

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 62 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA	91	CRIBADO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN CS BERDUN
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOBE PELLICER MARIA ANGELES	92	REGISTRO EN OMI DE DATOS CLINICOS EXTERNOS RECIBIDOS EN PAPEL
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CARRES PIERA MARTA	67	HACIA LA CERTIFICACION UME-EN-ISO 9001:2008 EN EL EAP BIESCAS-VALLE DE TENA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	AGUARON JOVEN EVA	397	USO DEL BLOG COMO HERRAMIENTA DE FORMACION. CREACION DE UN BLOG DE LA UNIDAD DOCENTE DEL SECTOR
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	GIMENO PRADAS MARIA ROSA	23	REVISION Y ORDENACION DE LOS ESPACIOS DE ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO
HU	AP	CS PIRINEOS	BESCOS OROS MAR	146	ESTUDIO DE NECESIDADES PALIATIVAS EN ENFERMOS CRONICOS
HU	AP	CS PIRINEOS	MAIRAL SALINAS ESTHER LORENA	195	MEJORA EN EL ABORDAJE DE LAS ULCERAS POR PRESION Y OTRAS HERIDAS CRONICAS EN ATENCION PRIMARIA: OPTIMIZACION DEL USO DE RECURSOS MATERIALES Y PRODUCTOS DE CURA
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ LUCAS NAIARA	361	TRATAMIENTO PSICOLOGICO PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE PANICO: TERAPIA DE GRUPO PRESENCIAL CON PAGINA WEB COMO COMPLEMENTO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS	228	SERVICIO DE INFORMACION PERMANENTE A USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD A TRAVES DE LAS TIC
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	156	POR FIN ES VIERNES
HU	AP	CS SARIÑENA	GIMENO ABAD MARIA TERESA	157	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	315	SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS
HU	AP	DAP HUESCA	ALLER BLANCO ANA	210	PLAN DE MEJORA EN LA PREVENCION, EL CRIBADO, Y EL DIAGNOSTICO DE LA EPOC EN EL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELFAU MAIRAL MARIA	245	IMPLANTACION DEL "PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	HIJOS LARRAZ LUIS ALFONSO	141	ESTANDARIZACION DEL CONTENIDO DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA
HU	AT AMB	UASA HUESCA	GURREA ESCAJEDO ALFREDO	341	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A LA PATOLOGIA DUAL PARA LOS USUARIOS DE LA UASA HUESCA
HU	AT AMB	UASA HUESCA	IBORT ZAMORA MARTA	328	ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO PARA USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA UASA HUESCA
HU	AT AMB	USM PIRINEOS	VIAPLANA JAIME JULIA	8	PROYECTO DE PREVENCION E IMPLEMENTACION DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS Y PSICOPATOLOGICOS DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	BELLIDO MAINAR JOSE RAMON	152	IMPLEMENTACION EN EL PROCESO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN EL PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LAS UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA DEL CRP SC DE LOS MILAGROS DE LA ESCALA COMPRENSIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL (COTE)
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL	263	DISEÑO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE EVALUACION PARA LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	LALANA CUENCA JOSE MANUEL	292	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA	201	CREACION Y DESARROLLO DE UN HUERTO COMO ACTIVIDAD OCUPACIONAL/PRELABORAL DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ULE Y PSICOGERIATRIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA	420	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SOPORTE Y ADIESTRAMIENTO EN CUIDADOS DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	CALVO SALILLAS MARIA JOSE	149	DOS HERRAMIENTAS PARA VELAR POR EL DERECHO DEL PACIENTE A LA INFORMACION Y A LA PARTICIPACION: "LA GUIA INFORMATIVA DEL USUARIO DEL HOSPITAL" Y "LA ENCUESTA DE HOSPITALIZACION"
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	GORGAS SORIA CARMEN	242	MANUAL DE ACOGIDA PARA RESIDENTES Y PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	MORLANS GRACIA LUCIA	295	INFLUENCIA DE LOS RASGOS PREVIOS DE PERSONALIDAD EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE CON DEMENCIA HOSPITALIZADO
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	NASARRE JORDAN GONZALO	427	IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS: LA CREACION DE UN CIRCUITO ESTABLE DE ATENCION
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	OCHOA CALVO PILAR	327	CONSULTA DE VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 62 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	ORTEGA RIBA VISITACION	399	INSTAURACION DEL PROGRAMA INFORMATIZADO DE TARJETAS DE MENUS EN HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	UBIS DIEZ ELENA	425	OPTIMIZACION DE LA REHABILITACION EN EL PACIENTE GERIATRICO
HU	HOSP	H SAN JORGE	ALAMILLO SALAS CLARA	7	IMPLANTACION DE UNA UNIDAD DE ANESTESIA PEDIATRICA EN EL SARYTD DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	ALBERTI GONZALEZ OLALLA	145	IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. FINALIZACION PROCESO ICTUS SECTOR
HU	HOSP	H SAN JORGE	ARMENDARIZ BUIL IGNACIO	441	MONITORIZACION DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR EN EL AREA QUIRURGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	BERNAL MONTERDE VANESA	159	CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE HEPATITIS VIRALES CRONICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE	BERNUES PEREZ ALICIA JOSEFA	264	MEJORA EN LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	BESTUE CARDIEL MARIA	178	MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA
HU	HOSP	H SAN JORGE	BOTAYA ESTAUN ANA	358	ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	CALVO BEGUERIA EVA MARIA	39	LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA. (CONTINUIDAD DEL APROBADO LOS AÑOS 2010, 2011 Y 2012 DEL CS AYERBE)
HU	HOSP	H SAN JORGE	CARRION PAREJA JUAN CARLOS	478	PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO
HU	HOSP	H SAN JORGE	CEBOLLERO MATA MARIA LUISA	246	EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS
HU	HOSP	H SAN JORGE	CORTES GARCIA LUIS	368	PREVENCION DE REACTIVACION DE VHB EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS POR QUIMIOTERAPIA Y/O FARMACOS INMUNOSUPRESORES
HU	HOSP	H SAN JORGE	EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO	250	INTEGRACION DE LA UNIDAD MOVIL DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN SISTEMA PACS / RIS
HU	HOSP	H SAN JORGE	ESCAR ARGUIS CESAR MIGUEL	323	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA AMBULATORIA EN U.C.E. PSIQUIATRICA "SAN JORGE" DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	GARCIA ERCE JOSE ANTONIO	462	OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE UN PROTOCOLO CLINICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA/FERROPENIA/DEFICIT FERRICO CON HIERRO INTRAVENOSO
HU	HOSP	H SAN JORGE	GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON	306	IMPLEMENTACION DE LA VIA CLINICA EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HU	HOSP	H SAN JORGE	LAGLERA BAILO LORENA	388	REALIZACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE MATERIAL QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	LASTRA DEL PRADO RODRIGO	443	PROTOCOLIZACION DE PROCESOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA Y CONSULTA DE CONSEJO GENETICO
HU	HOSP	H SAN JORGE	MALON MARCO AMAYA	19	MEJORA DE TECNICA ADMINISTRACION MEDICACION SUBCUTANEA
HU	HOSP	H SAN JORGE	MARIN GUERRICOBETITIA JUAN RAMIRO	129	PROTOCOLO DE ACTUACION EN HEMORRAGIA MASIVA
HU	HOSP	H SAN JORGE	MAