. Puesta en marcha de la fibrinólisis y el teleictus (Dra Bestué)  
8. Realización formación en atención primaria (Dra Latorre)  
9. Realización del Subproceso de Cirugía vascular. (Dr. Hermoso)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicadores de calidad del audit clínico del proceso ictus  
2. Mortalidad por ictus  
3. Realización cursos de formación actualizados con inclusión de formación en tratamiento fibrinolítico para el personal facultativo implicado en el proceso. (S/N)  
4. Nº de facultativos que realizan la formación  
5. Inclusión del servicio de Cirugía vascular al equipo multidisciplinar para la valoración de casos seleccionados. (S/N).  
6. Realización de sesión conjunta (estándar >=1/cada 2 meses)  
7. Porcentaje de pacientes con endarterectomía realizada  
8. Morbilidad en endarterectomía  
9. Realización protocolos de fibrinólisis (S/N)  
10. Implantación protocolos específicos de actuación para la fibrinólisis (S/N)  
11. Nº códigos activados en nuestro Sector  
12. %pacientes fibrinolizados respecto a CI activados  
13. % Telecomunicaciones realizadas  
14. %Fallos de comunicación en teleictus

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 076

1. TÍTULO

**IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. PUESTA EN MARCHA DE LA FIBRINOLISIS Y EL TELEICTUS**

- 15. % pacientes fibrinolizados mediante teleictus
- 16. Tiempo puerta-aguja
- 17. Tiempo puerta-TAC
- 18. Morbilidad en pacientes fibrinolizados
- 19. Formalización y aplicación de un horario fijo de información diario para pacientes y familiares (S/N)
- 20. % centros de atención primaria con formación por ictus realizada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: realización de nuevo curso de formación para personal facultativo implicado en el proceso de atención al Ictus incluyendo el tratamiento fibrinolítico.  
Abril 2011: curso de formación en escala NIHSS.  
mayo-Junio 2011: inclusión de cirugía vascular al equipo multidisciplinar e inicio de las sesiones.  
Mayo-Junio 2011 valoración viabilidad del tratamiento fibrinolítico mediante telemedicina con el Hopsital Miguel Servet , en nuestro hospital .  
Julio-Septiembre: Inicio de la fibrinólisis  
Septiembre-Octubre: Formación en primaria  
Noviembre: reunión grupo proceso para valorar puesta en marcha de la fibrinólisis  
Diciembre: Evaluación resultados e implantación de medidas correctoras

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· FORMACIÓN .....		400 €
	Total .....	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
EL PRESUPUESTO SOLICITADO ES PARA FORMACIÓN



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 194

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA 5S EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL ALDAMIZ-ECHEVARRIA IRAURGUI

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE INFORMATICA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMAZAN RUBIO MARIA CIELO. TECNICO INFORMATICO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO INFORMATICA
- BLANCO LAIN MARIA JOSE. TECNICO INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO DE INFORMATICA
- VIBAN FORTUNY JESUS. TECNICO INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO INFORMATICA
- BENTUE SATUE FRANCISCO JAVIER. TECNICO INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO INFORMATICA
- PUEYO MOY MARIA ISABEL. TECNICO INFORMATICA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SERVICIO INFORMATICA
- PABLO JULVEZ SILVIA. TECNICO INFORMATICA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SERVICIO DE INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estrategia de las 5S es un concepto sencillo que a menudo las personas no le dan la suficiente importancia, sin embargo, una Servicio limpio y seguro nos permite orientar la empresa y los talleres de trabajo hacia las siguientes metas:

- Dar respuesta a la necesidad de mejorar el ambiente de trabajo, eliminación de despilfarros producidos por el desorden, falta de aseo, fugas, contaminación, etc.
- Buscar la reducción de pérdidas por la calidad, tiempo de respuesta y costes con la intervención del personal en el cuidado del sitio de trabajo e incremento de la moral por el trabajo.
- Facilitar crear las condiciones para aumentar la vida útil de los equipos, gracias a la inspección permanente por parte de la persona quien opera la maquinaria.
- Mejorar la estandarización y la disciplina en el cumplimiento de los estándares al tener el personal la posibilidad de participar en la elaboración de procedimientos de limpieza
- Hacer uso de elementos de control visual como tarjetas y tableros para mantener ordenados todos los elementos y herramientas que intervienen en el proceso productivo
- Conservar del sitio de trabajo mediante controles periódicos sobre las acciones de mantenimiento de las mejoras alcanzadas con la aplicación de las 5S.
- Poder implantar cualquier tipo de programa de mejora continua de producción Justo a Tiempo, Control Total de Calidad y Mantenimiento Productivo Total
- Reducir las causas potenciales de accidentes y se aumenta la conciencia de cuidado y conservación de los equipos y demás recursos de la compañía.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Mayores niveles de seguridad que redundan en una mayor motivación de los empleados

- ? Reducción en las pérdidas y mermas por producciones con defectos
- ? Mayor calidad
- ? Tiempos de respuesta más cortos
- ? Aumenta la vida útil de los equipos
- ? Genera cultura organizacional
- ? Acerca al servicio a la implantación de modelos de calidad total y aseguramiento de la calidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se llama estrategia de las 5S porque representan acciones que son principios expresados con cinco palabras japonesas que comienza por S. Cada palabra tiene un significado importante para la creación de un lugar digno y seguro donde trabajar. Estas cinco palabras son:

- Clasificar. (Seiri)
- Orden (Seiton)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 194

**IMPLANTACION DE LA METODOLOGIA 5S EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA**

Limpieza. (Seiso)  
Limpieza normalizada (Seiketsu)  
Disciplina. (Shitsuke)

Se distribuirán las cinco tareas, para todos los miembros responsabilizándose cada uno de su entorno de trabajo. Se iniciará con una fase de formación y una evaluación inicial, tras la cual se iniciará las tres primeras fases, quizá las más sencillas, las dos últimas se culminarán en 12 meses.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará una documentación fotografica de la situación actual, cajas, materiales por los suelos, restos y cables por todos los lados, libros sin orden ni control, ...  
Se realizará un segundo control con igual material fotográfico al final de las tres primeras fases, julio de 2011.  
Para terminar en diciembre de 2011, tras seis meses ya en la fase SHITSUKE, se realizará un nuevo control fotográfico para evidenciar la situación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primera fase 1 mes, formación y distribución de áreas  
Segunda fase, tres primeras S, tres meses  
Tercera fase, seis meses y toda la vida posterior. SHITSUKE.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ESTANTERIAS Y CONTENEDORES .....	6.000 €
Total .....	6.000 €

11. OBSERVACIONES. Para nuestro servicio resulta imprescindible emprender esta estrategia, nuestra situación actual resulta insostenible, sufrimos perdidas de material, retrasos y errores por nuestro desorden.

OBSERVACIONES del SECTOR  
ESTANTERIAS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 147

1. TÍTULO

USO DE ANESTESIA LOCAL EN PUNCION ARTERIAL: MEJORA DEL UMBRAL DEL DOLOR EN EL PACIENTE INGRESADO EN LA SECCION DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ALLUE GRACIA
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CASTEL LANGA MARIAPILAR. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
  - NOGUES SEN M LOURDES. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
  - ARRAZOLA ALBERDI OIHANA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
  - SANCHEZ LANUZA MARIA MAR. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
  - BRIZ MUÑOZ ELENA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
  - VIZCARRA SORO ESTHER. ENFERMEEA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
  - OLIVARI MONTOYA MARIELLA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. MEJORAR EL UMBRAL DEL DOLOR Y GRADO DE ANSIEDAD EN UNA TECNICA DE INYECCION TRAUMATICA PARA EL PACIENTE INCLUYENDO METODOS ANESTESICOS NO INVASIVOS. UTILIZAREMOS LA ESCALA EVA PARA VALORAR EL GRADO DEL DOLOR POR PARTE DEL PACIENTE COMPARANDO LA PUNCION REALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ( SIN ANESTESIA) CON LA REALIZADA EN LA SECCION DE NEUMOLOGIA (CON ANESTESIA).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. DEMOSTRAR QUE CON LA APLICACION DE ANESTESIA LOCAL, PARA REALIZAR LA PUNCION ARTERIAL, SE EVITA EL DOLOR Y DISMINUYE TANTO LA ANSIEDAD COMO LA HIPERVENTILACION DEL PACIENTE.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN DETERMINACION DE GASES EN SANGRE ARTERIAL, SE CUANTIFICARA EL GRADO DE DOLOR SEGUN ESCALA EVA EN LA PUNCION REALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. SE APLICARA LA ANESTESIA LOCAL Y SE VALORARA DE NUEVO LA ESCALA EVA. ESTE POCEDIMIENTO LO REALIZARA LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PACIENTE EN ESE TURNO EL OBJETIVO DE ESTE PROYECTO, ES VALORAR SI CON EL USO DE ANESTESIA LOCAL, MEJORAMOS EL UMBRAL DEL DOLOR Y GRADO DE ANSIEDAD DEL PACIENTE.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. UTILIZAREMOS COMO INDICADORES EN NUESTRO PROYECTO LA ESCALA EVA DEL 1 AL 10 PARA MEDIR EL GRADO DE DOLOR Y UNA ESCALA TIPO LIKER DEL 1 AL 5 PARA MEDI EL GRADO DE ANSIEDAD.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO 14/11/2010  
FECHA DE 1ª REVISION 29/03/2011  
FECHA DE 2ª REVISION 15/06/2011  
FECHA DE EVALUACION FINAL 14/11/2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- PULSIOXIMETRO NONIN 9500 ONYX DE DEDO ..... 250 €
  - Total ..... 250 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

147

USO DE ANESTESIA LOCAL EN PUNCION ARTERIAL: MEJORA DEL UMBRAL DEL DOLOR EN EL PACIENTE INGRESADO EN LA SECCION DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

PULSIOXÍMETRO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 256

1. TÍTULO

**ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) PARA LA PREPARACION DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERAPICOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PILAR AMADOR RODRIGUEZ

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN. FARMACEUTICA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. FARMACIA
- MARTINEZ CRESPO ALEJANDRO. FARMACEUTICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. FARMACIA
- SERRANO VICENTE MARIA CARMEN. FARMACEUTICA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. FARMACIA
- CAVERO MARTINEZ LOURDES. SUPERVISORA DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. FARMACIA/ONCOLOGIA
- BRAJNOVICH LIERKA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. FARMACIA/ONCOLOGIA
- SANTAFE ACIN ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. FARMACIA/ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad es algo que muchas veces no demanda el paciente porque no siempre es consciente de ello. Actualmente la terapia del cáncer cuenta con fármacos muy eficaces pero que pueden llegar a ser peligrosos.

Los errores de medicación en quimioterapia pueden tener consecuencias graves para los pacientes debido al estrecho margen terapéutico de los antineoplásicos. En nuestro medio, estos errores se ven facilitados por un volumen de actividad creciente debido al aumento del número de pacientes, a la creciente complejidad de los tratamientos y a la tendencia a la medicina ambulatoria.

La única vía efectiva para prevenir los errores de medicación en quimioterapia es establecer una sistemática de trabajo rigurosa, definiendo cuidadosamente los procedimientos y las responsabilidades dentro del circuito e incorporando la informatización en todo el proceso. Esta sistemática debería ser elaborada por un grupo multidisciplinar y debería producir la motivación de todos los implicados. Sólo así se crea un marco adecuado que garantice la seguridad del circuito.

Con la elaboración de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) se pretende regularizar la preparación de medicamentos quimioterápicos en el Servicio de Farmacia con la finalidad de sistematizar la realización de preparaciones quimioterápicas, independientemente de la persona que esté de responsable en ese momento, evitando así errores de preparación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en la seguridad en la preparación de los medicamentos quimioterápicos y evitar posibles errores en su realización.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT), siguiendo la Norma ISO 9001:2008.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Número de PNT`s elaborados.  
2) Errores en la preparación de la medicación/nº total de preparaciones < 0.1

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Revisión de la Norma ISO 9001:2008: Febrero y Marzo 2011  
Evaluación de la situación en el Servicio de Farmacia: Febrero y Marzo 2011.  
Elaboración de PNTs: Desde Marzo hasta el final.  
Implantación de PNTs: Mayo y siguientes.  
Seguimiento: Junio y siguientes.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 256

**ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS NORMALIZADOS DE TRABAJO (PNT) PARA LA PREPARACION DE MEDICAMENTOS QUIMIOTERAPICOS**

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Impresora de etiquetas para identificar los tratamientos .....		800 €
Total .....		800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
IMPRESORA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

294

**ELABORACION Y DIFUSION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LOS CONSEJOS HIGIENICOS Y CUIDADOS POSTERIORES DIRIGIDO A LAS PACIENTES SOMETIDAS A UN LEGRADO OBSTETRICO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ANDRES OROS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ DIU NURIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROY RAMOS VIRGINIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BARBANOJ TORRECILLA ALICIA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LAGUARTA ORTAS ANA ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. CIRUGIA, OBSTETRICIA, GINECOLOGIA Y UROLOGIA
- GIMENEZ BLANCO COVADONGA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- SOLER FALCETO SHEILA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROYO GOYANES JUAN PABLO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Aproximadamente un 10-20% de los embarazos clínicamente reconocidos evolucionan a un aborto. En mujeres sin otros factores de riesgo se ha constatado que, conforme mayor es la edad materna, hay más incidencia de abortos. En muchas ocasiones hay que someter a la paciente a un "legrado obstétrico" que consiste en la evacuación uterina quirúrgica. En el sector de Huesca existe el riesgo de no aportar a la paciente unos consejos unificados sobre los cuidados higiénicos a seguir en su domicilio. Además se informa a la paciente verbalmente en un momento en el que soporta un gran sentimiento de culpa por lo que no siempre comprende correctamente la información recibida

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante la elaboración de un folleto informativo en el que se incida en las recomendaciones a seguir en su domicilio, consejos higiénicos y una sencilla explicación del procedimiento al que ha sido sometida esperamos que la paciente tenga menos dudas sobre la evolución y los cuidados que debe tener en los días posteriores al alta, así como cuáles son los motivos por los que debe acudir a urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un folleto informativo sobre los cuidados domiciliarios que deben tener las pacientes después de un legrado obstétrico. Responsables: M<sup>a</sup> Pilar Andrés y Nuria López.

- Presentación del folleto a los miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología incluyendo enfermería y personal auxiliar de enfermería. Responsables: Alicia Barbanoj, Ana Isabel Laguarda y Juan Pablo Royo.

- Recogida de datos sobre la utilidad del folleto recibido en consulta. Responsables: Covadonga Gimenez y Sheila Soler

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Entrega del folleto informativo a todas las pacientes sometidas a un legrado.

- Indicador: N° de pacientes sometidas a un legrado a la que se le entrega el folleto al alta/ legrados obstétricos realizados = 99%

2. Valoración del folleto informativo por parte de la paciente: No útil/ Útil / Muy Util

- Se le preguntará a la paciente por la utilidad del folleto recibido en la consulta en la que es citada a los 30-40 días tras el legrado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización del folleto informativo: Abril 2011

- Información y difusión del folleto entre los miembros del equipo sanitario: Primera quincena de Mayo 2011.

- Entrega del folleto informativo a las pacientes desde la segunda quincena de Mayo 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 294

ELABORACION Y DIFUSION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LOS CONSEJOS HIGIENICOS Y CUIDADOS POSTERIORES DIRIGIDO A LAS PACIENTES SOMETIDAS A UN LEGRADO OBSTETRICO

· material fungible .....	200 €
Total .....	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

380

### INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA ARA REY

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. DIRECCIÓN DE ENFERMERIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- APARICIO ORDAS MARIA TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS
- GRACIA CHARTE MARIA ANGELES. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS
- MARIN LACLAUSTRA FRANCISCA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS
- TOSAT MANCHO CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. DIRECCION DE ENFERMERIA
- GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE CONSULTAS EXTERNAS
- JIMENEZ BLANCO COVADONGA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CONSULTAS EXTERNAS
- SOLER FALCETO SHEILA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. MEJORAR LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA QUE RECIBEN LOS PACIENTES CUANDO TIENEN QUE INTERVENIR PROFESIONALES DE DISTINTOS CENTROS Y/O NIVELES ASISTENCIALES. ESTA OPORTUNIDAD DE MEJORA ESTARIA INCLUIDA DENTRO DE LOS PLANES ESTRATEGICOS DE ACCIÓN 2010-2014, CON EL OBJETIVO DE TRABAJAR CON PROFESIONALES IMPLICADOS, PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -UNIFICAR CRITERIOS Y DOCUMENTACIÓN

- AGILIZAR EL FLUJO DE INFORMACIÓN
- ASEGURAR INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MEDIANTE LENGUAJE COMUN
- PACIENTE INFORMADO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE FORMARA UN GRUPO DE TRABAJO CON EL PERSONAL IMPLICADO CON EL OBJETIVO DE DEFINIR A QUE PACIENTES SE LES REALIZARA EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS, QUE APARTADOS TENDRA, Y COMO SE REGISTRARAN LOS INFORMES. UNA VEZ DISEÑADO SE PRESENTARA A AP(ENFERMERA DE ENLACE). SE PILOTARA DURANTE UN MES PARA REALIZAR MODIFICACIONES SI FUERAN NECESARIAS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -EXISTENCIA DE GRUPO DE TRABAJO SI/NO

- EXISTENCIA DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS SI/NO
- Nº INFORMES EMITIDOS HASTA DICIEMBRE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL: FORMACIÓN GRUPO TRABAJO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

- MAYO: REUNIÓN GRUPO PROPUESTA Y DISCUSIÓN INFORME. PROTOCOLO
- JUNIO: DISEÑO INFORME. PRESENTACIÓN A ENFERMERA DE ENLACE.
- JULIO PILOTAJE 1 MES
- AGOSTO MODIFICACIONES SI FUERAN PRECISAS
- SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE: EMISIÓN Y REGISTRO
- DICIEMBRE. Nº INFORMES Y EVALUACIÓN PROYECTO.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

192

### PROGRAMA PARA LA ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE COMPROBACION (CHECKLIST) EN EL AREA QUIRURGICA

#### 2. RESPONSABLE ..... IGNACIO ARMENDARIZ BUIL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNUES PEREZ ALICIA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- VERA BELLA JORGE. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- MORROS DIAZ EMILIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- CARRION PAREJA JUAN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- RIGOPOUDOU ANGELICA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

#### 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción

Se ha estimado que la incidencia de muerte y complicaciones mayores intrahospitalaria en el perioperatorio en los países industrializados es del 0,4-0,8% y 3-17% respectivamente. Estas cifras podrían ser mayores en los países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el 2008 unas guías con prácticas recomendadas para asegurar la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Una de estas prácticas consiste en introducir un checklist en quirófano con 19 ítems. Haynes et Al. Demostraron que con la introducción de este checklist se reducía tanto la mortalidad como las complicaciones mayores en el perioperatorio. Otros autores aconsejan adaptar este checklist a la singularidad del área quirúrgica de cada hospital.

#### Detección del problema

En nuestro medio trabajamos con un alto nivel de seguridad en quirófano. Pese a todo, la cultura de la comprobación sistemática se distribuye de forma irregular. Incluso en el bloque quirúrgico, no todos los estamentos y grupos profesionales la entienden y practican de igual modo. La implantación de un checklist ha demostrado ser una herramienta útil para incrementar la seguridad en el área quirúrgica. Desde la Comisión Europea, se plantea como una medida obligatoria en el futuro. De allí, nuestra determinación para su implantación en el Área Quirúrgica del Hospital San Jorge de Huesca.

#### Situación inicial

En estos momentos, los ítems del checklist que propone la OMS quedan reflejados de forma desigual y no siempre sistemática en los documentos que rellenan los profesionales del área quirúrgica en el perioperatorio. Proponemos un documento unitario que implique a todos estos profesionales y sea completado de forma sistemática.

#### Causas

El alto nivel de seguridad con el que se trabaja en nuestra Área Quirúrgica indican la gran profesionalidad de sus trabajadores. Pero siempre hay margen para la mejora de la calidad de la atención que dedicamos a nuestros pacientes. Este checklist es una nueva herramienta que nos propone la OMS. Su reciente creación es la causa de que todavía no se haya implantado en muchos centros.

#### Importancia de la mejora

La implantación de un checklist ha demostrado reducir tanto la mortalidad como las complicaciones mayores en el perioperatorio. Por lo tanto, es una oportunidad de mejora de la seguridad para los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H., William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D., Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D., Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S.,

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

192

#### PROGRAMA PARA LA ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE COMPROBACION (CHECKLIST) EN EL AREA QUIRURGICA

Pascience L. Kibatala, M.D., Marie Carmela M. Lapitan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A., Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Reznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D., and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H. for the Safe Surgery Saves Lives Study Group N Engl J Med 2009; 360:491-499 January 29, 2009

2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004;170:1678-86.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. Qual Saf Health Care 2004;13:145-51.
4. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. N Z Med J 2002;115:U271.
5. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000;38:261-71.
6. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995;163:458-71.
7. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, et al. A prospective study of patient safety in the operating room. Surgery 2006;139:159-73.
8. Dankelman J, Grimbergen CA. Systems approach to reduce errors in surgery. Surg Endosc 2005;19:1017-21.
9. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La implantación de un Checklist en el área quirúrgica del Hospital San Jorge de Huesca La implicación de todo el personal de quirófano en su difusión y materialización  
Obtener datos concretos sobre la seguridad en el área quirúrgica.  
Iniciar un registro de incidentes críticos o de eventos centinela

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Revisión y análisis bibliográfico para actualizar los conocimientos  
2-Desarrollo de un documento que sea un checklist adaptado a nuestra área quirúrgica.  
2.1 Hacer una encuesta entre el personal del Área Quirúrgica acerca del documento propuesto que incluya una valoración y esté abierta a plantear modificaciones.  
3-Implantación del checklist en fases.  
3.1 Fase 1: implantar el checklist en un quirófano del área quirúrgica durante un mes  
3.2 Fase 2: evaluar la experiencia de la Fase 1  
3.3 Fase 3: Implantar el checklist en el resto de quirófanos  
3.4 Fase 4: evaluar la implantación del checklist en toda el área quirúrgica.  
4-Iniciar un registro de incidentes críticos o de eventos centinela

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Medición del cumplimiento/realización del 80% de los objetivos/actividades programadas (Indicadores cualitativos dicotómicos)  
2-La actividad 3.2 se evaluará mediante una encuesta de satisfacción en el personal del quirófano elegido. Además se analizará la prevalencia de las comprobaciones y la calidad de las mismas (Indicadores cuantitativos y cualitativos)  
3-La actividad 3.4 se evaluará mediante una encuesta de satisfacción en el personal del quirófano elegido. Además se analizará la prevalencia de las

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

192

**PROGRAMA PARA LA ELABORACION E IMPLANTACION DE UNA LISTA DE COMPROBACION (CHECKLIST) EN EL AREA QUIRURGICA**

comprobaciones y la calidad de las mismas (Indicadores cuantitativos y cualitativos)

4-La actividad 4 se enmarca en el apartado "ajustes" dentro del ciclo de mejora PDCA .

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde abril de 2011 hasta septiembre de 2011: actividades 1 y 2

Desde octubre de 2011 hasta marzo de 2012: actividad 3

Desde abril de 2012 hasta junio de 2012: actividad 4

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PRIORITARIO. LINEA ESTRATEGICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

531

**BRINDAR EDUCACION SANITARIA A LOS PACIENTES CON ICTUS Y A SUS FAMILIARES UNA VEZ HAN SIDO DADOS DE ALTA DEL AREA DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
  - Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SARASA HERNANDEZ MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- VERGUIZAS NADAL MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- MOYANO LEDESMA AMPARO. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- CAMPOS VALLS ANA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- MALON MARCO AMAYA. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- LASIERRA BROSED ANA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ictus agudo supone la mayor urgencia neurológica y constituye la segunda causa de muerte y la primera de invalidez en países desarrollados, provocando una gran carga social, sanitaria y económica.

Por ello es de gran importancia disminuir su incidencia y, en el caso de los pacientes que ya han sufrido un episodio, aplicar medidas de prevención secundaria orientadas a evitar recurrencias. También es importante que el paciente y la familia tengan información y reciban consejos al alta, para que de esta forma el paciente pueda lograr una mayor recuperación funcional y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Actualmente en este área el paciente y familiares carecen de este tipo de educación sanitaria por parte de enfermería, por ello creemos conveniente elaborar por parte del personal de Enfermería un folleto y un soporte audiovisual, donde se de a conocer, que es el ictus, factores de riesgo, síntomas de alarma, autocuidados del paciente y su cuidador, recursos sociales y ayudas.

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

### 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir recurrencias.

Mejorar el conocimiento de pacientes y familiares sobre el Ictus, autocuidados y su prevención a través de un folleto informativo y un soporte audiovisual.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar un folleto y un soporte audiovisual que recoja información básica sobre que es el ictus, factores de riesgo, síntomas de alarma, autocuidados del paciente y su cuidador, recursos sociales y ayudas. Distribuir al paciente y familiares el folleto al alta del Área de Ictus.

Realizar educación sanitaria con la ayuda de un soporte audiovisual al alta del paciente tanto a la familia como al paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° folletos repartidos / N° ingresos X 100  
N° de pacientes y familias que han recibido educación sanitaria / N° ingresos X 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 15/4/2011 Fecha de finalización: 31/10/2011  
Plan de Actividades a realizar para la mejora:

1. Elaboración de folleto y soporte audiovisual. (15/04/11 - 15/05/11)
2. Pilotaje del folleto y soporte audiovisual (15/05/11-31/05/11)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

531

BRINDAR EDUCACION SANITARIA A LOS PACIENTES CON ICTUS Y A SUS FAMILIARES UNA VEZ HAN SIDO DADOS DE ALTA DEL AREA DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

3. Mejoras en el folleto y soporte audiovisual. (1/06/11-10/06/11)

3. Impresión de folletos (10/06/11 - 15/06/11)

4. Puesta en marcha del proyecto (15/06/11- 15/10/11)

5. Evaluación del proyecto  
(15/10/11-31/10/11)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material didactico .....	300 €
· Ordenador portatil .....	600 €
· Material de apoyo .....	100 €
· 1 inscripcion congreso neurologia .....	500 €
Total .....	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

**PROTOCOLIZACION DE MANEJO DE LA PATOLOGIA AGUDA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO**

2. RESPONSABLE ..... CLARA BERGUA MARTINEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- BRIZ MUÑOZ ELENA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
- CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA
- CHOPO ALCUBILLA JOSE MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- MONTORO HUGUET MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. DIGESTIVO
- LASTRA DEL PRADO RODRIGO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ONCOLOGIA MEDICA
- LOGROÑO GONZALEZ JOSE MANUEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El manejo de la patología aguda que se desencadena en horario de guardia en el Hospital San Jorge corre a cargo de facultativos de las distintas especialidades médicas.

Teniendo en cuenta el rápido avance del conocimiento y la progresiva especialización de cada una de las secciones, resulta difícil que los facultativos se actualicen en las novedades en el manejo urgente de patologías distintas de la propia.

Por ello resulta interesante plantear la creación y difusión de protocolos para actuar en dichas situaciones, teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible (guías de las sociedades científicas, protocolos consolidados de otras instituciones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La protocolización de la actuación médica basada en la evidencia contribuye a la homogeneización de la práctica clínica, facilita el trabajo en equipo con enfermería y con todo ello resulta en una mejora en la atención al paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Se realizarán reuniones dentro de cada una de las especialidades para consensuar los protocolos de actuación urgente para cada una de las distintas patologías o síndromes asignados.

- Se sintetizarán las conclusiones forma esquemática para facilitar su uso.
- Se recogerán todos los protocolos elaborados en un manual.
- Se distribuirá dicho manual entre el personal que realiza guardias de Medicina Interna para su implantación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización de las reuniones por especialidades médicas para elaborar cada uno de los protocolos (SI/NO).

- Publicación y difusión del manual entre el personal que realiza guardias de Medicina Interna (SI/NO).
- Realización de una encuesta respecto al manejo de patología urgente entre el personal de guardia antes y después de realización del protocolo (SI/NO).
- Valoración de las diferencias en la actuación y en el grado de satisfacción del personal con la implementación del manual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización de la encuesta pre-protocolos: Junio 2011

- Realización de las reuniones por servicios y elaboración de los protocolos por patologías: Abril- Septiembre 2011.
- Maquetación del manual: Octubre-Noviembre 2011.
- Entrega y difusión del manual: Diciembre 2011.
- Realización de la encuesta post-protocolo: Febrero 2012

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 583

**PROTOCOLIZACION DE MANEJO DE LA PATOLOGIA AGUDA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO**

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Maquetación, impresión y publicación del manual. ....		400 €
Total .....		400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
MANUAL



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 456

**IMPLANTACION DEL PROCESO “HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSION PORTAL” EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL**

2. RESPONSABLE ..... VANESA BERNAL MONTERDE
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ELBAILE SARASA ROSARIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS
  - GARCIA ERCE JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. HEMATOLOGIA
  - LEZAUN NAVARRO ANGELA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. HEMATOLOGIA
  - BOSH MELGUIZO JORDI. MEDICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LOZANO BLES. RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
  - LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hemorragia por hipertensión portal constituye el 15% de todas las hemorragias digestivas altas (HDA). Se estima una incidencia de HDA por varices entre el 5 y el 15% al año que conlleva una tasa de mortalidad de aproximadamente el 20% a las 6 semanas, constituyendo la complicación más grave de la cirrosis hepática. Desde la llegada del paciente al hospital hasta su alta, en este proceso intervienen diferentes servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos, Endoscopias, Digestivo, Hematología, radiología intervencionista, etc.) que funcionan como departamentos estancos produciendo una descoordinación en el manejo de esta grave patología y una gran variabilidad en la prestación del servicio. Todo esto conlleva una disminución en la calidad de la atención al paciente y como consecuencia, un aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad, un deterioro de la calidad de vida y una mayor insatisfacción con la atención asistencial.

La aplicación de la gestión por procesos en la HDA por hipertensión portal garantizaría una mayor efectividad, eficiencia y satisfacción para pacientes y familiares. Durante el año 2010, un equipo de trabajo multidisciplinar ha iniciado la elaboración del "Protocolo de manejo de la hemorragia digestiva por hipertensión portal" basado en la evidencia científica disponible actualmente y en la opinión consensuada del equipo en el caso de que fuera necesario. Durante los próximos dos años, nuestro objetivo es finalizar este protocolo, diseñar el proceso completo, implantarlo en nuestro hospital y evaluar los resultados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º. Implantar el proceso en nuestro hospital y coordinarlo con el centro de referencia de radiología intervencionista mejorando de este modo la continuidad en la asistencia.
- 2º. Disminuir la variabilidad clínica aplicando los nuevos criterios transfusionales, de tratamiento médico-endoscópico y de colocación de TIPS.
  - 3º. Disminuir el número de concentrados de hemáties por paciente y la morbilidad asociada a la sobretransfusión.
  - 4º. Disminuir la morbimortalidad derivada del proceso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Finalización del protocolo de hemorragia digestiva por hipertensión portal del Hospital San Jorge de Huesca mediante el equipo multidisciplinar ya establecido. El procedimiento utilizado ha sido el siguiente:

- Sesiones bimensuales o trimestrales siguiendo un programa definido y con un responsable por sesión dependiendo del tema a tratar y la especialidad del responsable.
  - Revisión sistemática de la evidencia científica y evaluación por consenso (grupo de expertos) de los puntos de interés en los no exista suficiente evidencia científica para la toma de decisiones.
- 2.- Aprobación del protocolo en el hospital.  
3.- Desarrollo de la estrategia de implantación y difusión del nuevo protocolo mediante su inclusión en la intranet del hospital, la realización de seminarios

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 456

**IMPLANTACION DEL PROCESO “HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSION PORTAL” EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL**

- periódicos y la entrega de una versión reducida, formada por recomendaciones y algoritmos, en los diferentes servicios del hospital implicados.
- 4.- Estudio retrospectivo valorando los criterios de evaluación que se habrán establecido previamente así como los indicadores de calidad del protocolo en los años 2008 y 2009. Presentación de los resultados al equipo de mejora con el objetivo de establecer umbrales de evaluación (estándares).
  - 5.- Estudio prospectivo para valorar el grado de implantación del protocolo en el hospital desde su fecha de implantación (aproximadamente Julio 2011) hasta Diciembre 2012 y comparación con estándares deseados. Se realizará una monitorización con presentación de los resultados trimestralmente.
  - 6.- Mejora del proceso mediante la identificación de oportunidades de mejora según los resultados obtenidos e implantación de los cambios precisos en el proceso.
  - 7.- Monitorizar nuevamente el proceso y continuar con el ciclo de mejora actualizando el protocolo cada dos años.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A. N° pacientes que reciben el tratamiento médico básico (fármaco vasoactivo adecuado + antibiótico protocolizado) desde la valoración inicial en urgencias / total de pacientes que acuden con sospecha de hemorragia digestiva por varices x 100 en un año
- B. N° pacientes transfundidos siguiendo los criterios establecidos en el protocolo / total de pacientes atendidos por hemorragia digestiva por varices x 100 en un año
- C. N° endoscopias realizadas en las primeras 12 horas tras la valoración inicial en urgencias / total de pacientes atendidos por hemorragia digestiva por varices x 100 en un año
- D. N° pacientes que reciben colocación de TIPS (si indicado) en las primeras 48 horas desde la indicación / total de pacientes atendidos por hemorragia digestiva por varices x 100 en un año
- E. Valorar el grado de cumplimiento del protocolo: nada (si no A, no B, no C, no D), parcialmente (si A o B o C o D), completamente (si A, B, C y D):
1. n° pacientes en los que no se han cumplido los objetivos A ni B ni C / total de pacientes atendidos por hemorragia digestiva por varices x 100 en un año.
  2. n° pacientes en los que se ha cumplido algún objetivo pero no todos (A, B o C) / total de pacientes atendidos por hemorragia digestiva por varices x 100 en un año.
  3. n° pacientes en los que no se han cumplido todos los objetivos (A, B y C) / total de pacientes atendidos por hemorragia digestiva por varices x 100 en un año.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.-Abril 2011: Finalización del protocolo de hemorragia digestiva por hipertensión portal.
- 2.- Mayo 2011: Aprobación del protocolo en el hospital.
- 3.- Mayo-Junio 2011: Desarrollo de la estrategia de implantación y difusión del protocolo.
- 4.- Marzo-Junio 2011: Estudio retrospectivo valorando los criterios de evaluación en los años 2008 y 2009.
- 5.- Junio 2011: Presentación de los resultados al equipo de mejora con el objetivo de establecer umbrales de evaluación (estándares).
- 5.- Julio 2011-Julio 2012 (monitorización trimestral): Estudio prospectivo para valorar el grado de implantación del protocolo en el hospital y comparación con estándares deseados.
- 6.- Julio 2011-Julio 2012: Mejora continua del proceso basada en la monitorización trimestral.
- 7.- 2013: Actualización bianual del protocolo.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- |                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| · Difusión del protocolo .....  | 300 €   |
| · Hemocue (x2) .....            | 1.000 € |
| · Determinaciones Hemocue ..... | 300 €   |
| Total .....                     | 1.600 € |
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR HEMOCUE

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

075

**USO DE LAS TIC PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGIA NEUROLOGICA ENTRE EL NIVEL DE ATENCION ESPECIALIZADA Y EL NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA**

### 2. RESPONSABLE ..... MARIA BESTUE CARDIEL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLEMENTE JIMENEZ LOURDES. MEDICO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- MONTERO ALONSO GENMA. INFORMatico. HOSPITAL SAN JORGE. INFORMATICA
- BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- LATORRE JIMENEZ ANA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE-CASAR. NEUROLOGIA
- ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- PALACIN LARROY MARTA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA

### 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Antecedentes:

La especialidad de Neurología tiene una actividad ambulatoria muy importante siendo el 50% de la actividad de la unidad en la actualidad. La patología neurológica genera un número importante de demanda de asistencia especializada en los centros de atención primaria dado que según los datos del informe FEEN (impacto socio-sanitario de las enfermedades neurológicas en España) un 13-16% población padece un problema neurológico.

Por otra parte con el incremento de la esperanza de vida de la población, se han incrementado los problemas neurológicos asociados al envejecimiento (Demencia, Parkinson, ECV etc ) y de forma creciente se ha visto un incremento de enfermos crónicos en las consultas de Neurología, polimedicados, que precisan ajustes terapéuticos de sus medicaciones o consultas por efectos secundarios de las mismas que acuden al médico de atención primaria para consulta y son remitidos a las consultas de especialidad, no pudiéndose ver "en tiempo adecuado" y cuyos problemas podrían ser fácilmente resueltos con una comunicación fluida entre el médico de atención primaria y su especialista.

Existen experiencias sobre sistemas de comunicación online entre niveles asistenciales (Servicio de Neurología del Cumberland Infirmary en el Reino Unido que implantó un sistema de correo electrónico) que facilitan el acercamiento de ambos niveles, solucionando los problemas, evitando y disminuyendo citas, generando confianza en el sistema asistencial e incrementando el conocimiento sobre temas asistenciales .

#### Problemas actuales

En los 4 últimos años la demanda de asistencia neurológica desde atención primaria se ha incrementado un 20% en términos generales, especialmente en los dos últimos años. Se han establecido estrategias para los pacientes que acuden por primera vez a la consulta disminuyendo la demora prospectiva. Sin embargo, la solicitud de asistencia de pacientes crónicos ha hecho que de forma progresiva se incremente la demora asistencial de los pacientes considerados "segundas visitas", con lista de espera para revisiones entre 2-4 meses, lo que hace imposible un seguimiento adecuado para problemas neurológicos graves o para resultados "en tiempo" adecuado.

En la actualidad los pacientes con problemas neurológicos con algún problema por su medicación acuden a los servicios de urgencias del hospital, o a su médico de atención primaria que los remite a nuestras consultas siendo vistos a veces 2-4 meses después de la solicitud (lista de espera de revisiones) cuando con una simple comunicación entre el médico de primaria y el especialista podría haberse resuelto el problema en el 80% de las ocasiones.

En otras ocasiones, ante la imposibilidad de acceder al especialista, se reciben llamadas de los pacientes (fundamentalmente) o de los médicos de atención primaria que interrumpen el ritmo de la consulta (a veces hasta 8 llamadas en una consulta de 2 horas), o fuera del horario de consultas que atiende la enfermería de consultas, generando "recados" que son imposibles de "atender en plazo" (no hay historias, no hay tiempo asignado etc ) y se corre el "riesgo de perder esa notificación".

En la mayor parte de los casos son cuestiones fácilmente solucionables que con una mejora de la comunicación "en tiempo razonable" y rápida respuesta se solucionarían.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 075

## 1. TÍTULO

**USO DE LAS TIC PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGIA NEUROLOGICA ENTRE EL NIVEL DE ATENCION ESPECIALIZADA Y EL NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA**

En concreto se ha detectado varios tipos de cuestiones por las que los pacientes demandan y que podrían beneficiarse de este tipo de consultas:

1. Efectos secundarios de fármacos introducidos por el especialista
2. Escaladas o modificaciones de tratamientos en patologías asociadas con el dolor que requerirían consultas cada semana o quince días (obviamente inviable en una consulta de especializada) ( se entregan notas al médico de taención primaria sobre la forma de escalada pero si hay alguna intolerancia o ineficacia del tratamiento no hay una forma fácil de consultar al especialista).
3. Tratamientos de profilaxis secundaria del dolor
4. Escaladas en tratamientos de patología extrapiramidal y epilepsia
5. Dudas sobre algún tratamiento indicado
6. Preguntas sobre alguna prueba pendiente
7. Orientación sobre manejo paciente
8. Consejo diagnóstico

Estos podrían agruparse en cuatro categorías: Consejo terapéutico, consejo diagnóstico, iatrogenia, orientación.

## Oportunidad de Mejora

- ? Creación de un "sistema de comunicación"entre niveles asistenciales
- o Asesoramiento rápido y accesible sobre problemas clínicos, terapéuticos y dudas de derivación
- o Coordinación la atención entre Atención primaria-Neurólogo
  
- ? Mejorar la asistencia del paciente:
- ? Disminuyendo el número de desplazamientos al paciente
- ? Identificación precoz y resolución de problemas terapéuticos
- ? Control del paciente y resolución de problemas adecuado "en tiempo"
- ? Asistencia con mayor seguridad
- ? Generar "confianza" en el sistema
- ? Incrementando los índices de satisfacción de los pacientes y familiares
  
- ? Asistencia eficiente
- o Disminuir número de citaciones
- o Disminuir lista de espera
- o Priorizar asistencia
- ? Incrementar el conocimiento y generar una fuente de conocimiento

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Creación de un "sistema de comunicación"entre niveles asistenciales de asesoramiento rápido y accesible

- ? Mejorar la asistencia del paciente neurológico crónico:
- o Disminuyendo el número de desplazamientos al paciente
- o Identificación precoz y resolución de problemas terapéuticos
- o Control del paciente y resolución de problemas adecuado "en tiempo"
- o Asistencia con mayor seguridad
- o Generar "confianza" en el sistema
- o Incrementando los índices de satisfacción de los pacientes y familiares

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

075

## 1. TÍTULO

**USO DE LAS TIC PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGIA NEUROLOGICA ENTRE EL NIVEL DE ATENCION ESPECIALIZADA Y EL NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA**

- ? Asistencia eficiente
- o Disminuir número de citas
- o Disminuir lista de espera
- o Priorizar asistencia
- ? Incrementar el conocimiento y generar una fuente de conocimiento

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Se implementará un sistema de comunicación seguro dentro de la intranet del sector por parte del servicio de informática para constituir una comunidad online entre primaria y especializada, creando un espacio de comunicación en tiempo real donde los médicos puedan intercambiar conocimiento, haciendo uso de las posibilidades ofrecidas por las redes sociales. Dado que se desconoce la capacidad de respuesta de la unidad se decide realizar un proyecto piloto para ver esa capacidad con cuatro médicos de los 8 de uno de los centros de salud (Santo Grial) que genera mayor demanda asistencial a Neurología (20% del Sector).
2. Se realizará un breve cuestionario que deberán contestar los médicos de atención primaria para la utilidad de la medida y el índice de satisfacción de los médicos de atención primaria con la asistencia Neurológica. (Dra Ballester).
3. Se realizará una reunión con todos los componentes del grupo de mejora para explicar el proyecto y las fases del mismo (Dra Bestué)
4. De forma cuatrimestral un facultativo de la unidad se encargará de responder las consultas del buzón con un tiempo de respuesta de 48-72 horas
5. De forma cuatrimestral se evaluarán los resultados de las consultas para poder detectar problemas

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Sistema de comunicación realizado (SI/NO)

2. Sistema de comunicación implantado (SI/NO)
3. Nº consultas atendidas/año
4. Nº consultas atendidas/semana
5. Nº consultas atendidas/mes
6. % consultas atendidas en < 72 horas
7. % consultas atendidas en < 24 horas
8. % consultas no ATENDIDAS (ESTÁNDAR 0%)
9. %consultas por efectos secundarios tratamiento
10. % consultas por dudas terapéuticas
11. % consultas por dudas derivación
12. Nº pacientes atendidos/año
13. Nº pacientes atendidos/semana
14. Nº pacientes atendidos/mes
15. Porcentaje de médicos satisfechos con el sistema
16. Porcentaje de problemas solucionados
17. %Derivaciones evitadas
18. % FALLOS DEL SISTEMA

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el mes de marzo-abril se realizará el sistema informático de comunicación y el cuestionario de evaluación que será incluido online

2. En mayo se reunirá todo el equipo y se analizará el sistema para su implantación y puesta en marcha
3. En mayo la Dra Clemente explicará el sistema a los médicos de atención primaria para su uso
4. En junio-julio se iniciará la puesta en marcha del sistema de comunicación
5. Durante el mes de octubre se analizarán los primeros resultados del proyecto para evaluar problemas e implantar mejoras

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

075

USO DE LAS TIC PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PATOLOGIA NEUROLOGICA ENTRE EL NIVEL DE ATENCION ESPECIALIZADA Y EL NIVEL ASISTENCIAL DE ATENCION PRIMARIA

6. Al año se realizará una evaluación de la implantación del buzón, los resultados conseguidos y las posibles acciones de mejora para el siguiente año.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Este proyecto pretende integrar las TIC en la práctica clínica diaria como herramienta de ayuda

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

**INCREMENTO DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA**

2. RESPONSABLE ..... DOLORES BLASCO YEBRA  
· Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA/NEUROSONOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CLAVER ARILLA MARIBEL. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA  
· ERESUE ERESUE ALICIA. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA-NEUROSONOLOGIA  
· DIAZ GOMEZ CRISITNA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA  
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...  
Antecedentes:

Durante el año 2010 el grupo de mejora de enfermería encargado del laboratorio de Neurosonología, (en marcha desde 2007 al implantarse por parte de la unidad de Neurología el estudio de la circulación extracraneal), puso en marcha acciones para mejorar la calidad de dicho servicio con la implantación del documento de actuación interno para la realización de la ecografía extracraneal, la hoja de solicitud para las peticiones de los facultativos integrando ya las que van a ponerse en marcha en 2011 y la realización del documento de información al paciente. Asimismo realizó e implantó una encuesta de satisfacción al paciente para conocer el grado de satisfacción con el servicio y poder realizar medidas correctoras del análisis de las encuestas para mejorar los índices de satisfacción.

Problemas actuales

Con la implantación del Plan de atención al Ictus en el Sector, la unidad de Neurología incrementa su cartera de servicios con la incorporación al laboratorio de neurosonología la ecografía transcraneal (estudio de la circulación intracraneal). Esto va a dar lugar al incremento de nuevas técnicas de estudio que requerirán la preparación del actuación del personal auxiliar y de enfermería para la realización de las mismas.

El principal problema cuando se incorpora una técnica nueva es la protocolización de la misma para evitar la variabilidad en su realización. Se deberán realizar los protocolos de actuación de las distintas técnicas de estudio, así como los documentos de información al paciente que completarán los consentimientos necesarios para alguna de ellas elaborados por el Neurólogo.

Asimismo al haberse implantado el año pasado las encuestas de satisfacción no se dispone todavía de datos sobre la satisfacción del paciente con el servicio para poder detectar "insatisfacciones e implantar medidas correctoras.

Oportunidad de Mejora

- ? Realizar los protocolos de trabajo de las distintas técnicas de la ecografía transcraneal:
- o Test diagnóstico básico
- o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
- o Test de burbujas
- o Estudio de Hits
- ? Mejorar la asistencia al paciente:
- ? Diseñar los documentos de información al paciente de las distintas técnicas implantadas
- ? Analizar las encuestas de satisfacción y evaluar al menos corrección de una de ellas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Se ha mejorado la asistencia al paciente:

- ? Se ha realizado el documento de acogida al laboratorio de Neurosonología

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

#### INCREMENTO DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA

- ? Se ha realizado el documento de información al paciente  
? Se ha realizado e implantado la encuesta de satisfacción
2. Se ha mejorado la calidad en la asistencia:
- Se ha realizado el protocolo de realización del estudio extracraneal
  - Se ha realizado el documento de solicitud de las distintas pruebas realizadas por el especialista en el laboratorio de neurosonología así como las que van a implantarse este año.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseñar y Finalizar la implantación de todos los protocolos de las exploraciones que se realizan en el laboratorio de Neurosonología:
- o Test diagnóstico básico
  - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
  - o Test de burbujas
  - o Estudio de Hits
2. Mejorar la asistencia del paciente mejorando la información
- Diseñar los documentos de información al paciente de las distintas técnicas implantadas
3. Aumentar la satisfacción del paciente con la atención recibida
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se realizarán las reuniones del grupo para explicar las actuaciones y el cronograma de actuación. (Dolores Blasco)
2. Se realizarán los protocolos de actuación de cada prueba implantada (Dolores Blasco/ Alicia Eresué)
3. Se realizarán los documentos de información al paciente que no requieran consentimiento informado (los que lo requieran las realizará el especialista) (Dolores Blasco/Cristina Díaz)
4. Se realizará el análisis de las encuestas de satisfacción para poder evaluar medidas correctora (Maribel Claver/Dolores Blasco)
5. Se realizará al menos una medida correctora como resultado del análisis de las encuestas de satisfacción.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
1. N° Reuniones año (estándar =5)
  2. Protocolo de trabajo elaborado
  - o Test diagnóstico básico (SI/NO)
  - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)
  - o Test de burbujas (SI/NO)
  - o Estudio de Hits (SI/NO)
  3. Documento de información al paciente elaborado
  - o Test diagnóstico básico (SI/NO)
  - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)
  - o Test de burbujas (SI/NO)
  - o Estudio de Hits (SI/NO)
  4. % pacientes satisfechos con la atención recibida (>90%)
  5. % pacientes satisfechos con la información recibida (>90%)
  6. Medidas correctoras evaluadas
  7. Medida correctora implantada (estándar =1)
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el mes de abril se reunirá al grupo de mejora para explicar los resultados obtenidos durante el año 2010, las actividades pendientes y las nuevas acciones para 2011



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

**INCREMENTO DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA**

2. Se realizarán los protocolos de trabajo (finalizado en Noviembre de 2011)
3. Se realizarán los documentos de información (Octubre al menos el 50%)
4. En junio se realizará la primera evaluación de las encuestas de satisfacción
5. En octubre se realizará la segunda evaluación de las encuestas de satisfacción para poder implantar antes de diciembre medidas correctoras.

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· FORMACION .....	600 €
Total .....	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
CONGRESO, NO FORMACIÓN

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 310

**DETECCION CUALITATIVA RAPIDA DE ESTREPTOCOCO A EN EXUDADO FARINGOAMIGDALAR**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE CALVO AGUILAR
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- UBALDE SAINZ EDUARDO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. PEDIATRIA
  - ABIO ALBERO SONIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. PEDIATRIA
  - AZANZA MONTULL CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. PEDIATRIA
  - GARCIA GARCIA NATALIA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. PEDIATRIA
  - VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. PEDIATRIA
  - ALIJARDE LORENTE ROBERTO. MEDICO. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA
  - RODRIGUEZ ACIN MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La faringoamigdalitis aguda es una patología muy frecuente en el servicio de urgencias pediátricas, los signos clínicos no son específicos para encuadrarlas en una u otra etiología, obligando a tratamiento antibiótico a todas ellas, siendo la mayoría de las veces innecesario ya que la etiología de las mismas es vírica, no beneficiándose de dicho tratamiento. Con el apoyo de este test rápido, de fácil realización, se administraría solo antibiótico en los casos necesarios y no de forma empírica a todos. La especificidad del test es del 97,8% con un intervalo de confianza de 96,6-99% y una sensibilidad del 96% realizadas en evaluaciones multicéntricas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No tenemos resultados previos ya que es una técnica de nueva incorporación en este hospital.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En las urgencias pediátricas existe un porcentaje elevado de cuadros faringoamigdalares que en la mayoría de las ocasiones son de etiología vírica, no necesitando tratamiento antibiótico, con este test, se administraría antibiótico solo en los casos que sea positivo, colaborando de esta manera a la política antibiótica, con importante beneficio para el paciente y el consiguiente ahorro económico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará la recogida de exudado faringoamigdalare por parte de los pediatras y personal de enfermería en las urgencias de Pediatría utilizando el Kit de detección rápida de estreptococo, obteniendo el resultado en el momento de realizarlo, iniciando en ese mismo momento el tratamiento si precisa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los primeros casos recogidos se enviarán simultáneamente frotis faringeo para cultivo al servicio de Microbiología para comprobación de la fiabilidad del test y analizar la concordancia global entre cultivos y el test. Cada persona que haga la determinación recogerá en una base de datos todo lo necesario para realizar una evaluación posterior

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se iniciará la recogida en el momento que tengamos el kit. A los 3 meses se valorará el proyecto, a final de Diciembre de 2011 se analizarán los resultados esperando se hayan beneficiado todos los pacientes que por criterio clínico son susceptibles de dicha prueba

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 100 UNIDADES PARA DETECCION RAPIDA DE ANTIGENO DE ESTREPTOCOCO ..... 300 €
  - Total ..... 300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
NO CUENTAN CON MICROBIOLOGIA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

008

### CREACION DE UN PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE URGENCIAS A CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN EL ESTUDIO AMBULATORIO DE PACIENTES CON PATOLOGIAS PREVALENTES QUE NO REQUIEREN UNA ATENCION URGENTE

#### 2. RESPONSABLE ..... EVA CALVO BEGUERIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALVE VALLE BEATRIZ. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. MEDICINA INTERNA
- MILLAN ACERO ANA ROSA. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
- MUÑOZ PINTOR MANUEL. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
- PEREZ LOREN JUAN BLAS. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. MEDICINA INTERNA
- PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
- SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los servicios de urgencia hospitalarios son la principal puerta de entrada a la hospitalización, generando entre el 70-75% de los ingresos hospitalarios, así ha sido en el Hospital San Jorge en el 2010 (72%). La adecuación de utilización de los recursos sanitarios, entre los que se encuentran las camas de hospitalización es un tema de interés en la actualidad. Además, la búsqueda de la eficiencia obliga a vigilar el uso inapropiado del ingreso hospitalario como recurso sanitario.

Se define como ingreso inadecuado el realizado en un hospital de agudos cuando clínicamente podrían haber sido admitidos en niveles más adecuados de asistencia (centro de salud, hospital de día, consulta externa..)

Entre los instrumentos desarrollados para medir el uso inapropiado de la hospitalización, el más conocido y utilizado es el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), que utiliza un conjunto de criterios y objetivos que permiten juzgar la necesidad clínica del ingreso hospitalario a partir de la revisión de historias clínicas.

En la revisión bibliográfica realizada hemos encontrado la asociación de ingreso inadecuado con enfermedades infecciosas, neoplásicas y con síntomas mal definidos. La razón hay que buscarlas en el ámbito social, que obliga al ingreso de pacientes con enfermedades neoplásicas o sistémicas, que podrían ser estudiadas ambulatoriamente si las pruebas complementarias y las consultas tuvieran menor demora.

El principal problema actualmente es que el paciente tras ser valorado descartándose patología urgente que precisa ingreso debe de ser dirigido nuevamente a atención primaria para desde allí derivarlo a consultas hospitalarias, con la demora que ello conlleva, o bien es ingresado para la realización de pruebas que se podrían hacer ambulatoriamente evitando la hospitalización.

Creemos conveniente la realización de un protocolo de actuación a la llegada del paciente a urgencias tras descartar la necesidad de ingreso, solicitando las pruebas complementarias según sospecha clínica y remitiendo al paciente a una consulta específica de Medicina Interna. Optimizaría recursos, evitando ingresos innecesarios y retrasos en el diagnóstico, mejorando la satisfacción con la atención recibida y la adherencia a la realización del estudio.

El objetivo de nuestro protocolo de calidad se va a centrar en patologías prevalentes tanto en los Servicios de Urgencias como en los ingresos diarios en Medicina Interna, como son el Síndrome febril sin foco y El Síndrome Constitucional.

En resumen, creemos que un protocolo de actuación que englobe todo el proceso, desde la llegada a urgencias del paciente tras descartar necesidad de ingreso; teniendo la posibilidad de solicitar pruebas complementarias protocolizadas según sospecha clínica y habilitando una consulta de Medicina Interna donde se pueda reevaluar el paciente con resultados de la diferentes pruebas solicitadas previamente, permitiría el diagnóstico precoz el diagnóstico, el tratamiento oportuno y optimizaría recursos tanto económicos como personales, evitando ingresos innecesarios aumentando la eficiencia del sistema sanitario.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1-Ollero Baturone M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. Med Clí (Barc)2001;116:655-7
- 2-Gertmann PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol. A technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care 1981;19:855-70
- 3-Peiró S, Meneu R, Reselló ML, Portella e, Carbonell Sanchis R, Fernandez C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. Med Clin (Barc) 1996;107:124-9

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

008

**CREACION DE UN PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE URGENCIAS A CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN EL ESTUDIO AMBULATORIO DE PACIENTES CON PATOLOGIAS PREVALENTES QUE NO REQUIEREN UNA ATENCION URGENTE**

4-Gonzalez-Montalvo J, Rodriguez-Mañas L, San Cristobal E. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clín (Barc) 1994;103:441-4

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Realizar un protocolo de actuación optimizando recursos, disminuyendo costes
2. Mejorar la asistencia al paciente, disminuyendo el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico
  3. Disminuir el número de ingresos en Medicina Interna
  4. Mejorar la satisfacción con la asistencia recibida

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se realizará un documento escrito con toda la información sobre el paciente tipo al que va dirigida esta mejora y las diferentes pruebas complementarias que se deberán solicitar
2. Se realizarán las reuniones del grupo de mejora para planificar los objetivos del documento, las partes del mismo y el reparto de tareas.
  3. Se facilitará un número de Búsqueda que lleve al especialista en Medicina Interna al cual será avisado en horario de mañana para valorar al paciente.
  4. Se creará una consulta de Medicina Interna específica donde serán atendidos los pacientes remitidos desde urgencias, incluidos en este protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° Reuniones año (estándar =4)
2. Protocolo elaborado (SI/NO)
  3. Protocolo implantado (SI/NO)
  4. N° de pacientes atendidos ( )
  5. N° de pacientes ingresados en un 2º tiempo
  6. % de casos resueltos (estándar >90%)
  7. Tipo de patología diagnosticada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el 1º trimestre del año se reunirá el grupo de mejora para establecer los objetivos del protocolo y el reparto de tareas
2. Posteriormente se implantará, abriendo la nueva consulta específica
  3. Se creará un programa de recogida de pacientes donde costará el día valorado en urgencias, las pruebas realizadas, el 1º día valorado en consultas externas con resultados y el diagnóstico, así como si preciso ingreso o no en un 2º tiempo
  4. En diciembre se realizará la evaluación de los resultados obtenidos y las acciones de mejora para 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

406

**UNIFICAR CARTELERIA DE LAS PUERTAS DE CONSULTAS EXTERNAS**

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA CAPEROS URREA
  - Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. DIRECCIÓN DE ENFERMERIA
  - Sector ..... HUESCA
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
  - ARA REY ANA CRISTINA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CONSULTAS EXTERNAS
  - AYLLON CALVIN MARIA LUISA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CONSULTAS EXTERNAS
  - CLAVIER PEREZ ELENA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CONSULTAS EXTERNAS
  - FUERTES PASCUAL MARGARITA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CONSULTAS EXTERNAS
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EN LAS PUERTAS DE LAS CONSULTAS HAY DIFERENTES HOJAS-CARTELES INFORMATIVOS DIRIGIDOS A LOS PACIENTES Y FAMILIARES, Y HAY FALTA DE CONTROL EN LA INFORMACIÓN QUE EXPONE CADA PROFESIONAL, POR LO CUAL DENTRO DE LOS PLANES DE ACCIÓN SOBRE LA CARTELERIA LA OPORTUNIDAD DE MEJORA SERIA UNIFICAR LOS FORMATOS DE LOS CARTELES Y CONTROLAR LA INFORMACIÓN.
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -INFORMAR AL PACIENTE  
-CONSENSUAR Y UNIFICAR CARTEL INFORMACIÓN  
-NORMAS ESCRITAS PARA LA COLOCACIÓN DE CARTELES Y RETIRADA
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO QUE RECOGERA TODAS LAS INFORMACIONES EXISTENTES EN LA ACTUALIDAD EN LAS PUERTAS.  
-PROPUESTA Y DISCUSIÓN CARTEL, SI PARTE COMUN Y PARTE ESPECIFICA SEGUN SERVICIOS.  
-DISEÑO CARTEL UNIFICADO
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -EXISTENCIA CARTEL INFORMATIVO COMUN SI/NO  
-NORMAS CARTELERIA SI/NO
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL: REUNIÓN GRUPO TRABAJO CON LISTADO DE INFORMACIÓN RECOGIDA DE PUERTAS.  
MAYO:PROPUESTA Y DISCUSIÓN CARTEL  
JUNIO:DISEÑO CARTEL  
SEPTIEMBRE:NORMAS CARTELERIA Y PUESTA CARTELES NUEVOS
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
SE ADQUIRIRÁ IMPRESORA LASER COLOR DOBLE CARA UTILIZABLE PARA TODOS LOS PROYECTOS

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

209

### PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS CARRION PAREJA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TRATAMIE
  - Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BUATAS ROMAN ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TRATAMIE
- EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. TECNICO SUPERIOR INFORMATICO.. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SEVICIO DE INFORMATICA.
- VILLARROEL PINO ENRIQUE. MEDICO.. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TRATAMIE
- VERA BELLA JORGE. MEDICO.. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TRATAMIE
- CALVO CIRIA ROSA. ENFERMERA.. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BOQUE QUIRURGICO. UNIDAD
- LUIS BIELLA VILLAR JOSE. ENFERMERO.. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BOQUE QUIRURGICO. UNIDAD
- BENAVENT SERRA CONCEPCION. ENFERMERA.. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE ENFERMERIA DEL BOQUE QUIRURGICO. UNIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La principal área de mejora para este año es la baja eficiencia de los procedimientos de medida para obtener los indicadores que permiten la evaluación de la estabilidad del proceso y sus resultados y objetivos. Inicialmente se utilizaban registros manuales, desde hace un año una combinación de estos con registros electrónicos sin integrar (registros de procedimientos quirúrgicos y la base de datos de los pacientes que acceden al programa de analgesia.

Como consecuencia de las evaluaciones realizadas se ha detectado los fallos en la cumplimentación en las hojas de control (necesarias para el seguimiento clínico, evaluación del proceso y resultados del programa) Además del tiempo y trabajo invertido, sobre todo, con las revisiones de los expedientes clínicos y hojas de control, por lo que los tamaños muestrales se ven siempre limitados. Por otro lado la base de datos, de elaboración no profesional y que sustituía a la hoja de control, se mostraba defectuosa en el manejo en algunos aspectos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el hospital General San Jorge de Huesca funciona desde hace siete años un programa de lunes a viernes de analgesia postoperatoria para pacientes quirúrgicos con ingreso. Se trata de un subproceso, dentro del proceso quirúrgico, consolidado y estable.

Los indicadores obtenidos en el año 2010 son los siguientes:

Primer y segundo semestre respectivamente.

1- Accesibilidad (cobertura del programa). 1.1.1	89.7%	79.31%
2- Efectividad. 2.1.1	-	-
3- Efectividad. 2.1.2	-	-
4- Seguimiento del procedimiento. (1.1.2 + 1.2)	-	39,01%
5- Seguridad (PNVPO) 2.2.1	-	16%
6- Seguridad (PEAG) 2.2.2	0%	0%
7- Utilización de PCA ev. 1.4	0.65%	0.63%
8- Utilización de analgesia multimodal. 1.3	3.8%	3.4

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 209

**PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO**

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un seguimiento clínico de los pacientes y una evaluación más eficiente, a un menor coste y mas fiable, lo que a su vez permitirá realizar ajustes más precisos. Todo ello a través de una herramienta informática diseñada para ello.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño e implementación de un programa informático. El programa o aplicación estará sincronizado en tiempo real con la base de datos del Sistema de Información Hospitalaria (HIS) de tal forma que con sólo especificar la fecha de la intervención se obtienen automáticamente todos los datos relativos a los pacientes intervenidos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Diseño de la aplicación integrada. Implementación de la aplicación. Tanto para el seguimiento clínico (90% de los pacientes tratados) como para la evaluación del proceso y resultados (90% de los pacientes evaluados)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer cuatrimestre de 2011: Reuniones para plantear las necesidades del proceso con respecto a la aplicación informática y diseño de la aplicación informática.  
Mayo y junio de 2011: Prueba piloto de la aplicación, incluyendo la evaluación del proceso y resultados del primer semestre. Realización de los ajustes necesarios en función de los objetivos previstos.  
Segundo semestre implantación de la aplicación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dos unidades de memoria extraíbles USB 16 GB. ....	40 €
Total .....	40 €

11. OBSERVACIONES. Sin observaciones.

OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

040

**PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA (CONTINUACION PROYECTO 2010).**

### 2. RESPONSABLE ..... LUIS CORTES GARCIA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. DIGESTIVO
- MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- ESCOTA VILLANUEVA JAVIER. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- CHOPO ALCUBILLA JOSE MANUEL. MEDICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- OLIVAN GUERRI LORENZO. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. DIGESTIVO
- GARCIA CASTEJON SANDRA. BIOQUIMICO/A. HOSPITAL SAN JORGE. BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cirróticos tienen un corazón anormal. Su circulación se vuelve hiperdinámica y manifiestan un aumento del ritmo cardiaco y una reducción de la resistencia vascular periférica y de la presión arterial. En estas circunstancias, el corazón no puede responder de forma normal a los estímulos y a las diferentes situaciones de estrés. También se producen alteraciones en la función sistólica y diastólica. Todos estos signos se engloban en la denominada cardiomiopatía cirrótica. Los pacientes cirróticos que desarrollan esta complicación, presentan una elevada incidencia de insuficiencia cardiaca descompensada y de arritmias mayores que provocan un aumento de la morbimortalidad. Entre los mecanismos desencadenantes se encuentran: la inserción de un shunt portosistémico intrahepático transyugular, el trasplante hepático, la sobrecarga de volumen y las infecciones, entre otros. Además, la cardiomiopatía también puede jugar un papel importante en la patogénesis de las complicaciones de la cirrosis. Sin embargo, dado que nos enfrentamos a un síndrome relativamente nuevo, en la mayoría de los centros no se realiza un programa de detección sistemático de esta entidad y su diagnóstico se realiza en el momento de la descompensación cardiaca, aumentando considerablemente la morbimortalidad. Tampoco se realiza una evaluación coordinada con las Unidades de Cardiología para plantear una estrategia diagnóstico-terapéutica conjunta. Hasta la fecha, el mejor procedimiento de cribado para el diagnóstico de la cardiomiopatiacirrótica sigue siendo la ecocardiografía. Recientemente, se ha sugerido que la cardiomiopatiacirrótica podría detectarse de una forma más coste-efectiva, mediante la determinación del péptido natriurético cerebral (BNP) entre otros biomarcadores, ya que la concentración plasmática de estos péptidos se correlacionan con los índices de disfunción diastólica y sistólica. Al tratarse de una entidad relativamente nueva, todos los especialistas implicados (cardiólogos, hepatólogos, internistas, bioquímicos) y personal de enfermería, precisan de una formación continuada mutua para conocer las habilidades básicas de cada disciplina en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y para facilitar un abordaje integral y efectivo. La implantación de un programa multidisciplinar de detección y tratamiento de la cardiomiopatía cirrótica, el primero en nuestra Comunidad Autónoma, permitirá disminuir la incidencia y morbimortalidad de esta enfermedad o de sus complicaciones, así como mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las personas afectas.

Oportunidad de Mejora

. A lo largo del año 2010 se ha puesto en marcha un grupo multidisciplinar creado por hepatólogos, cardiólogos y bioquímicos que ha permitido registrar la casuística de cirrosis hepática en nuestra área, así como la elaboración de un un proceso diagnóstico con reciente implantación práctica desde Marzo de este año. Sin embargo dicho proceso diagnóstico está en sus fases iniciales necesitando una implantación y difusión generalizada en ambas unidades, quedando como actividades pendientes a desarrollar:

- Implantación y universalización del protocolo diagnóstico de la miocardiopatía cirrótica en la práctica clínica diaria a los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en consultas externas de digestivo.
- Registro mediante ficha clínica resumida de cada paciente para su inclusión en la historia clínica.
- Evaluación del desarrollo y la implantación del proceso asistencial de la miocardiopatía cirrótica, analizando los posibles puntos de mejora en el protocolo y la coordinación mediante reuniones periódicas.
- Evaluación global anual con los indicadores previstos.

- Mediante la coordinación entre ambos recursos asistenciales, optimizar la asistencia clínica a esta población, favoreciendo una mejor evolución de los



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

040

**PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA (CONTINUACION PROYECTO 2010).**

pacientes o identificando de forma precoz la cardiomiopatía cirrótica mediante la realización de pruebas cardiológicas no invasivas (Ecocardiografía, ECG, Radiografía de tórax y biomarcadores cardiovasculares)

- o Identificando y tratando los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes cirróticos.
- o Previendo el desarrollo de insuficiencia cardiaca descompensada y/o arritmias.
- o Disminuyendo el número de ingresos hospitalarios por patología cardiaca en pacientes cirróticos, realizando una asistencia coordinada entre las unidades de cardiología y hepatología en el caso de que se produzcan.
- Minimizar los costes sanitarios directos e indirectos derivados, al favorecer la estabilización clínica del paciente, su recuperación y su reincorporación sociolaboral
- o Mejorando la calidad de vida de los pacientes cirróticos con cardiomiopatía.
- o Mejorando la comunicación con los pacientes y familiares sobre todos los aspectos de su enfermedad.
- o Realizando una atención individualizada con tiempo y espacio adecuado.
- o Incrementando los índices de satisfacción de los pacientes y familiares.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde Abril 2010 (fecha de aprobación del programa de calidad anterior) hasta Marzo de 2011 se han realizado las siguientes actividades:

- Registro de casos prevalentes e incidentes de cirrosis hepática en nuestro área.
- Difusión de la miocardiopatía cirrótica como entidad clínica relevante en la práctica asistencial de los pacientes cirróticos, tomando conciencia de dicha situación las unidades clínicas implicadas en la labor asistencial.
- Formación de un equipo multidisciplinar formado por especialistas en aparato digestivo, en cardiología y en bioquímica.
- Desarrollo del protocolo diagnóstico de la miocardiopatía cirrótica basado en las reuniones realizadas con el equipo multidisciplinar, diseñando una estrategia diagnóstica coordinada.
- Fases iniciales de implantación del protocolo diagnóstico desde Marzo 2011

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la asistencia del paciente con cirrosis hepática:

- . Implantar una estrategia de cribado para el diagnóstico de la cardiomiopatía cirrótica, disminuyendo el tiempo diagnóstico-terapéutico.
- . Disminuir el número de complicaciones derivadas de la cardiomiopatía cirrótica gracias a su diagnóstico precoz y a la identificación de factores desencadenantes y agravantes de la misma.
- . Identificación y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular y de la enfermedad renal crónica, que pudieran empeorar la cardiomiopatía cirrótica.
- . A través de los puntos previos, disminuir la morbi-mortalidad.
- . Mejorar la atención al paciente, disminuyendo el número de visitas y/o ingresos hospitalarios a través de consultas ambulatorias, mediante la coordinación de los diferentes servicios implicados.
- . Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cardiomiopatía cirrótica
- . Aumentar la satisfacción con la asistencia recibida y mejorar la comunicación con los pacientes y familiares.

2. Mejorar la eficiencia de los recursos sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Difusión e implantación del proceso diagnóstico en la práctica clínica habitual en las unidades de hepatología y cardiología.

2.- Registro de todos los pacientes sometidos a dicho proceso diagnóstico en la historia clínica.

3.- Creación y registro de los pacientes evaluados en una base de datos informatizada en la que serán incluidos todos los pacientes registrados, las pruebas realizadas, el tratamiento administrado y su evolución

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 040

**PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA (CONTINUACION PROYECTO 2010).**

4. Se realizará una guía informativa para los pacientes sobre su proceso y la necesidad de una evaluación multidisciplinar.
  - 5.- Integración en el equipo multidisciplinar de un DUE para controlar el proceso diagnóstico y registrar la casuística.
  6. Se realizarán reuniones periódicas trimestrales con todos los componentes del grupo de mejora para realizar una evaluación continua del proyecto y buscar puntos de mejora del mismo en caso de que fuese necesario
  7. Evaluación y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular por parte de la unidad de cardiología
  8. Al año se realizará una evaluación global de la implantación del programa de evaluaci
- 
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Implantación en la práctica clínica habitual del protocolo diagnóstico-terapéutico de cardiomiopatía cirrótica (S/N).
  2. Evaluación continua para mejora del protocolo diagnóstico mediante reuniones periódicas del equipo multidisciplinar. Nº Reuniones/año (estándar = 3 reuniones/año) (S/N)
  3. Guía de información para los pacientes elaborada (S/N).
  4. Creación de una ficha de datos a incluir en la historia clínica que sirva como registro y seguimiento del proceso de la miocardiopatía cirrótica (S/N)
  5. Porcentaje de pacientes con cirrosis hepática a los que se diagnostica de cardiomiopatía cirrótica.
  6. Porcentaje de pacientes con cardiomiopatía cirrótica que reciben tratamiento específico.
  7. Porcentaje de pacientes con factores de riesgo cardiovascular (diagnóstico según las recomendaciones de las Sociedades científicas)
  8. Porcentaje de pacientes cirróticos con factores de riesgo cardiovascular que reciben tratamiento específico.
  9. Tasa de ingresos hospitalarios en pacientes diagnosticados de cardiomiopatía cirrótica.
  10. Tasa de descompensaciones cardíacas y mortalidad en pacientes diagnosticados de cardiomiopatía cirrótica.
  11. Evaluación del tiempo medio transcurrido desde la inclusión en el programa del paciente hasta la finalización de la evaluación cardiológica, tomando como estándar de calidad un periodo inferior a 8 semanas desde la visita inicial en digestivo. (S/N)
  12. Evaluación de la Repercusión en la calidad de vida y actividad laboral de los pacientes diagnosticados de cardiomiopatía cirrótica mediante cuestionarios específicos (S/N)
  13. Satisfacción del paciente con la atención recibida
- 
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Abril 2011: Difusión del protocolo diagnóstico terapéutico en las unidades de cardiología y gastroenterología/hepatología. Creación de ficha clínica y base de datos para registrar los casos evaluados
  2. Junio 2011: Primera reunión del equipo de mejora para detección de los posibles problemas en la implantación del protocolo.
  3. Septiembre 2011: Segunda reunión del equipo de mejora para la detección de los posibles problemas en la implantación del protocolo.
  - 4.- Diciembre de 2011: tercera reunión del equipo de mejora para la detección de los posibles problemas en la implantación del protocolo.
  5. A partir de Mayo 2011, el equipo de mejora se reunirá de forma trimestral para monitorizar los indicadores y validación del proceso.
  6. Al año se realizará una evaluación global de la implantación del programa de evaluación multidisciplinar de la cardiomiopatía cirrótica
- 
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *• Material fungible y de papelería (impresión de guías informativas, ... ..	200 €
· *Material técnico de apoyo diagnóstico (principalmente biomarcadores ... ..	1.000 €
· *Test calidad de vida genéricos (Euroqol-5D) y específicos de ... ..	400 €
Total .....	1.600 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 040

PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA (CONTINUACION PROYECTO 2010).

11. OBSERVACIONES. \*• Material fungible y de papelería (impresión de guías informativas, fichas de evaluación, encuestas)

\*Material técnico de apoyo diagnóstico (principalmente biomarcadores cardiovasculares; pulsioxímetro, ..)

\*Test calidad de vida genéricos (Euroqol-5D) y específicos de pacientes con insuficiencia cardiaca

OBSERVACIONES del SECTOR

BIOMARCADORES Y PAPEL

1. TÍTULO

**ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES ENDOCRINAS DEL EMBARAZO**

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA DE DIEGO GARCIA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - URZOLA CASTRO CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE NUTRICION
  - ANORO VALLE VICTORIA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - PEREZ FAU ALMUDENA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
  - SOLER FALCETO SHEILA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional (DG) es la que se identifica por primera vez durante el embarazo, independientemente de que pudiera existir con anterioridad, de las semanas de gestación al diagnóstico, de que requiera o no insulina para su control o de que persista después del embarazo. Afecta al 3-5% de las gestantes. Su importancia deriva del mayor riesgo de macrosomía fetal, malformaciones congénitas y muerte perinatal así como de identificar a las mujeres con riesgo de experimentar diabetes con posterioridad.

Cribado

- TEST DE O'SULLIVAN: debe realizarse entre la 24ª y la 28ª semana de gestación. Consiste en valorar la glucemia 1 hora después de la administración oral de 50 gr de glucosa, siendo el resultado positivo una cifra mayor o igual a 140 mg/dl en plasma venoso (algunos autores defienden la cifra de 130 mg/dl, que aumentaría la sensibilidad de la prueba). Es indiferente la existencia o no de ayuno previo.
- Dos glucemias basales mayores o iguales de 126 mg/dl o dos glucemias al azar mayores o iguales a 200 se considera diagnóstico de DG sin necesitar otros test diagnósticos.
- En pacientes de alto riesgo este despistaje debe realizarse en la primera visita de gestación. Los criterios de alto riesgo se muestran en la siguiente tabla:

Obesidad (IMC > 30)  
Edad > 35 años  
Antecedentes familiares de DM  
Antecedentes de DG o intolerancia a hidratos de carbono  
Antecedentes de abortos de repetición, anomalías congénitas, muerte fetal de causa desconocida, macrosomía fetal u otro dato obstétrico sospechoso.

Si el test es negativo en la primera visita en estas pacientes de alto riesgo, debe repetirse igualmente entre la 24ª y 28 semana de gestación.

- Si el test es negativo pero se objetiva a lo largo de la gestación signos de DG (aumento excesivo de peso, macrosomía fetal, polihidramnios,...) debe realizarse una sobrecarga oral de glucosa directamente.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

123

### ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES ENDOCRINAS DEL EMBARAZO

#### Diagnóstico

Se realizará cuando el test de despistaje resulte positivo o si a lo largo de la gestación se comprueba macrosomía fetal o polihidramnios, obviándose la prueba de cribado. La SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA (SOG) constituye la prueba fundamental. Se realiza con 100 mg de glucosa oral y determinaciones de glucemia basal, a los 60, 120 y 180 minutos, estando previamente en ayunas y permaneciendo en reposo durante la prueba, así como haber mantenido los 3 días previos una dieta no restrictiva en hidratos de carbono. El diagnóstico de diabetes gestacional se realiza si las glucemias son iguales o superiores al límite establecido por el NDDG ( National Diabetes Data Group en 1979) en dos o más puntos.

SOG	Glucemia basal	Glucemia 1 hora	Glucemia 2 horas	Glucemia 3 horas	
100 g	105	190	165		145

DG: Glucemia > ó = en 2 ó más puntos

Si la SOG arroja un único punto positivo se recomienda repetirla 3 semanas después.

#### DISFUNCIÓN TIROIDEA DURANTE EL EMBARAZO

Aunque no existen datos definitivos que justifiquen el cribado universal de disfunción tiroidea en todas las gestantes, sabemos que la enfermedad tiroidea e incluso la presencia de anticuerpos antitiroideos pueden alterar el desarrollo de la gestación. No obstante, existe una serie de circunstancias en las que se debe medir siempre la TSH:

- Historia de hipo- o hipertiroidismo, tiroiditis posparto o hemitiroidectomía
- Antecedentes familiares de patología tiroidea
- Existencia de bocio
- Autoinmunidad tiroidea positiva
- Existencia de síntomas o signos de hipotiroidismo
- Diabetes Mellitus tipo 1
- Existencia de otras enfermedades autoinmunes
- Infertilidad
- Antecedentes de irradiación cervical o craneal
- Historia de abortos o partos pretérmino

#### Hipotiroidismo y gestación

La prevalencia es del 0,3-0,5% en el caso de hipotiroidismo franco y del 2-3% en el caso de hipotiroidismo subclínico, siendo la tiroiditis autoinmune la causa más frecuente en nuestro medio y la deficiencia de yodo la causa más frecuente s consideramos la población mundial.

Conlleva repercusiones importantes con una mayor incidencia de complicaciones obstétricas además de estar demostrado que son un factor crucial en el desarrollo del cerebro fetal.

El tratamiento con levotiroxina es imprescindible, siendo el objetivo mantener los niveles de TSH inferiores a 2,5 mcg/dl.

Si el diagnóstico es anterior a la gestación, debería ajustarse la dosis preconcepcional para conseguir los objetivos de TSH, y generalmente es necesario aumentar la dosis a lo largo de la gestación. En el posparto la mayoría de las mujeres requiere una reducción de la dosis.

Ante el mayor riesgo de tiroiditis posparto, el seguimiento se mantendrá durante los 6-12 meses posteriores, sobre todo en caso de anticuerpos antiperoxidasa positivos.

#### Hipertiroidismo y gestación

Ante la existencia de cifras de TSH suprimidas durante la gestación es necesario diferenciar entre hipertiroidismo franco, que en el 80% de los casos se tratará de una enfermedad de Graves-Basedow, la hiperemesis gravídica que cursa con TSH baja o supresión fisiológica transitoria de TSH durante la gestación,

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

123

### ATENCIÓN A LAS ALTERACIONES ENDOCRINAS DEL EMBARAZO

debido a que la gonadotropina coriónica es agonista débil de la TSH y ocurriendo cuando los niveles de HCG son más elevados (10º-12º semana), siendo esta última la causa más frecuente de TSH baja durante el embarazo.

El hipertiroidismo franco, cualquiera que sea su causa, requiere tratamiento con antitiroideos, utilizando el propiltiouracilo como fármaco de primera elección. No existe evidencia de que el tratamiento del hipertiroidismo subclínico durante la gestación mejore su curso, pero sí que es necesario un seguimiento clínico y analítico de la gestante durante todo el embarazo y posparto.

#### Objetivo

Evitar los riesgos tanto maternos como fetales de la disfunción tiroidea durante la gestación:

#### HIPOTIROIDISMO

- Aumento tasa de abortos
- Anemia
- Hipertensión gestacional
- Abruption placentae
- Hemorragia posparto
- Parto pretérmino
- Bajo peso al nacer
- Distress respiratorio neonatal
- Deterioro en los índices de desarrollo neuropsicológico, coeficiente intelectual y capacidad de aprendizaje.

#### HIPERTIROIDISMO

- Parto inducido pretérmino
- Retraso de crecimiento intrauterino
- Bajo peso al nacer
- Preeclampsia
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Muerte intraútero

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Una mejor atención a las pacientes gestantes con alteraciones endocrinológicas del embarazo, DISFUNCIÓN TIROIDEA O DIABETES GESTACIONAL, evitando demoras tanto de la primera visita como de las posteriores revisiones, que deberán ser frecuentes y protocolizadas a lo largo de la gestación y posparto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ante el diagnóstico de DIABETES GESTACIONAL, el obstetra deberá remitir a la paciente a ENDOCRINOLOGÍA del Hospital San Jorge de Huesca, CONSULTA 51, el primer JUEVES correspondiente tras el diagnóstico. Se rellenará un volante de interconsulta y se indicará a la paciente que acuda a dicha consulta a las 11,30h, donde será visitada. Si es posible, se recomienda confirmar la cita mediante llamada telefónica realizada desde la consulta que se remita. Posteriormente se establecerán los objetivos de tratamiento con la paciente así como se realizará la educación diabetológica necesaria para el correcto tratamiento (tratamiento nutricional y autoanálisis de glucemia capilar al inicio así como autoinyección de insulina en caso de ser necesario). Las revisiones serán frecuentes e individualizadas según la paciente y la evolución de las cifras de glucemia.

Cuando la paciente presente niveles de hormonas tiroideas alterados, deberá ser remitida por el obstetra a ENDOCRINOLOGÍA del Hospital San Jorge de Huesca, CONSULTA 51, el primer jueves correspondiente tras el hallazgo analítico. Se rellenará un volante de interconsulta y se indicará a la paciente que acuda a dicha consulta a las 11,30h, donde será visitada. Si es posible, se recomienda confirmar la cita mediante llamada telefónica realizada desde la consulta que se remita. Posteriormente, se realizará un seguimiento durante todo el periodo de gestación cada 6-8 semanas y según la evolución de la función tiroidea, así



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

### MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO DE DIOS ROMERO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
  - EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente los informes de alta hospitalaria de los pacientes crónicos complejos presentan carencias que influyen en la calidad asistencial con repercusión negativa sobre los pacientes. Se detectan deficiencias en la información sobre el plan terapéutico de polimedicados, del estado funcional del paciente, del pronóstico, así como se detecta un abuso de siglas y acrónimos, de diagnósticos imprecisos, etc... Todo ello influye en aspectos de vital importancia como la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

Esta preocupación ha sido abordada durante el año 2010 en el "Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas" y publicado en la revista Medicina Clínica: Med Clin(Bar).2010;134(11):505-510, con la participación de las Sociedades Españolas Científicas de las diferentes especialidades médicas así como de la Atención Primaria. Dicho consenso se puede consultar en [www.elsevier.es/medicinaclinica](http://www.elsevier.es/medicinaclinica)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La calidad del informe de alta en Medicina Interna se relaciona fuertemente con:

- La Seguridad del paciente al evitar errores y mensajes confusos;
- La mejora de la Continuidad Asistencial entre el Hospital y la Atención Primaria;
- La integración de la información sobre la Pluripatología del Crónico Complejo, no sólo en aspectos de comorbilidad, sino también en el grado de dependencia, pronóstico y estado funcional;
- La contribución a la disminución de la Polimedicación o medicación costosa e ineficaz;
- La información que puede contribuir a que el paciente esté mejor informado sobre su proceso patológico para una mayor tendencia a la autonomía y corresponsabilidad.
- La mejora de la información disponible para estudios epidemiológicos descriptivos retrospectivos en la revisión de historias clínicas, lo cual influye también en una mayor calidad de información para el adecuado seguimiento por parte de los gestores.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha diseñado un modelo de alta basado en las recomendaciones del "Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas". Dicho consenso ha sido publicado en la revista Medicina Clínica: Med Clin(Bar).2010;134(11):505-510.

El modelo a seguir es el siguiente:

- ANTECEDENTES:
- a) Reflejar aspectos clave, como la funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad, pronóstico y la valoración social al ingreso. Uso de Barthel e información relevante: dónde vive, con quién y cuidadores.
  - b) Se evitará la utilización de acrónimos y siglas no comunes.
  - c) Hacer constar el tratamiento previo al ingreso (principio activo, dosis, vía y horario).
  - d) Hábitos tóxicos: consta cuantificado el tabaquismo, enolismo, drogas abuso y se cuantifica el consumo.



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

### MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA

e) Alergias: consta el tipo de alergia. Se distingue de las intolerancias o efectos adversos.

#### HISTORIA ACTUAL:

- a) Se evitará la utilización de acrónimos y siglas no comunes.
- b) Se tendrán también en cuenta los datos clínicos de derivación de los profesionales extrahospitalarios (0,61, médico de atención primaria, cuidados paliativos)

#### EXPLORACIÓN FÍSICA:

- a) Deben figurar las constantes extrahospitalarias (médico de atención primaria y 0,61), así como las de Urgencias.
- b) La saturación de oxígeno deberá constar si ha sido medida con oxígeno o no.

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

- a) Se evitará la utilización de acrónimos y siglas no comunes.
- b) Evitar pruebas innecesarias.

#### EVOLUCIÓN:

- a) Se evitará la utilización de acrónimos y siglas no comunes.
- b) Dar importancia al razonamiento clínico en los casos en que el juicio clínico no resulte obvio (diagnóstico diferencial).
- c) Explicar y razonar cambios de tratamiento.

#### DIAGNÓSTICOS:

- a) Se evitará la utilización de acrónimos y siglas no comunes.
- b) Figurarán todos los problemas activos, además del diagnóstico principal.
- c) Reflejar aspectos clave, como la funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad, pronóstico y la valoración social al alta.
- d) Incluir efectos adversos, alergias, intolerancias y otras yatrogenias.

#### TRATAMIENTO:

- a) Constancia de plan terapéutico claro, comprensible y en una hoja específica (principio activo, dosis, duración del tratamiento, vía, horario y motivo de la prescripción).
- b) Evitar tratamientos innecesarios.
- c) Cuando no se prescriban fármacos recomendados en un diagnóstico concreto, se precisará la razón para no hacerlo.
- d) Hacer constar siempre el principio activo.
- f) Se deben evitar cambios injustificados de tratamiento.
- g) Indicar el tratamiento de mayor coste-efectividad.
- h) Evitar tratamientos de eficacia controvertida o sin evidencia demostrada.

#### CONTROL AL ALTA:

- a) Hacer constar unas referencias específicas para facilitar la comunicación bidireccional entre la atención primaria y la hospitalaria (teléfono, e-mail).
- b) Se deben evitar revisiones sistemáticas y derivaciones innecesarias. Tras el alta hospitalaria, el médico de familia es el coordinador principal de los cuidados y tratamientos del paciente.
- c) Hacer constar la actitud pronóstica o paliativa.

Otros indicadores específicos de constancia de datos clínicos mínimos o imprescindibles por morbilidad:

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

**MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE MEDICINA INTERNA**

- Insuficiencia cardiaca: consta la causa y está cuantificado el grado de afectación (estadío clínico o capacidad funcional, fracción de eyección, pronóstico). Resultados del último ecocardiograma.
- EPOC: consta la espirometría, si toma o no oxígeno en domicilio.
- Diabetes: consta el % de Hb Alc, y complicaciones micro-macrovasculares retinopatía, albuminuria y otros factores de riesgo cardiovascular.
- Neoplasias: consta la anatomía patológica, el estadiaje (TNM), los tratamientos recibidos, las recidivas y la actitud pronóstica con fechas de diagnósticos y tratamientos.
- Tiroides: consta la última TSH y T4, así como el tratamiento y las dosis.
- VIH / SIDA: consta el estadiaje, los últimos CD4+ y la carga viral.
- Hepatopatía, cirrosis: figura la causa, descompensaciones, la función hepática (estadiaje de Child), la endoscopia alta (hipertensión portal) y la función renal.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Revisión retrospectiva de muestra aleatoria representativa de informes de alta del año 2011 del Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.

Se espera que, al menos el 50% de los procedimientos del informe del alta detallados en el apartado anterior (antecedentes, historia actual, exploración física, exámenes complementarios, evolución, diagnósticos, tratamiento y control al alta), se cumplan.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Hasta marzo de 2011: consensuar el futuro modelo de alta (ya realizado).  
De Junio a octubre de 2011: revisión de muestra aleatoria representativa de informes de alta.  
De Noviembre a Diciembre de 2011: informe de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

555

**DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) PSIQUIATRICA "SAN JORGE" DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... CESAR MIGUEL ESCAR ARGUIS
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GURREA ESCAJEDO ALFREDO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PSIQUIATRIA. UASA HUESCA
  - CORRAL BLANCO MARIA CONCEPCION. PSIQUIATRA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PSIQUIATRIA
  - RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PSIQUIATRIA
  - MAULEON PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PSIQUIATRIA
  - LATAPIA LOPEZ CONCEPCION. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PSIQUIATRIA

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

Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Establece la prohibición total de fumar en establecimientos sanitarios. La ambigüedad creada en la primera ley, por la posibilidad de habilitar zonas de fumadores en "establecimientos penitenciarios o psiquiátricos" ha hecho que su cumplimiento hasta la fecha haya sido desigual y se haya creado cierta confusión, en nuestro caso se podía fumar en UCE, cumpliendo ciertas normas.

El conocimiento científico actual sobre la estrecha relación entre dependencia de nicotina y patología psiquiátrica es claro e irrefutable, especialmente en el caso de las patologías más graves como son la psicosis, el trastorno bipolar, la depresión mayor y las adicciones.

Estos pacientes presentan una prevalencia de tabaquismo mucho más elevada que le población general, tienen mayor grado de dependencia, fuman más cantidad de cigarrillos, abandonan menos el consumo, presentan clínica abstinencia más intensa y tienen más recaídas. Además, existe una relación bidireccional entre gravedad de la dependencia y gravedad de la psicopatología.

Estos datos dejan claro que cuando estos pacientes precisan ingresar en una unidad de agudos, deberá proveérseles de un tratamiento que sea capaz de evitar o mitigar la casi segura clínica abstinencial de nicotina, para evitar tanto el sufrimiento subjetivo del paciente como las repercusiones negativas sobre su estado psíquico y físico. Aunque a priori cabe pensar que no es la mejor situación para realizar un tratamiento, debido tanto al estado de desestabilización del paciente como a su desconocida motivación para la cesación, no hay duda de que es mucho mejor realizar dicho tratamiento que no hacerlo, aunque sea con una intención puramente compasiva de alivio sintomático.

Diversos estudios tanto en España como en el resto del mundo han mostrado que la realización de este tipo de tratamientos en unidades de agudos de psiquiatría resulta altamente satisfactoria y no genera ninguna problemática entre los pacientes.

### Bibliografía consultada:

1. Barreco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ed.: Ergón. Madrid, 2003
  2. Pereiro Gómez C (coord.). Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Ed.: Socidrogalcohol.
  3. Pinet Ogué MC, Gurrea Escajedo A. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. En: K.O. Fagerström, C.A. Jiménez-Ruiz. Tratado de tabaquismo. Madrid: Ed. Aula Médica; 2004. p 165-81.
  4. Gurrea Escajedo A, Pinet Ogué MC. Tabaco y patología afectiva. Adicciones, 2004; 16(2):155-76.
- Iglesias García C, Alonso Villa MJ, Bernaldo de Quirós JC, Bocanegra Suárez E, Cueta Gonzalo J, García del Valle R, et al. Modificación del patrón de consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría de Hospital General. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009 Ene-Feb. [fecha acceso]; 6 (38): [aprox 7 pant]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/modpat\\_original\\_38.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/modpat_original_38.pdf)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el periodo 2009-10, se realizo por parte del equipo de enfermería de la UCE, un estudio de prevalencia del

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

555

### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) PSIQUIATRICA "SAN JORGE" DE HUESCA

consumo tabaquito en planta, realizando una comparativa con el consumo ambulatorio, del mismo se evidenció el aumento de consumo durante el ingreso. Se planteo un abordaje de la situación con un programa estructurado de grupos cerrados semanales, con periodicidad mensual, modificación de normas institucionales y medidas conductuales sustitutivas con un objetivo de reducción de daños. Con resultados positivos en cuanto a la disminución del número de cigarrillos consumidos, sin presentar resistencias a la misma.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Existencia de un programa de deshabituación tabaquica en la UCE.
- Implementación de un programa de deshabituación tabaquica en la UCE.
  - Evaluación previa y posterior a la implementación del programa de encuesta de actitudes sobre consumo de tabaco para el personal asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La estructura del programa constará de los siguientes apartados:

#### 1. Información al paciente

A todo paciente al que se le vaya a ofrecer un ingreso voluntario en la unidad de agudos, se le informará de que de acuerdo con la Ley 42/2010 de medidas sanitarias contra el tabaquismo, no está permitido fumar durante su estancia en el hospital. Si el paciente rechaza el ingreso por este motivo, se hará constar en el informe de alta.

En el caso de que nos encontremos ante un paciente que requiere un ingreso involuntario, dado que en ese momento no está en condiciones de dar o negar su consentimiento, lo prioritario en ese momento será realizar el ingreso con la máxima seguridad y diligencia. Posteriormente, una vez ya ingresado en la unidad de agudos y cuando consideremos que se encuentra estabilizado, se le informará de la prohibición de fumar.

#### 2. Exploración del grado de dependencia nicotínica

A todo paciente que ingrese en la unidad de agudos, se le realizará una valoración específica respecto al consumo de tabaco:

- Anamnesis toxicológica completa, con especial énfasis en el consumo de tabaco: edad de inicio, progresión del consumo, intentos previos de abstinencia y duración, clínica abstinecial en intentos previos, cigarrillos/día actuales, marca de cigarrillos (cantidad de nicotina/cigarrillo).
- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina: Valora el grado de dependencia nicotínica del paciente. Entre 0-10 puntos. Puntuaciones de 7 o más indican un grado de dependencia elevado. (anexo 1)
- Valoración del estadio de cambio: valora la motivación actual del paciente para dejar el consumo. La mejor condición posible es que el paciente se encuentre preparado para la acción. (anexo 2)

#### 3. Oferta de ayuda farmacológica

Se ofrecerá la posibilidad de tratamiento farmacológico a cualquier paciente consumidor de tabaco a diario, de más de 10 cigarrillos/día. Algunos factores que sugieren la necesidad de tratamiento son las puntuaciones elevadas en el test de Fagerström, múltiples intentos previos de abandono, clínica abstinecial intensa en los intentos previos, consumo de más de 30 u/día o utilización del tabaco para el alivio de sintomatología psiquiátrica.

Se le explicará al paciente la función del tratamiento y los efectos esperables del mismo, tanto los terapéuticos como los posibles efectos secundarios. Así mismo, se le instruirá sobre la clínica relacionada con la abstinencia de nicotina. Se aportará al paciente una hoja informativa con un resumen de la información más relevante al respecto.

#### 4. Individualización de la pauta de tratamiento

Se valorará por parte del médico responsable del paciente, o en su defecto por el médico que esté de guardia en ese momento, el tipo de tratamiento y pauta más adecuada para cada paciente. Deben tenerse en cuenta las indicaciones y contraindicaciones específicas de cada tipo de tratamiento para valorar su idoneidad en cada caso particular.

El tratamiento podrá ser elegido por el facultativo entre el tratamiento sustitutivo con parches de nicotina, el tratamiento sustitutivo con comprimidos de nicotina para chupar o el tratamiento combinado de ambos.

Tanto el facultativo como el personal de enfermería deberán estar también familiarizados con la clínica de abstinencia de nicotina, pudiendo realizarse una valoración pautada de la misma durante el ingreso por parte de enfermería mediante alguna de las escalas diseñadas para ello (anexo 4)

Anexo

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 555

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) PSIQUIATRICA "SAN JORGE" DE HUESCA

### 5. Orientación posterior al alta

Aunque la función meramente sintomática del tratamiento sustitutivo con nicotina puede acabar una vez que el paciente es dado de alta, este puede ser un primer paso para mantener una abstinencia más prolongada, en pacientes adecuadamente motivados, tras el alta médica sería recomendable articular algún método de control ambulatorio en el caso de pacientes que quieran mantener la abstinencia de tabaco. Sería recomendable establecer qué profesional debería ocuparse de forma ambulatoria de la continuación del tratamiento farmacológico y adecuar la coordinación con dicho profesional para establecer de forma efectiva la derivación del paciente y la pauta de tratamiento hasta esa visita debería ser previa al alta.

### 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:

- CREACIÓN DE PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA EN LA UCE. (SI / NO)
- GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL PROGRAMA POR LOS SANITARIOS: Medido con el número de pacientes fumadores evaluados / Número de pacientes fumadores ingresados.
- ACEPTACION DEL PROGRAMA: Medido con numero de pacientes que aceptan medida terapéutica / número de pacientes fumadores evaluados
- CONCIENCIACION DEL PACIENTE AL ALTA: Medido con Numero de pacientes que solicitan continuación del tratamiento ambulatorio / número de pacientes fumadores evaluados.

### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2011: Creación del programa de manejo de ansiedad.

MAYO 2011: Implementación del programa

DICIEMBRE 2011: evaluación final del programa.

### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· chicles de nicotina (20 euros / caja de 105 chicles .....	500 €
Total .....	500 €

### 11. OBSERVACIONES. Desconocemos si los anteriores programas realizados en la unidad fueron incluidos como programa de calidad de forma oficial.

OBSERVACIONES del SECTOR

ES PARA CHICLES DE NICOTINA. PUEDEN ADQUIRIRSE DESDE FARMACIA

1. TÍTULO

**PROTOCOLO DEL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON SINDROME CORONARIO AGUDO EN MEDICINA INTENSIVA**

2. RESPONSABLE ..... JESUS ESCOS ORTA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARQUINA LACUEVA MARIA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - FRANCO SANTABARBARA JOSE ANTONIO. ENFERMERO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - REULA ARASANZ CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - BUESA ESCAR ANA MARTA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - MENDOZA MURO GEMA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - VILLAMANDOS VILLALOBOS AMPARO. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - USON CEREZA TERESA. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor toracico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de Urgencias de un Hospital General. En el 50% de los casos la orientación del cuadro clínico se realiza hacia el síndrome coronario agudo aunque finalmente se confirma sólo en la mitad de los casos. La realización de un diagnóstico inicial más preciso evitaría un número elevado de ingresos hospitalarios y al mismo tiempo evitaría errores diagnósticos de magnitud ya que entre un 2 y un 10% de pacientes dados de alta desde los servicios de Urgencias por considerar que el origen del dolor no es coronario sufren un IAM con una tasa de mortalidad muy superior que la de los pacientes ingresados. En segundo lugar la implantación de un protocolo de actuación ante estos pacientes supone un importante beneficio a la hora de tomar decisiones terapéuticas como el tratamiento trombolítico o la realización de angioplastia percutánea. En este momento carecemos de un protocolo escrito del manejo integral del paciente con Síndrome Coronario Agudo desde su llegada al Hospital estancia en la Unidad y su traslado a planta de Hospitalización de Cardiología centrándonos en definir criterios de Ingreso en Uci y aspectos generales del manejo terapéutico en este periodo con el objetivo de mejorar la morbimortalidad del paciente con dolor torácico de origen coronario, mejorando los tiempos de actuación diagnóstica y terapéutica..

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.	Objetivos e Indicadores		
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	Definir criterios de Ingreso en UCI	Uso precoz de AAS y betabloqueantes	%
pacientes ingresados en Uci que cumplían criterios.	% pacientes tratados con AAS y betabloqueantes en las primeras 24 horas de ingreso		
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	Incidencia de complicaciones hemorrágicas derivadas del tratamiento		% de
complicaciones hemorrágicas.			
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	Proporcionar al paciente todos los		
recursos disponibles en la cartera de servicios de la comunidad autónoma (fibrinólisis-intervencionismo coronario)	%pacientes con criterios de fibrinólisis		
que reciben dicho tratamiento.Tiempo puerta-aguja.% de pacientes sometidos a intervencionismo coronario con indicación de dicho procedimiento.			
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	Crear protocolo de seguimiento enzimático		% pacientes con protocolo de
seguimiento enzimático.			

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Hoja de recogida de datos referida a la adhesión al protocolo.Cumplimentacion de todos los items recogidos en nuestra base de datos de enfermos (Filemaker Pro).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Definir criterios de Ingreso en UCI  
Uso precoz de AAS y betabloqueantes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 369

**PROTOCOLO DEL MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON SINDROME CORONARIO AGUDO EN MEDICINA INTENSIVA**

% pacientes ingresados en Uci que cumplían criterios.  
% pacientes tratados con AAS y betabloqueantes en las primeras 24 horas de ingreso  
Incidencia de complicaciones hemorrágicas derivadas del tratamiento  
% de complicaciones hemorrágicas.  
%pacientes con criterios de fibrinolisis que reciben dicho tratamiento.  
Tiempo puerta-aguja.% de pacientes sometidos a intervencionismo coronario con indicación de dicho procedimiento.  
Crear protocolo de seguimiento enzimático  
% pacientes con protocolo de seguimiento enzimático.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 Febrero 2011  
Creacion de ficha de recogida de datos Enero de 2011. Redacción del protocolo.Recogida de datos Febrero-Diciembre 2011Análisis de Resultados.Evaluación y corrección del protocolo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia cursos y reuniones .....	750 €
· material informatico .....	750 €
Total .....	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR REUNIONES

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

672

**IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO SOBRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN LA TERCERA ETAPA DEL PARTO COMO PRIMERA ELECCION PARA DISMINUIR EL RIESGO EN EL POSTPARTO**

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ FONCILLAS SANZ  
· Profesión ..... OTROS  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA-GINECOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GOMEZ RUIZ RAQUEL. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. OBSTETRICIA-GINECOLOGIA  
· SALAZAR GONZALEZ SALMA. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. OBSTETRICIA-GINECOLOGIA  
· LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. OBSTETRICIA-GINECOLOGIA  
· NEGREDO ISABEL. GINECOLOGA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. OBSTETRICIA-GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se trata de disminuir el riesgo de hemorragia en el postparto (HPP), minimizar el descenso de la hemoglobina materna postparto y favorecer la recuperación materna del puerperio. La tercera etapa del parto o alumbramiento es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación en este periodo es la HPP, responsable de la cuarta parte de las muertes maternas en el mundo. El grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa de la decidua basal y con la efectividad de la contracción uterina. Sin embargo, se observó un aumento de complicaciones maternas, como presión diastólica superior a 100 mm de Hg, náuseas, vómitos y cefalea. Existe un buen nivel de evidencia científica que recomienda el manejo activo del alumbramiento, según la guía NICE y por consenso del GEG. Consideraremos la práctica del alumbramiento dirigido como la administración lenta de 10 UI de occitocina en bolo endovenoso coincidiendo con la salida del hombro anterior del recién nacido por el canal de parto (sin ningún otro componente del manejo activo del alumbramiento). Hemos observado la escasa implementación del Procedimiento en la Unidad de Partos del Hospital San Jorge de Huesca y nos hemos propuesto aumentar el número de Alumbramientos dirigidos realizados, justificando la importancia de las consecuencias de su puesta en marcha para la seguridad y recuperación posparto de la mujer puérpera.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dar a conocer, justificar y aumentar el grado de implementación del Procedimiento de Alumbramiento dirigido del departamento de partos del Hospital San Jorge de Huesca. Bajo criterio de excelencia propuesto en la Guía de práctica clínica del SNS sobre la atención al parto normal editada por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará una recopilación de datos sobre las variables de resultado descritas de las historias clínicas que cumplan criterios de inclusión elaborando un informe que justifique la implantación del Procedimiento de Alumbramiento dirigido que se presentará mediante sesión clínica a los miembros del Equipo de partos. Se realizará una nueva recopilación de datos sobre las variables de resultado descritas de las historias clínicas que cumplan criterios de inclusión tras 6 meses de la sesión clínica informativa elaborando un informe sobre el grado de implementación del Procedimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mujeres que den a luz en el Hospital San Jorge de Huesca mediante parto eutócico de bajo riesgo, controladas durante el embarazo, que se les practique episiotomía o presenten desgarro de primer grado, permanezcan 24-48 h ingresadas posparto, se le haya realizado control de hemoglobina durante el ingreso. Las variables resultado utilizadas serán la realización de alumbramiento dirigido según el Procedimiento vigente en la Unidad, la pérdida media de sangre estimada y registrada en la epicrisis del parto, la modificación del valor de hemoglobina materna en la última analítica del control del embarazo y a las 24-48 h posparto, la necesidad de transfusión sanguínea.



Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 672

**IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO SOBRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO EN LA TERCERA ETAPA DEL PARTO COMO PRIMERA ELECCION PARA DISMINUIR EL RIESGO EN EL POSTPARTO**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Recopilación de datos de las Historias clínicas pre sesión informativa Mayo-Julio 2011  
Tratamiento de datos y elaboración informe justificación y sesión clínica Agosto 2011  
Presentación sesión clínica en la Unidad de partos Septiembre 2011  
Recopilación de datos de las Historias clínicas post sesión informativa Oct-Nov 2011  
Tratamiento de datos y elaboración informe de resultados Diciembre 2011  
Presentación de resultados Diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· MATERIAL FUNGIBLE ..... 200 €  
Total ..... 200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
ES PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 416

1. TÍTULO

**MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DEL AREA DE ICTUS DESDE EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA GARCES ORTIGOSA
- Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE REHABILITACIÓN
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORALES BALIENT SANTIAGO. MEDICO REHABILITADOR. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE REHABILITACION
- CASTAN GASQUET RAQUEL. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE REHABILITACION
- VIDAL CORTES PILAR. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE REHABILITACION
- GRACIA SEN CARMEN. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE REHABILITACION
- ELVIRA ANGUITA JOSE MARIA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE REHABILITACION
- DE ARCE Y OSUNA CRISTINA. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO DE REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ICTUS se define como una interrupción brusca de la circulación sanguínea cerebral que altera la función de una determinada región del cerebro. La lesión causa un conjunto de trastornos, que varían según su localización y tamaño. Las lesiones pueden dar lugar a una multitud de deficiencias que pueden incluir déficit motor, de percepción, sensorial, cognitivo y psicológico, dificultades de comunicación y la deglución, disfunción urinaria, y alteraciones emocionales; pudiendo tener gran impacto sobre la vida diaria del afectado.

Es la tercera causa de muerte y la principal causa de discapacidad en adultos en los países industrializados. Cerca de un millón de personas sufren accidentes cerebrovasculares en la Unión Europea cada año. Se espera que en las próximas dos décadas, la tasa de accidente cerebrovascular se incremente debido al rápido crecimiento de la población de edad avanzada. Los pacientes con ACV suelen requerir hospitalización, seguida del cuidado de la familia y la comunidad o de atención domiciliaria.

Numerosos estudios hacen hincapié en que la rehabilitación temprana hospitalaria de estos pacientes, tiene un alto impacto sobre el proceso posterior de la enfermedad, determinando una mejor calidad de vida.

Para intentar disminuir la mortalidad y el grado de dependencia, el equipo interdisciplinar debe integrar, desde el principio, a especialistas en rehabilitación para definir o reajustar el programa de atención, realizar un seguimiento y orientar al paciente hacia la futura vuelta al domicilio. El metaanálisis de Ottenbacher y Janell ha permitido mostrar que cuanto más precozmente comienza la rehabilitación, mejores resultados se obtienen. La rehabilitación mejora la autonomía funcional, aumenta la frecuencia del regreso al domicilio y reduce la duración de la hospitalización.

A partir de la puesta en marcha del Área de Ictus en marzo de 2010 se ha establecido una dinámica de funcionamiento entre los servicios de Neurología y Rehabilitación que permite la intervención precoz de rehabilitación durante la hospitalización de estos pacientes que permite una disponibilidad de tiempo asignado a profesionales para realizar su actuación

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Consolidar un protocolo de actuación en el Area de Ictus desde el servicio de rehabilitación

Mejorar la asistencia al paciente:

- Diseñar un plan de atención precoz al paciente con ictus en el hospital de San Jorge y las actividades pertinentes al mismo.
- Mejorar la comunicación con los pacientes, familiares y personal sanitario implicados en esta área
- Mejorar los índices de satisfacción de los pacientes y sus familias
- Asesorar sobre el modelo y la disposición del mobiliario en el Área de Ictus adecuado a las necesidades de este tipo de pacientes.
- Disminuir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida.

Realizar e implantar base de datos que sirva como seguimiento de estos pacientes y ayude en futuras investigaciones

Bibliografía:

Bode RK, Heinemann AW, Semik P, Mallinson T. Relative importance of rehabilitation therapy characteristics on functional outcomes for persons with stroke. Stroke 2004 Nov;35(11):2537-2542.

Daviet JC, Dudognon PJ, Salle JY, Munoz M, Lissandre JP, Rebeyrotte I, Boire JM. Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. Bilan et prise en charge.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

416

### MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DEL AREA DE ICTUS DESDE EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Encycl Méd Chir 2002;26(455-A-10).

Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus editor. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Centro Cochrane Iberoamericano; 2008.

Keren O, Motin M, Heinemann AW, O'Reilly CM, Bode RK, Semik P, et al. Relationship between rehabilitation therapies and outcome of stroke patients in Israel: a preliminary study. *Isr.Med.Assoc.J.* 2004 Dec;6(12):736-741.

Ottenbacher KJS. The results of clinical trials in stroke rehabilitation research. *Arch Neurol* 1993(50):37-44.

Sameniene J, Krisciunas A, Endzelyte E. The evaluation of the rehabilitation effects on cognitive dysfunction and changes in psychomotor reactions in stroke patients. *Medicina (Kaunas)* 2008;44(11):860-870.

Vigil E, Serrano P, Santos J et al. Plan andaluz de ataque cerebral agudo (PLACA). *Cochrane Library plus en español* 2002.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se realiza intervención desde rehabilitación en las primeras 24-48 horas tras el ictus; instaurando la rehabilitación en la fase precoz

Desde la implantación del Área de Ictus hemos se ha aumentado sustancialmente el número de pacientes atendidos en nuestro servicio.

Se ha estructurado un proceso de intervención en el Área de Ictus que incluye al médico rehabilitador, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. El Servicio se ha organizado permitiendo la actuación precoz en planta de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales siempre que el medico lo considere pertinente.

Se ha mejorado la asistencia al paciente y la eficiencia en la atención.

Se ha trabajado de forma coordinada con el servicio de Neurología y Enfermería

Registro de pacientes atendidos desde el Servicio de Rehabilitación en el Área de Ictus

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer pautas de actuación que impliquen a todo el personal relacionado con este Área: personal sanitario y familiares:

- Facilitar el conocimiento de las pautas básicas para favorecer la mejoría de estos pacientes
- Orientación. Información a familiares y/ o cuidadores sobre pautas de manejo del paciente y realización de actividades de la vida diaria
- Orientación información sobre pautas de manejo al personal sanitario
- Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus.
- Diseño y realización de dípticos, guías, y carteles informativos

Mejorar la atención de los pacientes:

- Continuar con el tratamiento rehabilitador dentro del Área de Ictus
- Mejora en el abordaje del paciente con ictus en el servicio de rehabilitación
- Procurar un control postural adaptado a las necesidades individualizadas de este tipo de pacientes
- Potenciar al máximo la autonomía e intervención activa del paciente hemipléjico
- Prevenir patologías secundarias al manejo inadecuado del paciente
- Mejorar la calidad de vida del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración díptico, carteles y guías informativas para los cuidadores- familiares y personal sanitario.

Creación de base de datos para recogida de información sobre los pacientes atendidos

Elaboración de informe de rehabilitación, que acompañará al informe de alta de aquellos pacientes que precisen continuar con algún tipo de terapia en otro ámbito asistencial

Elaboración de hoja de evolución del Servicio de Rehabilitación común para hospital San Jorge y Hospital sagrado Corazón, que sea posible acceder a ella a través del sistema informático.

Formación del personal de rehabilitación para mejorar la calidad de atención a estos pacientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cuantificar el numero de pacientes que se han atendido desde el servicio

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 416

**MEJORA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE DEL AREA DE ICTUS DESDE EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Cuantificar el numero de familiares y cuidadores que reciben información

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mensualmente se realizará un reunión de equipo para analizar la asistencia de los pacientes del Área de Ictus. Estimamos que a partir de octubre se procederá a la colocación de carteles y reparto de dípticos y guías. En el mes de noviembre se realizará un jornada de formación para el personal sanitario del Área de Ictus. Formación para el equipo de rehabilitación en centro de referencia durante el segundo semestre.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dípticos, guías y carteles para familiares y personal sanitario .....	600 €
Total .....	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR DÍPTICOS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 288

PROMOCION Y MEJORA DEL PROCEDIMIENTO PIEL CON PIEL TRAS PARTO NORMAL (HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA).

2. RESPONSABLE ..... ANA GAZO ORTIZ DE URBINA

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. PARITORIO
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDRES OROS MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CALVO AGUILAR MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. PEDIATRIA
- ZABAU FERMOSELLE JARA. MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. PARITORIO
- SANZ MARTI CONCHA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La separación de la madre de su neonato después del nacimiento es frecuente en la cultura occidental. En la actualidad, en algunas sociedades, como un número mayor de niños nace en hospitales, se separa a los recién nacidos de sus madres o se les viste antes de entregarlos.

Por el contrario, el contacto piel a piel temprano, comienza de forma ideal en el momento del nacimiento e incluye la colocación del neonato desnudo, cubierto con una manta caliente, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, el contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia.

Nos planteamos este proyecto de mejora de la calidad asistencial en la Unidad de Partos porque aunque actualmente se realiza piel con piel no sabemos en que grado ni si es realizado correctamente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El Programa de mejora piel con piel pretende :

1. Beneficiar el llanto del recién nacido y la estabilidad cardiorrespiratoria así como su calor corporal.
2. Lograr un apego temprano entre la madre y el neonato.
3. Fomentar el resultado de una lactancia exitosa.
4. Unificar los criterios adecuados del contacto piel a piel en el que se incluya el momento específico, la frecuencia y la duración de la intervención.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Charlas informativas a todos los miembros del servicio de paritorio incluyendo matronas, médicos, auxiliares sobre los beneficios del programa piel con piel. Responsables: Ana Gazo y Concha Sanz.

- Curso sobre lactancia materna. Responsable: M<sup>a</sup> Jose Calvo

- Revisión de los datos obtenidos y análisis de los mismos. Revisión crítica y charlas informativas: Jara Zabau y Pilar Andrés

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de partos vaginales en los que se realiza piel con piel. (Nº total de partos/ nº partos en los que se realiza piel con piel >80%).

2. Duración del contacto piel con piel > 30 minutos/ todos los contactos piel con piel > 80%
3. Número de usuarias que inician la lactancia en el paritorio entre las pacientes que desean lactancia natural >80%
4. Satisfacción de la mujer ante ello.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN: Año 2.011.

- CALENDARIO: Desde Junio a diciembre.

- Charla informativa en Mayo a los miembros del equipo de paritorios.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 288

PROMOCION Y MEJORA DEL PROCEDIMIENTO PIEL CON PIEL TRAS PARTO NORMAL (HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA).

- El trabajo de recogida de datos y de intervención se realiza de forma continua a lo largo del año..
- El análisis estadístico de los datos y charlas con los resultados obtenidos en diciembre 2011-Enero 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material fungible .....	150 €
· recursos informáticos .....	300 €
Total .....	450 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE MONITORIZACION DE SEDACION EN UCI**

2. RESPONSABLE ..... JOSE LORENZO LABARTA MONZON
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- CALVO CIRIA AURORA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- LACOSTENA PEREZ M EUGENIA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- LAHOZ CUAIRAN CRISTINA. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- ALASTRUEY LOPEZ LOURDES. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- CISUELO CASAMAYOR DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- SERON ARBELOA CARLOS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION: . En la mayoría de pacientes sometidos a VM es necesaria la administración de sedantes y analgésicos:- Los sedantes son necesarios para tratar la ansiedad que genera la situación de enfermedad grave, para mitigar la sensación de disnea que puede generar la VM y para controlar la agitación que en ocasiones aparece durante la evolución de un paciente séptico.- Los analgésicos son necesarios para tratar el dolor de los pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica, o para tratar el dolor que produce su propia enfermedad, la inmovilidad y el causado por las técnicas necesarias para su tratamiento. . La combinación de sedantes y analgésicos, por sus efectos hipnóticos, depresores de la respiración y del reflejo tusígeno, permiten que el paciente se adapte a la VM.No obstante, una sedación prolongada y profunda no está libre de efectos adversos, como son producir íleo, disminuir el reflejo de la tos y efectos cardiovasculares. También provocan efecto neurológicos como la polineuropatía del paciente crítico y el Sde de privación .Entre los riesgos asociados a su empleo prolongado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) destaca el generar sedación excesiva (más profunda de lo que las condiciones clínicas ameritan), lo cual prolonga la estadía en VM y en la UCI, situación que impacta en los costos de estos pacientes. Para reducir los días en VM y minimizar los efectos adversos relacionados con la sedoanalgesia, se recomienda protocolizar el uso de estos fármacos, usando estrategias validadas en ensayos clínicos aleatorizados y posteriormente replicadas en otros estudios. Ello ha dado lugar a guías clínicas que agrupan la evidencia disponible, donde se destaca la importancia de monitorizar el nivel de sedación y ajustar los fármacos a las necesidades dinámicas de cada paciente.El objetivo del presente estudio es desarrollar una estrategia para la sedación y analgesia de los pacientes ventilados, usando para ello un protocolo de desarrollo local con activa participación de enfermería, aplicado en una población de pacientes con periodo de VM superior a 48 h.Nuestra hipótesis es que el uso protocolizado de sedantes y analgésicos en pacientes críticos ventilados mejora la calidad de la sedación al reducir el tiempo en sedación excesiva y reduce el empleo de sedantes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivos e Indicadores

- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados 1-Disminuir días de ventilacion mecánica y 2-Cumplimentacion de medida Ramsay diaria
- 2-Diferencia de días de VM entre 2010 y 20112 y % de mediciones cumplimentadas
- Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas
- 3.- Disminuir el nº de traqueotomias por VM prolongada Diferencia entre pacientes con traquotomia en 2009 y 2010
- 4.- Evaluar la incidencia los episodios de S de privacion - % de episodios de Sde privacion / paciente VM
- 5.- Evaluar el nº de pacientes con polineuropatia del paciente crítico: Incidencia de polineuropatia en pacientes VM

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 381

**PROTOCOLO DE MONITORIZACION DE SEDACION EN UCI**

6. Evaluar el tiempo transcurrido entre periodo desde la interrupcion de la sedacion hasta la extubacion -Media del intervalo (en días) desde la retirada de sedación hasta la extubación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Se incluirán en el programa, todos aquellos pacientes de UCI que precisen ventilación mecánica mayor de 48 horas. -Al alta del paciente se recogen los días de ventilación mecánica, estancia en UCI, realización de traqueostomía. -En la hoja de evolución clínica diaria, se recogerá el Ramsay del turno de la mañana. Y también la presencia de agitación o Sde. de deprivación. -Los sedantes utilizados serán Midazolam, Propofol, Morfina y Cisatracurio. Y se diseñara el protocolo para adecuar una sedación optima: El objetivo será mantener al paciente sedado en un Ramsay 3-4.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.-Diferencia de días de VM entre 2010 y 2011 y % de mediciones cumplimentadas  
2.- Diferencia entre pacientes con traqueotomía en 2009 y 2010  
3.- % de episodios de Sde deprivacion / paciente VM  
4.- Incidencia de polineuropatia en pacientes VM  
5. Media del intervalo (en días) desde la retirada de sedación hasta la extubación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 de Febrero 2010 Fecha de finalización: 31 de Diciembre 2010  
1.- Información al profesional:(1 de Febrero a 15 de Febrero)Se informará a todos los médicos y enfermeras que integran el proyecto del protocolo de sedación, el esquema a seguir en la monitorización de la sedación. Se realizará en la 1ª y 2ª semana de Febrero, un taller para el aprendizaje de la escala Ramsay y del protocolo de sedación2.- Introducción el protocolo con inicio de inclusión de pacientes con Ventilación mayor de 48 horas. (inicio 15 de Febrero).Recogida en hoja de datos de los pacientes incluidos.3.- Reuniones mensuales o bimensuales para corroborar el buen desarrollo del protocolo y determinar los fallos o sesgos que se produzcan.4.- Finalizar el protocolo el 31 de Diciembre y analizar los datos obtenidos. 5.- Obtener conclusiones y evaluar la obtención de objetivos deseados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia cursos y reuniones .....	750 €
· material informatico .....	750 €
Total .....	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
MEMORIA EXTERNA



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 623

**CUIDADOS AL ALTA EN PACIENTES TRAS CISTECTOMIA TIPO UROSTOMIA Y/O TRAS CISTECTOMIA TIPO NEOVEGIGA**

2. RESPONSABLE ..... ANABEL LAGUARTA ORTAS

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LASCORZ CORTINA ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. UROLOGIA
- ARIZON MENDOZA LOURDES. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UROLOGIA
- SUBIAS BARDAJI PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UROLOGIA
- ARMISEN LACASA SONIA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UROLOGIA
- NUÑEZ ALLUE ANA CRISTINA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UROLOGIA
- PEINADO GALLEGO MANUEL. ENFERMERO. HOSPITAL SAN JORGE. UROLOGIA
- ABADIA EZQUERRA CARLOS. ENFERMERO. HOSPITAL SAN JORGE. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes tras la realización de una cistectomía, reciben el alta, pese al gran cambio de vida que les supone (sobre todo los portadores de Urostomía), reciben poca información por escrito, para ellos y los familiares. Queremos hacer un díptico con información de cuidados postoperatorios, medidas higiénicas, dietéticas y consejos para las actividades de la vida diaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORA DE LA INFORMACIÓN Y CONFIANZA DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES AL ALTA. AUMENTANDO LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO, Y ELEVANDO LA AUTOESTIMA DEL PACIENTE POTENCIANDO LOS AUTOCUIDADOS TRAS ESTA INTERVENCIÓN.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. REALIZAREMOS UN GRUPO DE TRABAJO, CON REUNIONES PERIÓDICAS, PARA REALIZAR LA RECOPIACIÓN Y ORDEN DE LA INFORMACIÓN, PARA REALIZAR EL DISEÑO DEL DÍPTICO, LO MÁS ACCESIBLE Y COMPRENSIBLE PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. LA REALIZACIÓN DEL DÍPTICO DE INFORMACIÓN ES EL PRINCIPAL INDICADOR, ASÍ COMO LA ENTREGA A LOS PACIENTES INTERVENIDOS. SE PLANTEA REALIZAR UN SEGUIMIENTO, EN EQUIPO CON EL PERSONAL DE CONSULTAS PARA REALIZAR UNA ENCUESTA DE LA CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL DÍPTICO A NIVEL DE COMPRENSIÓN, UTILIDAD Y CONFIANZA PARA EL PACIENTE.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: ABRIL 2011 Y FINALIZACIÓN PARA DICIEMBRE 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- TONER IMPRESORA EN COLOR ..... 300 €
- Total ..... 300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR DÍPTICOS

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 412

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL ESTUDIO DEL CANCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPOSICO (HNPCC) EN LA CONSULTA DE CONSEJO GENETICO DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA

2. RESPONSABLE ..... RODRIGO LASTRA DEL PRADO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· ALVAREZ BUSTO IÑAKI. MEDICO. HOSPITAL S. JORGE. UNIDAD DE ONCOLOGIA  
· BURILLO CORDERO MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL S. JORGE. UNIDAD DE ONCOLOGIA  
· SANTOLARIA SANTOS. MEDICO. HOSPITAL S. JORGE. SECCION DE DIGESTIVO  
· ABASCAL AGORRETA MANUEL. MEDICO. HOSPITAL S. JORGE. SECCION DE ANATOMIA PATOLOGICA  
· ARROYO BELLOC FRANCISCA. ENFERMERA. HOSPITAL S. JORGE. HOSPITAL DE DIA-UNIDAD DE ONCOLOGIA  
· SANTAFE ACIN ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL S. JORGE. HOSPITAL DE DIA-UNIDAD DE ONCOLOGIA  
· AGUILA VILLACAMPA MARIA DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL S. JORGE. HOSPITAL DE DIA-UNIDAD DE ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde Octubre de 2007 viene funcionando en nuestro hospital a través de la unidad de oncología la consulta de consejo genético para el síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario, como parte del trabajo asistencial. En dicha consulta se han estudiado ya más de 100 familias, correspondientes a nuestro sector, con alto riesgo hereditario de padecer cáncer de mama y/u ovario.

Existen otros síndromes oncológicos hereditarios importantes, como el CANCER COLORRECTAL NO POLIPOSICO HEREDITARIO (HNPCC o síndrome de Lynch), en los que hasta la fecha no se establecía un protocolo de selección de familias, estudio y seguimiento protocolizado y estandarizado en nuestro sector.

Aproximadamente el 5% de los cánceres colorrectales presentan un componente hereditario, en los que si se detectan algunas de las mutaciones en genes reparadores hoy en día conocidas (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) se pueden establecer medidas terapéuticas preventivas y medidas de seguimiento estrecho. Medidas que han demostrado reducir significativamente la incidencia y morbi-mortalidad de dichos tumores

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detectar familias de alto riesgo de presentar HNPCC y realizar base de datos de dichas familias en nuestro sector.  
- Ofrecer a todos los pacientes visitados en las consultas de digestivo y oncología que cumplan criterios de alto riesgo de presentar HNPCC (criterios de Amsterdam y de Bethesda) la posibilidad de acudir a la unidad de consejo genético.  
- Proponer la realización, en aquellos pacientes que cumplan criterio clínicos y anatomopatológicos, la realización del estudio genético.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar nueva hoja de consentimiento informado, de información al paciente y de recogida de datos. Responsable: Rodrigo Lastra  
- Realizar protocolo de actuación que incorpore los fundamentos teóricos, las guías a seguir y el circuito de actividades a desarrollar. Todo ello incluirá:  
- Cita a los pacientes detectados a la consulta de consejo genético los lunes a partir de las 15.00 en la planta 7ª del hospital S. Jorge. Responsable: Rodrigo Lastra, Iñaki Álvarez y Miguel Burillo  
- Realización Historia familiar incluyendo árbol genealógico a cada paciente citado en la consulta. Responsable: Rodrigo Lastra e Iñaki Álvarez  
- Realización Inmunohistoquímica para la búsqueda de expresión de proteínas MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 en tejido tumoral. Responsable: Manuel Abascal  
- En aquellos pacientes que cumplan criterios y firmen consentimiento informado, extracción de 5 ml de sangre en EDTA para enviar al servicio de genética del hospital Miguel Servet de Zaragoza. Responsable: Francisca Arroyo, Isabel Santafé y María Dolores Aguilá.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

412

**IMPLEMENTACION DEL ESTUDIO DEL CANCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO POLIPOSICO (HNPCC) EN LA CONSULTA DE CONSEJO GENETICO DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA**

- Informar de los resultados del estudio de mutaciones a los interesados siguiendo las normas de confidencialidad. Responsable: Rodrigo Lastra
- Plan de tratamiento, seguimiento y continuación de estudio si procede, del paciente y sus familiares. Responsable: Rodrigo Lastra y Santos Santolaria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes con criterios clínicos de alto riesgo para HNPCC vistos en la consulta de consejo genético hasta el 31-12-2011 (base de datos)  
2. Número de muestras de suero de pacientes que cumplen criterios clínicos (Amsterdam y Bethesda) e inmunohistoquímicos (infraexpresión proteínas MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) enviadas a servicio de genética hasta el 31-12-2011

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011:
- Redacción de protocolo, hoja de recogida de datos y de consentimiento e información al paciente
  - Generación de base datos
- Abril-Mayo 2011
- Comenzar a citar a pacientes candidatos
- Mayo 2011
- Comenzar a mandar extracciones de paciente que cumplan criterios citados
  - Máximo 2 envíos mensuales
- Diciembre 2011
- Evaluación y revisión de los primeros resultados
  - Plan de seguimiento

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador para la consulta de consejo genético .....	600 €
Total .....	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
MEMORIA EXTERNA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 640

CONTINUACION EN LA FORMACION DE LA TOMA DE MUESTRAS Y ENVIO DE LAS MISMAS DESDE LOS CENTROS DE SALUD A LOS LABORATORIOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... CONCHA LAVIÑA FAÑANAS
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. LABORATORIO A.CLINICOS
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MILAGRO BEAMONTE ANA. MEDICO. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO MICROBIOLOGIA
  - GARCIA CASTAÑÓN SANDRA. BIOQUIMICA/QUIMICA. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A,CLINICOS
  - PALACIN BURREL SILVIA. ADMINISTRATIVA. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A.CLINICOS
  - GARUZ BALLARIN MARIA DOLORES. ADMINISTRATIVA. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A.CLINICOS
  - JIMENEZ VIVAN OLGA. TECNICO LABORATORIO. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO MICROBIOLOGIA
  - QUEROL ALQUEZAR NATIVIDAD. TECNICO LABORATORIO. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se apreció una falta de formación en cuanto a toma de muestras y su envío a los laboratorios desde los Centros de Salud, por lo que a finales del año 2010 se realizaron unos cursos de formación para el personal de dichos centros, al que acudieron los Coordinadores de Enfermería.

Se ha considerado la necesidad de ampliar dicha formación a todo el personal que de alguna manera esta relacionado con la toma de las muestras que llegan al Hospital, tanto personal de enfermería como personal auxiliar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Correcta toma de todas las muestras procedentes de los Centros de Atención Primaria. Correcto envío de todas las muestras desde el punto de extracción al Hospital. Correcto transporte de las neveras, tanto en temperatura como en tiempo indicados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Preparación de Cursos por el personal del Laboratorio encargado de la preanalítica. Impartición de los cursos de formación al personal de los Centros Periféricos. Entrega de los cuadernos de formación a los asistentes. Divulgación de toda la información a través de la intranet del Hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de personal de los Laboratorios implicados en la formación >50%  
% de personal de los Centros Periféricos que acuden a la formación >50

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Preparación de los cursos : 2º Trimestre 2011  
Impartición de los cursos : 4º Trimestre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- |  |         |
|--|---------|
| · Beca para asistencia a Congreso Calidad .....  | 1.000 € |
| · Financiación para cuadernos de formación ..... | 500 €   |
| Total .....                                      | 1.500 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

640

CONTINUACION EN LA FORMACION DE LA TOMA DE MUESTRAS Y ENVIO DE LAS MISMAS DESDE LOS CENTROS DE SALUD A LOS LABORATORIOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

CONGRESO CALIDAD CON COMUNICACIÓN

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 443

**MEJORA DE LA CALIDAD ANALITICA CON LA IMPLANTACION EN EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DE LA NORMA ISO15189**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN LLIMIÑANA ORDAS  
• Profesión ..... MEDICO/A  
• Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
• Servicio/Unidad .. LABORATORIO ANÁLISIS CLÍNICOS  
• Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
• FERRER GIMENEZ MARGARITA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. L. ANALISIS CLINICOS  
• GARULO NAVARRO NATIVIDAD. TECNICO DE LABORATORIO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS  
• SANCHEZ RODRIGUEZ ESTELA. TECNICO DE LABORATORIO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS  
• PUZO FONCILLAS JOSE. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS  
• BORAU PLANAS JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El plan se dirige a la efectividad de los procesos, plan de acción de certificación y acreditación, iniciado por el laboratorio de Análisis Clínicos.  
La HbA1c se ha introducido recientemente como parte de los parámetros implicados en la Acreditación ISO15189, que nuestro laboratorio lleva a cabo desde el año 2006. Hasta la actualidad trabajamos con un control interno diario y un control externo mensual, con resultados satisfactorios en ambos casos. Por nuestro procedimiento de trabajo el calibrador y el control interno son el mismo producto, por lo que creemos conveniente la compra de un nuevo control interno, independiente del que utilizamos como calibrador.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un mejor control diario de los valores de HbA1c que nos mantenga una adecuada precisión y exactitud del método de trabajo, según la norma ISO15189.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Compra de un nuevo control de calidad para la HbA1c que lo utilizaremos diariamente en los niveles suministrados. La comparación de los dos tipos de control interno nos asegurará una mayor exactitud y precisión en la determinación de la HbA1c.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilizaremos dos indicadores principales :  
• % de controles internos que diariamente se ajustan a nuestros objetivos de calidad  
• % de controles internos que mensualmente se ajustan a nuestros objetivos de calidad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración prevista del Proyecto de Mejora es indefinida desde la compra del control, una vez nos hayamos asegurado de su perfecta viabilidad y aplicación a nuestro trabajo habitual en la determinación de la HbA1c.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
• software de análisis de control de calidad ..... 3.000 €  
Total ..... 3.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
MOTIVACIÓN ISO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

365

### CONTROL DE LA INFECCION NOSOCOMIAL EN MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS LOPEZ CLAVER

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NAVARRO LIESA ROSA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- LANDER AZCONA ARANAZU. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- PARDILLOS VICENTE YOLANDA. ENFERMERA. EITO ARNAL ANTONIO. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- GARCES FERRANDO CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- BARA LERA MATILDE. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA
- MONTAÑANA GUZMAN ISABEL. AUXILIAR. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN: En los Servicios o Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se diagnostican entre la cuarta y la quinta parte de todas las infecciones nosocomiales del hospital, en especial aquéllas que tienen mayor impacto en la evolución de los pacientes, como son las neumonías y las bacteriemias. La mayoría de las infecciones detectadas en las UCI se relacionan con la utilización de dispositivos que alteran las barreras defensivas naturales y favorecen la transmisión cruzada de los agentes patógenos. En ocasiones las infecciones se presentan en forma de brotes epidémicos, cuyos orígenes son la presencia de reservorios inanimados (ventiladores mecánicos, nebulizadores, sistemas de monitorización) y/o de portadores crónicos entre los trabajadores sanitarios. Paralelamente, en las UCI se observa la aparición de microorganismos patógenos con elevados patrones de resistencia, asociados a la presencia simultánea de numerosos factores que facilitan la multiresistencia. La vigilancia de las infecciones nosocomiales constituye en estos servicios un objetivo esencial, tan importante como la obtención de otros indicadores asistenciales de impacto administrativo (estancias medias, índices de ocupación y mortalidad cruda). La información obtenida con los sistemas de vigilancia de infección, sea cual sea el método empleado, va a facilitar al personal del hospital, médicos, enfermeras y administradores, el conocimiento de la evolución de las tasas de estas infecciones, así como los cambios en los patrones de sensibilidad-resistencia de los agentes patógenos endémicos de cada UCI. La comparación secuencial de las tasas de infección nosocomial en cada UCI permite realizar una valoración de la calidad asistencial, introducir medidas de corrección y evaluar las medidas que se emplean para su control.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2010 se puso en marcha un grupo de trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos para control de infección nosocomial en UCI que nos ha permitido conocer las tasas de infección nosocomial en las infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral, neumonías asociadas a ventilación mecánica y bacteriemias relacionadas con cateter, así como los germen responsables y su resistencia. Simultáneamente nuestra Unidad participaba en el proyecto bacteriemia zero, proyecto avalado por la SEMICYUC y financiado por el ministerio de Sanidad y Consumo con el objetivo de disminuir las bacteriemias por cateter a menos de 4 episodios por 1000 días de cateter. Durante este año hemos observado una disminución significativa de la bacteriemia relacionada con cateter con menos de 4 episodios por 1000 días de cateter pero persistiendo tasas mas elevadas que a nivel nacional de infecciones urinarias y de neumonías.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	Conocer las tasas de	infecciones nosocomiales
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	Conocer los factores de riesgo asociados	Factores de riesgo asociados a cada infeccion
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	Conocer los microorganismos prevalentes y la evolucion de su resitencia	Disminuir las tasas de infecciones urinarias y neumonías asociadas a ventilación mecánica
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	Microorganismo y resistencia del microorganismo	Incidencia acumulada y densidad de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

365

**CONTROL DE LA INFECCION NOSOCOMIAL EN MEDICINA INTENSIVA**

incidencia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Información al profesional: Se informará a todos los médicos, enfermeras y auxiliares que integran el proyecto de las tasas actuales en nuestra UCI de neumonía asociada a ventilación mecánica, infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral y bacteriemias primarias y secundarias y bacteriemias por catéter, también se informa de la etiología de estas infecciones y de la evolución de la resistencia de los microorganismos prevalentes. Asimismo se informará de la evolución de las tasas en el último año tras la puesta en marcha del proyecto. Nuestros datos se comparan con los datos del ENVIN ( ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL) y se informa al grupo de trabajo. 2.- Diseño de un cuestionario Se rediseñará el cuestionario en el que se recogen los siguientes datos: edad, sexo, causa de ingreso, factores de riesgo de infección, para cada paciente se recoge día de colocación y días de mantenimiento de catéter, intubación y sonda urinaria, asimismo para cada una de las manipulaciones se recoge todos los factores que están demostrados en la literatura que disminuyen la incidencia de infección (en vías centrales: utilización de vía subclavia, lavado de manos, técnica estéril, cubrir completamente al paciente, cuidados de mantenimiento del catéter, en ventilación mecánica: cama a 30°, aspiración cerrada...). Es importante rediseñar el listado de objetivos diarios en el apartado de ventilación mecánica y de sondas uretrales ya que nuestras tasas de infección son más elevadas que a nivel nacional. En cada paciente ingresado más de 24 horas se seguirá rellenando diariamente la hoja de objetivos diarios que consta de los tres apartados: uno para neumonía asociada a ventilación, otro para infección urinaria y otro para bacteriemia por catéter. 3.- Control de cada paciente con factores de riesgo por parte del equipo coordinador El equipo de enfermería y auxiliares participantes en el proyecto se han encargado de rellenar el cuestionario. 4.- Registro: Cada semana se valoran los cuestionarios y su cumplimiento y se analizan las evoluciones de las tasas de infecciones. 5.- Reunión mensual de todo el equipo coordinador para analizar el cumplimiento de las medidas estandarizadas y la evolución de las tasas de infecciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Factores de riesgo asociados a cada infección  
Incidencia acumulada y densidad de incidencia infección nosocomial urinaria, bacteriemia y asociada a ventilación mecánica  
Microorganismos prevalentes y la evolución de su resistencia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Evaluación resultados año 2010.- Marzo de 2011  
Programa de educación a todo el personal de la UCI de actividades a realizar: Abril-Mayo 2011  
Aplicación nuevas medidas desarrolladas: Mayo-Diciembre  
Revisión datos recogidos: Enero-Febrero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia cursos y reuniones .....	750 €
· material informático .....	750 €
Total .....	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
TODO MATERIAL INFORMÁTICO



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

481

CONOCER LOS PROBLEMAS A LOS QUE NOS ENFRENTAMOS NOS PERMITE DISEÑAR MEJORES ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO, ESPECIALMENTE PATOLOGIA ONCOLOGICA

### 2. RESPONSABLE ..... NURIA LOPEZ DIU

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. OBSTRETRICIA Y GINECOLOGÍA
- Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTRETRICIA Y GINECOLOGIA
- RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTRETRICIA Y GINECOLOGIA
- RODRIGO CONDE CESAR. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTRETRICIA Y GINECOLOGIA
- JIMENEZ BLANCO COVADONGA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTRETRICIA Y GINECOLOGIA
- VERA ALVAREZ JESIS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA
- BURILLO CORDERA MIGUEL ANGEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Como en todos los procesos en el ámbito sanitario conocer los problemas a los que nos enfrentamos nos permite diseñar mejores estrategias de diagnostico, tratamiento y seguimiento. La patología oncológica es un claro ejemplo de ello y sobre todo teniendo en cuenta el carácter multidisciplinar que comporta. Por lo tanto se plantea la imperiosa necesidad de iniciar una recogida de información sobre la incidencia de los distintos tumores ginecológicos de nuestra zona de referencia. En este proyecto nos gustaria incluir la promoción de la creación de bases de datos y registros de tumores ginecológicos propios, la homogenización de protocolos y vías clínicas, el impulso de la formación continuada, investigación y publicaciones científicas

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Realizar un registro de tumores ginecológicos.  
-Instauración de un comité multidisciplinar, inexistente en la actualidad en el Hospital San Jorge de Huesca, de tumores ginecológicos.  
-Mejorar el seguimiento e información alas pacientes sobre el estado de su enfermedad.

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. . Formación del comité. Todos los miembros.

- . Diseño de la base de datos. Núria Lopez e Isabel Negredo.
- . Presentación de la base y variables a recoger. Jose Manuel Ramón y Cajal
- . Recogia de datos. Todos los componentes del grupo.
- . Seguimiento e introducción de cambios en la base si se precisa.Cesar Rodrigo
- . Análisis de las variables recogidas. Miguel Angel Burillo.
- . Presentación de resultados al comité. Jesús Vera.
- . Nuevas propuestas y diseño de protocolos. Isabel Negredo y Núria Lopez.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° pacientes con tumores ginecológicos en el registro de tumores ginecológicos/n° pacientes con tumores ginecológicos en más del 95%.  
2. N° de pacientes con tumores ginecológicos comentados en un comité multidisciplinar en más del 95%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril -Junio 2011: Diseño del comité y de la base de datos. Presentación de la base de datos a todos los miembros del servicio implicados ne el proceso oncológico. Lluvia de ideas y mejora de dicha base.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 481

CONOCER LOS PROBLEMAS A LOS QUE NOS ENFRENTAMOS NOS PERMITE DISEÑAR MEJORES ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO, ESPECIALMENTE PATOLOGIA ONCOLOGICA

A partir Julio 2011: Recogida de datos de tumores de nuevo diagnóstico

Enero- Febrero 2012: Presentación a todos los miembros del servicio implicados en el proceso oncológico. Mejoras sobre las bases de datos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Programa para creación de base de datos File maker pro .....	415 €
· ordenador portatil .....	600 €
Total .....	1.015 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

RESIDENTE TITULAR NO PUEDE SER. YA EXISTE REGISTRO DE TUMORES. SI NECESITAN ALGUN DATO HABLAR CON ÉL.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 423

EVALUACION Y VALIDACION DE RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION APLICABLE A LOS FACULTATIVOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LOPEZ LONGO
- Profesión ..... OTROS
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. LABORATORIO A. CLINICOS
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PALACIN BURREL SILVIA. ADMINISTRATIVA. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A. CLINICOS
  - GARUZ BALLARIN MARIA DOLORES. ADMINISTRATIVA. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A. CLINICOS
  - MORENO MARIN INMACULADA. ADMINISTRATIVA. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A. CLINICOS
  - FERRER GIMENEZ MARGARITA. MEDICO. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A. CLINICOS
  - NASARRE JORDAN MARIA JOSE. MEDICO. HSJORGE HUESCA. LABORATORIO A. CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El plan se dirige a la utilización de tecnología adecuada y suficiente junto con un plan de acción de incremento de la resolución de las consultas, tanto en Atención Primaria como Especializada, mediante accesibilidad y mejora de la tecnología de la que disponemos. En el año 2009 se realizó una encuesta sobre el grado de satisfacción de los usuarios del laboratorio. La encuesta estaba dirigida a los facultativos solicitantes de nuestro servicio. Una segunda encuesta se ha realizado en el año 2010. Ambas encuestas han detectado varias oportunidades de mejora. Las conclusiones de dichas encuestas serán muy útiles para conocer los posibles problemas que puedan tener los facultativos en todo lo relacionado con el Laboratorio, tanto en lo que refiere a los análisis realizados como a consultoría, reuniones, nuevas técnicas, etc.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocimiento que sobre el Laboratorio tienen nuestros facultativos del Hospital. Solucionar los problemas que puedan surgir cada día y que afectarían a los médicos solicitantes y a sus pacientes. Establecimiento de reuniones periódicas con los clínicos. Implantación de nuevas técnicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Continuación del estudio de la encuesta realizado en el año 2010. Recopilación de los datos, estudio estadístico de los mismos. Conclusiones. Respuesta a las encuestas de los facultativos que así lo deseen, pues aunque las encuestas son anónimas, algunos facultativos han indicado sus datos y han planteado preguntas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilizaremos dos indicadores principales :
- % de facultativos que responde a la encuesta (se ha enviado la encuesta a todos los facultativos del Hospital)
  - % de facultativos que están satisfechos o muy satisfechos con nuestro servicio (Grado de satisfacción general con el Laboratorio)
- Estudiaremos también otros indicadores secundarios que quedan reflejados en la encuesta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración prevista del Proyecto de Mejora es de Marzo a Diciembre 2011. Dado que la encuesta se envió el año 2010 durante el primer semestre del año 2011 se hará el estudio estadístico de los resultados enviados y durante el segundo semestre el estudio de las conclusiones.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- FAX/Fotocopiadora ..... 150 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 423

EVALUACION Y VALIDACION DE RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCION APLICABLE A LOS FACULTATIVOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Total ..... 150 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
MOTIVACION ISO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

587

### PROTOCOLO DEL SINCOPE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, COORDINACION CON OTROS SERVICIOS Y OPTIMIZACION DE CONSULTAS

#### 2. RESPONSABLE ..... DAVID MEJIA ESCOLANO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCOTA VILLANUEVA JAVIER. MEDICO. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- FANLO PERALTA TERESA. ENFERMERA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- BLESIA CLAVERO ELENA. MEDICO. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. URGENCIAS
- POVEDA SERRANO PILAR. MEDICO. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. URGENCIAS
- ZAZO ROMOJARO MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sincope se define como una perdida de conciencia transitoria con abolición del tono muscular y con recuperación completa y espontánea en un intervalo corto de tiempo y que es debida a una reducción aguda, critica y transitoria del flujo sanguíneo cerebral.

El sincope plantea tres problemas fundamentales, el primero es su frecuencia; supone un 3% de los cuadros clínicos vistos en el servicio de urgencias; el segundo es diagnóstico en un 30-40 % no se llega a un diagnóstico en un primer tiempo y el paciente o bien es ingresado o bien en otros casos se remite al médico de Atención Primaria para que desde allí se continúe el estudio, solicitando nuevas pruebas complementarias y/o remitiendo al paciente a consultas externas con la correspondiente demora; el tercero es pronóstico, que es muy variable, desde un cuadro benigno a ser precursor de muerte súbita en pacientes con cardiopatía (también habría que considerar la morbilidad causada por las caídas secundarias al sincope).

Por los motivos anteriores consideramos oportuno la creación de un protocolo de manejo del sincope coordinando varios servicios intentando evitar tanto las demoras diagnósticas, como los ingresos no indicados, mejorando la atención al paciente y optimizando los recursos de los que disponemos en nuestro hospital.

Así mismo también sería positivo realizar una unificación de criterios respecto a este cuadro para realizar su diagnóstico y tratamiento de una manera reglada haciendo que haya el menor número de diferencias entre los distintos profesionales.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

##### 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar manejo del cuadro

Disminuir el tiempo de espera del paciente a consulta especializada

Disminuir el número de ingresos

Aumentar el número de pacientes diagnosticados de forma precoz, evitando posibles casos de muerte súbita

##### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación protocolo manejo sincope

Comunicación en sesión urgencias

Reuniones para valoración seguimiento mayor de 4

Creación base de datos

Valoración resultados

##### 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº casos vistos en Urgencias

Nº casos ingresados

Nº casos remitidos a consultas y la pertinencia de los mismos y en cuantos de ellos se ha llegado a un diagnóstico del cuadro

Comparar con un semestre del año anterior

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 587

**PROTOCOLO DEL SINCOPE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, COORDINACION CON OTROS SERVICIOS Y OPTIMIZACION DE CONSULTAS**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer mes protocolo e implantación  
Mayo - julio reevaluación y corrección  
Octubre reevaluación  
Diciembre recogida de datos y comprobación y ver resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· FUNGIBLE ..... 200 €  
Total ..... 200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
FUNGIBLE???

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 641

1. TÍTULO

**ADECUACION DE LOS CONTENEDORES DE MUESTRAS BIOLÓGICAS: MEDICIÓN DE LAS TEMPERATURAS Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA TOMA DE MUESTRAS EN LOS CENTROS DE SALUD HASTA SU LLEGADA A LOS LABORATORIOS**

2. RESPONSABLE ..... ANA MILAGRO BEAMONTE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LOPEZ LONGO MARIA JOSE. FARMACEUTICA/BIOLOGA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. L. ANALISIS CLINICOS
- GARCIA CASTAÑÓN SANDRA. QUIMICA/BIOQUIMICA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS
- LAVIÑA FAÑANAS CONCHA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. LABORATORIO ANALISIS CLINICOS
- PEREZ SANCHEZ DIEGO. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. L. MICROBIOLOGIA
- MARTINEZ LOPEZ INMACULADA. TECNICO LABORATORIO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. L. MICROBIOLOGIA
- FERRERO CANCER MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. L. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La incorporación de nuestros Laboratorios a la Acreditación según la norma ISO15189 nos hizo replantear el estado de los contenedores de muestras procedentes de los Centros de Salud. Hemos tenido que modificarlos y asegurarnos que llegaban a los Laboratorios en condiciones de temperatura y tiempo adecuados. Para ello utilizamos "dataloggers".

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de las condiciones de llegada de las muestras en cuanto a su control de temperatura. Mejora y control del tiempo desde que tiene lugar la toma de muestras hasta su llegada a los Laboratorios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Formación para una correcta utilización de los "dataloggers" en los puntos de extracción de los Centros Periféricos. Formación para un correcto seguimiento de la lectura de los "dataloggers" en la recepción de muestras de los Laboratorios. Comunicación fluida entre el personal de recepción de muestras y los puntos de extracción periféricos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de Centros Periféricos cuyos "dataloggers" cumplen los requisitos establecidos por los Laboratorios en cuanto a temperatura de las neveras > 80%

% de Centros Periféricos cuyos "dataloggers" cumplen los requisitos establecidos por los Laboratorios en cuanto a tiempo de llegada de las neveras > 80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se inició la adecuación para los envíos desde los centros periféricos en Marzo 2010 y se preve finalizar en Diciembre 2011 con la incorporación de todos los centros de toma de muestras del sector.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- |   |         |
|---|---------|
| · Beca para asistencia a Congreso Calidad ..... | 1.000 € |
| · Poster para Congresos .....                   | 80 €    |
| Total .....                                     | 1.080 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
SECTOR INSCRIPCON CONGRESOS ISO

1. TÍTULO

**CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA**

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MONGE MIRALLAS
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. RADIOLOGIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MIRAVETE VALIENTE MARIA JESUS. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE". RADIOLOGIA
  - FRIAS CORREDOR ANTONIO. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE". RADIOLOGIA
  - ALASTRUEY LAIRLA EVA. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE". RADIOLOGIA
  - NUÑO MORER FELIPE. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE". RADIOLOGIA
  - TORRES PALACIN MIGUEL ANGEL. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE". RADIOLOGIA
  - ALASTRUEY LASOBRAS MARIA PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE". RADIOLOGIA
  - GARCIA CERNUDA VERONICA. ENFERMERIA. HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE". RADIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Habíamos detectado que un número importante de pacientes acudían a nuestro Servicio desconociendo buena parte de la naturaleza, las características y el procedimiento de la exploración radiológica que se les iba a realizar; no acudiendo con una buena preparación y desconociendo la importancia de la suspensión de la toma de "Metformina" previamente a la administración del contraste yodado.

Las encuestas de opinión realizadas a los usuarios de nuestro Servicio, han demostrado una gran satisfacción con la información recibida a través de una entrevista telefónica previa a la exploración radiológica con contraste yodado, así como con la información recibida por el personal de Enfermería durante la realización de la prueba.

Experiencias llevadas a cabo en otros centros hospitalarios y en nuestro Servicio de Radiología, demuestran la eficacia y la eficiencia de la implantación de una consulta de Enfermería o de la entrevista telefónica previa a la realización de la prueba en Servicios de Radiodiagnóstico, tanto en lo que respecta a la mejora de la información a los usuarios, como en la detección y solución de las necesidades planteadas por nuestros pacientes o como en la identificación de problemas y riesgos relacionados c

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. • 154 Entrevistas telefónicas a pacientes pendientes de realizarse una urografía
- 116 Encuestas de valoración
  - Detección de 15 pacientes que tomaban metformina y 29 con alergias previas.
  - 3 Reuniones de trabajo de los componentes de la Unidad
  - Elaboración de los protocolos de realización de la entrevista telefónica previa a la realización de una prueba radiológica y de la encuesta de valoración del proceso.

Indicadores:

154 pacientes atendidos telefónicamente x 100  
= 64%

238 pacientes susceptibles de ser atendidos

116 encuestas de satisfacción recibidas x 100  
= 88%



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

608

### CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

131 encuestas de satisfacción entregadas

Queda pendiente la elaboración del "Manual de funcionamiento de la Consulta Radiológica" en el caso de poder disponer de "espacio físico" para la misma.

Se han utilizado 300 € en la adquisición de un ordenador portátil como herramienta de trabajo para el programa.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Continuar con la realización de las entrevistas telefónicas previas a pacientes citados a una prueba radiológica con administración de contraste yodado.
- Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con la asistencia dispensada en el Servicio.
  - Evaluación de la utilidad y funcionamiento de la Consulta por parte de Enfermería y otros miembros de la Organización.

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- Elaboración de un manual de funcionamiento de la Consulta de Enfermería Radiológica que recoja el tipo de pacientes susceptibles de ser atendidos en dicha Consulta, el contenido de la misma y las competencias que ha de desarrollar el enfermero responsable.
- Implantación física de la Consulta de Enfermería Radiológica.
- Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con la atención dispensada en la Unidad.
- Evaluación de la utilidad y funcionamiento de la Consulta por parte de los propios enfermeros de la Unidad y por otros miembros de la organización

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

Número de pacientes atendidos telefónicamente x 100

Número de pacientes susceptibles de ser atendidos

Número de encuestas de satisfacción recibidas x 100

Número de encuestas de satisfacción entregadas

#### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ACTIVIDAD FECHA

- 1.- Puesta en común e información al grupo de trabajo: Abril 2011
- 2.- Diseño del manual Mayo 2011
- 3.- Trabajo de los grupos en entrevistas telefónicas previas y realización de encuestas de evaluación Abril - Diciembre 2011
- 4.- Elaboración de un póster informativo sobre la "Metformina" y su implicación en pruebas radiológicas con contraste yodado: Junio 2011
- 5.- Monitorización de indicadores, obtención de resultados y evaluación del proceso: Diciembre 2011

#### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 608

CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

· IMPRENTA Y PAPELERIA .....	500 €
Total .....	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
MIRAR EL AÑO PASADO SIMILAR FELIPE NUÑO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 351

1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE INCIDENCIAS Y TAREAS EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL SECTOR HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MONTERO ALONSO
- Profesión ..... OTROS
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE INFORMÁTICA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. TECNICO DE INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE INFORMATICA
- ALMAZAN RUBIO MARIA CIELO. TECNICO DE INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE INFORMATICA
- BLANCO LAIN MARIA JOSE. TECNICO DE INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE INFORMATICA
- VIBAN FORTUNY JESUS. TECNICO DE INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE INFORMATICA
- BENTUE SATUE FRANCISCO JAVIER. TECNICO DE INFORMATICA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE INFORMATICA
- VICENTE MARTINEZ JOSE MANUEL. TECNICO DE INFORMATICA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. SERVICIO DE INFORMATICA
- PUEYO MOY MARIA ISABEL. TECNICO DE INFORMATICA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. SERVICIO DE INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las organizaciones dependen cada vez más de las Tecnologías de la Información para alcanzar sus objetivos corporativos.

El servicio de Informática del Sector Huesca atiende fallos en hardware o software, y otras peticiones de servicio como altas de empleados en distintos aplicativos, cambios de clave, peticiones de explotación de información, desarrollos a medida, etc. Si esta labor de apoyo diario no se sistematiza se depende mucho de la capacidad y organización de cada técnico y no se reutiliza todo el conocimiento empleado en resolver incidencias pasadas, no se realiza un gestión eficiente del esfuerzo y tiempo dedicado a cada tarea.

El uso de una herramienta de Gestión de Incidencias tiene tres objetivos básicos:

- Minimizar los periodos de fuera de servicio (Imposibilidad de utilizar el equipo, imposibilidad de utilizar una aplicación).
- Registrar la información relevante de todas las incidencias (Para constituir una base de conocimiento).
- Incorporar las mejores prácticas de forma sistemática (Dar herramientas a los técnicos para resolver con mayor facilidad incidencias que ya sucedieron en algún momento).

La gestión de incidencias es un área de procesos perteneciente a la Gestión de Servicio TI. El primer objetivo de la gestión de incidentes es recuperar el nivel habitual de funcionamiento del servicio y minimizar en todo lo posible el impacto negativo en la organización de forma que la calidad del servicio y la disponibilidad se mantengan.

Los incidentes que no pueden ser resueltos rápidamente por el equipo de ayuda al usuario, son asignados a un especialista del equipo de soporte técnico. La resolución del incidente debe ser ejecutada lo antes posible para restaurar el servicio rápidamente.

La Biblioteca de Infraestructura de Tecnologías de Información, frecuentemente abreviada ITIL (del inglés Information Technology Infrastructure Library), es un conjunto de conceptos y prácticas para la gestión de servicios de tecnologías de la información, el desarrollo de tecnologías de la información y las operaciones relacionadas con la misma en general. ITIL da descripciones detalladas de un extenso conjunto de procedimientos de gestión ideados para ayudar a las organizaciones a lograr calidad y eficiencia en las operaciones de TI. Estos procedimientos son independientes del proveedor y han sido desarrollados para servir como guía que abarque toda infraestructura, desarrollo y operaciones de TI.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

351

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE INCIDENCIAS Y TAREAS EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL SECTOR HUESCA

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Reducción del impacto de las incidencias sobre la organización.
- Uso más eficiente de los recursos de personal.
  - Posibilidad, por parte de todos los componentes del servicio, de informar al usuario sobre el estado de una incidencia que no traten ellos mismos.
  - Mejorar la coordinación en el trabajo evitando interferencias entre compañeros al ser requeridos para tratar la misma incidencia por parte del usuario afectado.
  - Base de conocimiento que mejore el nivel y tiempo de respuesta de las incidencias.
  - Usuarios más satisfechos.
  - Mayor visibilidad del trabajo realizado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a implantar un sistema de gestión de incidencias que utilizará el servicio de informática. La metodología de trabajo será la siguiente:

- Registrar la incidencia: quién informa del problema, síntomas, equipo involucrado, etc. (Todos los miembros)
- Clasificar la incidencia y asignar el trabajo a realizar a un grupo de soporte o a un técnico. (Todos los miembros)
- Investigar la causa de la incidencia y compararla con otras incidencias parecidas. (Todos los miembros)
- Documentar la solución, anexas ficheros con información relacionada y cerrar la incidencia. (Todos los miembros)
- Elaborar informes, que ayuden a conocer qué está sucediendo y a mejorar el proceso.

(Gemma Montero)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Con el sistema gestor de incidencias se podrá comparar los tiempos empleados en resolver una incidencia en los tres primeros meses de implantación de la aplicación con el tiempo empleado en los últimos tres meses. Con la base de conocimiento generada y los procedimientos estándares creados para resolver las incidencias más comunes o recurrentes el tiempo empleado en resolver este tipo de incidencias debe haber descendido drásticamente.

- Otro indicador a tener en cuenta es la desaparición de incidencias recurrentes debidas a fallos de hardware/software. Si se detectan incidencias comunes causadas por el mal funcionamiento de un equipo o programa se trabajará en eliminar el foco que crea la incidencia para evitar que se vuelva a reproducir.
- Resolución definitiva de la incidencia. Se realizará una comparativa del número de incidencias de los tres primeros meses que fueron reabiertas, con el número de incidencias reabiertas en los tres últimos meses.
- Minimizar el número de veces que el usuario afectado ha de contactar con informática para consultar o reclamar sobre el estado de la incidencia.
- Percepción por parte de los usuarios. Se realizará un sondeo entre distintos servicios para analizar si se ha percibido una mejoría en el servicio de informática.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el mes de marzo-abril se realizará la configuración y puesta en marcha del sistema de gestión de incidencias
2. En mayo, junio y julio se analizarán los primeros resultados del proyecto para evaluar problemas e implantar mejoras
3. Dependiendo de los resultados obtenidos en los seis primeros meses, se plantea la posibilidad de permitir que los usuarios puedan introducir ellos mismos las incidencias a través de la aplicación.
4. Al año se realizará una evaluación de la implantación del gestor de incidencias, los resultados conseguidos y las posibles acciones de mejora para el siguiente año.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 351

**PROYECTO DE MEJORA DE LA GESTION DE INCIDENCIAS Y TAREAS EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL SECTOR HUESCA**

· Dispositivos móviles para la introducción de incidencias .....	1.500 €
Total .....	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
MATERIAL INFORMATICO Y MÓVILES???

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL MONTORO HUGUET
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA
  - OLIVAN LORENZO. ENFERMERO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS
  - VERA JESUS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
  - DE GUEVARA TERESA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
  - PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
  - LERA OMISTE INMACULADA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
  - MARTINEZ FABRE DANIEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Enfermedad Celíaca (EC) es una forma de enteropatía que afecta a individuos genéticamente predispuestos, al entrar en contacto con alimentos que contienen gluten.

El contacto de la mucosa intestinal con el gluten conduce a la aparición de un daño en la mucosa cuyo espectro oscila desde casos en los que únicamente se aprecia un aumento de la población de linfocitos intraepiteliales (enteritis linfocítica), hasta formas avanzadas de atrofia vellositaria. Cualquiera de las formas histológicas de la enfermedad, incluso las formas más leves, pueden cursar con diversos estados carenciales, incluyendo anemia, osteopenia u osteoporosis y un amplio abanico de síntomas digestivos y extradi digestivos. Todas estas manifestaciones, así como las alteraciones serológicas e histológicas, mejoran sensiblemente e incluso llegan a desaparecer al retirar el gluten de la dieta, reapareciendo al introducir de nuevo este elemento en la alimentación.

Diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo en Europa y EE.UU permiten estimar que la prevalencia de EC en el momento actual oscila entre el 1-2%. Nueve de cada diez casos, sin embargo, permanecen sin diagnóstico. En Aragón existen 1.200 familias registradas con el diagnóstico de EC, lo que supone que al menos 9.000 personas permanecen sin diagnosticar, situación extrapolable al resto de nuestro país. En el año 2008, por iniciativa de Bernat Soria, ex Ministro de Sanidad, un equipo interdisciplinar desarrolló un Protocolo de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celíaca en España (enlace en [www.aegastro.es](http://www.aegastro.es)). La implantación de este protocolo en nuestra Unidad ha tenido un impacto muy positivo en términos de un incremento importante en el número de nuevos diagnósticos, contribuyendo a desenmascarar organicidad que permanecía oculta bajo la apariencia de un "trastorno funcional digestivo" (TFD), incluyendo casos de pirosis funcional, dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable (SII) con predominio de diarrea y otros cuya expresión clínica fundamental eran manifestaciones extraintestinales (anemia, osteoporosis, depresión). Por otro lado el "efecto llamada" ha condicionado la necesidad de investigar a familiares de primer grado de pacientes afectados de EC, un 25-30% de los cuales son portadores de la misma enfermedad cuando comparten los haplotipos DQ2-DQ8 del sistema HLA.

La aplicación del protocolo en nuestra Unidad ha supuesto un incremento en el consumo de recursos, en términos de pruebas de laboratorio (anticuerpos antitransglutaminasa de tipo IgA, haplotipos DQ2-DQ8 del sistema HLA), procedimientos endoscópicos e inmunotinciones para linfocitos intraepiteliales CD3 en las muestras de biopsia duodenal. Todo ello ha repercutido en un incremento en el número de gastroscopias del 12% en relación al ejercicio del año previo, contribuyendo a la aparición de una demora prospectiva > 60 días para esta técnica, así como un aumento notable en las pruebas del aliento para la investigación de Helicobacter Pylori (condición que puede provocar lesiones histológicas duodenales similares a las observadas en formas leves de enteropatía sensible al gluten) y test adicionales para la exclusión de malabsorción de azúcares (lactosa y fructosa) y de sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SBI), entidades frecuentemente asociadas a la EC y que pueden explicar la persistencia de algunos síntomas tras el abandono del gluten en la dieta. Enfermos que antes eran derivados a sus médicos de cabecera con un diagnóstico de "enfermedad funcional digestiva" ahora son sometidos a un seguimiento estricto que

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

explica, por otra parte, el incremento en la relación sucesivas/primeras en 35 centésimas, en relación al ejercicio previo. Finalmente, es un hecho bien conocido, que las lesiones histológicas características de la EC no son patognomónicas de esta enfermedad y que un manejo y/o interpretación inadecuada de esta información puede conducir a una tasa inapropiada de falsos diagnósticos en pacientes que en realidad padecían otra enfermedad.

Por todas estas razones, estimamos muy conveniente la apertura de un registro de pacientes que permita evaluar de un modo retrospectivo (casos históricos) y prospectivo (nuevos casos) a todos los pacientes en quienes se han detectado lesiones histológicas duodenales, estratificadas por grados (clasificación de Marsh), con el doble propósito de evaluar el consumo de recursos hasta el momento en que se inició la evaluación en nuestro Centro (muchos pacientes habían realizado numerosas consultas facultativas en otros ámbitos) y proporcionar información acerca del diagnóstico final de su proceso, después de llevar a cabo una evaluación sistemática de su condición clínica. Todo ello permitirá diferenciar aquellos casos que finalmente cumplieron criterios para un correcto diagnóstico de enteropatía sensible al gluten, de aquellos otros en los que la presencia de lesiones histológicas duodenales fue finalmente atribuida a otras entidades que cursan con lesiones similares y/o indistinguibles de la EC. El proyecto ARAETEA nace como una experiencia "piloto" que ya ha sido presentada y discutida en la Fundación ARAINF, que preside el Dr. Gomollón del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza con la idea de que pueda ser extrapolada a otros hospitales de Aragón, con fines de investigación, una vez se haya acumulado la experiencia suficiente en el registro e interpretación de casos en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se trata de un proyecto nuevo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El proyecto ARAETEA permitirá recabar información acerca de los siguientes aspectos relativos a los pacientes con lesiones histológicas duodenales (LHD):

- (1) Conocer la proporción de pacientes que fueron erróneamente diagnosticados de un trastorno funcional digestivo (TFD) antes de iniciar una evaluación sistemática de su sintomatología de acuerdo con el Protocolo de Diagnóstico Precoz del Ministerio de Sanidad
- (2) Investigar el consumo de recursos (directos e indirectos) de todos estos pacientes hasta que fueron incluidos en el programa.
- (3) Conocer los diferentes patrones de presentación de la EC, también denominada enteropatía sensible al gluten (ESG), siguiendo la clasificación propuesta por Kelly E. McGowan, BHS, Derek A. Castiglione, J. Decker Butzner, MD [Department of Pediatrics, University of Calgary, Calgary, Canada en su artículo: "The Changing Face of Childhood Celiac Disease in North America: Impact of Serological Testing" [ <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/124/6/1572>] con el fin de conocer el "NUEVO ROSTRO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA" en nuestro ámbito.
- (4) Facilitar información acerca del porcentaje de pacientes que responden adecuadamente a la dieta sin gluten después de establecer un hipotético diagnóstico de ESG de acuerdo con criterios clínicos, serológicos (o genéticos) e histológicos.
- (5) Informar del porcentaje de casos que presentan una respuesta sintomática parcial y llevar a cabo una búsqueda intencionada de todas aquellas condiciones clínicas asociadas a la ESG que pueden explicar la persistencia de los síntomas
- (6) Conocer qué proporción de enfermos con un hipotético diagnóstico de ESG no responden en absoluto a la dieta sin gluten, así como los resultados de una evaluación sistemática de las causas de no respuesta incluyendo la supervisión de la dieta por nutricionista, y la investigación (exclusión) de otras entidades causantes de enteritis linfocítica y/o atrofia vellositaria, distintas de la EC, de acuerdo con el protocolo recomendado al efecto por la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) [Santiago Vivas, Santos Santolaria. Enfermedad celíaca. En Ponce et al. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª edición. Barcelona. Elsevier-Doyma, 2011: 265-78 ]
- (7) Proporcionar un protocolo de actuación ante los casos de enfermedad celíaca refractaria definida por los criterios propuestos por Richard J. Farrell MD y Ciarán P. Kelly MD [Symptomatic severe small intestinal villous atrophy that mimics celiac sprue but does not respond primarily or secondarily to a strict gluten-free diet for at least 6 months and is not explained by other causes of villous atrophy or overt intestinal lymphoma] y conocer la verdadera prevalencia de este trastorno y su respuesta a las diferentes alternativas terapéuticas propuestas para el manejo de esta entidad.

Todos estos objetivos responden a la propuesta de mejora de resultados de la atención consignados en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD en los siguientes términos:

- a. Oportunidades de mejora detectadas en la evaluación del contrato de gestión [El proyecto ARAETEA figura como 3º objetivo de calidad en el contrato de

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

gestión de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología del Hospital San Jorge de Huesca para el ejercicio del año 2011]

b. Mejora de los procesos asistenciales que determinan la atención recibida por los pacientes, especialmente implícita en el seguimiento de un protocolo estructurado (ver anexos 1-6) necesario para el registro de las diferentes variables contempladas en la base de datos diseñada con este fin.

c. Mejora en la seguridad de los pacientes, mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuyan el riesgo de sobrediagnosticar casos de enfermedad celiaca (enteropatía sensible al gluten) sin el debido criterio clínico.

d. Llevar a cabo una autoevaluación de la gestión clínica llevada a cabo en nuestra Unidad en relación con esta patología, siguiendo el modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) por parte de equipos de atención primaria, centros sanitarios, servicios o Unidades con la perspectiva de implantar las acciones de mejora necesarias y de extrapolar la experiencia de este proyecto a otros hospitales de nuestra Comunidad Autónoma

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los objetivos previstos en el programa de calidad implican el desarrollo de una aplicación informática original (base de datos) sustentada en un sistema de preguntas y respuestas estructuradas para responder a todas las cuestiones planteadas.

"Register of patients with duodenal histological lesions including those compatible with gluten sensitive enteropathy or celiac disease".

[Note book data collection]

La Unidad 1 ["BEFORE ESTABLISHING THE DIAGNOSIS" ] permite recabar información relativa al consumo de recursos antes de que el paciente fuese incluido en el protocolo de evaluación e incluye aspectos relativos al ámbito de procedencia del paciente, visitas facultativas previas, pruebas complementarias realizadas, consumo de fármacos y diagnósticos previamente formulados antes de iniciar la evaluación sistemática del caso.

La Unidad 2 ["PATIENT CHARACTERISTICS AT THE TIME OF DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS"] permite recoger toda la información relativa al tiempo de evolución de la enfermedad (permitirá calcular el promedio de tiempo que media entre el comienzo de los síntomas y el momento del diagnóstico), los diferentes patrones de presentación de la enfermedad, incluyendo (a) patrón clásico (excepcional hoy en día); (b) Manifestaciones gastrointestinales inespecíficas; (c) Manifestaciones extraintestinales (anemia, osteoporosis, infertilidad..) y (d) "Efecto llamada" en familiares de 1º o 2º grado de enfermos con enteropatía sensible al gluten o coexistencia de otras enfermedades autoinmunes que han sido el verdadero motivo de la investigación.

La unidad 3 [INITIAL OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS] permite recoger toda la información relativa a los casos en quienes se identificaron alteraciones morfológicas en la biopsia duodenal y presentaron regresión tanto de los síntomas, como de las lesiones histológicas, tras adoptar medidas específicas adecuadas al diagnóstico de base. Incluye esencialmente aquellos casos etiquetados como portadores de una enteropatía sensible al gluten, y aquellos en los que las lesiones se atribuyeron finalmente a una infección por Helicobacter Pylori (una causa reconocida de enteritis linfocítica).

La Unidad 4 [ADVANCED OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS] recoge el protocolo de evaluación sistemática de aquellos casos que presentan un alivio parcial de los síntomas [PARTIAL SYMPTOMATIC RESPONSE]. Incluye aspectos relativos a la revisión de la dieta por nutricionista, y resultados de pruebas estandarizadas para la detección de condiciones clínicas asociadas a la enfermedad celiaca (malabsorción de lactosa y fructosa, sobrecrecimiento bacteriano intestinal, insuficiencia exocrina del páncreas, colitis microscópica y síndrome de intestino irritable) y que pueden ser responsables de la persistencia de algunos síntomas.

La Unidad 5 [ADVANCED OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS (2): NO CLINICAL RESPONSE] permite recopilar toda la información concerniente a los pacientes con un hipotético diagnóstico de enteropatía sensible al gluten que no responden en absoluto a la dieta (al menos 6 meses) e incluye aspectos relativos al grado de cumplimiento del régimen (exención de gluten y de lactosa) y propuesta de nueva biopsia duodenal. Los resultados de la nueva biopsia intestinal son, en este caso, determinantes del protocolo a seguir. Si la biopsia muestra regresión o mejoría notable de las lesiones, otras condiciones clínicas deben ser investigadas, incluyendo nuevamente malabsorción de azúcares, sobrecrecimiento bacteriano intestinal e insuficiencia exocrina del páncreas. Si la biopsia duodenal muestra persistencia de las lesiones objetivadas en la 1ª biopsia, ésta debe ser revisada por un patólogo experto para excluir cualquier otra entidad nosológica responsable de atrofia vellositaria, además de investigar la presencia de Giardia Lamblia en



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

el cultivo del aspirado duodenal y la alergia a las proteínas de la leche de la vaca, entidades a menudo insospechadas y causantes de atrofia de vellosidades.

La Unidad 6 [REFRACTORY SPRUE] se circunscribe únicamente a aquellos pacientes que cumplen criterios de esprue refractario

- (1) "Presence of severe small intestinal villi atrophy that mimics celiac disease";
- (2) The patient does not respond to at least six months of a strict gluten-free diet y
- (3) The patient's clinical condition is not accounted for by other causes of villus atrophy (see Unit 5) or overt intestinal lymphoma y permitirá evaluar caso a caso todos los pacientes con criterios reales de refractariedad, su presentación y evolución clínica y sus resultados en respuesta a las diferentes terapias descritas, tanto para el tipo 1 como para el tipo 2.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El presente proyecto se basa en la cumplimentación de una base de datos electrónica compuesta de 6 módulos de información. Los indicadores que permitirán evaluar y monitorizar el grado de cumplimiento del programa son:

- (1) Evaluación prospectiva ("casos nuevos") : % de pacientes con lesiones histológicas que han sido evaluados entre el global de pacientes identificados/ año. Se estima que el cumplimiento será óptimo cuando el valor sea superior al 75%:

[% de pacientes evaluados / nº total de pacientes identificados con lesiones histológicas duodenales / año > 75%]

- (2) Evaluación retrospectiva ("casos históricos"): % de pacientes con lesiones histológicas que han sido evaluados entre el global de pacientes identificados/año. Se estima que el cumplimiento será óptimo cuando el valor sea superior al 50%:

[% de pacientes evaluados / nº total de pacientes identificados con lesiones histológicas duodenales / año > 75%]

En la base de datos de la Unidad de Endoscopias ("ENDOBASE") se acumula toda la información relativa a los resultados de las biopsias tomadas a los pacientes en quienes se ha realizado un procedimiento endoscópico. Ello permite obtener el cómputo global de pacientes en quienes se han detectado lesiones histológicas y por lo tanto calcular el % de pacientes evaluados en relación al total de casos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. (1) Diseño del cuaderno de recogida de datos (1/abril/2011). Se adjunta el borrador a la dirección de correo electrónico indicada en la Convocatoria. Se ha considerado conveniente su redacción en lengua inglesa con el único propósito de facilitar el modelo a los revisores de revistas especializadas donde puedan comunicarse los resultados. No es inhabitual y cada vez es más frecuente que el Comité editorial de las revistas internacionales, soliciten información del diseño y composición del CRD para examinar sus características, antes de aceptar los datos para su publicación.

- (2) Diseño de la aplicación informática (1 de julio de 2011)
- (3) Período de formación para la interpretación e introducción de datos en la aplicación informática (1 de abril-1 de Julio).
- (3) Fecha para el comienzo de la introducción de datos (15 de julio de 2011).
- (4) Presentación de primeros datos de la evaluación retrospectiva en la XVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología (Madrid, 2013).
- (5) Presentación de datos relativos a la evaluación prospectiva en la XVII Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología (Madrid 2014).
- (6) El registro no tiene prevista fecha de caducidad, salvo que la evolución del estado del conocimiento haga necesaria una actualización en su diseño y contenidos y permitirá acumular información de creciente valor epidemiológico a medida que pasen los años.

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. La composición del CRD ha sido redactado en lengua inglesa para adaptarse a las exigencias de los comités editoriales de las revistas especializadas. A menudo solicitan información acerca del proceso de validación y composición de las bases de datos para su revisión antes de aceptar los datos para su publicación. Se envía la composición de los diferentes módulos de información por correo electrónico para su revisión a la Unidad de Calidad del SALUD. [calidadensalud@aragon.es]

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

La composición del CRD ha sido redactado en lengua inglesa para adaptarse a las exigencias de los comités editoriales de las revistas especializadas. A menudo solicitan información acerca del proceso de validación y composición de las bases de datos para su revisión antes de aceptar los datos para su publicación. Se envía la composición de los diferentes módulos de información por correo electrónico para su revisión a la Unidad de Calidad del SALUD. [calidadensalud@aragon.es]

Researcher ID [ ]

## 1. GENERAL DATA.

- 1.1. Initials:  
1.2. Number of clinical history:  
1.3. Birth date: ----/----/----  
1.4. Gender: Male \_\_\_ Female \_\_\_  
1.5. Date of the registration: ( \_\_\_Day); ( \_\_\_Month); ( \_\_\_Year).  
1.6. Type of evaluation

Prospective + Retrospective

- 1.7. Prospective evaluation: YES \_\_\_ NO \_\_\_

## 2. UNIT 1 [BEFORE ESTABLISHING THE DIAGNOSIS]

- 2.1. How long has the patient been suffering symptoms?

< 12 weeks + 10-15 years  
12 weeks-6 months 15-20 years  
6 months-1 year 20-30 years  
1 -3 years > 30 years  
3-5 years 30-40 years  
5-10 years > 40 years

- 2.2. Was the patient evaluated previously for similar symptoms?

YES NO

Where?

Primary care +  
Gastroenterology Unit  
Internal Medicine  
Pediatrics  
Others

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

2.3. Has the patient ever consulted previously for other symptoms possibly related to the disease?

YES	+	NO	
Where?			Main reason (eg..)
Primary care	+		Dysthymia
Gastroenterology Unit			Altered liver test
Internal Medicine			Fatigue
Pediatrics			Growth retardation
Obstetry-Ginecology			Infertility
Psychiatry	+		Depression
Reumatology			Osteopenia
Hematology			Anemia
Neurology			Epilepsy
Others		-	

2.4. Has the patient undergone laboratory test to investigate the symptoms?

YES	+	NO
What?		
Blood count	+	
Biochemistry		
Haemostasis		
Iron metabolism		
Liver tests		

2.5. Has the patient undergone radiological examinations to investigate the symptoms ?

YES	+	NO
What?		
Plain abdominal radiographs	+	
Upper gastrointestinal radiograph		
Small bowel follow-through		
Barium enema		
Ultrasound		
Computed tomography (CT)		
Magnetic resonance imaging		
Others		

2.6. Has the patient undergone endoscopic examinations to investigate the symptoms?

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES + NO  
What?  
Esophagogastroduodenoscopy +  
Colonoscopy  
Enteroscopy  
Endoscopic capsule  
Endoscopic retrograde cholangiopancreatography  
Endoscopic ultrasound  
Others

2.7. Was the patient diagnosed before as having a Functional Gastrointestinal Disorder? [Rome Criteria ]

YES + NO  
What?  
Functional pirosis  
Functional dyspepsia  
Functional abdominal pain  
Functional abdominal distension  
Functional diarrhea  
Irritable bowel syndrome  
Diarrhea-predominant +  
Constipation-predominant  
Alternating pattern  
Functional constipation  
Anismus

2.8. Was the patient diagnosed before as having Inflammatory Bowel Disease?

YES + NO  
What?  
Crohn disease +  
Ulcerative colitis  
Indeterminate colitis  
Microscopic colitis  
Lymphocytic colitis +  
Colagenous colitis  
Paucicellular colitis

2.9. Did the patient take any medication to treat the symptoms?

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES + NO  
Which one?  
Prokinetics +  
Pump inhibitors proton  
Antiacids  
Psychotropic drugs  
Spasmolytic drugs  
Laxatives  
Antidiarrheal Drugs  
Iron salts  
Resincolestiramine  
Budesonide  
Corticosteroids  
Aminosalicylates  
Immunomodulators  
Biological therapy  
Alternative medicine  
Others

2.10. Did the patient lose work days because of the symptoms (days spent in medical consultations must be included)?

YES + NO  
1-7 days  
1-4 weeks +  
1-3 months  
3-6 months  
> 6 months

Please go to the Unit Two. Clinical presentation and Diagnosis

Researcher ID [ ]

3. UNIT 2 [PATIENT CHARACTERISTICS AT THE TIME OF DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS].

3.1. RELEVANT INFORMATION BEFORE ENDOSCOPY.

3.1.1. Who referred the patient?

Primary Care Physician +

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

Other gastroenterologist  
Internist  
Pediatrician  
Gynecologist  
Psychiatrist  
Rheumatologist  
Hematologist  
Neurologist  
Others

3.1.2. Is there a family history of celiac disease?

YES + NO

3.1.3. Is there a family history of inflammatory bowel disease?

YES + NO

Crohn disease  
Ulcerative colitis  
Indeterminate colitis  
Microscopic colitis

3.1.4. Is there a family history of autoimmune disease?

YES + NO

Diabetes mellitus type 1  
Autoimmune Hypothyroidism  
Lupus erythematosus  
Addison Disease  
IgA Nephropathy  
Autoimmune chronic hepatitis  
Idiopathic thrombocytopenic purpura  
Primary biliary cirrhosis  
Rheumatoid arthritis  
Sjögren Disease  
Psoriasis  
Others

3.1.5. Which is the main symptom of the patient? [Main reason for medical consultation].

3.1.5.1. PATTERN 1 [CLASSICAL PRESENTATION]

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES + NO

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.  
Chronic diarrhea associated with progressive weight loss or wasting. +  
Chronic diarrhea associated with growth retardation (> 10%)

3.1.5.2. PATTERN 2 [ATYPICAL INTESTINAL MANIFESTATIONS]

YES + NO

[Indicate only one of the following symptoms as the main reason for patient referral]

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.  
Dyspepsia  
Subtype (1) Epigastric pain  
Subtype (2) Postprandial distress.  
Nonspecific abdominal pain\* \*[It refers to non-localized abdominal pain]  
Abdominal Bloating  
Pyrosis and/or regurgitation  
Nausea and/or vomiting  
Constipation  
Chronic diarrhea\* [(Not associated with wasting or weight loss )]

3.1.5.3. PATTERN 3 [EXTRAINTESTINAL SYMPTOMS].

YES + NO

"The main reason for patient referral was one of the following conditions:".

[Indicate only one of the following clinical conditions as the main reason for patient referral]

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.  
Oral thrush  
Hyposplenism  
Kidney disease  
Menstrual and reproductive issues  
    Infertility  
    Repeat abortions  
    Early Menopause  
Arthritis  
Bone pain, history of fractures and / or osteopenia - osteoporosis well documented





## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

Cerebellar syndromes  
Progressive encephalopathy  
Leukoencephalopathy  
Epilepsy and calcifications  
Schizophrenia  
Microscopic colitis  
Inflammatory bowel disease  
Fibromyalgia  
Cardiomyopathy  
Infertility  
Abortions  
Chronic Fatigue Syndrome

3.1.6. According to the data referred, which was the pattern of presentation that prompted the investigation of the patient?

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.

Pattern 1 Classical presentation

+

Pattern 2 Atypical intestinal manifestations

Pattern 3 Extraintestinal symptoms.

Pattern 4 Silent presentation Symptoms may have been detected after a deliberate research, but were not the reason to suspect the disease.

3.1.7. Which are the symptoms and / or signs of the patient, after a careful assessment? [Include all symptoms and / or signs detected ]

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.

## GASTROINTESTINAL SYMPTOMS

Chronic diarrhea associated with progressive weight loss or wasting. +

Chronic diarrhea associated with growth retardation

Dyspepsia

Subtype 1 Epigastric pain

Subtype 2 Postprandial distress.

Nonspecific abdominal pain\*

Abdominal Bloating

Pyrosis and/or regurgitation

Nausea and/or vomiting

Constipation

Chronic diarrhea\*

\* [Not associated with wasting or weight loss ]

## NON-GASTROINTESTINAL SYMPTOMS

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

## ORAL SYMPTOMS

Oral thrush

## CUTANEOUS SYMPTOMS

Acne  
Psoriasiform lesions  
Nonspecific eczematous lesions  
Rosacea  
Urticaria  
Dermatitis herpetiformis

## JOINT AND BONE SYMPTOMS

Arthritis  
Bone pain  
Osteopenia / osteoporosis Well documented  
Recent or past history of fractures  
Growth retardation\* \*Short stature (>10%)  
Dental enamel defects

## NEUROMUSCULAR SYMPTOMS

Fibromyalgia  
Cramps  
Tetany

## NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS

Epilepsy  
Ataxia  
Paresthesias  
Depression  
Anxiety  
Distimia

## OBSTETRIC-GYNECOLOGIC SYMPTOMS

Infertility  
Repeat abortions  
Amenorrhea  
Early Menopause

## EYE SYMPTOMS

Dry eyes In possible relation to Sjögren  
Hemeralopia Due to malabsorption of Vit A

## CONSTITUTIONAL AND METABOLIC SYMPTOMS

Anorexia  
Weight loss  
Fatigue  
Asthenia  
Polyphagia  
Alopecia, hair fragility

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

## HEMATOLOGICAL SYMPTOMS

Haemorrhagic diathesis Due to malabsorption of Vit K  
Ecchymosis  
Epistaxis  
Hemorrhage

## CARDIOVASCULAR SYMPTOMS

Dyspnea  
Palpitations  
Chest pain

## 3.1.8. LABORATORY FINDINGS

[Include all the laboratory abnormalities]

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.

Normocytic anemia  
Iron deficiency anemia  
Hiposideremia  
Decreased levels of ferritin  
Macrocytic anemia  
Decreased levels of folic acid  
Decreased levels of Vit B-12  
Elevated liver transaminase levels  
Hypoalbuminemia  
Hypocholesterolemia  
Electrolyte disturbances  
Hypokalemia  
Hypochloremia  
Hypomagnesemia  
Hypocalcemia  
Decreased levels of vitamin D3  
Elevated plasma levels of PTH  
Acid-base disturbances  
Hypochloremic Alkalosis Due to repeated vomiting  
Metabolic acidosis Due to severe diarrhea  
Decreased thyroid stimulating hormone (TSH)  
Elevated T4 and T3 levels  
Increased erythrocyte sedimentation rate (ESR)  
Increased C-reactive protein levels (CRP)  
Other

## 3.1.9. Does the patient suffer an autoimmune disease?

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES + NO  
Describe any associated autoimmune disease in this patient.  
Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.  
Diabetes mellitus type 1  
Autoimmune Hypothyroidism  
Lupus erythematosus  
Addison Disease  
IgA Nephropathy  
Autoimmune chronic hepatitis  
Idiopathic thrombocytopenic purpura  
Primary biliary cirrhosis  
Rheumatoid arthritis  
Sjögren Disease  
Psoriasis  
Inflammatory bowel disease  
    Ulcerative colitis  
    Crohn disease  
    Indeterminate colitis  
    Microscopic colitis

## 3.1.10. SEROLOGIC FINDINGS.

YES NO

Check the following list and fill in the appropriate box.  
Immunoglobulin A Endomysial Antibody  
Antigliadin Antibodies  
    IgA +  
    IgG  
Anti-transglutaminase Antibody

## 3.1.11. GENETIC TEST (HLA).

YES NO

Check the following list and fill in the appropriate box.  
HLA DQ2 DQA1\*0501  
    DQB1\*0201  
HLA DQ8 DQA1\*0301  
    DQB1\*0302

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

HLA DR3/DR17  
HLA DR5/DR11  
HLA DR7  
HLA DR4

## 3.2. RELEVANT FINDINGS FOLLOWING THE ENDOSCOPY

## 3.2.1. Histological analysis.

## MARSH CLASSIFICATION

Check the list and fill in the appropriate box

Marsh stage 0

Marsh stage 1- Lymphocytic Enteritis

(Intraepithelial lymphocytes per 100 epithelial cell)

35 Enter the exact number of IEL

Between 18 and 24

Between 25-30

Between 31-40

Between 41-50

Between 51-60

&gt; 60

Marsh stage 2 - Crypt hyperplasia

Marsh stage 3 - Villous atrophy

3a Mild (partial)

3b Moderate (subtotal)

3c Severe (total)

## 3.2.2. Does the anatomopathologist describe one of the following findings at the biopsy sample?

Check the list and fill in the appropriate box

YES

NO

Increased chronic inflammatory cells in the lamina propria

A common finding but poor specificity of celiac disease

Subepithelial collagen band

Pathognomonic of collagenous sprue

Presence of atypical lymphocytes

Pathognomonic of Lymphoma

Lipid accumulation and vacuolization of enterocytes

Pathognomonic of abetalipoproteinemia, hypobetalipoproteinemia

Acid-fast bacilli, foam cells

Typical of Mycobacterium-avium complex infection

Foamy macrophages with PAS-positive inclusion bodies.

Pathognomonic of Whipple's disease)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

Congo red-stained deposits with apple-green birefringence in polarized light

(Typical of amyloidosis)

Epithelioid granulomas and characteristic focal inflammation

Typical of Crohn's disease

Eosinophilic infiltration Typical of eosinophilic gastroenteritis

Ectatic lymph vessels Typical of Lymphangiectasia

Diffuse infiltration with mast cell Typical of mastocytosis

Identification of parasites on histologic examination (Parasites: Giardia lamblia, Strongyloides stercoralis, coccidian)

Absence of plasma cells in the lamina propria Patognomonic of immunodeficiency states

3.2.3. Which was the result of the rapid urease test for detection of Helicobacter pylori?

Positive +

Negative

Non performed

3.2.4. Which was the result of the breath test for detection of Helicobacter Pylori (when appropriated)?.

Positive +

Negative

Non performed

3.2.5. Which was the global result of the Helicobacter Pylori status (when appropriated)? (podría ser un campo automático)

Positive +

Negative

Unknown

3.2.6. Which type test was carried out to know the Helicobacter Pylori status?.

Urease test

Breath test-13C

None

3.2.7. Was investigated Giardia lamblia in stool?

YES + No

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

3.2.8. If the answer is yes. Which was the outcome of the investigation?

Positive +  
Negative

Please, go to Unit 3: After Diagnosis.

Researcher ID [ ]

1. UNIT 3 [INITIAL OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS].

1. In case of Marsh 1 stage:

1.1. Was it investigated on Helicobacter Pylori infection?

YES + NO

1.2. If Helicobacter pylori infection was confirmed, was a treatment to eradicate the infection given?

YES + NO

1.3. If the answer is YES, was the treatment effective?

YES + NO

1.4. If the treatment wasn't effective, was a second attempt to eradicate the infection made?

YES + NO

1.5. If the treatment was effective (after one or two attempts), was a second biopsy in 4 months after eradication performed?

YES + NO

1.6. If the answer is YES, which was the outcome of eradication therapy on the IEL lymphocyte count?

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.

n° of lymphocytes before eradication                      n° of lymphocytes after eradication

1.7. Was there a decrease of lymphocytic enteritis to Marsh 0 after Helicobacter pylori eradication?

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES + NO

1.8. What kind of clinical response was obtained after eradication?

Check the following list of possible responses and fill in the appropriate box.  
(explanatory text)

- 1.- Very good response  
+ Total or subtotal disappearance of symptoms and signs.
- 2.- Partial symptomatic response  
Clinical relief with persistence of some symptoms or signs.
- 3.- No clinical response  
The patient continues in a similar situation as before the treatment.
- 4.- Clinical worsening  
The patient experiences a worsening of symptoms after H. pylori eradication.

1.9. According to clinical response (laboratory findings included) and the results of the second biopsy (decreased intraepithelial lymphocytes > 50%) were the symptoms finally attributed to the infection of Helicobacter pylori?

YES + NO

1.10. If the answer is NO, were other causes of increased intraepithelial lymphocytes considered?

YES + No

Check the following list of possible causes of increased intraepithelial lymphocytes and fill in the appropriate box. YES NO (explanatory text)

- Celiac Disease
- Food protein intolerance (Cow's milk, eggs, etc.)
- Autoimmune enteropathy
- Tropical sprue
- Infectious (usually viral) enteritis
- Enteropathy-associated T-cell lymphoma (EATL)
- Crohn's disease
- Peptic duodenitis (including Zollinger-Ellison syndrome)
- Giardiasis
- Bacterial overgrowth
- Common variable immunodeficiency
- Eosinophilic gastroenteritis
- AINE

1.11. Was a gluten-free diet finally recommended, after considering the clinical response, the outcome of duodenal biopsy and the status of Helicobacter Pylori infection?



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

YES + NO

2.1. If answer is YES, what kind of clinical response was obtained?

Check the following list of possible responses and fill in the appropriate box.  
(explanatory text)

- 1.- Very good response  
+ Total or subtotal disappearance of symptoms and signs.
- 2.- Partial symptomatic response  
Clinical relief with persistence of some symptoms or signs.
- 3.- No clinical response  
The patient continues in a similar situation as before the treatment.
- 4.- Clinical worsening  
The patient experiences a worsening of symptoms after gluten-free diet.

2.1. In case of very good response after starting a gluten free diet, was a 3rd biopsy made 12-18 months later?

YES + NO

2.1. If the answer is YES, write down the date of the 3rd biopsy.

\_\_\_\_\_ month \_\_\_\_\_ day \_\_\_\_\_ year

2.1. Write down the findings of the 3rd biopsy  
[please follow the following steps]:

1.2.1. Write down the differences between the first, the second and the third biopsy.

Check the following list and fill in the appropriate box.

First	Second	Third
Marsh 0	Marsh 0	Marsh 0
Marsh 1	Marsh 1	Marsh 1
Marsh 2	Marsh 2	Marsh 2
Marsh 3	Marsh 3	Marsh 3
Marsh 4	Marsh 4	Marsh 4

1.2.2. What's the difference in lymphocyte numbers between first and third biopsy

Check the following list and fill in the appropriate box.

Detail the exact number of (IEL) in the first biopsy 35 Detail the exact number of (IEL) in the third biopsy 8

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

If Partial symptomatic response (clinical relief with persistence of some symptoms or signs) or No clinical response in spite of Helicobacter Pylori eradication and/or gluten free diet ...

Please, go to Units 4 or 5. ADVANCED OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS Partial Symptomatic Response (Unit 4) and No Clinical Response (Unit 5).

2. In case of Marsh 2 and 3 stage:

2.1. Were other causes of villous atrophy considered before recommending a gluten-free diet? (Check the list below).

Check the following list of clinical conditions and fill in the appropriate box.

YES NO

+

Bacterial overgrowth Only if there is an anatomical or hormonal condition that may justify the findings by themselves.

Collagenous sprue

Lymphoma

Lymphangiectasia

Whipple's disease

Eosinophilic gastroenteritis

Parasites: Giardia lamblia, Strongyloides stercoralis, coccidian

(Mycobacterium-avium complex infection)

Mastocitosis

Abetalipoproteinemia, hipobetalipoproteinemia

Vasculitis

Amyloidosis

Crohn's disease

Hypogammaglobulinemia

Graft-versus-host

2.1. Was finally recommended gluten free diet to the patient?

YES + No

2.1. If so, what kind of clinical response was obtained?

Check the following list of possible responses and fill in the appropriate box.  
(explanatory text)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

- 1.- Very good response  
+ Total or subtotal disappearance of symptoms and signs.
- 2.- Partial symptomatic response  
Clinical relief with persistence of some symptoms or signs.
- 3.- No clinical response
- 4.- Clinical worsening  
The patient continues in a similar situation as before the treatment.  
The patient experiences a worsening of symptoms after gluten-free diet.

2.1. In case of very good response was a 2nd biopsy made 12-18 months after starting a gluten free diet?

YES + NO

2.1. If the answer is YES, write down the date of the 2nd biopsy.

\_\_\_\_\_ month \_\_\_\_\_ day \_\_\_\_\_ year

2.1. Write down the findings of the 2nd biopsy  
[please follow the following steps]:

1.4.1. Write down the differences between the first and the second biopsy.

Check the following list and fill in the appropriate box.

First biopsy	Second biopsy
Marsh 0	Marsh 0
Marsh 1	Marsh 1
Marsh 2	Marsh 2
Marsh 3	Marsh 3
Marsh 4	Marsh 4

1.4.2. What's the difference in lymphocyte numbers between both biopsy

Check the following list and fill in the appropriate box.

Detail the exact number of (IEL) in the first biopsy 35      Detail the exact number of (IEL) in the second biopsy 8

If Partial symptomatic response (clinical relief with persistence of some symptoms or signs) or No clinical response in spite of Helicobacter Pylori eradication an/or gluten free diet ...

Please, go to Units 4 or 5. ADVANCED OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS Partial Symptomatic Response (Unit 4) and No Clinical Response (Unit 5).

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

2. UNIT 4 [ADVANCED OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS].  
PARTIAL SYMPTOMATIC RESPONSE.

2.1. If Partial symptomatic response: clinical relief with persistence of some symptoms or signs

2.1.1. Which are the symptoms and/or signs of the patient1:

Check the following list of symptoms and fill in the appropriate box.

- 1 Heartburn.
- 2 Regurgitation
- 3 Postprandial fullness
- 4 Bloating
- 5 Early satiety
- 6 Flatulence
- 7 Diarrhea
- 8 Constipation
- 9 Asthenia
- 10 Persistent anemia
- 11 Persistent iron deficiency
- 13 Other extraintestinal symptoms

(1): It is supposed to that the symptoms reported have decreased in frequency and / or intensity.

2.1.2. How was the fulfillment of the patient in relation to the gluten-free diet?

Check the following list of possible responses and fill in the appropriate box.

(explanatory text)

- 1 Excellent The patient complies with gluten-free diet at all time and all circumstances
- 2 Good The patient complies with gluten-free diet, but the exists some possible involuntary transgressions (ex, due to the presence of symptoms after eating out)
- 3 Regular The patient complies with gluten-free diet but sometimes makes voluntary transgressions, although very occasionally.
- 4 Poor The patient doesn't complied with gluten-free diet

2.1.3. Did the doctor give the advise to remove temporarily the lactose from the diet?

YES + NO

2.1.4. If the answer is yes, did the patient follow the recommendation?

YES + NO

2.1.5. Did the doctor consider the possibility of bacterial overgrowth as the cause of persistent symptom? (especially diarrhea, flatulence or abdominal

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

bloating)?

YES + NO

2.1.6. If the answer is yes, which of the following alternative was taken in this regard?

Check the following list and fill in the appropriate box.  
(explanatory text)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Lactulose breath test and antibiotic treatment if it`s positive. |   |
| 2 | Empirical treatment with antibiotics (1)                         | Rifaximina (intermitent therapy during three consecutive months)    |
| 3 | Empirical treatment with antibiotics (2)                         | Metronidazole (Intermitent therapy during three consecutive months) |

2.1.7. " Did the patient improve after taking the treatment?

YES + NO

2.1.8. Which of the before mentioned measures improved the patient?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.- | Review and compliance with gluten-free diet         |  |
| 2.- | Removal of lactose from the diet.                   |  |
| 3.- | Antibiotics to a hypothetical bacterial overgrowth. |  |
| 4   | 1 + 2   |  |
| 5   | 1+ 3  |  |
| 6   | 1+2+3   |  |

2.1.9. If the patient doesn't improve with the before mentioned measures, which of the following was the cause in the opinion of the investigator?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- |             |                                    |  |
|-------------|------------------------------------|--|
| 1.-         | Diet Failure                       | Gluten-free diet and lactose-free diet   |
| 2.-         | Intolerance to antibiotics.        | The patient had to discontinue treatment because of side effects.                                    |
| 3.-         | Presence of a concomitant disease. | For example, irritable bowel syndrome, idiopathic microscopic colitis or malabsorption of bile salts |
| (see below) |                                    |  |
| 4.-         | Possible Refractory Sprue          |  |

If there is no improvement (persistent partial clinical response or no response) in spite of described measures, and there are no other reasons like before mentioned to explain the lack of response...

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

Please, go to Unit 5, After diagnosis (C) No clinical response.

3. UNIT 5 [ADVANCED OUTCOMES OF THE PATIENT AFTER THE DIAGNOSIS OF DUODENAL HISTOLOGICAL LESIONS].  
NO CLINICAL RESPONSE.

3.1. In case of No clinical response [defined by the persistence of symptoms, signs, or laboratory abnormalities typical of celiac disease, despite adherence to a gluten-free diet for at least six months], or persistent partial response in spite of measures described in Unit 4:

3.1.1. Classify the patient into one of the following categories:

Check the following list of categories and fill in the appropriate box.

- 1 No response immediately after the initial diagnosis: (primary NRCD)
- 2 No response after a period of response to the gluten-free diet (secondary NRCD).

3.1.2. If the answer is "1", which were the signs or symptoms of the patient? :

Check the following list of symptoms and fill in the appropriate box.

- 1 Heartburn.
- 2 Regurgitation
- 3 Postprandial fullness
- 4 Bloating
- 5 Early satiety
- 6 Flatulence
- 7 Diarrhea
- 8 Constipation
- 9 Progressive weight loss
- 10 Asthenia
- 10 Persistent anemia
- 11 Persistent iron deficiency
- 12 Other gastrointestinal symptoms
- 13 Other extraintestinal symptoms

3.1.3. The single most common cause for NRCD is due to continued gluten ingestion, which is often inadvertent and occult. A persistent elevation of anti-tTG is strongly associated with ongoing gluten exposure. Intolerance to disaccharides (e.g., lactose, fructose) also is common, especially in primary NRCD. Thus: Considering these facts:

3.1.3.1. Were anti-tTG investigated ? (in case of positive results before treatment).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES NO

3.1.3.2. If the answer is yes, which was the result of the test?

Negative Positive

3.1.3.3. Was an expert dietician consulted to seek ingestion of hidden gluten?

YES NO

3.1.3.4. How was the patient fulfillment to the gluten free diet?

Check the following list of possible responses and fill in the appropriate box. (explanatory text)

- 1 Excellent The patient complies with gluten-free diet at all time and all circumstances
- 2 Good The patient complies with gluten-free diet, but there exists some possible involuntary transgressions (eg, due to the presence of symptoms after eating out)
- 3 Regular The patient complies with gluten-free diet but sometimes makes voluntary transgressions, although very occasionally.
- 4 Poor The patient doesn't comply with gluten-free diet

3.1.3.5. Was an expert dietician consulted in search of inadvertent lactose ingestion?

YES NO

3.1.3.6. How was the patient's fulfillment in relation to the lactose-free diet?

Check the following list of possible responses and fill in the appropriate box.

- (explanatory text)
- 1 Excellent The patient complies with lastose -free diet at all time and all circumstances
- 2 Good The patient complies with lactose-free diet, but there exists some possible involuntary transgressions (eg, due to the presence of symptoms after eating out)
- 3 Regular The patient complies with lactose-free diet but sometimes makes voluntary transgressions, although very occasionally.
- 4 Poor The patient doesn't comply with lactose-free diet

3.1.3.7. In case of no response, despite a good fulfilment to gluten-free diet and lactose-free diet, was fructose intolerance investigated? [Fructose breath test ]

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES NO

3.1.3.8. If the answer is yes, which was the result of the test?

Negative Positive

3.1.4. If no dietary cause could be identified, a small bowel biopsy should be repeated and the findings compared with the initial pre-treatment biopsy. If the enteropathy has healed or is substantially improved, diagnostic considerations for ongoing symptoms and signs include: irritable bowel syndrome (22%), small intestinal bacterial overgrowth (6%) and other food allergies and intolerances (1%), and pancreatic insufficiency. Considering this:

3.1.4.1. In this phase of the study was a 2nd biopsy proposed to the patient?

YES NO

3.1.4.2. If the answer is YES, which was the result of the biopsy?

Check the following list of possible responses and fill in the appropriate box. (explanatory text)  
1 The enteropathy has healed or is substantially improved There was a change from Marsh 1 to Marsh 0

There was a change from Marsh 3b/3c to Marsh 1.

Regression of IELs to normal levels, irrespective of the degree of atrophy.

2 The biopsy revealed ongoing changes compatible to active celiac disease (or similar to those previously observed)

3.1.4.3. If the answer is "1", please check if the following steps were performed:

3.1.4.3.1. Was small intestinal bacterial overgrowth considered (SIBO)?

YES + NO

3.1.4.3.2. If the answer is YES, which of the following measures were taken in this regard?

Check the following list and fill in the appropriate box. (explanatory text)

1 Lactulose breath test followed by antibiotic treatment if it's positive.  
2 Empirical antibiotics treatment. Intermittent cycles of rifaximin or metronidazole for three consecutive months.

3.1.4.3.3. "Did the patient improve after taking these measures?"



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

YES NO

3.1.4.3.4. Were other food allergies and intolerances considered?

YES NO

3.1.4.3.5. If the answer is YES, which was the result of the investigation?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Cow's milk protein intolerance.
- 2 Other
- 3 (Describe)

3.1.4.3.6. Was a possible pancreatic insufficiency considered?

YES NO

3.1.4.3.7. If the answer is YES, which of the following measures were taken in this regard?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1.- Breath test and/or functional MRI followed by treatment with pancreatic enzymes if it's positive.
- 2.- Empirical pancreatic enzymes treatment.

3.1.4.3.8. Did the patient improve after taking pancreatic enzymes?

YES NO

3.1.4.3.9. If diarrhoea was the principal symptom, colonic biopsy also should be obtained and examined for microscopic colitis (6%). Thus, was a colonoscopy proposed to the patient?

YES NO

3.1.4.3.10. If the answer is YES, which was the result of the biopsy sample?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1.- No changes were observed in the colonic mucosa.
- 2.- Nonspecific inflammation
- 3.- Microscopic colitis

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

- 2.1 Lymphocytic colitis
- 2.3 Collagenous colitis
- 2.3 Paucicellular colitis

4. Other findings (describe)

3.1.4.3.11. In this phase of the investigation, what was the doctor's opinion about the cause of non-response to the gluten-free diet? [Because there may be several causes of non-response to gluten-free diet, list all possible causes reasonably identified by the researcher.]

Check the following list and fill in the appropriate box.  
(explanatory text)

- 1.- Continued gluten ingestion
- 2.- Intolerance to disaccharides
  - 2.1 Intolerance to lactose
  - 2.2 Intolerance to fructose
  - 2.3 Both
- 3 Small intestinal bacterial overgrowth
- 4 Food allergies and intolerances
- 5 Pancreatic insufficiency
- 6 Microscopic colitis
  - 6.1 Lymphocytic colitis
  - 6.2 Collagenous colitis
  - 6.3 Paucicellular colitis
- 7 Eating disorders
- 8 Gastroparesis
- 9 Peptic ulcer disease
- 10 Irritable bowel syndrome (IBS).
- 11 Other  
(Describe)

3.1.4.4. If the second biopsy revealed ongoing changes consistent with active celiac disease (or lesions similar to those previously observed), refractory celiac disease should be considered. Other causes of a celiac-like enteropathy, however, should again be considered, including small bowel bacterial overgrowth (SIBO), food allergies, peptic duodenitis, immunodeficiency states, tropical sprue, intestinal infections (e.g., giardiasis), vasculitis, Crohn's disease, and autoimmune enteropathy; Thus, check if the following steps were performed:

3.1.4.4.1. Was an small intestinal bacterial overgrowth investigated? (SIBO) ?

YES + NO

3.1.4.4.2. If the answer is YES, which of the following measures were taken in this regard?

Check the following list and fill in the appropriate box.  
(explanatory text)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

1 Lactulose breath followed by antibiotics treatment if it's positive.

2 Empirical antibiotic treatment. Intermittent cycles of rifaximin or metronidazole for three consecutive months.

3.1.4.4.3. "Did the patient improve after taking the treatment?"

YES + NO

3.1.4.4.4. Were other food allergies and intolerances investigated?

YES + NO

3.1.4.4.5. If the answer is YES, what was the result?

Check the following list and fill in the appropriate box.

1 Cow's milk protein intolerance. +

2 Other  
3 (Describe)

3.1.4.4.6. Was a giardiasis investigated as a possible cause of duodenal lesion (in case of identifying villous atrophy on biopsy)?

YES + NO

3.1.4.4.7. If the answer is YES, which was the result?

Positive  
Negative

3.1.4.4.8. If the answer is "Positive", did the patient improve after appropriate treatment?

YES + NO

3.1.4.4.9. Was a peptic duodenitis identified by endoscopy?

YES + NO

3.1.4.4.10. If the answer is YES, did the patient improve after appropriate treatment?

YES + NO

3.1.4.4.11. Were further investigations performed to exclude other causes of duodenal histological lesions, before considering a refractory celiac disease?

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

YES + NO

3.1.4.4.12. In such circumstances, careful review of the biopsy pathology by an expert gastrointestinal pathologist is warranted to seek alternative diagnoses. Was the biopsy analysed by an expert pathologist to seek an alternative diagnosis?

YES + NO

3.1.4.4.13. Mention the diseases that were reasonably excluded by an expert gastrointestinal pathologist? (besides those already mentioned).

3.1.4.4.14. Mention if other causes of a celiac-like enteropathy were reasonably excluded

Check the list and fill in the appropriate box YES NO (explanatory text)  
Presence of atypical lymphocytes Pathognomonic of Lymphoma

Lipid accumulation and vacuolization of enterocytes Pathognomonic of abetalipoproteinemia, hypobetalipoproteinemia

Acid-fast bacilli, foam cells Typical of Mycobacterium-avium complex infection

Foamy macrophages with PAS-positive inclusion bodies.  
Pathognomonic of Whipple's disease)

Congo red-stained deposits with apple-green birefringence in polarized light  
(Typical of amyloidosis)

Epithelioid granulomas and characteristic focal inflammation  
Typical of Crohn's disease

Eosinophilic infiltration Typical of eosinophilic gastroenteritis

Ectatic lymph vessels Typical of Lymphangiectasia

Diffuse infiltration with mast cell Typical of mastocytosis

Identification of parasites on histologic examination (Parasites: Giardia lamblia, Strongyloides stercoralis, coccidian)

Absence of plasma cells in the lamina propria  
Pathognomonic of immunodeficiency states

See below Adult Autoimmune Enteropathy

1. Increased mononuclear inflammation in the lamina propria .
2. Lymphocytic infiltration into deep crypt epithelium with a relative paucity of surface lymphocytes (< 40 lymphocytes per 100) epithelial cells), and increased numbers of crypt apoptotic bodies.
3. The lamina propria mononuclear infiltrates may be composed of both plasma cells and lymphocytes.
4. If the patient have concurrent common variable immunodeficiency (IDCV) lack mucosal plasma cells but have prominent lymphocytic lamina propria infiltrates.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

4.2. Were some additional tests performed to investigate a possible overt lymphoma, or carcinoma or ulcerative jejunoileitis?

YES + NO

4.3. If the answer is YES, describe which one were performed in this patient.

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Small bowel follow-through [Contrast studies of the small intestine ]
- 2 Abdominal CT
- 3 MRI Enterography
- 4 Capsule endoscopy
- 5 Enteroscopy
- 6 Laparotomy

4.4. Was a lymphoma, carcinoma or ulcerative jejunoileitis discovered by the explorations mentioned?

YES + NO

4.5. If the answer is YES, what was the approach to the patient?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Surgical resection
- 2 Chemotherapy
- 3 1 + 2
- 4 Therapy with glucocorticoids and azathioprine 1  
(1) Possible in well-documented celiac disease and localized jejunoileitis, without evidence of malignant disease.

4.6. If the answer is NO, did the patient receive treatment with glucocorticoids?

YES + NO

4.7. If the answer is YES, ¿which of these corticosteroids was administered?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Budesonide (Entocord®, Intestifalk ® )
- 2 Prednisone (Dacortín®)
- 3 6-metil-prednisolone (Urbasón®)

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

4.8. Did the patient respond to glucocorticoids?

YES + NO

4.9. If the answer is YES, please, indicate one of the following options.

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Clinical response
- 2 Histological response
- 3 Both

4.10. If the answer is NO, were immunostain small intestinal biopsy samples performed to extract tissue DNA for PCR testing or flow cytometry"?

YES + NO

4.11. If the answer is YES, what were the findings of this research?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 (< 20%) Aberrant intraepithelial lymphocyte. No TCR (T-cell receptor) ? Rearrangement  
[Type 1 refractory sprue]
- 2 (> 20%) Aberrant intraepithelial lymphocyte. Clonal TCR ? rearrangement  
[Type 2 refractory sprue]

4.12. If the option chosen is "1" [Type 1 refractory sprue] there is a low probability of evolution to lymphoma, ulcerative jejunoileitis, or collagenous sprue. In this case, was an adjuvant immunosuppressive therapy given ?

YES + NO

4.13. If the answer is YES, please, indicate one of the following options:

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Azathioprine
- 2 Mercaptopurine
- 3 Cyclosporine
- 4 Infliximab

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

574

**PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".**

5 1 o 2 + 4

4.14. Did the patient respond to adjuvant immunosuppressive therapy?

YES + NO

4.15. If the option chosen is "2" [Type 2 refractory sprue] there is a high probability of evolution to lymphoma, ulcerative jejunoileitis, or collagenous sprue (poor prognosis). In this case, was a new immunotherapy given? (eg: anti-IL-15 biological agents) ?.

YES + NO

4.16. If the answer is YES, please, indicate one of the following options:

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Alemtuzumab
- 2 Cladribine
- 3 Anti-IL-15 biological agents
- 3 Autologous bone marrow transplantation

4.17. In the previous case, how was the patient's outcome?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Favorable
- 2 Unfavorable

(1) The patient developed a lymphoma, ulcerative jejunoileitis, or collagenous sprue.

4.18. Did the patient develop any of the following complications?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 EATL Enteropathy-associated T-cell
- 2 Collagenous sprue
- 3 Ulcerative jejunoileitis

4.19. In this case, which were the patient's symptoms?

Check the following list and fill in the appropriate box.

- 1 Weight loss
- 2 Abdominal pain



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 574

1. TÍTULO

PROYECTO ARAETEA: "REGISTRO DE PACIENTES CON LESIONES HISTOLOGICAS DUODENALES, INCLUYENDO AQUELLOS CON ENTEROPATIA SENSIBLE AL GLUTEN O ENFERMEDAD CELIACA".

3 Diarrhea  
4 Progressive anemia  
5 Others  
(Describe)

4.20. Did the patient develop any of the following complications?

Check the following list and fill in the appropriate box.

1 Intestinal ulceration and strictures  
2 Hemorrhage  
3 Perforation with peritonitis

4.21. Was a total parenteral nutrition required in this patient?

YES + NO

4.22. Was a surgical intervention required in this patient?

YES + NO

4.23. Did the patient have a fatal outcome, due to complications of the disease?

YES + NO

OBSERVACIONES del SECTOR

ES UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. INCLUIDO EN CONTRATO DE GESTION DEL 2011

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 091

1. TÍTULO

**ESTUDIO DE SATISFACCION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR AQUELLOS PACIENTES CON SOSPECHA DE PATOLOGIA QUIRURGICA QUE PERMANECEN EN SALA DE OBSERVACION HASTA SU RESOLUCION**

2. RESPONSABLE ..... MANUEL MUÑOZ PINTOR

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BESTUE FELIPE CATALINA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- MILLAN SALCEDO ANA ROSA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS
- SANCHEZ PUERTOLAS BELEN. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS
- CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS
- PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS
- URIEL ARRUEBO VIOLETA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS
- ESCRICHE EVA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El sistema sanitario español esta basado en un modelo de sanidad universal.

Este sistema, presenta grandes ventajas sociales y de equidad, pero por contra produce en ocasiones problemas de masificación que merman la percepción de una calidad asistencial evidente.

Dentro de los Servicios de Urgencia una de las causas que generan más insatisfacción es la espera en las áreas de observación.

Esta espera, necesaria en muchas ocasiones por la propia idiosincrasia del proceso asistencial, podría no hacerse tan penosa para pacientes y familiares ofreciendo información, no solo de la enfermedad, sino del proceso asistencial que esta va a llevar.

Pretendemos aprovechar esta oportunidad de mejora, y para ello seleccionaremos un tipo de paciente estándar, que por su frecuencia y homogeneidad, nos permita realizar correctamente el estudio. Creemos que el paciente idóneo para el estudio es el Paciente con Sospecha Quirúrgica.

Iniciaremos el estudio valorando el punto de partida, con una encuesta sobre calidad asistencial percibida. Sobre un numero N de pacientes tal y como se trabaja actualmente

Posteriormente iniciaremos una serie de actividades formativas con los miembros del Servicio, tanto del ámbito de medicina como enfermería. Esta formación nos conducirá a incluir entre nuestras habilidades la información al paciente y a sus familiares sobre el proceso asistencial y las etapas que este conlleva.

Por ultimo realizaremos la misma encuesta sobre N paciente informados en la que evaluaremos el trabajo realizado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la calidad asistencial percibida en aquellos pacientes que sufren tiempos de estancia prolongados en sala de observacion, hasta que se decide la mejor actitud terapeutica.

-Mejorar la satisfaccion percibida de los familiares y pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A.- Evaluacion inicial previa a las actuaciones.

B.- Formacion al personal para adquirir habilidades conducentes a informar sistemáticamente a familiares y pacientes del proceso asistencial

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 091

**ESTUDIO DE SATISFACCION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR AQUELLOS PACIENTES CON SOSPECHA DE PATOLOGIA QUIRURGICA QUE PERMANECEN EN SALA DE OBSERVACION HASTA SU RESOLUCION**

C.- Iniciar el proceso de informacion sistematicamente  
D.- Evaluacion final del trabajo realizado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Al ser un proceso no evaluado previamente no disponemos de indicadores previos. Por ese motivo iniciamos el trabajo con una evaluacion de la situación.

Estos indicadores perseguiran la obtencion de la medida objetiva de la calidad asistencial percibida.

Mediremos:

- La relacion medico paciente
- La informacion asistencial recibida
- La relacion con el personal de enfermeria
- La rapidez de asitencia ante problemas como el dolor
- El tiempo de espera ha sido largo o el esperado

Todos estos bloques se compondran con preguntas elaboradas al respecto y se puntuaran del 1 al 10. Y luego se generara un indicador estadar por bloque. Pretendemos mejorar en cada bloque

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1º.- Reunion inicial en el que se establece el inicio del estudio y se forma al personal sobre el paciente estandar. (PSQ)

2º.- Una vez elegida la muestra se pasa la encuesta previa en un maximo de 14 dias.

3º.- A continuacion y en un periodo no superior a 14 dias se evalua y se plantea la formacion.

4º.- Formacion de personal.(14 dias)

5º.- Puesta en marcha del plan de mejora (6 meses)

6º.- Evaluacion final (7 dias)

7º.- Analisis de resultados (7 dias)

Total 8 meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición de trípticos .....	300 €
· *Dos inscripciones SEMES .....	650 €
Total .....	950 €

11. OBSERVACIONES. Como medida adicional se podrian realizar tripticos informativos a los pacientes de Sala de Observacion.

Estos tripticos tendria un coste estimado de 300 €

\*Asimismo si los resultados son acordes a lo esperado, pretendemos publicarlos en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Emergencias (SEMES) dos incripciones 650

OBSERVACIONES del SECTOR

SEMES

1. TÍTULO

**VALORACION DEL PROTOCOLO Y MEJORA DE LA ACTUACION ANTE GESTANTES CON CULTIVO VAGINO-RECTAL DE ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B**

2. RESPONSABLE ..... ISABEL NEGREDO QUINTANA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SALAZAR GONZALEZ SALMA. RESIDENTE MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE OBSTETRICIA  
· MILAGRO BEAMONTE ANA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA  
· VELA LETE ANA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE OBSTETRICIA  
· ARNAL BESCOS MARIA JESUS. MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE OBSTETRICIA  
· PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estreptococo grupo B, también llamado estreptococo beta hemolítico o Streptococcus agalactiae, es una bacteria que puede encontrarse en el aparato digestivo de cualquier ser humano. En la mujer a veces puede colonizar la vagina y la vejiga urinaria. La incidencia de esta enfermedad es relativamente baja, de 0,5 a 1,5 casos cada 1000 nacimientos, pero causa infecciones severas en el recién nacido que pueden poner en riesgo su vida, con una mortalidad del 20% en los bebés infectados. En el Hospital San Jorge, se siguen las recomendaciones de la Sociedad Española de Obstetricia y ginecología (SEGO) pero sin encontrarse este procedimiento debidamente estandarizado entre todos los miembros que atienden el proceso del parto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implantar de forma generalizada el protocolo de actuación ante gestantes con infección de EGB recomendado por la SEGO.  
- Estandarizar las pautas a seguir ante situaciones especiales tales como ausencia del cultivo en el momento del parto, caducidad de la validez del cultivo, etc.  
- Unificar pautas de antibioterapia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revision Protocolo SEGO sobre Prevención de Infección Neonatal por Estreptococo grupo B. Responsable Salma Salazar. Revision Bibliografía y otros protocolos sobre tema. Laura Server.  
Sesión informativa sobre protocolo y diseño de protocolo a seguir. Isabel Negredo.  
Recogida de datos en base de datos creada para el estudio. Participación de todos los componentes.  
Análisis de resultados. Javier Perez y Ana Milagro.  
Comunicacion de resultados y valoración de objetivos cumplidos y propuestas de nuevas mejoras. Ana Vela.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° pacientes con cultivo EGB positivo en las que se administra correctamente el tratamiento antibiótico = 100%  
2. Nª pacientes que llegan al momento del parto sin cultivo vagino-rectal realizado. Se indicará el motivo de la ausencia del mismo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primera quincena Abril 2011: Revisión del protocolo y bibliografía.  
Segunda quincena Abril 2011 - Febrero 2012: Recogida de datos.  
Marzo 2012: Análisis de los resultados. Especial énfasis en los casos no tratados correctamente. Sesión clínica informativa.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Material fungible ..... 100 €  
Total ..... 100 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 446

VALORACION DEL PROTOCOLO Y MEJORA DE LA ACTUACION ANTE GESTANTES CON CULTIVO VAGINO-RECTAL DE ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 100

1. TÍTULO

**PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... TERESA OMISTE SANVICENTE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO MEDICINA INTERNA
- DE DIOS ROMERO ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SERVICIO MEDICINA INTERNA
- BARRIO NAVASCUES JOSE MARIA. MEDICO. CS HUESCA RURAL. ATENCION PRIMARIA
- ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- LLORO LLORO JM. MEDICO. CS BROTO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La colaboración entre los los distintos niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario es una herramienta que facilita la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados. En la década de los 70 Estados Unidos ya indicaba la importancia de la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la atención hospitalaria. En España desde los años 90 se está impulsando también esta iniciativa. Así, en 1998 la semFYC y la SEMI publican de forma conjunta el documento "Médicos de Familia e internistas trabajando por una atención integral". Desde entonces se han desarrollado varias experiencias en diferentes lugares de nuestro país potenciando esta relación con resultados muy satisfactorios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.

En nuestro ámbito (Sector Huesca) se han establecido en los últimos años proyectos de mejora en la relación Medicina Interna-Atención Primaria con los centros de Salud Huesca Rural y Ayerbe, estableciendo una serie de reuniones periódicas de un especialista de nuestro Servicio que acude a dichos centros de Salud. Con ello, se ha conseguido potenciar la comunicación entre niveles asistenciales, y acortamiento en los plazos de la atención.

Por todo ello, consideramos importante ampliar la colaboración con otros Centros de Atención Primaria de nuestro Sector, proponiendo la realización de reuniones periódicas presenciales de un especialista de Medicina Interna en el Centro de Salud de Grañén, así como facilitar el intercambio de información telemática vía e-mail (de preferencia) y teléfono (en casos urgentes).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Mantener un contacto fluido entre el Centro de Salud de Grañén, Broto, Huesca Rural y el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.

- ? Disponer de un interlocutor del médico de Atención Primaria en el entorno hospitalario.
- ? Disminuir los desplazamientos evitables de los pacientes a nuestro hospital.
- ? Disminución de la demora asistencial.
- ? Facilitar ingresos directos en casos urgentes.
- ? Control de pacientes crónicos complejos. Atención de casos de diagnóstico complejo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Reuniones periódicas con internista de referencia en casos puntuales: Transferir información y consensuar actitudes diagnósticas y terapéuticas.

- Teléfono de contacto
- Correo electrónico
- Acceso preferente a consultas externas e ingresos programados (plazo inferior a una semana).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Evaluar el número de reuniones/sesiones y pacientes compartidos.

- Nº de pacientes a los que se evita ingreso hospitalario y/o derivación a consulta especialista. Se considerará la revisión retrospectiva de una muestra de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 100

**PROGRAMA DE COLABORACION ENTRE ATENCION HOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA**

historias clínicas.

- Valorar el grado de satisfacción de los médicos implicados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Marzo-Abril'2011:

- o Redacción del programa de colaboracion.
- o Mayo'2011-Diciembre'2011:
- o Inicio de reuniones presenciales, facilitar e-mail, busca.
- Enero-febrero'2012:
- o Evaluación del programa.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• DESPLAZAMIENTOS .....	600 €
• *Material fungible y de papelería (gastos de envío, baterías, ... ..)	200 €
• WEBCAM .....	200 €
Total .....	1.000 €

11. OBSERVACIONES. \*Material fungible y de papelería (gastos de envío, baterías, folios, tinta impresora

OBSERVACIONES del SECTOR  
YA SE HACE DESPLAZAMIENTOS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 395

**DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

2. RESPONSABLE ..... JUAN RODRIGUEZ GARCIA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD MEDICINA PREVENTIVA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VARONA LOPEZ WENCESLAO. MEDICO ESPECIALISTA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA
  - ESTODUTO GARCIA PIEDAD. MEDICO ESPECIALISTA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA
  - GARCIA OMEDES ANTONIO. MEDICO ESPECIALISTA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CIRUGIA GENERAL DIGESTIVA
  - VALERO VALDIVIESA CAMILO. MEDICO RESIDENTE IV. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO CIRUGIA GENERAL DIGESTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Diferentes estudios han confirmado que las actividades efectivas en el control de la infección dan lugar a menor número de infecciones, aumento en la supervivencia, disminución de la morbilidad y menor duración de la hospitalización. Ejemplos de intervenciones exitosas incluyen la reducción de tasas de infecciones en procedimientos quirúrgicos limpios observados cuando se realiza feed-back de las tasas a los cirujanos o cuando el tiempo de los antibióticos preoperatorios se controla cuidadosamente.(1)

Las responsabilidades clave del control de la infección (identificación del problema, recogida y análisis de datos, intervenciones a través de cambios en las normas y procedimientos y monitorización de su éxito mediante una nueva recogida y análisis de datos) quedan reflejados en el ciclo "Plan-Do-Check-Act" que se aplica habitualmente en mejora de la calidad.(1)

En el Contrato de Gestión de los Hospitales de SALUD de 2009, uno de los indicadores de seguridad fue la "Incidencia acumulada de infección nosocomial de herida quirúrgica en pacientes intervenidos por neoplasia colorrectal". Las Direcciones de los diferentes Centros solicitaron su cálculo a los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva. La mayoría de los Hospitales se encontraba por encima del estándar de infección seleccionado. Desde entonces, los hospitales han implementado acciones para mejorar estos resultados, entre las que figura la inclusión de este proceso en los Sistemas de Vigilancia de Infección de los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva de la Comunidad. En este contexto, la validación de los datos mediante intercomparaciones entre los diagnósticos de los facultativos tiene precedentes en la literatura científica, ya que es de especial importancia al tratarse de un estudio multicéntrico con numerosos observadores.(2)

Durante el año 2009, en pacientes sometidos a intervención por neoplasia colorrectal por el Servicio de Cirugía General del Hospital San Jorge, se observó una incidencia acumulada (IA) de IHQ por encima del estándar. Se acordó con el jefe de Servicio y la Dirección, además de otras acciones la revisión del Sistema de vigilancia con el objetivo de mejora del indicador.Un adecuado Sistema de Vigilancia prospectivo de los pacientes sometidos a este procedimiento permitirá:

Compararnos con nosotros mismos y con un estándar aceptado internacionalmente como herramienta de mejora.

Conocer y reducir los factores de riesgo asociados al desarrollo de infección quirúrgica.

Evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Durante los años 2009 y 2010 se ha observado una incidencia de infección de herida quirúrgica en intervenciones por neoplasia colorrectal por encima del estándar. Se han identificado aspectos concretos del proceso cuyo control resulta más eficiente. Durante 2011 se



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

395

### DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE

realizarán mediciones de la incidencia y de algunos puntos clave del proceso para comprobar resultados e identificar nuevas opciones de mejora. Es fundamental la validación de los resultados obtenidos, ya que el efecto que tendrá el feed-back al equipo quirúrgico en la reducción de las incidencias de infección, depende de que estas mediciones obtengan la máxima fiabilidad.

Validar los programas de Vigilancia de la Infección de herida para lograr una reducción de la incidencia a través del feed-back de los resultados al equipo quirúrgico en este grupo de pacientes. La reducción mantenida de las tasas de infección de herida en estos pacientes solo debida a esta acción debería repercutir en la reducción de la mortalidad y los días de estancia, por lo que contribuiría a aumentar la seguridad del paciente y controlar el gasto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se formarán dos grupos de evaluadores. El primero de ellos será el encargado de la revisión inicial de las Historias, mientras que el segundo será el "Grupo evaluador de reserva", que evaluará los casos en los que el primer grupo no haya llegado a un consenso sobre el diagnóstico de infección. El diagnóstico final se tomará como Estándar de referencia para validar el Sistema. Cada grupo de evaluadores (principal y de reserva) estará compuesto por un especialista en Medicina Preventiva externo al centro y un Especialista/M.I.R. de Cirugía del propio centro.

Se utilizó el programa EPIDAT 3.1 para calcular el tamaño muestral necesario para un nivel de confianza del 95%, una precisión absoluta del 20%, una sensibilidad y especificidad esperadas del 90%(2), todo ello para una prevalencia esperada de un 20%. El tamaño muestral resultante fue de  $n = 45$ .

Se planificarán 3 jornadas en las que se desplazará un evaluador al Hospital (ver cronograma y relación de grupos evaluadores).

Se seleccionará una muestra de historias de las bases de datos de la Unidad sobre este proceso asistencial, mediante un proceso de aleatorización simple. El número de historias será el correspondiente al tamaño muestral más cinco de reserva, en previsión de que no se disponga de alguna de las seleccionadas.

Se entregará un dossier con la metodología del estudio y agradecimientos, los criterios de infección del National Healthcare Safety Network (NHSN) 2008, una copia del protocolo de profilaxis antibiótica del Centro y las fichas de recogida de datos.

Los evaluadores no conocerán el diagnóstico respecto al estatus de infección al que se llegó en el estudio de incidencia del Hospital (ciego del observador).

Los evaluadores revisarán las historias seleccionadas recogiendo los datos en las fichas. Los evaluadores de cada equipo realizan la recogida de datos independientemente. En la última jornada, los evaluadores debatirán las discrepancias diagnósticas en los casos de infección, llegando a un consenso.

En caso de que no se llegue a consenso, la Historia será evaluada posteriormente por el "Grupo evaluador de reserva".

Durante esta última jornada, el coordinador comentará con los evaluadores los casos que se diagnosticaron como infección quirúrgica con su Sistema de Vigilancia, analizando las razones para llegar a estos diagnósticos.

Finalmente se enviará un informe a los evaluadores con los resultados de los indicadores seleccionados. La eventual intervención del equipo de reserva se hará con desconocimiento de los resultados alcanzados por el equipo principal.

No se consideran actuaciones específicas para asegurar la confidencialidad de los datos, ya que se trata de evaluadores que, aunque externos al Sistema de Vigilancia, quedan enmarcados bajo las mismas responsabilidades de confidencialidad que en su trabajo habitual.

Gupos evaluadores:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

395

**DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

GRUPO EVALUADOR INCIAL  
Wenceslao Varona López F.E.A. Medicina Preventiva  
Camilo Valero Valdiviesca M.I.R.IV Cirugía

GRUPO EVALUADOR DE RESERVA  
Piedad Stoduto García F.E.A. Medicina  
AntonioGarcía OmedesF.E.A. Cirugía

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Aunque es la primera vez que se realiza la intercomparación y es difícil anticipar el grado de concordancia en las observaciones, hay estudios en los que la sensibilidad y la especificidad se sitúan por encima del 90%(2), habiéndose seleccionado estos valores para el cálculo del tamaño muestral.

Responsable de volcado en la base de datos-análisis-informe: Coordinador del proyecto.

Los indicadores de este proyecto formarían parte de los Sistemas de Vigilancia de infección de herida de estos pacientes.

Indicadores:

ESTRUCTURA:  
Disponibilidad del número total de Historias seleccionadas según el tamaño muestral.

PROCESO:  
Evaluación de al menos 30 Historias.

RESULTADO:  
Sensibilidad.  
Especificidad.  
Valor Predictivo Positivo.  
Valor Predictivo Negativo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma:  
Elaboración programa(abril)  
Envío programa solicitud fechas(abril)  
Reserva Salas y materiales. Fotocopias(abril)  
Realización del muestreo(abril)  
Envío solicitud de Historias al Servicio de Archivos ( Mayo-nov)  
Desarrollo del estudio (Mayo-nov).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· KILOMETRAJE .....	80 €
· ALOJAMIENTO .....	280 €
· DIETAS .....	160 €
Total .....	520 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto de mejora de calidad se complementa con otros dos similares de dos sectores sanitarios más Huesca y Teruel-. Dado que el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

395

**DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

coordinador de cada proyecto participa como evaluador en otro, solo se llevarían a cabo de aprobarse los tres.

1.Scheckler W E. et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: A consensus panel report. Infect. Control Hosp. Epidemiol.1998;9(2):114-24.2.

2.Geubbels E et al. An operating Surveillance system of surgical-site infections in The Netherlands: results of the PREZIES national Surveillance Network. Infect. Control Hosp. Epidemiol.2000;21(5):311-18.

OBSERVACIONES del SECTOR

SON DIETAS. ES UN BENCHMARKING EN 3 HOSPITALES DEL SALUD

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 298

1. TÍTULO

**ESTUDIO Y ANALISIS DEL INDICADOR INTERVALO INDICACION-TIEMPO DE EXTRACCION EN CESAREA URGENTE PARA SU ADECUACION A LOS ESTANDARES ADECUADOS**

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA ROY RAMOS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GAZO ORTIZ DE URBINA ANA. MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE. PARITORIO
- BARBA ZANBO GEMMA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROYO GOYANES JUAN PABLO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- JIMENEZ BLANCO COVADONGA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una cesárea de indicación urgente implica la extracción inmediata del feto. Se define como cesárea urgente a aquellas que se indican en la sala de partos, con especial atención a las indicadas por sufrimiento fetal. La Sociedad de Obstetricia y Ginecología Española (SEGO) recomienda que se realice la extracción del feto en un tiempo máximo, desde que la cesárea es indicada, de 30 minutos. El retraso en la extracción fetal conlleva peores resultados neonatales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estandarizar unas normas de actuación en las cesáreas urgentes, involucrando a todo el personal (médicos, enfermería, celadores...) intentando que transcurra el menor tiempo posible entre la indicación y la extracción fetal.  
- Comprobar cumplimentación del indicador de calidad de la SEGO intervalo indicación-extracción fetal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Información a todo el personal implicado en el proceso de una cesárea (médicos, celadores, matronas, enfermería de quirófano) del proyecto de mejora. Responsables: Concha Sanz, Ana Gazo y Enrique Villarroel.  
- Recogida de datos revisando que se consigne en la historia clínica la hora en la que se indica la cesárea. Responsables: Virginia Roy y Juan Pablo Royo.  
- Análisis estadístico de los datos según el tipo de indicación de la cesárea. Responsables: Virginia Roy, Laura Server y Nuria López.  
- Charla y actividades de mejora que se desprendan de los datos obtenidos: Virginia Roy y Gemma Barba

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° de cesáreas con intervalo indicación-extracción inferior a 30 minutos/n° total de cesáreas urgentes x 100.  
2. N° de cesáreas en las que consta registrado en el partograma la hora de la indicación de la cesárea/ n° de cesáreas urgentes indicadas x100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primera quincena Abril 2011: Charla informativa al personal implicado sobre el proyecto a realizar.  
Segunda quincena Abril 2011 - Febrero 2012: Recogida de datos.  
Marzo 2012: Análisis de los resultados. Especial énfasis en las cesáreas indicadas por riesgo de pérdida de bienestar fetal, desprendimiento de placenta, prolapso de cordón y rotura uterina. Sesión clínica informativa.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- recursos informaticos ..... 100 €
- Total ..... 100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

107

**ADECUACION DEL CIRCUITO DE COLONOSCOPIA PARA EL DIAGNOSTICO Y ESTADIAJE DEL CANCER DE COLON EN EL AMBITO DE LA COORDINACION ATENCION PRIMARIA-ATENCION ESPECIALIZADA**

2. RESPONSABLE ..... SANTOS SANTOLARIA PIEDRAFITA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· AGUARON JOVE EVA. MEDICO DE FAMILIA. C.S. PERPETUO SOCORRO (HUESCA).  
· GARCIA RUIZ MARIA TERESA. MEDICO DE FAMILIA. C.S. SANTO GRIAL (HUESCA).  
· SAMPER SECORUM MARIA JESUS. MEDICO DE FAMILIA. C.S. ALMUDEVAR (HUESCA).  
· LOPEZ CORTES VIRGINIA. MEDICO DE FAMILIA. C.S. JACA (HUESCA).  
· MARTINEZ TRIGUEZ JUAN JOSE. MEDICO DE FAMILIA. C.S. AYERBE (HUESCA).  
· CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO DE FAMILIA. C.S. PIRINEOS (HUESCA).  
· BIERGE VALERO ALEJANDRO. MEDICO DE FAMILIA. G.A.P. SECTOR HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2009, el Departamento de Salud y Consumo y el Servicio Aragonés de Salud desarrollaron un proyecto de mejora en el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal. En este proyecto se recomendó que el tiempo de demora desde la solicitud de una colonoscopia por sospecha de cáncer de colon fuera menor a 15 días y el tiempo transcurrido hasta obtener una confirmación del diagnóstico no superara los 21 días. Actualmente existe una lista de espera de unos 90 días para la realización de colonoscopia y otros 90 días para acceder a la consulta de atención especializada. Por este motivo creemos necesario establecer un circuito de colonoscopia preferente ante la sospecha diagnóstica de un cáncer co

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de la lista de espera de colonoscopia a 14 días en los casos de sospecha de cáncer colorrectal  
Adecuación de los motivos de derivación a los criterios establecidos.  
Establecer un circuito de captación por atención especializada del paciente diagnosticado de cáncer de colon mediante colonoscopia para realización de estudio de extensión.  
Informar por escrito del diagnóstico y proceso de estadificación al médico de atención primaria.  
Informar al médico de atención primaria del programa de revisiones endoscópicas en los casos en

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de sesiones formativas en los centros de salud acerca de los signos y síntomas consensuados de alta sospecha de cáncer colorrectal .  
Información del funcionamiento del circuito.  
Inclusión en OMI de las plantillas de pre

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Días de demora en la citación de la colonoscopia preferente por sospecha de cáncer colorrectal  
Porcentaje de pacientes cuya derivación se ajusta a los criterios establecidos (guías de práctica clínica de Semfyc y AEG).  
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon que se incluyen en el circuito de diagnóstico de extensión.  
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre 2011: elaboración del proyecto.  
Segundo trimestre 2011: formación e información en los centros de atención primaria.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 107

ADECUACION DEL CIRCUITO DE COLONOSCOPIA PARA EL DIAGNOSTICO Y ESTADIAJE DEL CANCER DE COLON EN EL AMBITO DE LA COORDINACION ATENCION PRIMARIA-ATENCION ESPECIALIZADA

Tercer y cuarto trimestre 2011: implan

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Recursos informáticos .....		400 €
Total .....		400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

509

### IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VACUNACION FRENTE A RUBEOLA EN EL POSTPARTO INMEDIATO EN GESTANTES SERONEGATIVAS

#### 2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION SANZ MARTI

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SERVER DE CASTRO LAURA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LACARTA ESTALLO ROSANA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. OBSTETRICIA
- AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La rubéola es una enfermedad extendida en todo el mundo. El único reservorio del virus es el hombre. La rubéola congénita es una enfermedad neonatal debida a la infección crónica del embrión y persistencia del virus en los tejidos del feto hasta meses después del nacimiento. El virus pasa al feto a través de la placenta. Los fetos infectados pueden presentar malformaciones, retraso intelectual o sordera neurosensorial. Además pueden eliminar virus en secreciones respiratorias, intestinales y en orina hasta 1 ó 2 años, con lo que pueden transmitir y mantener la infección. A pesar de los programas de vacunación, la tasa de gestantes inmunes a la rubéola no es tan alta como la esperable. Además, a consecuencia de los fenómenos de inmigración se ha observado una mayor prevalencia de gestantes seronegativas. Diversas guías clínicas recomiendan la vacunación en el postparto inmediato y evitar otra gestación en los tres meses siguientes ya que, cuando no se realiza de esta manera, no es posible asegurar el cumplimiento posterior por parte de la paciente, y por lo tanto, podrá volver a tener un embarazo no protegido

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante las serologías de primer trimestre - entre las que se realiza la serología de la rubéola - se pretende identificar a las gestantes seronegativas para su vacunación en el postparto inmediato y así:

- Completar la cobertura vacunal frente a rubéola.
- Disminuir el riesgo de rubéola congénita.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Junto al Servicio de Farmacia seleccionar la vacuna idónea para nuestro área de salud. Responsables: Concepción Sanz, Pilar Andrés y Pilar Amador.

2. Presentación del proyecto a los miembros implicados en el proceso: consulta de obstetricia, matronas de los centros de Salud, Médicos de Atención Primaria, personal de enfermería de la planta de Obstetricia. Responsables: Ana Gazo, Rosana Lacarta y Virginia Roy.

3. Vacunación postparto a las gestantes seronegativas. Será recogido el número de historia de la paciente. Se dará un informe al alta dirigido a su médico de atención primaria para informar del proceso. En estas pacientes se insistirá en la anticoncepción durante los 3 meses siguientes para lo que serán citadas tras 30-40 días postparto en una consulta de ginecología. Responsables: Laura Server y Rosana Lacarta.

4. En la consulta de ginecología puerperal se insistirá en los métodos de planificación familiar hasta que cese el efecto de la vacuna. Responsable: Concepción Sanz y Pilar Andrés

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de gestantes seronegativas vacunadas en el postparto inmediato/gestantes seronegativas. Resultados >95%

- Nº de pacientes que acuden a la consulta para consejos sobre anticoncepción. Resultados >95%

- Nº de pacientes que reciben un informe al alta para su médico de Atención primaria indicando que han sido vacunadas / Pacientes que han sido vacunadas. Resultados = 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2011: Selección del tipo de vacuna.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 509

**IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE VACUNACION FRENTE A RUBEOLA EN EL POSTPARTO INMEDIATO EN GESTANTES SERONEGATIVAS**

- Mayo 2011: Presentación del proyecto a los diferentes servicios implicados.
- Mayo 2011: Vacunación a las gestantes seronegativas.
- Marzo 2012. Revisión de las actividades emprendidas, de los resultados y de la satisfacción de las pacientes vacunadas.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material fungible .....	100 €
Total .....	100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 522

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE LA VERSION EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... LAURA SERVER DE CASTRO  
· Profesión ..... MIR  
· Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· PEREZ RUIZ JAVIER. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO DE OBSTERICIA Y GINECOLOGIA  
· VELA LETE ANA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO DE OBSTERICIA Y GINECOLOGIA  
· LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL. EIR MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO DE OBSTERICIA Y GINECOLOGIA  
· PASCUAL GONZALEZ ANA. MATRONA. HOSPITAL SAN JORGE HUESCA. SERVICIO DE OBSTERICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el año 2010 en el Hospital San Jorge de Huesca, se asistieron 707 partos de los que 176 fueron cesareas (24,9 %). La indicación más frecuente fué la desproporción pélvico-cefálica y la no progresión de parto . Otra de las indicaciones en nuestro medio es la presentación podálica, ya que en la actualidad, la totalidad de las presentaciones podálicas se finalizan mediante intervención cesarea, representando en el 2010 el 10,22% del total de cesáreas.

La versión externa es una maniobra obstétrica que intenta convertir una presentación podálica en una cefálica, lo que favorece la finalización de la gestación por vía vaginal.

La tasa media de éxitos de esta maniobra es de alrededor del 65% (45-75%), siendo el factor más importante la experiencia de quien realiza la técnica. La versión se realiza entre las 37-38 semanas, momento en que la probabilidad de versión espontánea es reducida, siempre con la ayuda de un ecógrafo y la realización de un TNS tras la finalización de la técnica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción del 40%-50% de la tasa de cesareas por presentación podalica, lo que supondría disminuir entre un 5 y un 10% el total de las cesareas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Aprendizaje de la técnica. Obstétricas y residentes del servicio. Diseño de hoja informativa y consentimiento informado para la paciente. Javier Pérez Ruiz. Protocolo de actuación y creación de base de datos para recogida de casos. Laura Server de Castro. Realización de la versión externa a todas las gestantes en presentación podálica que acepten la técnica entre las semanas 37-38. Obstétricas. Control posterior a la técnica. Ana Isabel López y Ana Pascual. Recogida de datos. Isabel Negro y Ana Vela. Evaluación de resultados. Laura Server

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de éxitos con la maniobra: paso de presentación podálica a cefálica 50%. Número de versiones que consiguen un parto vaginal en presentación cefálica 80-90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: Aprendizaje de técnica. Mayo 2011: Diseño de protocolos, consentimientos y base de datos. Inicio de la técnica. Junio 2011 a Enero 2012: Implantación de la técnica y recogida de datos. Febrero-Marzo 2012: Análisis de resultados y presentación de los mismos. Nuevas propuestas de mejora.

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 522

IMPLANTACION DE LA VERSION EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Desplazamiento a centros para el aprendizaje de la técnica .....		300 €
· Papelería .....		100 €
	Total .....	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

607

### LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES: ADAPTACION DEL PROYECTO SENECA AL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

#### 2. RESPONSABLE ..... CARMEN TOSAT MANCHO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. SUPERVISORA FORMACIÓN Y CALIDAD
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO PARDO AURORA. MEDICA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. UNIDAD DE CALIDAD
- ALLER MURO ANA. MEDICA. ATENCION PRIMARIA. TECNICO DE SALUD
- RUBIO SORIANO CONCHA. ENFERMERA. CRPS SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. DIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad del paciente es uno de los principales componentes de la calidad asistencial y una prioridad del sistema sanitario. La asistencia sanitaria prestada en nuestro sector contempla todos los niveles asistenciales (primaria, especializada, convalecencia o sociosanitario y salud mental). El paciente en su camino por los distintos procesos recibe una asistencia sanitaria de complejidad creciente que, aunque efectiva, entraña riesgos, muchos de ellos evitables (casi un 9% de los pacientes hospitalizados sufre algún efecto adverso). La seguridad es contemplada como un valor en nuestro sector sanitario y mejorarla, un factor crítico de éxito.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo fundamental de este proyecto es gestionar los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria de una manera proactiva, de forma que disminuyan los efectos adversos y las actuaciones dirigidas a los pacientes sean más seguras y de mayor calidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Partiendo del Proyecto Séneca que plantea un modelo de seguridad en el paciente siguiendo los criterios EFQM, se programa una autoevaluación. De los indicadores planteados por criterio, se separarán aquellos que puedan aplicarse al Sector en su globalidad por una parte (liderazgo, política y estrategia, procesos) y por otra los que puedan aplicarse a uno o varios de los niveles asistenciales (el Proyecto Séneca se aplica a Hospitales y nuestra pretensión es abarcar Sector). Cada uno de los responsables de calidad de nivel formará su grupo de mejora en su lugar de trabajo. De este ejercicio se pretende detectar puntos fuertes y áreas de mejora y definir planes de acción concretos a llevar a cabo durante la segunda mitad del 2011. Se plantea una segunda autoevaluación en marzo del 2012 para valorar la mejora conseguida con los planes de acción. El hecho de autoevaluar supone ya una toma de conciencia de las áreas que son susceptibles de mejora. Se procurará la participación de el mayor número de personas posibles para que contribuya a difundir la cultura de la seguridad y de la calidad.

#### 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Autoevaluación realizada según criterios EFQM: SI/NO

Indicadores ejemplo:

- Se pactan objetivos relativos a la seguridad de los pacientes con los profesionales de los servicios: % de cumplimiento por servicio
- Se garantiza y fomenta el acceso de los profesionales a los programas de formación continuada sobre seguridad del paciente % de personal sanitario que recibe formación
- % pacientes que desarrollan eventos adversos relacionados con los cuidados

Nueva evaluación EFQM con mejores resultados tras la puesta en marcha de planes de mejora: SI/NO

#### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo/Abril 2011:

Diseño de la estrategia por parte de la Unidad de Calidad  
Formación de grupos de trabajo de Sector y por nivel asistencial

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 607

**LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES: ADAPTACION DEL PROYECTO SENECA AL SECTOR SANITARIO DE HUESCA**

Mayo 2011: Autoevaluación

Junio 2011/Diciembre 2011: Diseño y puesta en marcha de planes de mejora

Marzo 2012: Nueva autoevaluación EFQM

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Inscripción en el Congreso Nacional de Calidad para dos personas ... ..	1.200 €
Total .....	1.200 €

11. OBSERVACIONES. Una vez constituidos los grupos, podrá incrementarse el número de componentes del equipo hasta 8.

\*Inscripción en el Congreso Nacional de Calidad para dos personas del grupo.

OBSERVACIONES del SECTOR

ES DE LOS CUATRO NIVELES DEL SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 063

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. (CONTINUACION 2010) 3º AÑO-FINALIZACION IMPLANTACION**

2. RESPONSABLE ..... PASCUAL VAL ADAN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BESTUE CARDIEL MARIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. DIGESTIVO
- STOKMAN VAN-GORP MYRIAM. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL SAN JORGE. REHABILITACION
- CLAUVER ARILLA MARIBEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- BIESCAS LOPEZ ROSA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. NEUMOLOGIA
- EIZMENDI BINDER ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. HOSPITAL SAN JORGE. NEUROLOGIA
- POVEDA SERRANO PILAR. MIR. HOSPITAL SAN JORGE. FAMILIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Antecedentes:

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una enfermedad neurológica progresiva, de evolución fatal, que ataca a las células nerviosas encargadas de controlar los músculos voluntarios. Ocasiona debilidad con un rango amplio de discapacidades. Se afectan todos los músculos bajo control voluntario (extremidades y musculatura bulbar) y los pacientes pierden su fuerza y la capacidad de mover sus brazos, piernas y cuerpo. El curso es progresivo sin periodos de remisión. Cuando fallan los músculos del diafragma y de la pared torácica, los pacientes pierden la capacidad de respirar sin un ventilador o respirador artificial. La mayoría de las personas con ELA mueren de fallo respiratorio, generalmente entre 2,5-3 a 5 años a partir del comienzo de los síntomas. La introducción en los últimos años de medidas de soporte respiratorio de forma precoz (con las medidas de diagnóstico aplicadas para detectar la debilidad respiratoria antes del fracaso de los músculos implicados: Pimax<60cmH2o, uso de la SNIP y datos de la pusiometría nocturna) como la ventilación no invasiva (VNIV) y la ventilación mecánica invasiva por traqueostomía ha mejorado la supervivencia de estos pacientes y ha mejorado su calidad de vida al disminuir la sintomatología atribuida a la debilidad respiratoria y ha disminuido el número de ingresos al disminuir la morbilidad (el 57% de los ingresos de estos pacientes son por patología respiratoria intercurrente, un 32% por una infección respiratoria y un 25% por un fallo respiratorio que podía haberse evitado). Por otra parte otros aspectos del cuidado de estos enfermos tales como la rehabilitación en especial la fisioterapia respiratoria para mejorar la movilización de las secreciones, enseñar respiración glossofaríngea, terapia e hiperinflación manual y facilitar el aprendizaje del manejo de aparatos de tos asistida se han mostrado eficaces en la disminución del índice de infecciones respiratorias al mejorar la movilización de secreciones (imposible de forma autónoma por la debilidad de los músculos espiratorios en estos pacientes) al tiempo que mejoran su calidad de vida. Asimismo, otro aspecto esencial en la supervivencia de estos pacientes es el abordaje de la nutrición y lo que es más importante la prevención de la desnutrición y la deshidratación cuando aparecen los primeros signos de disfagia o disminución del reflejo nauseoso planteando de una forma precoz y sin "estigmas" la implantación de una gastrostomía de alimentación para facilitar la alimentación, disminuyendo además el riesgo de broncoaspiraciones y mejorando la capacidad respiratoria del paciente al evitar la atrofia muscular precoz. Dentro del programa de implantación del proceso ELA iniciado hace 23 meses con el Objetivo general de mejorar la asistencia de los pacientes con esta enfermedad se plantea la continuación del mismo y finalización de su implantación que se ha establecido en varias fases con la incorporación este año de las actuaciones a nivel de fisioterapia respiratoria y a nivel del manejo de la nutrición y las técnicas para aplicar la alimentación con la incorporación al grupo de mejora de los servicios de digestivo, endocrino y rehabilitación.

Problemas actuales

Con el inicio del grupo de mejora en 2009 se ha conseguido una mejora evidente en la asistencia de estos pacientes tal y como figura en las memoria de los años 2009 y 2010. Sin embargo todavía quedan acciones pendientes a nivel de mejora del proceso diagnóstico y en especial del manejo precoz del diagnóstico de la

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

### IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. (CONTINUACION 2010) 3º AÑO-FINALIZACION IMPLANTACION

disfagia para evitar la desnutrición y disminuir la morbimortalidad aplicando de forma precoz vías de alimentación como la gastrostomía. También se realizarán acciones a nivel de rehabilitación respiratoria facilitando al paciente el uso de aparatos de tos asistida (que no se utilizan debido a que se precisa un adiestramiento al paciente por parte de un fisioterapeuta experto en estas acciones) y adiestrándolos en el manejo de rehabilitación respiratoria que van a mejorar su calidad de vida y disminuir el riesgo de broncoaspiración. Se debe finalizar el documento del proceso y la realización de documentos de información al paciente y la familia.

#### Oportunidad de Mejora

- ? Finalizar la implantación del proceso ELA con la creación de un grupo de mejora multidisciplinar
- ? Mejorar la asistencia al paciente:
- ? Diseñar completamente el proceso general: "Plan de atención a la ELA en el Hospital San Jorge", incluyendo todos los componentes que van a intervenir en los próximos años y las actividades que van a realizarse dentro del plan.
- ? Implantar la rehabilitación respiratoria en estos pacientes y la aplicación de aparatos de tos asistida.
- ? Detectar precozmente la disfagia, aportar educación nutricional al paciente y familiares y, establecer la indicación de gastrostomía, preferentemente guiada por endoscopia, en el momento oportuno. Con ello se evitará la desnutrición y el riesgo vital que implica este procedimiento cuando la capacidad respiratoria está comprometida.
- ? Disminuir la morbimortalidad hospitalaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes (evitar infecciones respiratorias, aspiraciones, ingresos por neumonías y mortalidad precoz y evitable).
- ? Finalizar el documento del proceso ELA en el Sector Huesca
- ? Mejorar los índices de satisfacción del paciente y sus familias
- ? Establecer relaciones fluidas con la asociación de enfermos para facilitar a los pacientes el uso de recursos que esta asociación proporciona y servir de apoyo a la misma para información, formación etc...
- ? Realizar e implantar base de datos conforme a estándares establecidos que sirva de seguimiento de estos pacientes y ayude en futuras investigaciones
- ? Mejorar la comunicación con los pacientes y familiares, favoreciendo la aplicación de directrices previas por parte del paciente y apoyando la toma de decisiones con respeto a la autonomía del paciente.

#### Bibliografía:

Van der Berg JP., et al. Multidisciplinary ALS care improves quality of life in patients with ALS . Neurology 2005 ; 65: 1264- 1267  
Lee Guion . Respiratory management of ALS. Jones and Bartlett publishers 2010.  
Lauren B Elman , MD Clinical features of ALS. Uptodate 2008.  
Manual de cuidados generales de personas afectadas por enfermedades neuromusculares. Associacio Catalana de Malalties neuromusculars.2005  
Tratado de insuficiencia respiratoria. Sociedad española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR) 2006  
Rehabilitación respiratoria. SEPAR 2000.  
Guía para la atención de la esclerosis lateral amiotrofica (ELA) en España  
Ministerio Sanidad y consumo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 4.- METODOLOGÍA EMPLEADA  
Indicar las actividades realizadas para conseguir los objetivos deseados

1. 1. Se ha mejorado la asistencia al paciente:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 063

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. (CONTINUACION 2010) 3º AÑO-FINALIZACION IMPLANTACION**

- ? Se ha implantado la consulta de alta resolución individualizada para los pacientes con ELA (Se han disminuido los desplazamientos de estos pacientes, se les asigna un seguimiento acorde a las necesidades de su evolución y se realizan las pruebas necesarias el mismo día).
- ? Se ha trabajado en la información sobre las voluntades anticipadas en la consulta con el paciente y la familia para evitar conflictos y situaciones no deseadas para el paciente en caso de situaciones agudas. Se ha fomentado el que estas sean escritas e incluidas en la historia clínica.
- ? Se ha disminuido el número de ingresos de estos pacientes por comorbilidad (neumonías etc...) y se ha facilitado la asistencia al paciente y la familia en el final de la vida, evitando conflictos y actuaciones no deseadas.
- ? Se realiza un diagnóstico precoz de la debilidad respiratoria instaurado Bipap a todos los pacientes con criterios para la misma.
- ? Las familias y el paciente han hecho constatar su satisfacción por la atención recibida

- 2. Se ha mejorado la Eficiencia en la asistencia:
  - ? Disminución visitas al disminuir inadecuadas e ineficaces.
  - ? Evitar pruebas no indicadas
  - ? Disminuir ingresos hospitalarios

- 3. Realización y mejora de un registro en una base de datos de todos los pacientes con ELA existentes en nuestro para poder obtener indicadores fiables.
- 4. Se han recogido los datos de pruebas y situación clínica en cada visita
- 5. Se ha realizado el protocolo de atención al paciente con ELA en el Sector Huesca, excepto la parte prevista para 2011 (nutrición-rehabilitación-digestivo) (se adjunta el índice en la memoria 2010)
- 6. Se ha trabajado de forma coordinada con el equipo de paliativos para la asistencia al final de la vida en el domicilio
- 7. Se ha realizado una atención al final de la vida acorde a los deseos de los pacientes (directrices previas) y se ha manejado de forma coordinada la atención al final de la vida con la aplicación del tratamiento sintomático adecuado para una muerte digna.
- 8. Se ha realizado una guía de información a la familia sobre la asistencia en la consulta
- 9. Se ha realizado una visita a la unidad de ELA del hospital Clínico San Carlos iniciando líneas de contacto para futuras investigaciones
- 10. Se han establecido nuevas líneas futuras de mejora , todo ello ha repercutido sobre la calidad científico-técnica

Indicadores:

Objetivos esperados	Valor de Indicadores
Plan atención elaborado	SI
Nº reuniones año	12
Guía información elaborada	SI
Total pacientes atendidos en CAR>2009	100% (2009 85%)
%pacientes pruebas funcionales realizada	>95%
Pacientes con VNIV	0%
% bypap criterios	84%
% bypap tardía	8%
% pacientes directrices historia clinica	25%
Tasa de exitus	33%
Tiempo medio de supervivencia (dada la escasa prevalencia se medirá al final de 2011)	
% pacientes con ENG Dx diagnóstico	Sólo ha habido 1 paciente de recientes diagnóstico durante 2010

Aspectos pendientes:

- Durante 2010 se ha consolidado la consulta de alta resolución
- Los resultados mejores y más evidentes sobre la asistencia al paciente por la respuesta obtenida de los pacientes y la familia han sido:
- ? El abordaje de la enfermedad de forma integral

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

**IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. (CONTINUACION 2010) 3º AÑO-FINALIZACION  
IMPLANTACION**

- ? El apoyo al paciente y la familia en las distintas fases de la enfermedad
- ? Abordaje cada vez más precoz de temas difíciles como el final de la vida y la aplicación de directrices previas con su inclusión en la historia clínica
- ? Los pacientes fallecidos este año, lo han hecho de una forma digna, sin sufrimiento y respetando los deseos del paciente. Todas las familias de los pacientes fallecidos han expresado su agradecimiento por el apoyo durante la enfermedad y durante el curso de la muerte.
- ? Se ha mejorado el abordaje de la sintomatología durante la enfermedad con la implantación de medidas respiratorias precoces, implantación de toxina para la xialorrea, medicamentos para los diferentes síntomas etc...
- ? Se han disminuido los trámites al paciente y los desplazamientos innecesarios, haciéndose una asistencia según las necesidades del paciente.
- Para 2011 se quieren finalizar e incluir aspectos esenciales como el abordaje de la nutrición, la implantación precoz de la gastrostomía y si es posible la rehabilitación y la comunicación. En un futuro 2012 tras 3 años de seguimiento se valorará la posibilidad de participar en estudios y fomentar la investigación y resultados de supervivencia.

## Recursos usados

## REFERENCIA DE APLICACIÓN GASTOS BECA CALIDAD ELA N°9 (2010)

1. Asistencia a Unidad de referencia ELA del Hospital Clinico San Carlos de Madrid (Dr. Antonio Guerrerro). Importe viaje ida-vuelta Dr. Val-Dra Bestue: 233,5 euros
  2. Pulsioxímetros: 272,70 euros
  3. Libro: "Respiratory Management of ALS. Amyotrophic Lateral Sclerosis" Lee Guion. Jones and Bartlett 2009: 46,36 euros
- Total asignado: 600 euros/ Total aplicado 552,56

## ANEXO:

## INDICE:

1. Antecedentes y justificación
2. Objetivos.
3. Componentes del equipo de Mejora
4. Proceso Diagnóstico
5. Diagrama flujo del diagnostico de ELA
6. Consulta de la enfermedad de Neurona motora: Organización
7. Diagrama flujo consulta "enfermedad de Neurona motora"
8. Escalas de medida
9. Aspectos del Manejo de la ELA.
  - 9.1. Manejo síntomas
  - 9.2. Protocolo del manejo de la situación respiratoria
  - 9.3 Arboles de decisión
  - 9.4. Manejo de la información.
  - 9.5. Directrices anticipadas
  - 9.6. Otro tipo de terapias (comunicación, rehabilitación)
10. Diagrama flujo atención urgencias ELA conocida
11. Consulta de Enfermería
12. Calendario
13. Indicadores
14. Anexos:
  - 10.1. Síntomas y signos de 1º y 2º Neurona motora
  - 10.2. Niveles de certeza diagnóstica



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 063

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. (CONTINUACION 2010) 3º AÑO-FINALIZACION IMPLANTACION**

- 10.3. Descripción del aparato de medición SNIF
- 10.4. Documento voluntades anticipadas
- 15. Bibliografía

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Finalizar la implantación proceso ELA:
- ? Diseñar completamente el proceso general: "Plan de atención a la ELA en el Hospital San Jorge".
2. Mejorar la asistencia del paciente con ELA:
- o Abordaje de la enfermedad de forma integral
  - o Apoyo al paciente y la familia en las distintas fases de la enfermedad
  - o Prevención complicaciones:
  - ? Incorporación de la fisioterapia respiratoria y aparatos de tos asistida
  - ? Prevención de la desnutrición
  - ? Realización gastrostomía "en tiempo"
  - ? Manejo de la nutrición adecuada
  - o Mejorar calidad vida
  - o Aumentar la satisfacción con la asistencia recibida
3. Mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios
4. Mejorar la comunicación con los pacientes y la sociedad
- o Abordaje cada vez más precoz de temas difíciles como el final de la vida y la aplicación de directrices previas con su inclusión en la historia clínica
  - o Implantación de "folletos de información" al paciente y la familia de los problemas en las distintas fases de la enfermedad y medidas para mejorar su calidad de vida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- 1. Se finalizará el documento del proceso ELA con las inclusiones de este año y se publicará como documento del Sector. (Dra Bestué/Dr Val)
  - 2. Se actualizará y mejorará la base de datos para el registro de pacientes existentes en el Sector acorde a los estándares de evaluación actuales incorporando nuevos indicadores y eliminando los superfluos (Secretaria :Ana Eizmendi)
  - 3. De forma mensual se continuará realizando la consulta mensual de alta resolución (Pruebas funcionales /consulta Neurología-Respiratorio) (Rosa Biescas/Maribel Claver)
  - 4. Se realizará una reunión con todos los componentes del grupo de mejora para explicar el proyecto y realizar la distribución de las distintas actuaciones de este año. Posteriormente se realizarán las reuniones del grupo de mejorar para evaluar los resultados y las acciones a seguir (Grupo de mejora: Dr Val) mediante los indicadores establecidos y valorando los problemas en la implantación de las nuevas actuaciones.
  - 5. Recogida de los datos clínicos y de laboratorio para poder monitorizar la actividad y evaluar las acciones implantadas (Dra Poveda)
  - 6. Se realizará el documento del tratamiento con fisioterapia respiratoria, las indicaciones y la vía de acceso a la misma (Myriam Stokman Van-gorp/Dr Val).
  - 7. Se realizará el documento de gastrostomía, incluyendo vía clínica, guía de manejo y cuidados básicos para el paciente y familiares, y protocolo de seguimiento posterior en consulta específica de gastrostomía. (Vanesa Bernal).
  - 8. Se realizará el documento por parte de endocrino del manejo de la alimentación y el protocolo de actuación para acceder a la consulta
  - 9. Se realizará una guía para los pacientes sobre información sobre su proceso y sobre la consulta de alta resolución. (Maribel Claver)
  - 10. Este año se analizarán los indicadores de supervivencia (Dra Bestu

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° Reuniones año (estándar =6)
- 2. Proceso atención pacientes con ELA elaborado (SI/NO)
  - 3. Guía de información al paciente elaborado (SI/NO)
  - 4. Total de pacientes atendidos en CAR (> año 2010)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 063

**IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR. (CONTINUACION 2010) 3º AÑO-FINALIZACION IMPLANTACION**

- 5. % pacientes con pruebas funcionales realizadas (>90%)
- 6. Protocolo gastrostomía elaborado (SI/NO)
- 7. Protocolo de fisioterapia elaborado (SI/NO)
- 8. Tasa de pacientes con ventilación no invasiva
- 9. % pacientes con bypap conforme a criterios (PImax < 60 cc H2o o SNIP < 40 cc H2o) (>90%)
- 10. % pacientes a los que se indica bypap con signos tardíos de I.respiratoria
- 11. % pacientes con indicación de gastrostomía que la reciben en el momento adecuado (nº pacientes con gastrostomía / nº pacientes con CVF > 50% por 100 en un año)
- 12. % pacientes con IMC < x que no llevan gastrostomía
- 13. Tiempo medio desde supervivencia desde el diagnóstico
- 14. Tiempo medio de supervivencia desde el inicio de la I.respiratoria
- 15. Tiempo medio de supervivencia desde el inicio de la Bypap
- 16. Tasa de exitus
- 17. % pacientes con directrices anticipadas en su historia clínica (>2010)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el mes de abril se reunirá al grupo de mejora para explicar los resultados obtenidos durante el año 2010, las actividades pendientes y las nuevas acciones para 2011
- 2. Se realizará el proceso de atención a la ELA en el Sector Huesca (finalizado en Noviembre de 2011) (con todos los subprocesos pendientes).
  - 3. De forma mensual se realizará la consulta específica (CONSULTA DE ALTA RESOLUCION)
  - 4. De forma semestral se reunirá el equipo de mejora para analizar la asistencia de los pacientes de la UNIDAD.
  - 5. Se realizará el protocolo de actuación de la gastrostomía (indicaciones y vía clínica) (octubre 2011)
  - 6. Se realizará el protocolo de actuación de la fisioterapia respiratoria (indicaciones y vía clínica) (octubre 2011)
  - 7. En los meses de julio y octubre se hará una monitorización de los indicadores DE SUPERVIVENCIA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- Material iconográfico para los pacientes ..... 200 €
  - \*Formación: Visita centro de ELA: "La Fé" de Valencia. Servicio ... 400 €
  - Total ..... 600 €

11. OBSERVACIONES. . \*Formación: Visita centro de ELA: "La Fé" de Valencia. Servicio de respiratorio.Unidad de ELA. ( 2 facultativos)/MATERIAL

OBSERVACIONES del SECTOR  
KILOMETRAJE QUE LO PIDA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 198

1. TÍTULO

**PROGRAMA PARA LA DIFUSION E IMPLANTACION DE LA INTUBACION TRAQUEAL FIBRO –OPTICA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION**

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE VILLARROEL PINO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VERA BELLA JORGE. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
  - ARMENDARIZ BULL IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
  - CIRAC PEREZ ROSA. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE QUIROFANO
  - SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
  - HERNANDO HERNANDO BELEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE QUIROFANO
  - RIGOPOULOU BAKAROUKU ANGELICA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
  - MARTIN GUERRICABEITIA JUAN. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La intubación de la tráquea (IT) es una técnica esencial para el manejo de la vía aérea en la anestesia general y reanimación cardiopulmonar. No obstante, se presenta hasta en el 0,5% de los pacientes alteraciones morfológicas que dificultan o imposibilitan dicha técnica, comprometiendo así la vida del paciente. La vía aérea difícil (VAD) constituye la principal causa de morbi - mortalidad directamente relacionada con la administración de la anestesia. En el manejo de la VAD, la intubación traqueal fibro - óptica (ITF) se considera la técnica de referencia, siendo imprescindible adquirir las habilidades necesarias para su práctica, así como formación y entrenamiento continuado para dominar adecuadamente la técnica. Hay una opinión unánime entre los miembros del servicio sobre la necesidad de implantar de forma extensa la técnica de ITF y ordenar el uso de las numerosas y diversas técnicas alternativas y dispositivos disponibles en el SAR y TD. Y de manera indiscutible, es necesario disponer siempre de la ITF para hacer frente a situaciones clínicas que comprometen la seguridad de los pacientes. El servicio d Anestesiología del Hospital San Jorge, con motivo de las oposiciones de 2010, ha renovado de manera importante su plantilla de Anestesiólogos. Con lo cual se hace vital realizar revisar y reevaluar el programa existente de ITF.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener información sobre los conocimientos y habilidades de la técnica de ITF de los miembros del SAR y TD. Planificar un nuevo programa de mejora de habilidades de la técnica de ITF en el propio servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar encuestas estructuradas y entrevistas personales entre los miembros del servicio de Anestesiología. Realizar prácticas de ITF con maniqués de intubación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Comprobar la tasa de utilización del equipo ITF antes y después de realizar las prácticas. Encuesta estructuradas que permitan conocer la situación actual de las habilidades para la ITF del servicio de Anestesiología.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se pretende realizar un programa de mejora continuado, que dure por lo menos dos años. En el primer año se realizará énfasis en conocer la situación del servicio de Anestesiología, así como saber que puntos quieren mejorar los miembros del servicio. En el segundo año se abordará un programa de mejoramiento de la técnica, basado en prácticas con maniqués y pacientes. elaboración y realización de la encuesta antes de diciembre de 2011. Analisis y consecuencias de los resultados de la encuesta enero de 2012 .

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 198

**PROGRAMA PARA LA DIFUSION E IMPLANTACION DE LA INTUBACION TRAQUEAL FIBRO –OPTICA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION**

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Actualmente el servicio de anestesiología posee un equipo de ITF, así como maniqués para la realización de programa de mejora.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE CARTILLAS DE INICIO Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACION EN EL SECTOR DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... CARLOS VIÑUALES PALOMAR
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. COORDINACION DE CUIDADOS
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- AGUILA VILLACAMPA DOLORES. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO
  - FERNANDEZ PALMA BELEN. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE MEDICINA INTERNA
  - MAIRAL SALINAS ESTHER LORENA. ENFERMERIA. CS PIRINEOS. ENF ENLACE SECTOR HUESCA
  - MONTAÑANA GUZMAN ALFONSO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE CIRUGIA
  - PICO PICO MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE CIRUGIA
  - SERRANO BITRIAN MERCEDES. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE QUIROFANO
  - SERRANO LUESMA PAZ. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro ámbito sanitario cada vez es mayor el número de pacientes a los que se les coloca un catéter venoso central de larga duración. Garantizan el acceso venoso y disminuyen las complicaciones derivadas de administrar ciertas sustancias por vía periférica, contribuyendo así a aumentar la seguridad y calidad de vida de los pacientes.

Aún llevando tiempo trabajando en el diseño de protocolos de cuidados de estos catéteres y en la continuidad de cuidados entre el Hospital y los Centros de Salud, pensamos que es posible seguir implementando medidas que contribuyan a mejorar la calidad del servicio.

El hecho de que haya varios servicios hospitalarios y profesionales implicados en la indicación, colocación, manejo y cuidados de dichos catéteres hace que sea difícil unificar los cuidados y el registro.

El establecimiento de un registro único de seguimiento que sea entregado al paciente en el momento de la colocación del dispositivo contribuirá a mejorar la seguridad del usuario y a garantizar la continuidad de los cuidados.

Dicha herramienta cumplirá con los siguientes cometidos:

1. Reflejar los datos básicos del catéter y de su implantación (tipo de catéter, modelo, localización, fecha de implantación...)
2. Ser una guía de autocuidados para el usuario.
3. Actuar como vehículo de difusión de las normas básicas de cuidados consensuadas en los protocolos del Sector, aportando seguridad a los profesionales.
4. Documentar las actuaciones (curas y sellados) y eventuales complicaciones que se produzcan (signos de obstrucción, infección...)
5. Facilitar direcciones de contacto para consulta de dudas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este es una continuación de un proyecto ya incluido en el Programa de Apoyo de la convocatoria anterior. Se desarrollaron las actividades previstas y los resultados son los siguientes:

1. Número de cartillas entregadas tras la colocación de catéteres venosos centrales (CVC) de larga duración (Reservorios + Hickman + PICC)

Número de CVC de larga duración (Reservorio + Hickman + PICC) colocados a partir del día 30 de junio de 2010 en el Hospital San Jorge.

1ª medición: 14/09/10: 100%. 8/8 (reservorios)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 140

**IMPLANTACION DE CARTILLAS DE INICIO Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACION EN EL SECTOR DE HUESCA**

2ª medición: 11/01/11: 100%. 21/21 (17 reservorios, 1 Hickman y 3 PICC).

2. Número de cartillas entregadas a pacientes portadores de CVC de larga duración (Reservorio + Hickman + PICC) cuya instauración fue previa al 30/junio/2010

Número de pacientes portadores de CVC de larga duración (Reservorio + Hickman + PICC) en el Sector de Huesca cuya instauración fue previa al 30/junio/2010.

1ª Medición: 14/09/10: 56,8%. 54/95

2ª Medición: 11/01/11: 87,4%. 83/95.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Cobertura total (todos con cartilla) de los pacientes que llevan instaurado un CVC de larga duración tipo Reservorio, Hickman y PICC en el Sector de Huesca.

2.Usó generalizado de la cartilla a la hora de acceder a los diferentes dispositivos de salud cuando se precisa utilización del dispositivo endovenoso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Seguir entregando la cartilla de control a los pacientes de nueva instauración de estos catéteres. Responsables: Alfonso Montañana Guzman, Mercedes Serrano Bitrián y Paz Serrano Luesma.

2. Completar la cobertura de pacientes con cartilla. Responsables: Dolores Águila Villacampa, Belen Fernández Palma, María Picó Picó y Lorena Mairal Salinas.

3. Evaluar el uso de esta cartilla a la hora de la utilización de estos sistemas venosos por parte de los profesionales de la salud. Responsable: Carlos Viñuales Palomar y Dolores Águila Villacampa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de cartillas entregadas tras la colocación de catéteres venosos centrales (CVC) de larga duración (Reservorios + Hickman + PICC)

Número de CVC de larga duración (Reservorio + Hickman + PICC) colocados a partir del día 30 de junio de 2010 en el Hospital San Jorge.

2. Número de cartillas entregadas a pacientes portadores de CVC de larga duración (Reservorio + Hickman + PICC) cuya instauración fue previa al 30/junio/2010

Número de pacientes portadores de CVC de larga duración (Reservorio + Hickman + PICC) en el Sector de Huesca cuya instauración fue previa al 30/junio/2010.

El indicador 1 se va a obtener en los registros de las unidades de Quirófano y UCI y el 2 en el registro de la consulta de enfermería del Hospital de día oncológico.

3. Número de pacientes que acuden al Hospital de día para extracción sanguínea, tratamiento o sellado del dispositivo tipo Reservorio, Hickman y PICC con su cartilla debidamente actualizada / Número de pacientes que acuden al hospital de día para extracción sanguínea, tratamiento o sellado del dispositivo tipo Reservorio, Hickman y PICC.

El indicador 3 se obtendrá en la consulta de enfermería del Hospital de día oncológico.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los indicadores 1 y 2 se monitorizarán el día 30 de junio de 2011 (se cumplirá un año del inicio de entrega de cartillas de cuidados y seguimiento).

El indicador 3 se monitorizará en el meses de Octubre-Noviembre. Momento en el que estimamos haber alcanzado la máxima cobertura.

Estimamos la finalización del proyecto al final del presente año 2011 en el que habremos conseguido una cobertura casi total. Entendemos que las personas portadoras de estos dispositivos que no cuenten con la cartilla de seguimiento serán usuarios cuyos accesos venosos no esten activos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición de las cartillas .....	175 €
Total .....	175 €

11. OBSERVACIONES. Con esta renovación del proyecto esperamos consolidar la conciencia de "catéter venoso de larga duración= cartilla de seguimiento" y contar

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

140

IMPLANTACION DE CARTILLAS DE INICIO Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACION EN EL SECTOR DE HUESCA

con una nueva edición de cartillas que posibiliten el mantenimiento de esta iniciativa los próximos años.

OBSERVACIONES del SECTOR  
SEGUIMIENTO CARTILLAS. BIEN

1. TÍTULO

**ESTUDIO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ZAZO ROMOJARO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
  - MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
  - RODRIGUEZ PALACIOS MILAGROS. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
  - VICENTE SAINZ MILAGROSA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
  - BELLOSTA LORES LETICIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS
  - ESCAR SANZ MARIA MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. ADMISION
  - SANZ PUERTOLAS PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es sistema sanitario español, es reconocido mundialmente por su calidad y tiene reconocida la universalidad como uno de sus puntales. Pero a veces, la percepción de esta calidad se ve mermada, por motivos no sanitarios y organizativos La Calidad Asistencial Percibida debe ser uno de los objetivos prioritarios de gestores y profesionales sanitarios. No solo tenemos que asistir bien, sino que esa asistencia se tiene que percibir correctamente. Se ha mejorado mucho en comunicación con actuaciones como el informe de alta. Sin embargo todavía hay puntos de mejora evidentes, que tras la introducción de unas actuaciones, esperamos corregir-Debido a la alta carga asistencial (37.000 urgencias/año), la espera de pacientes y familiares en el Área de Urgencias de los hospitales, a veces genera frustraciones, no es comprendida y en muchas ocasiones merma la Calidad Asistencial Percibida. Incluso habiendo obtenido buenos resultados sanitarios. La relación de los usuarios con los profesionales y la comunicación e información directa es fundamental. Pero además podemos iniciar actuaciones para que esa espera, se comprenda y se acepte como una necesidad. Por eso proponemos una serie de actuaciones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Al no existir indicadores sobre la calidad asistencial percibida, pretendemos realizar un punto de corte al inicio del proyecto en el que pretendemos crear unos indicadores lo más objetivos posibles mediante la elaboración de encuestas que medirán:

- Relación medico-paciente
- Tiempos de espera
- Información recibida
- Satisfacción global de la asistencia recibida Hay algún índice que ya está validado y que podemos utilizar (Índice de reclamaciones por espera en urgencias)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la actuación del Plan de Mejora pretendemos que los pacientes atendidos y sus familiares mejoren la percepción que tienen de la asistencia durante su estancia en nuestro servicio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se plantean diversas actuaciones simultáneas, o no, que se pondrían en marcha en función de presupuestos y dotaciones. Plan A.-Comunicación e información audiovisual.- Consiste fundamentalmente en la generación de un pequeño circuito cerrado de televisión en la que se emitiría mediante microdocus información del funcionamiento del Servicio, así como todo tipo de información sanitaria. Plan B.- Documento de acogida a pacientes y familiares en el Servicio de urgencias. Durante mucho tiempo se ha insistido en la información sobre deberes y derechos de pacientes mediante este documento, pero se debería además implementar con información de por qué se espera, y a qué es debida esta espera (evolución de enfermedades, tiempo mínimo para pruebas complementarias necesarias, tiempo de actuación de medicación etc) Plan C.- Posters informativos sobre el funcionamiento del Servicio.- En salas de espera y otras dependencias. Los familiares y enfermos no graves pueden informarse y objetivar sus expectativas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluaríamos tres aspectos fundamentales, y utilizaríamos indicadores Standard y encuestas a pacientes y familiares



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

253

**ESTUDIO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

Para evaluar correctamente el impacto estableceríamos un punto de partida antes de las actuaciones y otro tras un año de funcionamiento. Indicadores a monitorizar:  
Indice de reclamaciones por espera en urgencias presentadas en atención al paciente y

o en la dirección con respecto al numero de urgencias atendidas Encuestas, en las que evaluaríamos dos aspectos A.- Calidad Asistencial Percibida  
-Relación medico-paciente  
-Tiempos de espera  
-Información recibida  
-Satisfacción global de la asistencia recibida B.- Utilidad de la información prestada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de un año. Punto de corte inicial en mayo 2011. Reevaluacion cada 3 meses. Conclusiones en abril 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 TV LCD de 37 o mas pulgadas .....	1.200 €
· Lector DVD .....	60 €
· Cableado coaxial .....	200 €
· Póster .....	360 €
· Trípticos y demás material fungible .....	400 €
Total .....	2.220 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto y este metodo pretende continuar el estudio en otros servicios del Sector Sanitario

OBSERVACIONES del SECTOR

CAMBIO DE COORDINADOR. NO UN RESIDENTE

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

516

**"RASTREAR HUELLAS". CONTINUIDAD DEL PROYECTO "HUELLAS II" SOBRE EL ESTUDIO DE LA OBRA ARTISTICA COMO ELEMENTO DE INFORMACION PARA LA MEJORA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

### 2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LORO LORO

- Profesión ..... TRABAJADOR SOCIAL
- Centro ..... CENTRO DE DIA DE SALUD MENTAL ARCADIA , HOSPITAL S
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OLIVERA JAVIER. PSIQUIATRA. COORDINADOR DE SALUD MENTAL.
- BENABARRE CIRIA SERGIO. PSICOLOG. FUNDACION AGUSTIN SERRATE, CENTRO DE DIA ARCADIA.
- LAFUENTE PEÑA OLGA. EDUCADORA SOCIAL. FUNDACION AGUSTIN SERRATE, CENTRO DE DIA ARCADIA.
- GUERRA MAGDALENA. PROFESORA, ARTETERAPEUTA. FUNDACION AGUSTIN SERRATE, CENTRO DE DIA ARCADIA.
- UBIETO GRASA PACO. DINAMIZADOR SOCIAL. FUNDACION AGUSTIN SERRATE, CENTRO DE DIA ARCADIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el punto de partida Huellas I, II estudio de la obra plástica, conclusiones, divulgación . Constatamos que el canal establecido de trabajo en equipo redundaba en la calidad y atención que prestamos a los pacientes del Centro de Día. Vemos necesaria abordar una tercera etapa en donde la labor de difusión pueda implicarlos también a ellos, haciéndolos protagonistas del proceso. Para ello pensamos en 2 vías posibles:

1. Local- comarcal, elaboración de un proyecto conjunto desde el Equipo de Actividades Terapéuticas para presentar en el Festival de Periferias de Huesca, que este año versará sobre Arte y Salud Mental.

2. Asistencia al futuro Congreso de Terapias Artístico-Creativas (Noviembre-Zaragoza) reconocido de interés educativo, social y sanitario. Donde se presentará una Ponencia sobre el trabajo realizado, aprovechando el material recopilado

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Las acciones emprendidas nos aportan una mayor información sobre el proceso de evolución clínica, obteniendo datos que desconocíamos de los usuarios. La actividad artística en su forma de expresión anticipa conductas o comportamientos, susceptibles de intervención. No habiéndose producido hasta la fecha ningún ingreso de los sujetos de estudio.

Otros:

Sesión Clínica en San Jorge: "Dimensiones terapéuticas de la Creatividad" 30 junio 2010.

Mesa redonda en las Jornadas "Trastorno y Creación" con la intervención de Daniel Pérez.

Vemos necesario continuar la labor de difusión entre los diferentes dispositivos de Salud Mental. En vistas a la mejora de la implantación de las actividades terapéuticas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantener un seguimiento en las reuniones del equipo Multidisciplinar. Coordinando los servicios y la información en beneficio del conocimiento global del paciente. Con el consejo de expertos en aquellos aspectos más específicos.

Desarrollo de un proyecto conjunto (Musicoterapia, Dinamización Social, Teatro, Arteterapia) para el Festival de Periferias.

Comunicación audiovisual para su presentación en el Congreso de Terapias Artístico- Creativas de Zaragoza.

Implicación directa de los usuarios, tanto en Huesca como en Zaragoza.

Difusión e intercambio de experiencias e información con otros profesionales de Salud.

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Completar la composición temática del catálogo.

Nos proponemos objetivos y estrategias realistas, con plazo más dilatado en el tiempo.

1. Para el proyecto de Periferias contamos con la colaboración del profesor del Departamento de Plástica Jose Luis Jiménez, de la Facultad de Ciencias de la Educación, que actualmente está realizando un taller en el Centro de Día.

2. Para el proyecto Multidisciplinar de cara al Congreso de Zaragoza, reparto de tareas de acuerdo con las funciones de cada profesional.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 516

"RASTREAR HUELLAS". CONTINUIDAD DEL PROYECTO "HUELLAS II" SOBRE EL ESTUDIO DE LA OBRA ARTISTICA COMO ELEMENTO DE INFORMACION PARA LA MEJORA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores objetivos: - asistencia a la actividad terapéutica  
- Numero de ingresos del usuario  
Indicadores cualitativos: -test de satisfacción del usuario  
Seguimiento: - asistencia e implicación en el programa propuesto  
- a través de las reuniones del equipo de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo, Abril y Mayo, trabajo del proyecto Multidisciplinar para al Festival Periferias.  
Junio, Septiembre, Octubre, elaboración de la Comunicación para el Congreso de Zaragoza.  
Septiembre, Octubre, difusión a nivel interno en los dispositivos de Salud: Hospital Sagrado Corazón de Jesús Hospital de Día de Psiquiatría.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Presupuesto Microbús Huesca Zaragoza-Zaragoza -Huesca .....	350 €
· Presupuesto catalogo a color .....	2.400 €
· Incripciones Congreso de Terapias Artístico-Creativas .....	1.000 €
Total .....	3.750 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

265

### INTRODUCCION DE ACTIVIDADES PRELABORALES EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION DE LA UME A TRAVES DE LA CREACION Y MANTENIMIENTO DE UN HUERTO

#### 2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON BELLIDO MAINAR

- Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
- Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CORDERO GONZALEZ AURELIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- COLL MATEOS RAQUEL. ENFERMERA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- GOMEZ MORQUATE ESPERANZA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- VAL ESCARTIN ANA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- VAQUERO PEREZ MARIA JOSE. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- GRACIA MONTORI ESTHER. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Un objetivo básico de la rehabilitación es la futura participación del paciente ocupaciones productas protegidas o normalizadas. Para poder participar en dichas ocupaciones se requiere que el paciente adquiera un conjunto de habilidades preelabóales (habilidades laborales básicas, de tarea y relaciones interpersonales). Dichas habilidades se trabajan en el programa de actividades rehabilitadoras de la unidad, pero es importante que estén reforzadas mediante actividades de carácter prelaboral que permitan adquirir y fortalecer las siguientes habilidades: compromiso con la tarea, responsabilidad, planificación, resolución de problemas, gestión del material, puntualidad, cooperación, autoafirmación, interés por el resultado final de la tarea, toma de decisiones y tolerancia a la frustración.

Por otro lado las actividades de carácter prelaboral nos permiten realizar una estimación del potencial rehabilitador del paciente de cara una futura inserción laboral.

La actividad prelaboral de huerta terapéutica permite un entrenamiento previo de las habilidades preelabóales mientras se incorpora el paciente al programa de empleo protegido de los recursos de la zona.

De entre todas las actividades preelabóales que podrían implantarse en la unidad se selecciona la de huerto terapéutico por las siguientes razones:

- Accesibilidad, dado que el centro dispone de terreno adecuado para la realización de la actividad
- Un alto grado de implicación del equipo rehabilitador
- Dado la procedencia rural de un número importante de pacientes de la UME disponen de conocimientos previos que nos pueden facilitar el éxito de la actividad.
- Es una actividad ligada con el medio natural que permite a los pacientes realizar una exploración previa a actividades relacionadas con el medio natural que posteriormente podrán desarrollar en los talleres laborales que ofertan los recursos sociales orientados la integración laboral del paciente mental, concretamente: jardinería, viveros y huerta.
- No se necesita una alta inversión de recursos económicos para iniciar la actividad prelaboral.
- La actividad de huerta terapéutica se conecta con la actividad de cocina que actualmente se desarrolla en la UME.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aumentar el nivel de motivación e implicación de los pacientes en el programa rehabilitador.
2. Mejorar las habilidades preelabóales, nombradas anteriormente.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

265

### INTRODUCCION DE ACTIVIDADES PRELABORALES EN EL PROGRAMA DE REHABILITACION DE LA UME A TRAVES DE LA CREACION Y MANTENIMIENTO DE UN HUERTO

3. Disponer de información evaluada de las habilidades preelaborales del paciente que nos permita equipo de profesionales de la UME estimar de forma más objetiva, el potencial de rehabilitación en el área laboral/ocupacional.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El método de trabajo se basa en lo que se denomina: grupo orientado a tarea. Las actividades a realizar son:

- Reunión semanal media hora de duración del grupo de pacientes apoyado por los profesionales donde los pacientes consensúan los objetivos, tareas, reparto de responsabilidades se exponen las dificultades que aparecen en el desarrollo de los proyecto y se valoran los logros obtenidos. El papel del profesional consiste en facilitar al máximo la autonomía de los pacientes en todo el proceso de planificación y toma de decisiones.
- 2 sesiones semanales de una duración diaria de ejecución de las tareas consensuadas. Dichas sesiones estarán apoyadas por el responsable del proyecto y miembros colaboradores.
- Evaluación a través del cuestionario de evaluación de desempeño ocupacional (COTE). Dicha evaluación se realizará al principio del proceso, a los 3-4 meses y al final del proyecto para poder valorar evolución en habilidades de desempeño ocupacional.
- Evaluación de carácter cualitativo de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad de huerta.
- Evaluación final de la percepción de satisfacción del paciente al finalizar el proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.
- Hojas de seguimiento de la actividad.
  - Actas de la reunión semanal donde se acuerdan objetivos, tareas, responsabilidades y se expresan dificultades y logros.
  - Evaluación de las puntuaciones obtenidas en la escala de desempeño ocupacional (COTE). Mejora del 50%
  - Resultados del cuestionario de satisfacción elaborado por el equipo del proyecto. Mejora del 50

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: Mayo 2011 - Diciembre del 2011

Mayo: Planificación grupal del huerto, compra de herramientas, evaluación de expectativas y evaluación inicial del desempeño ocupacional.

Junio: 1ª plantación, Reuniones semanales de reparto de tareas, realización de las tareas de huerta .

Julio: Reuniones semanales de reparto de tareas, realización de las tareas de huerta

Agosto: Reuniones semanales de reparto de tareas, realización de las tareas de huerta

Septiembre: 2ª plantación, Reuniones semanales de reparto de tareas, realización de las tareas de huerta, evaluación del desempeño ocupacional, evaluación del proyecto.

Octubre: Reuniones semanales de reparto de tareas, realización de las tareas de huerta

Noviembre: Reuniones semanales de reparto de tareas, realización de las tareas de huerta

Diciembre: Reuniones semanales de reparto de tareas, realización de las tareas de huerta. Evaluación final de desempeño ocupacional, Evaluación de la percepción de satisfacción y Memoria Final

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Material y herramientas de Huerta .....	540 €
• Semilleros .....	100 €
• Compost Ecológico .....	50 €
• Arcon para guardar herramientas .....	80 €
• Libro: "El huerto ecológico familiar". .....	25 €
Total .....	795 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO E IMPLANTACION DE LOS PROCESOS DE INGRESO Y DE ALTA EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS**

### 2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JOSE CARO REBOLLO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGÜERO PEREZ AIMEE. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- CORDERO GONZALEZ AURELIA. AUXILIAR ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- FERRER ESTEBAN VICTORIA. TRABAJO SOCIAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL. PSICOLOGO. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- GARCIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- GARCIA MONTORI ESTHER. AUXILIAR ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El ingreso en una unidad de media estancia suele ser programado, se realiza tras ser aceptado por una comisión colegiada de ingresos y su número y frecuencia anual no es elevado. Sin embargo, la dispersión geográfica de la población de origen rural, la no presencia de Trabajadoras Sociales en los equipos de salud mental y la cada vez más frecuente derivación directa desde la Unidad de Corta Estancia, condiciona la adecuada recogida de información, siendo un proceso complejo.

Se considera necesario incorporar al proceso de ingreso una entrevista con el equipo derivante, con la familia y con el usuario. Asimismo hay que dar información por escrito y recoger consentimientos a familia y usuario. El carácter multidisciplinar del equipo hace necesario ordenar la información recibida, el primer contacto con el usuario y familia, y las consignas sobre la situación clínica y social y las pautas iniciales del manejo en la unidad al resto del equipo.

El tiempo desde la aceptación para ingreso y el día que se hace efectivo precisa estructuración, tareas a realizar, asignación de responsabilidades y comprobación de que todo el proceso se ha realizado adecuadamente.

Salvo las altas voluntarias, el resto son programadas pero complejas al precisar la participación de múltiples agentes (usuario, familia, unidades de salud mental, recursos de rehabilitación, agentes sociales, etc...) de forma secuencial y en paralelo. Es necesario estructurar y coordinar las acciones necesarias para conseguir una buena derivación al alta.

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de procesos de ingreso y de alta consensuados por el equipo, coordinados con el resto de agentes sanitarios y sociales participantes.

Mejorar la recogida y síntesis de la información relevante en las derivaciones y así optimizar la continuidad de cuidados y del proyecto individualizado de rehabilitación.

Mejorar la información que la familia y usuarios tienen de la unidad, adecuar expectativas y optimizar el uso del recurso.

Mejorar la documentación de la unidad y la Historia Clínica del Centro

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Evaluación del protocolo actual de ingreso y de alta: puntos fuertes y opciones de mejora.

Entrevista con Dirección, unidades derivantes y receptoras, y resto de dispositivos involucrados para evaluación de oportunidades de mejora y necesidades.

Estructuración temporal y secuencia de actuaciones, incluyendo obligaciones y necesidades, tanto legales como administrativas.

Realización del diagrama de flujo de ambos procesos; definición de límite inicial y final, destinatarios y responsables.

Selección de indicadores, estándar, fuentes de datos. Incorporación a historia clínica.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 605

1. TÍTULO

**TALLER DE EDUCACION SEXUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

2. RESPONSABLE ..... MARTA ELBOJ SASO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". PSICOGERIATRIA
- UGARTE FARRERONS SOL. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD " PIRINEOS". USM " PIRINEOS"
- BLASCO GRAU PILAR. ENFERMERA. CENTRO DE SALUD " PIRINEOS". USMIJ
- GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERA. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En general las personas que sufren un Trastorno Mental Grave, presentan déficit en las diferentes áreas que integran la personalidad. Podemos diferenciar como grandes áreas las de: autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y funcionamiento cognitivo (Blanco A. y Pastor A. 1997). En todas ellas, y formando parte fundamental del individuo, podemos situar la sexualidad.

Una de las asignaturas pendientes en la atención a esta población son los aspectos relacionados la vida sexual. Esta dimensión ha pasado de ser un tema marginal a convertirse en un foco principal de atención por parte de la población afectada y los profesionales:

En las personas con Trastorno Mental Grave encontramos que (Sexualidad y Salud Mental, 2003): Aproximadamente dos tercios de la población diagnosticada da mucha importancia a su vida sexual; sólo un tercio de la población se muestra satisfecha con ella; el 46.7% de los hombres con Esquizofrenia tiene riesgo de padecer disfunción eréctil, debido al consumo de ciertos antipsicóticos. Existe una mayor vulnerabilidad de padecer una enfermedad de transmisión sexual.

En base a lo anterior, valoramos la necesidad de intervenir desde el enfoque y los valores de la rehabilitación psicosocial (Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones, AEN 2002) mediante un programa informativo/participativo de educación afectivo-sexual dirigido a los residentes del CRP "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca.

.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo general:

Creación de un programa informativo/participativo de educación afectivo-sexual dirigido a los residentes del CRP "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca, fortaleciendo la coordinación entre la atención comunitaria y los dispositivos de rehabilitación.

Objetivos específicos:

- Fomentar una actitud sexual responsable evitando prácticas sexuales de riesgo.
- Fomentar hábitos seguros y saludables, reforzando los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.
- Alcanzar un nivel óptimo de conocimientos sobre las ETS. Informar sobre las ventajas del preservativo en las relaciones para prevenir las infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. Prevención en la pareja en caso de ser portador de una ETS.
- Informar sobre las distintas disfunciones sexuales así como de su etiología y tratamiento.
- Facilitar estrategias de afrontamiento que puedan paliarlas consecuencias de las disfunciones sexuales.
- Entrenar habilidades de autonomía personal: Potenciar la visita a la consulta ginecológica y urológica.
- Crear un espacio donde poder dialogar libremente sobre la propia sexualidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividades:

- Cuestionario inicial que nos indique los conocimientos de los que los pacientes parten y nos señale además qué aspectos debemos trabajar con más insistencia.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 605

**TALLER DE EDUCACION SEXUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

- Se realizarán dinámicas, explicaciones teóricas, prácticas y tareas para realizar fuera del recurso. Las explicaciones teóricas la utilizaremos como base para un primer acercamiento a los temas a tratar.
- Las prácticas y las dinámicas ayudarán a que los conocimientos que se pretende adquieran sean más sencillos de asimilar, ya que para las personas con enfermedad mental, es mejor hacer las cosas, practicarlas, llevarlas a ámbitos reales de la vida o al menos acercarlos lo más posible. Que la generalización sea fácil.

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de sesiones realizadas/ N° de sesiones previstas x 100
- Encuesta de satisfacción de los usuarios del taller.
- Valoración de la adquisición de conocimientos: realización de test previo y test al acabar el programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: desde abril de 2011 hasta diciembre de 2011

Realización de talleres participativos trimestrales de una duración aproximada de hora y media cada uno.

Reuniones periódicas del equipo de mejora para seguimiento y evaluación.

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
  - MATERIAL DIDACTICO Y PROFILACTICO ..... 500 €
  - Total ..... 500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 442

1. TÍTULO

**MEJORA DEL PROCESO DEL PROYECTO INDIVIDUAL DE REHABILITACION (PIR).**

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL GARCIA GOMEZ
- Profesión ..... PSICOLOGO/A
  - Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD MEDIA ESTANCIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABADIAS PIRACES PILAR. AUX. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD MEDIA ESTANCIA
- AGÜERO PEREZ AIMEE. ENFERMERA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD MEDIA ESTANCIA
- CARO REBOLLO FRANCISCO JOSE. PSIQUIATRA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD MEDIA ESTANCIA
- ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ. AUX. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD MEDIA ESTANCIA
- FERRER ESTEBAN MARIA VICTORIA. TRABAJADORA SOCIAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD MEDIA ESTANCIA
- SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD MEDIA ESTANCIA
- IRURUETA ELRIO PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA. UNIDAD MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Proyecto (programa) Individual de Rehabilitación (en adelante, PIR) es el nudo gordiano de la rehabilitación , es decir, es la esencia de la rehabilitación psicosocial.

Toda intervención rehabilitadora debe estar basada en el PIR, de este documento elaborado y consensuado por el usuario, por la familia y por los agentes rehabilitadores se deben extraer tanto los objetivos a conseguir, la metodología y las técnicas a emplear, como quienes participan en cada objetivo y cómo y el tiempo aproximado para cumplir con los objetivos propuestos.

La falta de una metodología a la hora de elaborar un PIR resta eficacia y eficiencia a la rehabilitación psicosocial. Los recursos de los que se disponen no se optimizan, de tal forma que el producto resultante es una pérdida de tiempo, dinero y recursos humanos y lo más importante, un trascendental merma para la vida de la persona implicada.

Sabemos lo que ocurre cuando no existe una metodología de trabajo clara: se improvisa, se desestiman o ignoran recursos (tantos de los servicios de salud como de los sociales o comunitarios), se duplican recursos para un mismo objetivo, se dejan a un lado agentes rehabilitadores relevantes como familiares, otros profesionales, etc.

El PIR merece prioridad, todo lo que ocurra en el contexto rehabilitador debe partir y/o reflejarse en un documento reflexivo, en un documento donde todas las partes responsables hayan participado. Este documento es el PIR

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera establecer una metodología clara de trabajo para optimizar el Proyecto Individual de Rehabilitación donde:
- La evaluación inicial esté protocolizado mediante unos instrumentos específicos contrastados por su validez en el campo de la rehabilitación psicosocial y orientada al PIR.
  - Se minimizarán las "evaluaciones dobles", es decir, cada profesional tendrá definidas sus áreas de evaluación evitando saturar al paciente y maximizando el tiempo del profesional
  - Quedarán claramente definidas las funciones de cada uno de los agentes rehabilitadores en el PIR.
  - Se establecerá cómo, cuando y donde se realizarán las reuniones para elaborar el PIR.
  - Se establecerá cómo, cuando y donde se consensuará el PIR con usuario y familiares.
  - Se elaborará un nuevo documento mas operativo y visual que reflejará las necesidades y problemas del usuario, los objetivos de rehabilitación, los

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

442

### MEJORA DEL PROCESO DEL PROYECTO INDIVIDUAL DE REHABILITACION (PIR).

responsables de cada objetivo, la temporalización de los objetivos y los resultados obtenidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se establecerán reuniones quincenales de una hora de duración aproximadamente. A esta reunión acudirá un representante de cada una de las categorías profesionales responsables de la rehabilitación psicosocial:

- Auxiliar de enfermería
- Enfermera
- Psicólogo clínico
- Psiquiatra
- Terapeuta Ocupacional
- Trabajo Social

En las reuniones se discutirá la forma de mejorar el PIR y se asignarán tareas a cada uno de los miembros del equipo de mejora, de tal forma que en la próxima reunión se ponga en común la tarea realizada.

Se contará con el servicio de informática para digitalizar los datos y aspectos necesarios para el PIR y favorecer el acceso a los documentos por parte del equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Al 95 % de los usuarios del CRP se les aplicará el nuevo proceso del PIR a partir de Julio de 2011.

El 95 % de los objetivos propuestos para el PIR tendrán, al menos, un responsable.

El 95 % de los objetivos propuestos tendrán una temporalización.

El 95 % de los PIR habrán sido consensuado con el usuario.

El 80% de los PIR habrán sido consensuado con la familia o personas significativas (de existir).

El 80% de los PIRs habrán sido consensuado con el paciente antes de una semana.

El 80% de los PIRs habrán sido consensuado con la familia antes de 3 semanas.

Para la evaluación y seguimiento se revisará fecha de reunión del PIR y fecha de devolución tanto a usuario como a familia.

Al alta de cada usuario se valorará si se ha cumplido con el proceso del PIR y los indicadores señalados arriba mediante revisión de los documentos PIR y los registros pertinentes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración estimada es de 9 meses.

En Marzo se ha estudiado las oportunidades de mejora.

En abril de 2011 se procederá a realizar el programa de evaluación orientado el PIR

- Primera quincena: evaluación macro por parte de cada profesional (áreas de evaluación, métodos e instrumentos).
- Segunda quincena: evaluación micro (conductas operativas para plantear objetivos específicos y evaluar cada una de las actividades de la UME)

En Mayo se elaborará el documento del PIR (forma y contenido).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 442

**MEJORA DEL PROCESO DEL PROYECTO INDIVIDUAL DE REHABILITACION (PIR).**

En Junio se procederá a la aplicación del nuevo proceso PIR

En Diciembre se realizará valoración de la aplicación del PIR (dificultades planteadas, consecución de los índices planteadas, oportunidades de mejora).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Editar manual PIR .....	980 €
Total .....	980 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

653

**SEGURIDAD DEL PACIENTE: ERRORES CON LAS MEDICACIONES, UN PELIGRO A TENER EN CUENTA**

2. RESPONSABLE ..... ANA GARCIA PARDOS

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. U.L.E. - PSICOGERIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MORLAN AVELLANAS VICTOR MANUEL. AUXILIAR DE FARMACIA. C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. BOTIQUIN DE FARMACIA
- VIGO FEIXA TERESA. AUXILIAR DE CLINICA. C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
- ZAPATER OTIN ELENA. AUXILIAR DE CLINICA. C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. U.L.E.
- ARTERO GUILLEN BELEN. D.U.E.. C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. U.L.E.-PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde hace un tiempo estamos observando que hay pacientes que no toman correctamente su medicación, varios pueden ser los motivos que pueden atentar contra el tratamiento. Consideramos que es necesario, dada la importancia que tiene la correcta administración de la medicación, analizar por que se dan estas situaciones para buscar posibles soluciones y evitar su aparición garantizando el adecuado tratamiento de cada paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Existencia y utilización de un registro de notificación de errores.  
-Analizar las causas por las que se producen errores relacionados con la medicación.  
-Disminuir el número de errores relacionados con la medicación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ante la inexistencia de un registro específico de errores en el centro pensamos que es necesario analizar las causas, ver los fallos y poder plantear soluciones.

Tenemos previsto:

- realizar reuniones periódicas del grupo de mejora
- elaboración de un registro de notificaciones
- informe y difusión al equipo
- implantación del registro

Tras un periodo de implantación del registro a través de técnicas de grupo realizaremos análisis causal y análisis de acciones de mejora seguido de la implantación de dichas acciones. Es previsible que este último punto se tenga que desarrollar en el año 2012

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Existencia de un registro específico: si /no

- Nº de notificaciones de errores de medicación
- Porcentaje de errores de medicación según las causas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril a mayo de 2011.....diseño del registro

Junio a noviembre de 2011.....puesta en marcha del registro

Diciembre de 2011.....evaluación del registro

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Libro de farmacología para enfermería ..... 150 €
- Impresión póster para congreso ..... 300 €

Anexo

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 653

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ERRORES CON LAS MEDICACIONES, UN PELIGRO A TENER EN CUENTA

Total ..... 450 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 599

1. TÍTULO

**ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL LALANA CUENCA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE PSICOGERIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VAZQUEZ GUADALUPE. ADMINISTRATIVA. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". SERVICIO DE ADMISION CRP
- FAU MARTINEZ JUANA MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". LARGA ESTANCIA
- MUÑOZ CONCEPCION. TRABAJADORA SOCIAL. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". LARGA ESTANCIA
- GUTIERREZ TALLON LAURA. MEDICO DE FAMILIA. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". CRP
- LANZAN SANCHO MARIA TERESA. PSIQUIATRA. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". LARGA ESTANCIA
- RIPOLL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". LARGA ESTANCIA Y PSICOGERIATRIA
- ROMERO RUIZ ANA. DUE. CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS". PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial ( CRP) " Sto. Cristo de los Milagros", se define como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento, Rehabilitación y Contención. En él residen pacientes con patología psiquiátrica crónica, afectos de disfunciones con diagnóstico diverso y grave (Trastorno Mental Grave), que por su clínica y/o relación con el entorno no pueden mantenerse en la comunidad y en los que resulta indicado el régimen de internamiento durante períodos de tiempo prolongados.

Los programas de acogida y enganche para los usuarios y familiares que acuden al Centro de Rehabilitación Psicosocial tienen por objeto dar a conocer el funcionamiento y los objetivos de trabajo del C.R.P., así como integrar al usuario en la dinámica del centro, acompañándole y motivándole durante los primeros momentos de su estancia. Además, estos espacios son lugares óptimos para la observación de la conducta de los usuarios durante sus primeros días.

En el momento actual valoramos como prioritaria la organización de dicho programa de acogida y enganche mediante un protocolo de Acogida en el que se describa el proceso y las funciones a realizar por cada uno de los miembros del equipo. Existirá documentación escrita destinada al paciente y familiares.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera que se aplique el protocolo de acogida al 100 % de los pacientes y familiares que ingresen en el CRP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para organizar y poner en marcha el protocolo, se plantean como estrategias:

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP
- Si es preciso creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos que lo requieran.
- Reuniones periódicas de dichos grupos para elaborar e implementar el protocolo.
- Recopilación de información de otros CRP, tanto de Aragón como del resto del Estado, y de sus experiencias.
- Elaboración de material escrito e informativo para pacientes y familiares.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº de reuniones de trabajo realizadas/ nº de reuniones de trabajo previstas x 100

nº de nuevos pacientes ( ingresos) con protocolos realizados/ nº de ingresos x 100

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

599

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

nº de material informativo repartido/ nº de ingresos x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: De abril de 2011 a diciembre de 2011.

Calendario: Mínimo de 4 reuniones del grupo de trabajo. Elaborar y enviar el material escrito a la imprenta antes de julio de 2011. Implementación y puesta en marcha del pr

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material de imprenta ( Folletos..): Gastos de maquetación .....	180 €
· Material de imprenta ( Folletos..): Gastos de 100 folletos informativos .....	360 €
Total .....	540 €

11. OBSERVACIONES.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 342

1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LANZAN SANCHO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GUTIERREZ TALLON LAURA. MEDICO DE FAMILIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - JUNCOSA AIN CARLOS. ENFERMERO DE SALUD MENTAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERA DE SALUD MENTAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad mental grave (EMG) se asocia con unas tasas de comorbilidad física y de mortalidad aumentadas comparado con la población general. Esta asociación se ha estudiado intensamente en la última década, atribuyendo el aumento de la mortalidad principalmente al aumento de factores de riesgo cardiovascular y más concretamente al síndrome metabólico. A su vez se ha relacionado este síndrome con la toma de fármacos antipsicóticos de segunda generación, fármacos en este momento considerados de elección en el tratamiento de estos enfermos. En los últimos años las sociedades científicas internacionales de cardiología, endocrinología, medicina de familia y psiquiatría entre otras, han realizado numerosos consensos y guías sobre control de factores de riesgo y sobre salud física en EMG. Las unidades de psicogeriatría y larga estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros son unidades terapéuticas-residenciales que atienden actualmente a 85 pacientes con EMG y que llevan tratamiento con uno o varios antipsicóticos. El centro cuenta con un equipo multiprofesional con médico de familia, psiquiatra y enfermería especialista en salud mental. Por ello proponemos, elaborar un protocolo de actuación, partiendo de las guías clínicas y consensos científicos actuales, adaptado a las características estructurales y de funcionamiento del centro, que permita sistematizando el trabajo en equipo, mejorar la detección y la intervención precoz sobre el síndrome metabólico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- 1.Elaborar un protocolo de evaluación e intervención adaptado a las características del centro.
  - 2.Mejorar la asistencia integral al enfermo mental grave.
  - 3.Detección precoz de los factores de riesgo cardiovascular, mediante la implantación del protocolo de cribado.
  - 4.Mejorar o disminuir el riesgo cardiovascular mediante la intervención temprana sobre dichos factores.
  - 5.Disminuir la morbi-mortalidad a través de las mejoras previas.
  - 6.Aumentar la seguridad de los psicofármacos prescritos detectando la aparición e interviniendo sobre sus efectos adversos metabólicos.
  - 7.Mejorar la efectividad y eficiencia de las intervenciones necesarias, ajustando el protocolo a las recomendaciones de basadas en la evidencia y fomentando el trabajo en equipo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
- 1.Se realizarán reuniones del equipo multidisciplinar para: la elaboración del protocolo y distribución de tareas en la implantación del mismo y posteriormente se mantendrán de forma periódica para la evaluación continua del proyecto y propuestas de mejora en caso necesario.
  - 2.Revisión bibliográfica de consensos y guías de práctica clínica de las distintas sociedades científicas.
  - 3.Elaboración del protocolo adaptado al centro, según la Guía metodología para la elaboración de protocolos basados en la evidencia editada por el I+CS en 2009, en el que cada profesional elaborará la parte correspondiente a las tareas o procedimientos correspondientes a su especialidad.
  - 4.Implantación del protocolo.
  - 5.Registro de los casos detectados de síndrome metabólico.
  - 6.Evaluación anual de la implantación del protocolo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 342

**PROTOCOLO DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de procedimiento:

1. Elaboración del protocolo (S/N)
2. Evaluación continua: Número de reuniones del equipo/año
3. Grado de implantación: porcentaje de pacientes que se ha aplicado el protocolo con respecto al total de pacientes ingresados en el centro
4. Creación de hoja de registro y seguimiento del proceso individual para cada paciente.

Indicadores de resultado:

1. Porcentaje de pacientes ingresados con enfermedad mental que se detectan con diagnóstico de síndrome metabólico.
2. Porcentaje de pacientes con síndrome metabólico que se realiza intervención terapéutica específica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de 1 año con intención de continuidad posterior.

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2011.

Fecha de fin: 31 de diciembre de 2011.

Caleendario:

Primer trimestre: revisión de la bibliografía y reuniones de equipo para programación de tareas.

Segundo trimestre: elaboración del protocolo y difusión e información entre los profesionales del centro que están implicados en su aplicación.

Tercer trimestre: A partir del 1 de julio aplicación del protocolo. En septiembre primera reunión de evaluación y seguimiento de la implantación.

Cuarto trimestre: reunión de seguimiento y evaluación final.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Cursos de formación en programas de calidad y elaboración de ... ..	600 €
Total .....	600 €

11. OBSERVACIONES. \*Cursos de formación en programas de calidad y elaboración de protocolos para los miembros del equipo.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

384

**PROYECTO MULTICENTRICO : MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO DEL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA).**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA RIPOL MUÑOZ
- Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
  - Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. ULE Y PSICOGERIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELLIDO MAINAR JOSE RAMON. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UME
- VICENTE REDONDO MARIA ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante los años anteriores el grupo de trabajo de los terapeutas ocupacionales que trabajan para la red de salud mental del Salud Aragón a través de proyectos de mejora incluidos en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud del 2009 y 2010 ha elaborado un protocolo de evaluación de terapia ocupacional homogeneizado en función de la unidad o recursos asistencial. El siguiente paso en la mejora de los procesos de terapia ocupacional es dotarnos de una metodología para el diseño de programas de terapia ocupacional en salud mental de acuerdo a los estándares de calidad recomendables por las asociaciones internacionales de terapia ocupacional. Es fundamental que dicha metodología este unificada en todos los centros donde desarrollan sus tareas los terapeutas ocupacionales, por esta razón se plantea un proyecto multicéntrico. El desarrollo de los programas de terapia ocupacional nos supone a los terapeutas ocupacionales más de la mitad del tiempo de trabajo. Es imprescindible que dichos programas estén diseñados de acuerdo a unos estándares de calidad que guíen de forma efectiva la práctica de la terapia ocupacional.

Las necesidades que cubrirá dicho proyecto de calidad son:

1. Establecer una metodología unificada de detección de necesidades ocupacionales de los usuarios.
2. Establecer una metodología unificada de diseño de objetivos de intervención de terapia ocupacional.
3. Establecer una metodología unificada para la programación e implementación de los objetivos diseñados.
4. Consensuar por unidades una cuadro de indicadores (estructura, proceso y de resultado) que nos permitan evaluar el grado de cumplimiento de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

Para trabajar desde una metodología práctica y operativa se propone desde el grupo de trabajo desarrollar el programa de autonomía personal. La intervención de la terapia ocupacional en el área ocupacional de autonomía personal, históricamente forma parte esencial del ámbito de intervención de la terapia ocupacional, reconocido en los planes de estudios del grado de terapia ocupacional y en la ley de ordenación de profesiones sanitarias del 2003.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo del año 2009 y 2010 se ha trabajado por grupos y de manera individual en el intervalo entre reuniones, con comunicación vía mail y telefónica entre los distintos grupos.

Gracias a ello se logró confeccionar un modelo de valoración y de historia de terapia ocupacional que se empezó a poner en práctica.

Resultados de los Indicadores:

- Número de reuniones 3 por año.
- Creación de documento unificado de la Historia Ocupacional del paciente para incluirla en la Historia Clínica en las diferentes unidades de Salud Mental
- Implantación del citado documento en las unidades de Salud Mental. Nº de servicios que han incorporado el documento a su práctica clínica: Todos.
- Utilización del documento en las unidades de Salud Mental. Porcentaje de usuarios valorados con este documento en la Hospital de día, UME, ULE y PSICOGERIATRÍA: El 100% de los nuevos ingresos de 2009 y 2010.

En el sector de Huesca en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros", este proyecto y los resultados obtenidos se indicaron en la memoria del proyecto

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Lograr de acuerdo a las recomendaciones de las asociaciones internacionales de terapia ocupacional una homogeneidad

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 384

**PROYECTO MULTICENTRICO : MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO DEL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA).**

en el diseño y evaluación de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

2. Facilitar la evaluación del grado de efectividad de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

3. Facilitar al equipo interdisciplinar la comprensión de los fines y resultados de los programas de terapia ocupacional en salud mental.

4. Fortalecer el trabajo en red de los terapeutas ocupacionales de la red de recursos de salud mental del Salud Aragón.

5. Establecer los criterios de implementación de programas de terapia ocupacional en salud mental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Reuniones periódicas entre los terapeutas ocupacionales de los recursos de salud mental de los distintos sectores sanitarios. Dichas reuniones se convocaran y se organizarán de forma rotatoria. Donde se establecen las tareas y reparto de las mismas.

2. Reuniones grupales y trabajo en entornos virtuales de los terapeutas ocupacionales del mismo sector sanitario para coordinar el trabajo repartido y acudir a la reunión general con tareas desarrolladas facilitando la agilidad y los resultados de las reuniones generales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de reuniones suprasectorial

2. Número de reuniones sectorial

3. Existencia del documento final del programa de Autonomía Personal.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Se establecerá una periodicidad para las reuniones intersectoriales.

? Mayo. (Teruel). Se establecerán los objetivos del proyecto, las tareas a realizar, la temporalización y el procedimiento de evaluación. Durante el primer periodo es fundamental realizar una búsqueda bibliográfica actualizada en las bases de datos de la terapia ocupacional sobre el diseño y evaluación de programas que nos permita establecer el marco teórico donde apoyarnos a la hora de diseñar el documento.

? Septiembre. (Zaragoza). Se centrara en la confección de las distintas partes que componen el documento. Se realizara la evaluación del estado del proyecto para poder realizar los cambios pertinentes.

? Diciembre. (Zaragoza). Se presentara el programa finalizado y se realizara la memoria del proyecto para presentarlo en el órgano pertinente.

• Dos reuniones preparatoria previa a cada reunión general entre los terapeutas ocupacionales del sector.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Bibliografía .....	300 €
• Copistería .....	100 €
• Desplazamientos Zaragoza a Teruel (*)..1 coche .....	70 €
• Media dieta para los 3 terapeutas .....	60 €
• CURSO SOBRE AUTONOMIA PERSONAL O CALIDAD .....	400 €
Total .....	930 €

11. OBSERVACIONES. (\*)Debido a las características del grupo de trabajo se ve más operativo que dos de las reuniones se realicen en Zaragoza ya que excepto las compañeras de Teruel que residen allí, el resto reside en Zaragoza por lo que realizando dos de las reuniones en Zaragoza se reduce la previsión económica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

384

PROYECTO MULTICENTRICO : MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO DEL SALUD. DISEÑO Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL: AUTONOMIA PERSONAL (CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA).

dentro del concepto de desplazamientos y de media dieta.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

660

### MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION RUBIO SORIANO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELIO SEBASTIAN OLMOS. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
- BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
- CINCA MONTERDE CARMEN. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD DE JACA. UNIDAD DE SALUD MENTAL
- ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
- GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- MARCEN SERAL MARIA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA
- RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Siguiendo el ciclo de mejora de la calidad (círculo Deming -PDCA), en febrero de 2006, se presentó al Gerente de Sector, el informe del Grupo de Mejora de Enfermería en Salud Mental del Sector de Huesca. El grupo está formado por enfermeros de los distintos niveles asistenciales de Salud Mental del sector de Huesca.

En una primera etapa, utilizamos la Técnica de Grupo Nominal para dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué necesidades / dificultades encuentra en relación a la prestación de cuidados enfermeros en su ámbito de trabajo? Los resultados se representaron y analizaron a través de un diagrama de Ishikawa agrupados en tres categorías: estructura, profesionales y organización. A continuación realizamos una priorización de las necesidades detectadas utilizando una parrilla de priorización, adaptación del método Hanlon. En la segunda etapa estudiamos posibles soluciones de cada necesidad / dificultad, siguiendo también la Técnica de Grupo Nominal. Posteriormente se han ido implantando las diferentes soluciones/acciones de mejora para las distintas necesidades priorizadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta enero de 2010: se han ido implementando por orden de priorización las distintas soluciones para cada dificultad:

- Se ha mejorado la coordinación y agilidad de los informes de continuidad de cuidados enfermeros (ICCE) desde los distintos niveles asistenciales enviándolos a través de FAX y/o correo electrónico.
- Se ha unificado el ICCE para todos los recursos de Salud Mental del Sector, adaptando el nuevo ICCE del Hospital San Jorge, para salud mental.
- Envío de ICCE a las enfermeras de las USM y de Atención Primaria en el 100% de los pacientes dados de alta en la UCE.
- Aportar información útil y relevante en los ICCE, criterio que se ha tenido en cuenta en su diseño.
- Elaboración de todos los Planes de Cuidados según la metodología enfermera, utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC en la UCE y de 2 Planes de Cuidados estandarizados en la UME y ULE /PSICOGERIATRÍA.
- Realización de sesiones de Planes de Cuidados con esta metodología con casos prácticos, en las reuniones del equipo de mejora (8 reuniones en 2009), para incorporar su utilización en el resto de los recursos.
- Visitas del equipo de mejora (2 ó 3 miembros) a 10 Centros de Salud del Sector de Huesca para reunirnos con profesionales de los 14 Centros de Salud que hay en el Sector. Estas visitas nos han permitido:
  - Informar a los Equipos de Atención Primaria de los recursos de Salud Mental y sus características, criterios de ingreso, vías de acceso y los diferentes circuitos que puede por los que puede pasar un paciente en Salud Mental.
  - Transmitir la importancia del seguimiento del paciente psiquiátrico, y de la visita domiciliaria.
  - Establecer un acercamiento entre los equipos de Salud Mental y Atención Primaria, y transmitir apoyo y colaboración.
- En pacientes de riesgo ingresados, contactar con la enfermera de Salud Mental / Atención Primaria antes del alta.
- Visita al Hospital Psiquiátrico y de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava como actividad de Benchmarking para la coordinación entre niveles asistenciales, entre los diferentes profesionales y aplicación de metodología enfermera en Salud Mental.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 660

### MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE HUESCA

Durante el año 2010: se han conseguido los siguientes objetivos:

- Se han realizado 7 reuniones de coordinación
- Seguimiento de los pacientes dados de alta en las diferentes unidades de Salud Mental mediante los ICCE, que se realizaron al 100 % de los pacientes en la evaluación realizada en septiembre de 2010.
- Se ha realizado formación en elaboración de planes de cuidados de salud mental con taxonomía NANDA, NOC, NIC, mediante 2 talleres formativos, que los han realizado el 63,3% de las enfermeras de salud mental del sector Huesca.
- Seguimiento específico de los pacientes de riesgo: se ha realizado un borrador de los aspectos a trabajar y evaluar con el cuidador.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se seguirá trabajando en la implantación y seguimiento de las distintas soluciones / acciones de mejora estudiadas. En 2011:

- Mejorar la atención mediante el seguimiento específico de los pacientes de riesgo y del cuidador.
- Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería mediante el seguimiento de los ICCE enviados.
- Elaboración de planes de cuidados individuales que sean efectivos, concretos y con la implicación del paciente, utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC, a todos los pacientes de las diferentes unidades de Salud Mental.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración un plan de atención de enfermería al paciente y cuidador en primeros brotes psicóticos.

- Reuniones mensuales del equipo de mejora. Cada miembro del equipo (están representados todos los niveles asistenciales de Salud Mental) se responsabiliza de transmitir los resultados de las reuniones a su centro de trabajo y de trasladar las aportaciones de sus compañeros, así como desarrollar las tareas planificadas en cada reunión, relacionadas con el nivel asistencial en que trabaja
- Realización de planes de cuidados utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC. Valoraremos la necesidad de realizar otro taller de metodología enfermera.
- Evaluación y seguimiento de los ICCE

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Existencia de un plan de atención al cuidador: SI / NO  
Indicador 2: N° de altas con ICCE / N° de altas %  
Indicador 3: N° de reuniones del equipo de mejora  
Indicador 4: N° de pacientes ingresados que tienen plan de cuidados de enfermería con taxonomía NANDA, NOC, NIC / N° de pacientes ingresados %.

(Los indicadores 2 y 4 se evaluarán por unidades)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración del plan de atención al cuidador:

- revisión bibliográfica: abril-mayo
- elaboración: junio-octubre
- implantación: noviembre

- Evaluación de ICCE en los meses de julio y noviembre.
- Reuniones del equipo de mejora con una periodicidad mensual exceptuando los meses de verano
- Elaboración de planes de cuidados con taxonomías NANDA, NOC, NIC de forma progresiva a lo largo de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material bibliográfico sobre metodología enfermera .....	500 €
Total .....	500 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 645

1. TÍTULO

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA ADAPTADO AL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE SANCHO LANZAROTE
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. UME
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA PARDOS ANA. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE-PSICOGERIATRIA
  - LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
  - LORES CASTRILLO ROSARIO. AUXILIAR ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
  - MALON MARCO SUSANA. AUXILIAR ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. UME
  - MATEO CREMALLET DOLORES. CELADOR. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. CRP
  - SALINERO SANTOLARIA CARMEN. ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
  - VAL LOPEZ ROSARIO. AUXILIAR ENFERMERIA. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro ámbito laboral, la crisis de agitación es la causa fundamental que origina la necesidad de inmovilizar a un paciente .Los estados de agitación psicomotriz pueden deberse a diferentes causas, bien sea por alteración orgánica o por alteración psiquiátrica. Una adecuada y constante valoración del paciente con riesgo de sufrir una crisis debe ser el eje central sobre el que gire todo nuestro abordaje. La contención mecánica es un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente agitado mediante sistemas de inmovilización física. Se lleva a cabo ante el fracaso de la contención verbal o cuando inicialmente ésta no es posible. Supone en sí misma un trauma tanto físico como psicológico que afecta en primer lugar al paciente y por extensión a quién lo lleva a cabo. Durante una contención mecánica existen unos riesgos potenciales tanto para el paciente como para su entorno, incluidos los profesionales que lo atienden. Por tanto nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas. Hay diversos factores que dificultan la actuación de los profesionales ante el paciente agitado: la presión para una actuación rápida, las implicaciones legales y el componente emocional que generan estas situaciones. La posibilidad de basarnos en un protocolo de actuación, se relacionan con una mayor efectividad en el abordaje de estas situaciones. En torno al procedimiento surgen múltiples connotaciones de orden físico, psíquico y legal, por lo que es especialmente importante una adecuada protocolización del mismo. El paciente agitado nos provoca habitualmente una sensación de ansiedad y temor ante lo desconocido y a no saber controlar una situación muchas veces impredecible. Por esta razón nos pueden ser de gran ayuda una serie de actitudes y pautas de comportamiento, que quedarían reflejadas en el protocolo de contención física adaptado al CRP Santo Cristo de los Milagros. Por otro lado la protocolización de actuaciones tan complejas como es la inmovilización de un paciente nos servirá de referente para afrontar y evitar las posibles complicaciones de carácter físico, psíquico y legal. A nivel psíquico es importante el abordaje verbal del paciente antes, durante y después de la realización de la técnica. Esto puede ser fundamental para desactivar la agresividad del paciente y que la contención no sea, en lo posible, un hecho traumático. Un buen abordaje verbal reduce al mínimo la utilización de la fuerza en la inmovilización. El respeto y la comprensión hacia el paciente a la hora de proceder a su contención facilitará el que éste no lo viva como un ataque a su dignidad como persona. Legalmente la inmovilización de un paciente debe ser considerado como un hecho impuesto y como tal conlleva la necesidad de solicitar a un juez el ingreso involuntario del paciente dentro de las primeras 24 h de producirse el hecho. En las siguientes 72 h el paciente deberá ser valorado por dicho juez y confirmado su internamiento (ley de enjuiciamiento civil 1/2000 de 7 de enero).

Todas estas consideraciones nos llevan a una idea fundamental: La contención mecánica de un paciente debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico. En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica. Desde la Comisión de Enfermería del CRP se considera pertinente la creación de un grupo de mejora para la elaboración de este protocolo. Las consideraciones anteriores: la no existencia de un protocolo de contención adaptado a nuestro centro de trabajo y los diferentes criterios de actuación ante estas situaciones, son las principales razones por las cuales consideramos prioritaria la elaboración de un protocolo de contención mecánica adaptado al CRP Santo Cristo de los



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 645

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA ADAPTADO AL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS**

Milagros, que garantice en todo momento una actuación estandarizada basada en los principios éticos básicos y respetando los derechos tanto de los profesionales como de los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -PREVENIR LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA ACTUACIÓN.

- ESTANDARIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.
- ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA EN PACIENTES AGITADOS ADECUADO AL ESPACIO FISICO Y RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES DEL CRP.
- ELABORACIÓN DE HOJA DE VALORACION, CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE AL QUE SE APLICA CONTENCIÓN MECANICA..
- DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO A LOS PROFESIONALES DEL CRP Y A OTROS DISPOSITIVOS DE LA RED SALUD MENTAL DE ARAGON.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EL EQUIPO DE MEJORA REALIZARA REUNIONES MENSUALES DE 1 HORA DE DURACION

- REVISION BIBLIOGRAFICA DE PROTOCOLOS EXISTENTES EN OTROS CENTROS DE TRABAJO SIMILARES.
- DEFINICION DE CONTENCIÓN MECANICA Y PRINCIPALES INDICACIONES.
- DESCRIPCIÓN DELAS ACCIONES A LLEVAR A CABO POR LOS DIFERENTES PROFESIONALES.
- ELABORACION DE HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CONTENIDO
- DISEÑO DEL PROTOCOLO
- SESION FORMATIVA SOBRE CONTENCIÓN FISICA EN EL CRP
- IMPLANTACION DEL PROTOCOLO EN EL CRP
- DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO EN LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL DE ARAGON.
- PRESENTACIÓN POSTER EN CONGRESO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -PROTOCOLO DE CONTENCIÓN. SI/NO

- HOJA DE SEGUIMIENTO AL PACIENTE CONTENIDO. SI/NO
- Nº DE SESIONES FORMATIVAS DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES .
- Nº PACIENTES A LOS QUE SE APLICA CM CON REGISTRO SEGUIMIENTO x 100 / Nº PACIENTES CM
- Nº PACIENTES CM Y SE APLICA PROTOCOLO x 100 /Nº PACIENTES CM

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO - ABRIL 2011: REVISION BIBLIOGRAFICA DE OTROS PROTOCOLOS

- MAYO-OCTUBRE 2011: ELABORACION DEL PROTOCOLO
- OCTUBRE 2011: ELABORACION DE HOJA DE SEGUIMIENTO
- NOVIEMBRE 2011: SESION INFORMATIVA EN CRP Y PRESENTACION DEL PROTOCOLO
- DICIEMBRE 2011: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO EN CRP
- EN ENERO SE EVALUARAN LOS 3 PRIMEROS INDICADORES.EL RESTO SE EVALUARAN UNA VEZ IMPLANTADO EL PROTOCOLO

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· DISEÑO E IMPRESION POSTER .....	100 €
· ASISTENCIA CONGRESOS .....	200 €
Total .....	300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 512

1. TÍTULO

TALLER DE COCINA II

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA SANCHO PLANA
- Profesión ..... AUXILIAR DE ENFERMERIA
  - Centro ..... CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GOMEZ MORCATE ESPERANZA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. UME STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - COLL MATEOSB RAQUEL. ENFERMERA. UME STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - VAL ESCARTIN ANA MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. UME STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - FUENTES ARASANZ FINA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. UME STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - MALON MARCO SUSANA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. UME STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - VAQUERO PEREZ MARIA JOSE. AUXILIAR DE ENFERMERIA. UME STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
  - ABADIA PIRACES MARIA PILAR. AUXILIAR DE CLINICA. UME STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Partiendo de Taller de Cocina I en el que el paciente aprende a manejar los utensilios de cocina y a preparar menús equilibrados y sencillos, en este taller el servicio de cocina proporciona lo necesario para la elaboración del menú. El objetivo de este proyecto es que el paciente adquiera autonomía en actividades básicas de la vida diaria, para ello se reforzarán conocimientos teóricos elementales ( carnes rojas-blancas, pescados, alimentos de temporada, frescos y congelados, ricos en fibra, caducidades, ofertas etc. en las distintas fases de la actividad (elaboración del menú y lista de la compra

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este proyecto es continuación de Taller de Cocina II aprobado en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior, que estaba planteado para los tres trimestres en que se debía realizar la actividad, pero por causas externas (tardía respuesta en su aprobación y dificultad para encontrar un comercio que aceptara el sistema de pago de la Administración) solo pudo llevarse a cabo durante cinco semanas del 18 de Noviembre de 2010 al 31 de Diciembre de 2010

INDICADORES:

- 1- % N° de pacientes asignados a T. Cocina II que han realizado La compra = 75 / N° de pacientes asignados a T. Cocina II= 4  
2- %N° de pacientes asignados a T. Cocina II que realizan correctamente las actividades planificadas para La compra = 75%/ N° de pacientes asignados a T. Cocina II= 4

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que cada paciente asignado a T. Cocina II, además de ser capaz de elaborar un menudo de poca dificultad, sepa realizar la lista de la compra, diferenciar los alimentos de temporada, caducidades, alimentos frescos o congelados, sepa calcular cantidades y proporciones, pagar y comprobar los cambios etc. Es decir sepa desenvolverse en el proceso completo en la elaboración de comidas de poca dificultad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Durante la elaboración del menú y la lista de la compra se reforzarán los conocimientos teóricos y los prácticos se realizarán in situ en el supermercado.

Al ser grupos reducidos (4 o 5 personas) permite que las actividades propuestas puedan realizarse en grupo, lo cual facilita el intercambio y el acuerdo entre las preferencias de todos.

Las tareas propias del cocinar se organizan, como en Taller de Cocina I mediante rueda rotatoria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- % N° de pacientes asignados a T. Cocina II que han realizado La compra / N° de pacientes asignados a T. Cocina II  
2- % N° de pacientes asignados a T. Cocina II que realizan correctamente las actividades planificadas para La compra / N° de pacientes asignados a T. Cocina II

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

512

**TALLER DE COCINA II**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La actividad se plantea de forma trimestral, salvo los meses de verano, estimando la estancia media por paciente en la unidad en torno a un año, con este planteamiento se persigue que la mayoría de los pacientes tengan acceso a este taller durante su estancia en el centro.

Taller de Cocina II Primavera  
Taller de Cocina II Otoño  
Taller de Cocina II Invierno

## 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Compra de alimentos .....	800 €
Total .....	800 €

## 11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

590

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE MODIFICACION DE LA CONDUCTA EN GRUPO PARA PADRES DE NIÑOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES SARASA CLAVER  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... USM INFANTO-JUVENIL DE HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA-CENTRO DE DIA  
· Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLASCO GRAU MARIA PILAR. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD PIRINEOS. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
- CALVO MATA MARIA PILAR. ADMINISTRATIVO. CENTRO DE SALUD PIRINEOS. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
- ORTIZ PAREDES LUIS. MIR. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de inicio en la infancia que comprende un patrón persistente de conductas de desatención, hiperactividad e impulsividad. Es uno de los motivos más frecuentes por los que los niños son remitidos a la unidad de salud mental infanto-juvenil, debido a que presentan problemas de conducta.

Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares, como consecuencia de los síntomas propios del TDAH.

Además se ha visto que el nivel de conflicto y/o hostilidad en la interacción paterno-filial se asocia a la conducta agresiva en la adolescencia; Y que el clima emocional conflictivo y/o hostil en el hogar se asocia a mal pronóstico del TDAH en la edad adulta.

Dentro de los tratamientos basados en la evidencia que han demostrado eficacia para el TDAH se encuentra el entrenamiento para padres en técnicas de modificación de la conducta y los tratamientos farmacológicos.

Todos los TDAH con o sin trastorno de conducta asociado se benefician del entrenamiento para padres, y en algunos casos (dependiendo de la edad, gravedad de los síntomas, repercusión funcional o voluntad de la familia), constituye el principal tratamiento.

Hasta la fecha, en la USMIJ de Huesca se trabaja este aspecto con los padres de los niños de forma individual, ofreciendo pautas a los padres para resolver los conflictos.

La instauración de un programa grupal para entrenamiento de padres tiene una serie de ventajas, que son:

- 1.-La experiencia del trabajo en grupo, que ofrece un espacio de reflexión que permite pensar conjuntamente sobre las propias dificultades y compartirlas con los otros, promover el diálogo y el intercambio de experiencias. Todo esto supone una vivencia emocional para las familias participantes que propicia los cambios.
  - 2.-Labor preventiva: Ofrece a los padres la información y conocimientos básicos sobre diferentes temas con el objetivo de una mayor capacitación para ejercer su función. Además facilita recursos educativos para promover en los hijos actitudes, valores y habilidades personales y sociales sanas. Las actuaciones de ayuda a la familia siempre favorecerán el desarrollo emocional de los hijos.
  - 3.-El ahorro de tiempo: para realizar todo este trabajo con cada una de las familias de forma individual, se necesita mucho tiempo, el trabajo en grupo permite que se beneficien varias familias a la vez. Además de que se pierde la experiencia enriquecedora del resto del grupo.
- Todos estos aspectos redundarán en una mejor calidad del servicio.

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo final es mejorar la contención parental, que se expresa en dos dimensiones:

La contención normativa: poner normas que ayuden al proceso de regulación externa, educación y socialización de los hijos.

Y la contención emocional: reconocer y expresar emociones propias y ayudar al otro a identificarlas y expresarlas de un modo adecuado desarrollando empatía. Mejorar las relaciones familiares.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. M<sup>a</sup> Dolores Sarasa y Pilar Blasco (Psiquiatra y enfermera de la USMIJ respectivamente), serán las encargadas de preparar

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 590

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE MODIFICACION DE LA CONDUCTA EN GRUPO PARA PADRES DE NIÑOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD**

las sesiones y coordinarlas.

Luis Ortiz (MIR de Psiquiatría) ayudará en la preparación de las sesiones y participará en ellas.

M<sup>a</sup> Pilar Calvo (administrativo de la USMIJ) se encargará de reservar la sala donde se realizarán las sesiones, citar a los padres, facilitarles la asistencia si es que lo necesitan por motivos de trabajo, ayudar en la elaboración del material impreso que se entregará a los padres.

Se realizarán grupos de padres, incluyendo en cada grupo a 6 parejas de progenitores. Se realizarán 8 sesiones con frecuencia aproximada de cada 3 semanas. La duración de las sesiones será aproximadamente de una hora y media.

Las familias firmarán un contrato de confidencialidad en el que los participantes se comprometen a poder hablar de su experiencia en el grupo, pero nunca de la experiencia del resto de familias participantes.

El programa estará estructurado y conformado según la teoría cognitivo-conductual, incluyendo algunos conceptos de la terapia familiar sistémica.

Incluirá estrategias de potenciación de las relaciones.

Permitirá a los progenitores identificar sus propios objetivos como padres.

Incorporar simulaciones durante las sesiones y deberes para casa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Antes de iniciar el programa, y una vez finalizado se pasaran a las familias dos instrumentos de evaluación:

La ADHD Rating Scale-IVDu Paul que mide la intensidad percibida de los síntomas de TDAH

La escala de clima familiar de Moos y Moos, que evalúa las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.

Además al final del programa pasaremos un cuestionario de satisfacción con el programa para las familias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las sesiones se realizarán los viernes de 9 a 10,30 de la mañana. El lugar será la sala de juntas del Centro de salud de Pirineos.

Cronograma:

29 de abril: El proceso de socialización a través de la familia (proceso de adquisición de normas, valores y principios.

20 de mayo: Escucha activa y validación emocional.

3 de junio: Técnicas de modificación de la conducta: información, comunicación positiva, refuerzo y extinción.

17 de junio: Técnicas de modificación de la conducta: tiempo fuera, atención diferenciada y economía de fichas.

23 de septiembre: el elogio y como huir de los encasillamientos.

21 de octubre: alternativas al castigo

18 de Noviembre: Como fomentar la autonomía.

9 de diciembre: sesión reflexiva final.

Una vez acabado el programa se ofrecerá comenzar con un nuevo grupo de familias que estén acudiendo a la USMIJ y que consideremos se puedan beneficiar del programa.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material escrito, cuestionarios .....	50 €
· bibliografía .....	50 €
Total .....	100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

636

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PACIENTES DE SALUD MENTAL. CONTRATOS PSICOPEDAGOGICOS. PLANIFICACION DE PROGRAMAS. MOTIVACION

2. RESPONSABLE ..... EMERITA BARA GARCIA

- Profesión ..... PSICOLOGO/A
- Centro ..... USM PIRINEOS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- UGARTE FARRERONS SOL. ENFERMERA. CS PIRINEOS. USM

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SE OBSERVA EN LA CONSULTA LAS DIFICULTADES QUE PLANTEAN NUMEROSOS PACIENTES PARA SEGUIR CORRECTA Y ADECUADAMENTE LOS TRATAMIENTOS PROPUESTOS DEBIDO A CIERTAS DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN Y COMPRESIÓN. SE TRATA DE FACILITAR EL APRENDIZAJE Y SEGUIMIENTO DE LAS TERAPIAS PROPUESTAS A TRAVES DE TECNICAS DE COMUNICACION INTERACTIVA Y DE EXPLICACION CLARA DE LOS CONTENIDOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DIFERENTES TRATAMIENTOS PROPUESTOS. SENSIBILIZAR AL PACIENTE RESPECTO DE SU IMPLICACION Y COSTE DE LOS MISMOS Y HACERLE CONSCIENTE DE SU RESPONSABILIDAD EN EL RESULTADO OBTENIDOS EN LAS TERAPIAS REALIZADAS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. TRABAJO EN GRUPO. RESPONSABLE: EMERITA BARA GARCIA.

ELABORACION DE UNOS CRITERIOS DE SELECCION QUE DEFINAN A LOS USUARIOS QUE VAN A PARTICIPAR EN EL GRUPO.

TRABAJAREMOS MEDIANTE TECNICAS DE EXPOSICION CLARA SOBRE DIFERENTES ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD, CAUSAS Y CONSECUENCIAS, IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, ASI COMO DIFERENTES HABITOS CONDUCTUALES QUE SEA NECESARIO MODIFICAR

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EL PROYECTO LO MEDIREMOS A TRAVES DE LOS SIGUIENTE CRITERIOS DE EVALUACION:

- 1º.- NUMERO DE REUNIONES MENSUALES POR AÑO.
- 2º.- NUMERO DE PACIENTES QUE ASISTAN A LAS REUNIONES.
- 3º.- PORCENTAJE DEL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES MEDIANTE UNA ENCUESTA DE VALORACION

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - ABRIL-MAYO. DEFINICION DE CRITERIOS DE INCLUSION, ASI COMO SELECCION Y CAPTACION DE PACIENTES.  
- MAYO A NOVIEMBRE, UN GRUPO MENSUAL DE 90 MINUTOS

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 057

**PROGRAMA DE PREVENCION Y HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO DE LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS Y PSICOPATOLOGICOS DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO**

2. RESPONSABLE ..... JULIA VIAPLANA JAIME

- Profesión ..... PSICOLOGO/A
- Centro ..... USM PIRINEOS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ JACA AURORA. MATRONA. CS PIRINEOS. SERVICIO DE MATRONA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IDENTIFICAR LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS QUE SE PRODUCEN EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO  
DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN PARA REDUCIR SU IMPACTO  
DETECCIÓN PRECOZ , PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLOGICA ASOCIADA A ESTA ETAPA  
DAR A CONOCER LOS RECURSOS DISPONIBLE PARA EL ABORDAJE DE ESTA PROBLEMÁTICA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. PROPORCIONAR UN CANAL DE COMUNICACIÓN Y UN ESPACIO PARA TRATAR LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A ESTA ETAPA  
MEJORAR EL CONOCIMIENTO Y LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD  
MEJORAR LA ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS, EL AUTOCUIDADO Y EL BIENESTAR  
DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DE SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLOGICA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEDIANTE UNA PUESTA EN COMÚN EN ACTIVIDAD GRUPAL INTEGRADA POR LAS EMBARAZADAS Y SUS PAREJAS:  
VALORACIÓN DEL PUNTO DE PARTIDA DE LOS CONOCIMIENTOS  
EXPOSICIÓN DE INTERESES, PARTICIPACIÓN ACTIVA Y TÉCNICAS DE DINÁMICA DE GRUPOS  
SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS POR PSICOLOGA/ MATRONA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS A TRAVÉS DE PUESTA EN COMÚN  
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL FINALIZAR LA SESIÓN  
EVALUACIÓN DEL NÚMERO DE SESIONES Y DE ASISTENTES A LA MISMA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. REALIZACIÓN DE UNA SESIÓN POR GRUPO DE EDUCACIÓN MATERNAL( CADA 8 SEMANAS CON POSIBILIDAD DE AMPLIACIÓN)  
INICIO ABRIL DE 2011 Y FINALIZACIÓN DICIEMBRE 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- MATERIAL PARA LAS SESIONES ..... 300 €
- Total ..... 300 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

508

### MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA FASE TERMINAL DE ENFERMEDAD EN PACIENTES PALIATIVOS

2. RESPONSABLE ..... GEMMA FABREGAT GOMEZ

- Profesión ..... MIR
- Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ. MIR. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En un análisis retrospectivo realizado en HSCJ de los pacientes ingresados en 2009 en la unidad de cuidados paliativos, se objetivó en un porcentaje alrededor del 50%, la administración de tratamientos que, según la evidencia, han demostrado ser fútiles en situación de terminalidad. Por lo que nuestro objetivo principal es la mejora en la calidad asistencial de los pacientes terminales durante su ingreso hospitalario en los diferentes niveles asistenciales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2010 se elaboró en el Sector de Huesca un documento sobre el paciente terminal, donde entre otros aspectos se describían los criterios de enfermedad terminal de órgano y de paciente oncológico.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir las medidas fútiles y con ello mejorar la calidad de atención en estos pacientes. Difundir en nuestro Hospital estos criterios de terminalidad en el personal sanitario, realizando un protocolo de actuación optimizando recursos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar un documento específico para aquellos pacientes que ingresen en unidad de paliativos, donde se especifiquen los criterios por enfermedad y de terminalidad. Crear una guía, intrahospitalaria, terapéutica con las medidas a seguir delante de un síntoma guía.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes con criterios de terminalidad del total de ingresos en paliativos.  
% de pacientes terminales a los que se les aplica medidas fútiles

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: búsqueda bibliográfica sobre medidas fútiles, elaboración del documento con los criterios de terminalidad. Difusión de este documento y de las recomendaciones para el cuidado en esta etapa.  
Mayo 2011 inicio de aplicación de estas medidas  
Enero 2012 recogida de todos los datos obtenidos y tratamiento estadístico.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.



## 1. TÍTULO

### MEJORA EN LA ATENCION INTERDISCIPLINAR DEL PROCESO FRACTURA DE CADERA

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FONTESTAD UTRILLAS AMPARO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
  - MUR CAMPOS MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE ANESTESIA
  - RECREO TOME JESUS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
  - VIÑUALES PEREZ SANTIAGO. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL SAN JORGE. SERVICIO DE REHABILITACION
  - MURO SOLANES MAR. ENFERMERIA. HOSPITAL SAN JORGE.
  - GARCIA ERCE JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. SECCION DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
  - MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. UNIDAD DE GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura de cadera es una patología que está aumentando en los últimos años de forma vertiginosa. La incidencia de complicaciones médicas durante el ingreso hospitalario es asimismo muy elevada. La mayoría de los pacientes precisará intervención quirúrgica para la reducción de la fractura, previo al intento posterior de recuperación de la capacidad de marcha. Esto, unido a la prevención y tratamiento de las complicaciones asociadas a la cirugía y a la inmovilización prolongada constituyen los objetivos del tratamiento. Por todo ello, es frecuente la intervención de múltiples servicios en la atención de estos pacientes durante el ingreso hospitalario, lo que hace de esta patología una candidata ideal para realizar un abordaje coordinado y multidisciplinar.

Actualmente se ha avanzado en la coordinación entre varios de los integrantes del proceso, pretendiendo con estas recomendaciones consensuadas por todos los integrantes (Urgencias, Traumatología, Anestesia, Enfermería, Rehabilitación, Hematología y Geriatria), que la coordinación sea total.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Agilización del proceso de fractura de cadera en el hospital San Jorge, esto debe repercutir en acortamiento tanto de la estancia media como de la estancia prequirúrgica, y mejora en la recuperación funcional. Mejora en los cuidados transicionales con el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Potenciación del grupo de trabajo para la elaboración de las "Recomendaciones en fractura de cadera". Puesta en marcha del documento "Recomendaciones en fractura de cadera".

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Estancia media
- Estancia media prequirúrgica
  - Eficiencia funcional: Ganancia funcional/ estancia postoperatoria en días
  - Mortalidad intrahospitalaria.
  - Porcentaje de pacientes que reciben transfusión

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Determinación de los indicadores previos a la puesta en marcha del proyecto

Reuniones para la presentación del documento en el mes de abril

Comienzo 1 de mayo

Reuniones trimestrales de seguimiento

Valoración anual de los objetivos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

445

**MEJORA EN LA ATENCION INTERDISCIPLINAR DEL PROCESO FRACTURA DE CADERA**

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Debe incluirse como componente del equipo a Vera Bella, Jorge, Médico, Hospital San Jorge, Servicio de Anestesia; que sustituye a M<sup>a</sup> Pilar Mur Campos durante su baja maternal

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

086

**ACTUALIZACION Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y UASA HUESCA. ATENCION CLINICA INTEGRAL DE PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL**

### 2. RESPONSABLE ..... ALFREDO GURREA ESCAJEDO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. U.A.S.A. HUESCA
- Sector ..... HUESCA

### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA
- CORTES GARCIA LUIS. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entre los pacientes atendidos en la U.A.S.A. Huesca por patología adictiva, principalmente en los que tiene relación con alcohol, existe una gran cantidad de patología médica susceptible de ser controlada por la unidad de gastroenterología y hepatología (UGH): hepatitis aguda y crónica, cirrosis, HT portal, HDA, varices esofágicas, pancreatitis, etc. De forma similar, entre los pacientes atendidos en la UGH existen frecuentemente problemas adictivos, principalmente por alcohol.

Hasta hace un año no existía una coordinación específica entre ambos servicios para la detección y seguimiento de estos pacientes con comorbilidad digestiva y adictiva, a pesar de la elevada prevalencia de la misma y de las importantes repercusiones a múltiples niveles. Por este motivo pusimos en marcha un protocolo específico, desarrollado en el seno de las iniciativas de calidad del SALUD.

Tras implementar el protocolo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante este año hemos comenzado a aplicar el protocolo a los pacientes que acudían tanto a la U.A.S.A. Huesca como al servicio de Gastroenterología/Hepatología.

Hemos podido objetivar los aspectos mejorables del protocolo:

- Se comenzó más tarde de lo previsto a aplicar el protocolo, lo que ha provocado un ritmo más lento de lo esperado en el envío de pacientes, y que no haya podido finalizarse todavía su cumplimentación, ya que la duración inicial antes de su evaluación definitiva que era de un año.
- Hemos encontrado dificultades a la hora de que los pacientes cumplimentaran todas las pruebas.
- Hemos detectado algunas deficiencias a la hora de codificar los datos recogidos, generados por factores que no se habían tenido en cuenta al elaborar la base de datos para la recogida de información.

Hemos podido observar los puntos fuertes del protocolo:

- A pesar de no haber podido analizar todos los indicadores y de que el número de pacientes derivados es por el momento todavía muy bajo para sacar conclusiones generalizables, nuestra impresión clínica es que la atención coordinada mejora la asistencia de los pacientes, su satisfacción con el recurso y su retención en el tratamiento. Quedará para más adelante, cuando haya crecido el número de casos atendidos, el poder valorar la repercusión real sobre la efectividad de los tratamientos y la calidad percibida por el paciente.

Algunos de los indicadores medidos han reflejado datos muy positivos:

Indicador 1 : (Pacientes a los que se aplica el protocolo / Total de pacientes con comorbilidad detectada ) X100. Resultado 100%

Indicador 2 (Pacientes que acuden a la p

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Principalmente esperamos mejorar la estructura y adecuación del protocolo, así como los resultados obtenidos tras su aplicación.

Obviamente, en la base de todo, están los objetivos iniciales que se plantearon hace un año al poner en marcha el protocolo:

- Mediante la coordinación entre ambos recursos asistenciales, optimizar la asistencia clínica a esta población, favoreciendo una mejor evolución de los pacientes.
- Minimizar los costes sanitarios directos e indirectos derivados, al favorecer la estabilización clínica del paciente, su recuperación y su reincorporación sociolaboral.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

086

**ACTUALIZACION Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y UASA HUESCA. ATENCION CLINICA INTEGRAL DE PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL**

-Reducir la prevalencia de los trastornos relacionados con sustancias adictivas, principalmente el alcohol, y las consecuencias que se derivan a múltiples niveles: médico, laboral, social, legal, psiquiátrico, etc.  
-Normalizar e integrar el tratamiento de las conductas adictivas dentro de la red sanitaria, eliminando estigmas sociales y desvistiendo a la enfermedad de matices morales.  
-Dotar a los pacientes de las habilidades necesarias para mantener una abstinencia continuada y ser capaces de afrontar situaciones de riesgo de forma satisfactoria y autónoma.  
-Establecer un mecanismo de valoración y/o seguimiento especial en aquellos pacientes con cirrosis hepática alcohólica o mixta (en la que participe el alcohol) que presenten un grado de insuficiencia hepática avanzada y que vayan a ser valorados para su inclusión en un programa de trasplante hepático, o bien se encuentren en lista de espera de trasplante.  
-Coordinación de ambas unidades médicas en aquellos pacientes con hepatopatía viral y adicción al alcohol respecto al momento óptimo de instaurar el tratamiento antiviral y establecer mecanismos de apoyo a lo largo del tratamiento dado que se ha demostrado una mejor adherencia al mismo y por lo tanto una mayor efectividad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. De forma muy resumida, se realizarán las siguientes intervenciones, por parte del psiquiatra (Dr. Gurrea) en la U.A.S.A. Huesca y por parte de los hepatólogos (Dra. Bernal y Dr.Cortés) en la UGH:

1.Procedimiento de derivación desde la U.A.S.A. Huesca a la UGH:

-Se establecen unos criterios de derivación para evitar derivaciones incorrectas

-Mediante una hoja de derivación específica y de forma directa vía fax: para obtener los datos más sensibles y evitar la pérdida del paciente

2.Procedimiento de derivación desde la UGH a la U.A.S.A. Huesca:

-Se establecen unos criterios de derivación: para evitar derivaciones incorrectas

-Mediante una hoja de derivación específica y de forma directa vía fax: para obtener los datos más sensibles y evitar la pérdida del paciente

-Se utilizará un algoritmo específico que incluye pruebas psicométricas: para maximizar la detección de verdaderos positivos, la valoración de la motivación para la abstinencia y la idoneidad del momento de derivación

3. Coordinación con la unidad de agudos de psiquiatría:

-Se informará al personal del protocolo.

-En el caso de pacientes con patología digestiva que requiera intervención aguda se realizará interconsulta al servicio de digestivo. En caso contrario dichos pacientes se derivarán al alta a la U.A.S.A. Huesca, desde donde se iniciará el protocolo.

4.Intervención clínica:

En cada unidad la propia, mediante los protocolos clínicos utilizados de forma habitual en estos pacientes.

5. Coordinación:

-Aplicación del protocolo.

-Reuniones de coordinación cada 3 meses: para control clínico de los pacientes y para control de la aplicación del protocolo y de sus resultados.

-Coordinación telefónica cada vez que sea preciso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 6. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En la medición de resultados utilizaremos diversos indicadores para la valoración de:

1.Grado de coordinación:

-(Pacientes que acuden a la primera visita/ Total de pacientes derivados)X100

-(Pacientes derivados/Total de pacientes con comorbilidad digestiva-enólica)X100281

-(Pacientes que continúan en tratamiento a los 3, 6 y 12 meses/Total de pacientes derivados)X100

2.Evolución clínica del abuso/dependencia de alcohol:

-Realización de diversas pruebas psicométricas al inicio del tratamiento y a los 6 y 12 meses, para valorar

cambios: diagnóstico de alcoholismo (AUDIT), deseo de consumo (EVA), gravedad de la dependencia alcohólica (EIDA), impresión clínica general (CGI), escala de

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

086

**ACTUALIZACION Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y UASA HUESCA. ATENCION CLINICA INTEGRAL DE PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL**

evaluación de la actividad global (EEAG), Cuestionario de salud EuroQol-5D

3. Evolución clínica de la patología digestiva:

- Cuestionario de calidad de vida de hepatopatía crónica (CLDQ) y de hepatopatías VHC (CLDQ-VHC)

- Nº ingresos hospitalarios por patología digestiva y mortalidad

- Episodios de descompensaciones tanto por eventos clínicos (ascitis, hepatitis alcohólica...) como progresión en su hepatopatía cuantificada por los estadios de Baveno) y nº de hepatocarcinomas diagnosticados gracias al seguimiento.

- nº reagudizaciones de pancreatitis crónica alcohólica (consumo alcohol activo vs abstinencia)

- nº de paciente que abandonan tratamiento de la cirrosis/antiviral, así como nº de pacientes que completan el tto (adherencia).

- % de entrega de hojas de información a pacientes sobre Cirrosis hepática y de hoja de información sobre "consumo de alcohol y sus consecuencias"

- Causa del fin de seguimiento: mortalidad, abandono de tratamiento o tratamiento finalizado, así como su cuantificación en meses.

4. Además realizaremos una encuesta de satisfacción al paciente a los doce meses de su inclusión en el programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se trata de un protocolo ya en fase de implementación y que por tanto vamos a seguir realizando. Lo que pretendemos es pasar a aplicar todas las mejoras que creemos pueden ser beneficiosas lo antes posible. Por ello, podemos plantear una fecha inicial de aplicación de las mejoras, o dicho de otra forma, de inicio de esta fase del protocolo, a partir del 1 de abril de 2011

- Valoración de las medidas aplicadas: según lo indicado en el propio protocolo, se realizará una evaluación continuada, así como medición de indicadores al inicio, seis y doce meses de la puesta en marcha. Además, se realizarán reuniones de coordinación cada 2 meses.

- Valoración de la evolución de cada paciente: según lo indicado en el propio protocolo, se realizará una evaluación continuada, así como medición de indicadores al inicio, seis y doce meses desde la inclusión de cada paciente. Además, se realizarán reuniones de coordinación cada 3 meses.

- Finalización de aplicación del protocolo de coordinación: No existe una fecha de finalización, ya que se pretende la aplicación continuada. Eso sí, nos planteamos, al igual que hemos hecho tras este primer año de aplicación, la revisión y valoración de su efectividad de forma anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 451

### APOYO ASISTENCIAL A LOS PACIENTES, TRAS EL ALTA DE HOSPITAL DIA PSIQUIATRICO DE HUESCA

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MOLES ARCOS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VENTURA RUBIO ELVIRA. PSICOLOGA. HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA HUESCA. PSIQUIATRIA
- BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO. HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA HUESCA. PSIQUIATRIA
- SANCHEZ PRIETO PATRICIA. ENFERMERA. HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA HUESCA. PSIQUIATRIA
- CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA HUESCA. PSIQUIATRIA
- AUSED LANAU PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA HUESCA. PSIQUIATRIA
- VICENTE REDONDO MARIA ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA HUESCA. PSIQUIATRIA
- MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA HUESCA. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Acompañamiento y apoyo asistencial a los pacientes tras ser dados de alta del Hospital de Día Psiquiatría de Huesca. Ofreciendo una consulta semanal en nuestro recurso hasta que sean recibidos por el psiquiatra de referencia en el CSM.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto esperamos evitar las visitas a los servicios de urgencias o la necesidad de precipitar la atención (urgente o adelanto de cita) en CSMental, por la ansiedad de separación (vivencia de abandono), que supone para algunos pacientes pasar de un recurso asistencial intensivo como la hospitalización parcial, a un sistema de visitas programadas ambulatorio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras programar el alta se gestiona desde el HDP la primera cita del paciente en el CSMental con el psiquiatra de referencia, haciendo constar la fecha y hora de la cita en el informe de alta.

Por la demanda y listas de espera frecuentes en las consultas ambulatorias de Psiquiatría, y teniendo en cuenta que el paciente sale de una estancia prolongada en HDP y en situación clínica de estabilidad, las citaciones se suelen dar entre los 20 días a 1mes y medio.

Muchos de nuestros pacientes presentan situaciones agudas puntuales tras el alta, o simplemente demandan una atención que se puede abordar o contener con una visita de refuerzo ante la reciente alta por mejoría.

\* La propuesta consiste en ofrecer una consulta semanal en

HDP con alguno de los profesionales del equipo (Psiquiatra, Psicólogo, Enfermería si precisa ILD o DEPOT) hasta que el paciente sea recibido por el psiquiatra de referencia en el CSM.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes que acuden a la cita post-alta al HDP x 100  
Numero de pacientes dado de alta

Numero de pacientes del programa que demandan atención psiquiátrica en otros centros (urgencias o CSM) x 100  
Número de pacientes que han sido dado de altas o están en el programa.

Pacientes en los que se realiza la derivación de manera adecuada x 100

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 451

**APOYO ASISTENCIAL A LOS PACIENTES, TRAS EL ALTA DE HOSPITAL DIA PSIQUIATRICO DE HUESCA**

Pacientes incluidos en nuestro programa

- 1- Valorar las demandas o visitas a los servicios de urgencias.
- 2- Valorar las solicitudes de adelanto de cita en CSMental.
- 3- Valorar si el paciente acude de manera urgente y antes de la cita prevista al Psiquiatra de referencia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Indefinido, empezaremos por un año y si funciona nos interesaría darle continuidad.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· -	Material informático .....	300 €
· -	Formación .....	300 €
· -	Mobiliario de sala de espera .....	1.200 €
· -	Material de oficina .....	200 €
	Total .....	2.000 €

11. OBSERVACIONES. Supone una sobrecarga asistencial en el equipo, los pacientes acuden en un horario de referencia, pero habitualmente se les hace esperar en una sala independiente a la grupal y/o disponible para el resto de pacientes de HDP. Necesitando mejorar o acondicionar mejor esta sala-pasillo.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

340

### MEJORA DE LA PREVENCION Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA EN CIRUGIA ORTOPEDICA MAYOR ELECTIVA

2. RESPONSABLE ..... LUCIA MORLANS GRACIA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA ERCE JUAN ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. HEMATOLOGIA
- FONTESTAD UTRILLAS AMPARO. MEDICO. HOSPITAL SAN JORGE. TRAUMATOLOGIA
- PERLATA GASCON ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL SAN JORGE. UNIDAD DE VALORACION SOCIO SANITARIA
- GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. MEDICO. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- UBIS DIEZ ELENA. MEDICO. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ. MEDICO RESIDENTE. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de la anemia al ingreso hospitalario, en los pacientes con fractura de cadera, es dispar en la bibliografía internacional, situándose entre el 5 y el 47%, en función del punto de corte en los niveles de hemoglobina establecido para su diagnóstico. La anemia influye muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos y el nivel de hemoglobina (Hb), es el principal factor independiente de riesgo de recibir una transfusión sanguínea alogénica (TSA).

El documento de recomendaciones en el manejo de la fractura de cadera, redactado de forma multidisciplinar y que próximamente va a comenzar a aplicarse en nuestro centro, incluye el manejo de la anemia perioperatoria.

Objetivos del proyecto:

1. Describir las características de los pacientes mayores de 71 años intervenidos quirúrgicamente de fractura de cadera en el Hospital San Jorge de Huesca.
2. Describir los efectos secundarios y las complicaciones médicas aparecidas durante la aplicación del protocolo, como valor de seguridad.
3. Objetivar los valores analíticos y la situación funcional de los pacientes transcurrido un mes de la intervención quirúrgica (se esperan mejoría en los valores de hemoglobina y el Índice de Barthel).
4. Comprobar si el protocolo propuesto se lleva a la práctica real hospitalaria en la totalidad de los pacientes.

Pacientes mayores de 71 años que ingresen procedentes de urgencias por presentar una fractura de tercio proximal de fémur de etiología osteoporótica en el Hospital San Jorge de Huesca.

Material y métodos:

Estudio prospectivo de los pacientes que cumplen criterios de inclusión con la aplicación del protocolo tratamiento y prevención de anemia perioperatoria incluido en el documento de recomendaciones para el paciente con anemia perioperatoria (anexo 1).

? Hierro endovenoso: Hierro sacarosa intravenoso (Venofer®) 200 mg /48h (máximo 600 mg/semana), al menos 3 dosis (el día de ingreso, a las 48 horas y a las 96 horas previamente a la retirada de la sueroterapia). En el caso de anemia moderada (Hb <11 g/dL) se valorará la administración de hierro carboximaltosa (Ferinject®) en dosis única el día de ingreso (máximo 1000 mg ó 15 mg/kg peso).

? Ácido fólico (Acfol®) 1 comprimido/24h. Durante todo el ingreso hospitalario.

? Vitamina C (Cebion® 1g) 1 sobre/24h. Durante todo el ingreso hospitalario.

? Vitamina B12 (Optovie® 1.000.000 UI) dosis única i.m.

? Eritropoyetina subcutánea (Epoetina alfa (Eprex®) 40000 UI o darbopoetina (Aranesp® 300) en el Servicio de Farmacia) en el preoperatorio siempre que la hemoglobina preoperatoria del paciente sea menor de 13 g/dl. (dosis única). Se valorará una segunda dosis el día de la intervención quirúrgica si persiste la anemia.

? Transfusión de sangre alogénica (TSA): Se utilizarán los criterios aprobados y recomendados por la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea, que se

resumen en:

- Criterios clínicos (principal): Transfundir si presencia de clínica de anemia;



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

340

### MEJORA DE LA PREVENCION Y EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERIOPERATORIA EN CIRUGIA ORTOPEDICA MAYOR ELECTIVA

- Criterios analíticos (secundarios): Valorar transfusión si Hb <7 g/dL en menores de 65 años sin antecedentes patológicos. Valorar transfusión si Hb <8 g/dL en mayores de 65 años ó pacientes con antecedentes cardiovasculares o neurológicos. Valorar transfusión si Hb <9 g/dL con clínica reciente o actual cardio-respiratoria o neurológica.

- Administrar los CH de uno en uno, seguido de reevaluación clínica.

- No está recomendada la administración de TSA preoperatoria salvo caso de anemia grave (Hb inferior a 8 g/dL) o en caso de anemia moderada (Hb inferior a 10 g/dL), con un objetivo Hb final alrededor de 10 g/dL y se espere un sangrado intraoperatorio igual o superior a 1 L (p.ej. fracturas subtrocantéricas).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejoría de las cifras de hemoglobina al mes de la intervención.

- Mejoría funcional según el Índice de Barthel.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se recogerán los datos expuestos en la hoja de recogida de datos del anexo 2:

- Datos sociodemográficos
- Antecedentes personales
- Características técnicas de la intervención
- Datos analíticos al ingreso, al 7º día y al mes de la intervención.
- Situación funcional al ingreso y al mes de ésta (contacto telefónico).
- Estancia hospitalaria.
- Complicaciones derivadas de la aplicación del protocolo.

Adjunto al informe de alta del Servicio de Traumatología se entregará un volante para el análisis de sangre en fechas cercanas a la revisión por dicho servicio (un mes después aproximadamente). Contactaremos telefónicamente con el paciente, familia o recurso asistencial utilizado (ej. Hospital Sagrado Corazón de Jesús) para conocer la situación funcional en ese momento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Cifras de hemoglobina  
Índice de Barthel para valorar la situación funcional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el 1 de abril de 2011 hasta el 1 de enero de 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

195

1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA EN LA VALORACION DE LA INFORMACION Y ATENCION MEDICA RECIBIDA POR EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR OCHOA CALVO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE GERIATRIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANJOAQUIN ROMERO ANA. MEDICO. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SERVICIO DE GERIATRIA
- AURIA GENZOR GEMMA. ENFERMERA SUPERVISORA DE PLANTA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SERVICIO DE GERIATRIA
- CALVO PARDO AURORA. MEDICO. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. COORDINADORA DE CALIDAD SECTOR HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 4.1 Importancia:

El programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad tiene la misión de impulsar a los profesionales del Servicio Aragonés de Salud, para que presten a los usuarios unos cuidados "excelentes". En base a esto, y según la Ley de Salud de Aragón, los profesionales debemos participar para conseguir la mejora continua en el proceso asistencial.

4.2 Utilidad del proyecto:

Mejora de la valoración de la información y atención médica recibida por el paciente hospitalizado en el Servicio de Geriátría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, al considerarse un punto fundamental tanto en el contrato de gestión, como en el ambiente de trabajo de los facultativos.

4.3 Métodos de detección y priorización empleados: Resultados de la "Encuesta de Opinión a los Usuarios de Hospitales" del Departamento de Salud y Consumo, entregada al alta. Se han considerado los resultados del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca en los años 2008, 2009, 2010. Los puntos referidos a "la información recibida" y al "interés mostrado por el médico" puntúan bajos de forma repetida durante los 3 ejercicios, esta es la razón de priorizarlos.

4.4 Situación de partida:

Los resultados referidos a "la información recibida" son:

- 2008: 89.3 +/- 6 frente a 93.7 +/- 3 en Aragón.
- 2009: 87.8 +/- 5.3 frente a 91.4 +/- 3.5 en Aragón
- 2010: 83.9 sin alcanzar el 92% mínimo exigido.

Los resultados referidos a "interés mostrado por el médico" son:

- 2008: 92.9 +/- 4.9 frente a 95.9 +/- 2.5 en Aragón.
- 2009: 91.1 +/- 4.6 frente a 94.4 +/- 2.9 en Aragón
- 2010: 91.7 sin alcanzar el 92% mínimo exigido.

A pesar de las diferencias en la valoración (en métodos, en los centros de comparación) de los distintos años, se observa una peor valoración respecto a la media de Aragón, por lo que se prioriza como acción de mejora.

4.5 Posibles causas:

Si nos basamos en la bibliografía más conocida en aspectos de relación médico-paciente en Salud Pública se observa que el tiempo dedicado a los pacientes, la accesibilidad, el interés mostrado, la escucha, es importante para el paciente. Se muestra una relación entre estos aspectos y la capacidad de diagnóstico y establecimiento del tratamiento adecuado. Uno de los aspectos más valorados es el tiempo que se le dedica al paciente, la accesibilidad y la identificación del médico responsable de la asistencia. Posiblemente estos aspectos deban mejorar y sean la causa de la baja valoración. En el servicio de Geriátría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca no están identificados los médicos que atienden cada una de las unidades hospitalarias, no se entrega una información básica al ingreso, y el horario de atención a familiares es restringido. Se establecen estos puntos como prioritarios para cambiar y mejorar la satisfacción del usuario.

4.6 Fuentes de información:

Encuesta de Opinión a los Usuarios de Hospitales de forma global, durante el año 2011. Además dos meses del año se les encuestará sobre los puntos concretos a evaluar en este proyecto para ver la evolución durante el año y poder introducir correcciones.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

195

**PROYECTO DE MEJORA EN LA VALORACION DE LA INFORMACION Y ATENCION MEDICA RECIBIDA POR EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA**

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la información percibida por el usuario tras la hospitalización y conseguir el porcentaje mínimo exigido en el contrato de gestión.

Mejorar la percepción del interés mostrado por el médico por parte del usuario y conseguir el porcentaje mínimo exigido en el contrato de gestión.

Establecer una buena identificación del profesional asignado en la hospitalización.

Mejorar el tiempo dedicado a la información durante la hospitalización al menos en dos unidades de la hospitalización, ofreciendo un horario no restringido de información.

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Conseguir la identificación de los médicos en los despachos de cada unidad hospitalaria

Responsable: Supervisora de Planta.

-Ampliar el horario de información a familiares de forma que sea superior a 3 días por semana. Se hará en la Unidad A y en la Unidad B de hospitalización.

Responsable Unidad A: Pilar Ochoa / Responsable Unidad B: Ana Sanjoaquín

-Elaborar un documento actualizado básico de información al ingreso

Responsable: Aurora Calvo

-Elaborar un protocolo de ingreso, revisando la información ya existente y actualizándola.

Responsable: Pilar Ochoa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 01. Porcentaje de encuestas con una valoración de 4 ó 5 en el ítem de información y atención médica. En el primer corte 55%, en el segundo corte 65%.

Indicador 02. Porcentaje de personas que identifican al profesional que les atendió.

En primer corte 75%, en segundo corte 85

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2011/ Noviembre 2011: Entrega a todas las altas de un documento con preguntas sencillas relacionadas con la información recibida y la atención médica percibida, junto con la Encuesta de Opinión a los Usuarios de Hospitales.

Junio 2011: Evaluación de las primeras encuestas. Establecer medidas correctoras si es necesario

Diciembre 2011: Evaluación de las segundas encuestas. Comparación de resultados con las primeras encuestas

Enero - Febrero 2012: Autoevaluación del contrato de gestión: valoración de los puntos de información y atención médica percibida.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. No se requieren recursos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 329

1. TÍTULO

**PSICOEDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA**

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA SANCHEZ PRIETO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA (SALUD MENTAL)
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MOLES ARCOS BARBARA. PSIQUIATRA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SALUD MENTAL-HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
- BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SALUD MENTAL-HD PSIQUIATRIA
- CONCEPCION MUÑOZ JIMENEZ. TRABAJADORA SOCIAL. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SALUD MENTAL-HD PSIQUIATRIA
- VENTURA RUBIO ELVIRA. PSICOLOGA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SALUD MENTAL-HD PSIQUIATRIA
- MILAGROS CEBRIAN FRANCO. EIR SALUD MENTAL. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SALUD MENTAL-HD PSIQUIATRIA
- AUSED LANAU PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SALUD MENTAL-HD PSIQUIATRIA
- VICENTE REDONDO MARIA ANGELES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. SALUD MENTAL-HD PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Día de Psiquiatria de Huesca es un dispositivo intermedio donde acuden pacientes remitidos de la UCE del Hospital General San Jorge como tambien pacientes derivados por sus Psiquiatras de referencia de las Unidades de Salud Mental respectivamente. Por el tipo de estructura, forma de funcionamiento y servicio que ofrece a la comunidad, es importante la participación activa de las familias de los pacientes ingresados, hacerles partícipes de la rehabilitación y reinsercción a la vida laboral o en su caso a la vida en sociedad. Al haber iniciado éste proyecto el año pasado, nos sentimos comprometidos con éstas familias que han tenido muy buena respuesta y colaboración en las intervenciones que se han realizado con ellas, por lo que valorando los resultados obtenidos durante las primeras intervenciones, somos conscientes de las necesidades de dichas familias, la necesidad de apoyo ayuda para soportar el estrés que supone llevar a su cargo un paciente crónico. Como también nuestra necesidad de ofrecer orientación y trabajar a medida de lo posible la autonomía del paciente en su domicilio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Tras realizar una primera entrevista con las familias y pasando una encuesta inicial en la que nos permite darnos cuenta de su situación familiar, los recursos sociales con los que cuenta y lo más importante el conocimiento sobre la patología de base de su familiar como el tratamiento farmacológico, nos ponemos de acuerdo con el equipo y empezamos a trabajar de forma individualizada con cada familia, los mismos que han demostrado mucho interés, y a la vez se han sentido reforzados y apoyados por el personal de Hospital de Día, siendo las dudas más prevalentes que hemos detectado sintomatología, medicación como también alternativas a nivel social, tema que ha sido abordado por la Trabajadora Social del centro. Hasta el día de hoy al haber movimiento de usuarios con respecto a Ingresos nuevos como Altas Hospitalarias, estamos concluyendo con pacientes que han sido ya dados de Alta y empezar con los nuevos ingresos en los que las familias muestran mucho interés y necesidad de pertenecer a éste grupo así como compartir con todos sus dudas e inquietudes e incluso temores al no saber cómo comunicarse con su familiar lo que les genera mayor ansiedad manifestando ésta necesidad de poder compartir con alguien la dificultad que esto representa en su hogar.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se ha conseguido una buena acogida por parte de las familias con respecto a la información impartida concerniente a Diagnósticos, habilidades de manejo tanto de síntomas como de medicación, uso de técnicas ante la pérdida de hábitos higiénicos. Mejorar la relación terapéutica con las familias intercambiando información, ofreciendo un ambiente de confianza, apoyo y seguridad. Lograr el enriquecimiento familiar animando a dedicarse tiempo así mismos atendiendo a sus necesidades consiguiendo una mejor disposición para atender a sus familiares. Sobre todo hemos conseguido una gran coordinación y compromiso de parte de las familias hacia el paciente en su domicilio, logrando con ello disminuir los ingresos hospitalarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha realizado una entrevista inicial con el paciente, en el que tenemos información sobre su estructura familiar, despues se realiza una entrevista familiar quienes nos informan del funcionamiento del paciente en su domicilio, a quienes a su vez les entregamos una

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 329

1. TÍTULO

**PSICOEDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS CRONICOS DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA**

encuesta de valoración inicial en el que contempla información tanto de enfermedad como capacidades para realizar de forma autónoma las AVD, que tras ser contestadas nos lo devuelven, tras evaluar el resultado de dichas valoraciones determinamos el contenido de las charlas psicoeducativas. Mediante intervenciones psicoterapéuticas en algunos casos incluso telefónicamente estamos en contacto con dichas familias, sea por necesidad de ellas mismas o a su vez por el servicio para ir valorando el funcionamiento en el domicilio, contando en todo momento con la colaboración y asesoría de un equipo multidisciplinar del Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca (Psiquiatra, Psicóloga, Personal de Enfermería, Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional), atendiendo a las demandas y necesidades de las familias, utilizando los recursos comunitarios como colaboradores en la rehabilitación haciendo partícipes en todo momento a las familias. Estas sesiones psicoeducativas son llevadas a cabo mediante un modelo de aprendizaje de colaboración y compromiso, los temas que se abordan son con respecto a información sobre la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, prevención de recaídas, estrategias para mejorar la comunicación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Nº de pacientes que cumplen con los objetivos marcados por sus familiares en el domicilio

-----X 100  
Nº de pacientes incluidos en el proyecto

2.- Nº de sesiones al que acuden las familias incluidas en el proyecto

-----X 100  
Nº de familias incluidas en el proyecto a sesiones de psicoeducación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Esta prevista la realización de una intervención psicoeducativa cada 20 días con duración de una hora ( de 12H00 a 13H00) los días jueves en el Hospital de Día. La duración del proyecto sería de 8 meses aproximadamente desde el mes de Abril hasta el mes de Diciembre.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL BIBLIOGRAFICO .....	100 €
· MATERIAL DIDACTICO .....	100 €
· MATERIAL INFORMATICO .....	200 €
Total .....	400 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 083

1. TÍTULO

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIONES EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA**

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SANJOAQUIN ROMERO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
  - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MALDONADO PARDO TERESA SARA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
  - ALLUE GRACIA MIGUEL ANGEL. ENFERMERIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
  - UBIETO COMENGE MARIA LOURDES. ENFERMERIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
  - AURIA GENZOR GEMA. ENFERMERIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
  - GORGAS SORIA CARMEN. MEDICO. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
  - OCHOA CALVO PILAR. MEDICO. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
  - RASAL LANAO MAGDALENA. TECNICO SUPERIOR DOCUMENTACION SANITARIA. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS. ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los estados de agitación psicomotriz y las conductas disruptivas son situaciones que se pueden presentar en cualquier servicio de hospitalización. Estos episodios de agitación y comportamientos disruptivos son protagonizados tanto por pacientes con patología psiquiátrica como por pacientes con patología orgánica, ya que pueden presentarse como síntoma aislado, o asociados a distintas enfermedades.

Los posibles daños y consecuencias que pueden derivarse de estas conductas justifican la preocupación en torno a este problema. Y por tanto, garantizar la seguridad en estas situaciones es un objetivo fundamental e implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. Por ello, el equipo terapéutico debe orientar sus intervenciones a proteger a la persona agitado/a y quiénes la rodean en el momento de la agitación, y procurar un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico. En el caso de producirse un cuadro de agitación, las intervenciones que procede realizar están habitualmente jerarquizadas, debiendo aplicarse sistemáticamente las medidas terapéuticas oportunas (contención verbal y/o contención psicofarmacológica) para resolver el cuadro inicial sin recurrir, en la medida de lo posible, a la contención mecánica.

Según se indica desde la OMS, la contención física o mecánica debe entenderse como el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

Esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes. La persona que sufre estos episodios no es capaz, en el estado de alteración psíquica en que se encuentra en ese momento, de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los y las profesionales proporcionarle dicho control. Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la contención mecánica sea necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente. Una vez seleccionada está técnica, es preciso asegurar el cumplimiento de las normas y los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), con una especial sensibilización de los y las profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada a paciente y familia y el cuidado de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra.

Las consideraciones anteriores, la no existencia en el HSCJ de un protocolo de contención, la necesidad objetivada de proporcionar unas normas y procedimientos para evitar improvisaciones y disparidad de criterios constituyen las razones básicas para la elaboración de un protocolo de aplicación de contenciones en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

083

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIONES EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA**

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Elaboración del protocolo de medidas de contención del HSCJ
- Estandarizar el empleo de medidas de contención, con criterios de seguridad cuando el resto de medidas preventivas fallen o no estén indicadas, en todo el hospital.
  - Prevenir las caídas, auto-lesiones y lesiones a otros secundarias a agitación
  - Prevenir complicaciones secundarias a las contenciones
  - Educación del personal del HSCJ en el uso de contenciones físicas
  - Educación del paciente y cuidadores en el uso de contenciones físicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Revisión bibliográfica, búsqueda de Protocolos de Contención en otros centros de Atención Especializada semejantes.
- Definición de Sujeción, indicaciones y principios generales.
  - Descripción de acciones médicos y de enfermería en pacientes con sujeción, prescripción y registro de las mismas.
  - Elaboración de consentimiento informado para el uso de contención mecánica.
  - Definición de indicadores y criterios de evaluación del proceso
  - Diseño final del Protocolo
  - Taller de formación en contenciones para el equipo de mejora.
  - Taller de formación en contenciones para todo el personal.
  - Elaboración de folleto informativo para la educación del paciente y familiares
  - Los responsables de las distintas actividades de mejora serán todo el equipo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Diseño final del Protocolo de Contenciones:  
Realización del taller de formación en contenciones para el equipo de mejora y para el personal  
Elaboración del consentimiento informado.  
Elaboración de información (folleto informativo) para educación del paciente y familiares.

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados en .los que se aplican contenciones (físicas) } \times 100 / \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados}$

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados en .los que se aplican contenciones (farmacológicas) } \times 100 /$   
 $\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados}$

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes en los que se aplica CM con consentimiento informado } \times 100 / \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes en los que se aplica CM}$

$\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados que han sufrido complicaciones secundarias a CM } \times 100 / \text{ N}^\circ \text{ pacientes en los que se aplica contención mecánica}$

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Búsqueda bibliográfica. Marzo y abril 2011
- Diseño del protocolo de contención. Hasta octubre de 2011
  - Diseño del consentimiento informado. Octubre de 2011
  - Taller de formación en contenciones para el equipo y el personal. Diciembre de 2011
  - Presentación de Protocolo. Diciembre 2011, conjuntamente con la realización del taller de formación.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 083

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE CONTENCIONES EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA**

- Implantación en la unidad. A partir de enero 2012
- Elaboración del folleto informativo para educación del paciente y familiares.  
Enero-Febrero de 2012
- Evaluación de indicadores:
  - \* Los tres primeros indicadores se evaluarán a final de diciembre de 2011
  - \* Durante el año 2012 se irán evaluando el resto de indicadores, una vez se haya implantado el protocolo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• *Diseño e impresión de la información para educación del paciente ... ..	500 €
• Diseño e impresión del protocolo de contención .....	150 €
• Diseño e impresión del consentimiento informado .....	150 €
• Diseño e impresión de póster para presentació en congresos .....	300 €
Total .....	1.100 €

11. OBSERVACIONES. \*Diseño e impresión de la información para educación del paciente y familiares



## 1. TÍTULO

### ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS E IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE ESTAS

#### 2. RESPONSABLE ..... ELENA UBIS DIEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ..... HUESCA

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RICO MARTINEZ GLORIA. ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- JAIME CUELLO ANA MARIA. AUXILIAR ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- ASENSIO DOBON ANGELA. AUXILIAR ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- OTAL ORDAS SOFIA. AUXILIAR ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- ASPIROZ GUILLEN YOLANDA. AUXILIAR ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- ABAD ESTARAN ELENA. AUXILIAR ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA
- LOSPAUS GARGALLO MARIA ANGELES. AUXILIAR ENFERMERIA. CSS SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las caídas suponen uno de los síndromes geriátricos más importantes y de elevada prevalencia en población anciana. Tras el estudio de la incidencia de estas, en el Servicio de Geriátrica del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca y tras el análisis inicial de los datos recogidos, se han objetivado dos situaciones bien diferenciadas:

- 1- Caídas ocurridas en pacientes independientes para deambulación (con muletas, andador sin supervisión)
  - 2- Caídas en pacientes con incapacidad para deambulación autónoma (encamadas, usuarios de sillas de ruedas, deambulación con ayuda de terceras personas...)
- Las primeras son debidas a factores inherentes al propio individuo y también a factores extrínsecos o ambientales (iluminación, mobiliario, suelos...).
- Las segundas son caídas "imputables" a factores de nuestra organización y la actuación sobre estas, mejora la calidad asistencial.
- El proyecto plantea la detección activa de los pacientes en riesgo y así disminuir el número de eventos mediante la implantación de estrategias de prevención.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La incidencia detectada en el estudio anterior fue del 5.08% de los pacientes ingresados. La mayoría ingresados en la Unidad de Rehabilitación. El 70,3% presentaban deterioro funcional severo con un I. Barthel <40 y el 70.6% deterioro cognitivo severo. Entre los factores intrínsecos detectados el 94.3% de los pacientes presentaban polifarmacia (consumo de mas de 4 fármacos) y comorbilidad neurológica (fundamentalmente ACV) 62,2% y musculoesquelética (fractura de cadera) 50%. Entre los factores extrínsecos caídas en suelo liso 75.7% y con calzado inadecuado 18.9%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer unos criterios para estratificar el riesgo de caídas en los pacientes ingresados. Implantación de estrategias de prevención de caídas en función del riesgo detectado. Comprobar la disminución de la incidencia de caídas tras la implantación de las estrategias establecidas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de los criterios para establecer el riesgo de caídas (bajo, elevado muy elevado) en función de los factores intrínsecos y extrínsecos detectados en los pacientes ingresados. Determinar las estrategias de prevención en cada caso, que sea de sencilla aplicación por parte del personal responsable de la planta de hospitalización. Estadizar el riesgo de caídas entre los pacientes que ingresan. Implementación en función del riesgo de estrategias de prevención de caídas. Reevaluar la incidencias de caídas durante este periodo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disminuir la incidencia de caídas en un 10% en este año  
Incidencia de caídas en grupo de bajo riesgo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

262

**ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS E IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE ESTAS**

Incidencia de caídas en grupo de alto riesgo  
Incidencia de caídas en grupo de muy alto riesgo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011:

Elaboración de criterios para estadiar el riesgo de caídas y elaborar un protocolo con estrategias de prevención en estas para cada grupo de riesgo.  
Divulgación de esta por los responsables en cada sección.

Validación de estos criterios para detectar posibilidades de mejora de las mismas.

Mayo 2011:

Puesta en marcha de las estrategias de prevención en los ingresados.

Diciembre-enero

Recogida de la incidencia de caídas durante el periodo mayo-diciembre 2011 y tratamiento estadístico.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· TRIPTICOS INFORMATIVOS .....	500 €
· MATERIAL OFICINA PARA DIFUSION DEL PROYECTO .....	100 €
· MEMORIA USB .....	100 €
Total .....	700 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

537

### PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA CARCAS DE BENAVIDES
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCRIBANO PARDO DANIEL. MEDICO. CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO. MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
- DOSTE LARULL DIVINA. PEDIATRA. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. MEDICO PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA
- RAMIREZ ALESON VICTORIA. MEDICO. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA. DIRECTORA MEDICO ATENCION PRIMARIA SECTOR HUESCA
- MARTELES CASAJUS SANTIAGO. ENFERMERO. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA. DIRECTOR ENFERMERIA ATENCION PRIMARIA SECTOR HUESCA
- BIERGE VALERO ALEJANDRO OSCAR. MEDICO. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA. SUBDIRECTOR MEDICO ATENCION PRIMARIA SECTOR HUESCA
- PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS. MEDICO. CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. MEDICO INTERNO RESIDENTE MEDICINA DE FAMILIA Y COM

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La población anciana es, en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial. Diversos estudios han puesto de manifiesto que un alto porcentaje de pacientes están tratados con polifarmacia, en España esta situación afecta al 34,2% de los ancianos que consumen fármacos a diario.

Los ancianos son especialmente vulnerables, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones.

La polimedicación puede estar asociada a la prescripción y uso de fármacos innecesarios o inadecuados y supone mayor riesgo de mal uso por errores de dosificación, de baja adherencia terapéutica o incumplimiento, de interacciones farmacológicas y de reacciones adversas medicamentosas (RAM). La polimedicación además es un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano.

La no adherencia al tratamiento, o incumplimiento, se da en el 30-50% de los ancianos y está favorecida por la pérdida de memoria, la soledad, la disminución de la capacidad intelectual y los déficit sensoriales. Hasta el 80% de los ancianos se automedican, originando un mayor consumo de fármacos y un mayor riesgo de RAM e interacciones farmacológicas. Las RAM son frecuentes en el anciano, y su prevalencia es del 5% cuando se consume un fármaco, cifra que se eleva hasta prácticamente el 100% cuando se consumen 10 o más fármacos. Muchas RAM en los ancianos son evitables y pueden disminuirse con una prescripción individualizada, especialmente si se trata de medicamentos dependientes de la dosis. Los principales factores de riesgo son la polifarmacia y la comorbilidad (4 o más enfermedades crónicas).

Se estima que las RAM son responsables de hasta un 30% de los ingresos hospitalarios en los pacientes mayores, siendo la principal causa de RAM en ellos la prescripción inapropiada (PI) de fármacos y la mala monitorización de tratamientos prescritos. La PI de fármacos en la población geriátrica está considerada una cuestión de salud pública, relacionada con la morbilidad, la mortalidad y el uso de recursos sanitarios.

El Sistema Nacional de Salud Británico ha incluido en su cartera de servicios la revisión anual de tratamientos en los pacientes con más de 75 años, siendo al menos semestral cuando toman cuatro o más medicamentos.

El seguimiento farmacoterapéutico viene recogido en la Resolución del Consejo de Europa del año 2001, como un elemento esencial de prevención y limitación de los riesgos iatrogénicos .

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

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

537

### PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

Difusión del programa entre los profesionales sanitarios, para comenzar a implantarlo entre los profesionales del Sector, han participado 34 médicos de 86 médicos con pacientes considerados polimedificados( >75 años con 6 ó más fármacos ) han empezado a trabajar el programa (han abierto el episodio A13 correspondiente y hecho test de Morisky-Green-Levine)

Diseño de una consulta para obtener informáticamente la relación de pacientes de 75 años o más y en tratamiento con 6 fármacos o más que tienen abierto el episodio correspondiente y con registro de valoración del test de Morinsky.

Aprobación para la inclusión en OMI-AP del protocolo de revisión del uso de la medicación crónica por parte del personal de enfermería.

Se han revisado 678 pacientes de 5112 pacientes mayores de 75 años y que toman 6 ó más fármacos. Estos 678 pacientes tienen abierto el episodio A13 y hecho el test de Morisky-Green-Levine.

#### Indicadores:

1. Porcentaje de médicos de AP del Sector Huesca que han empezado a trabajar con el programa de seguridad del paciente polimedicado: 39,5%
2. Porcentaje de pacientes incluidos en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morisky): 13,26

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

-Mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

-Realizar la revisión clínica sistematizada de la medicación crónica del anciano y detectar prescripciones inapropiadas que presenten riesgos para el mismo.

-Mejorar la gestión de prescripciones en OMI-AP.

#### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión Anual del uso de la medicación de los pacientes que ya se tienen incluidos en el programa del polimedicado.

Elaboración de un protocolo de revisión clínica de la medicación crónica. La revisión clínica del tratamiento comprende una adecuación de la medicación a la indicación y situación clínica para cada paciente.

Constitución de un grupo de trabajo formado por parte de los miembros de la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) cuyo objetivo será elaborar una tabla con los principios activos de mayor riesgo para la población polimedificada y de más de 75 años, a partir de los criterios de Beers, y de los Stop-Start.

Elaboración de fichas de cada principio activo elegido, con información crítica y práctica para el clínico.

Los miembros del grupo de trabajo de la CURM impartirán sesiones en todos los EAP para distribuir las fichas elaboradas y explicar el protocolo de revisión clínica de los tratamientos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes a los que se le ha hecho la Revisión Anual del Uso de la Medicación/Total de pacientes incluidos en el programa del polimedicado.

% de principios activos de los que se ha hecho una ficha.

% EAP en los que se han impartido sesiones de revisión clínica de tratamientos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

537

**PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO**

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-junio 2011: Formación del grupo de trabajo de la CURM, elección de los principios activos de mayor riesgo en población anciana.

Junio-Septiembre 2011: Elaboración de fichas de los principios activos elegidos.

Septiembre-Diciembre 2011: Sesiones en los EAP de formación en revisión clínica de los tratamientos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESIÓN DE LAS FICHAS DE MEDICAMENTOS .....	500 €
Total .....	500 €

11. OBSERVACIONES.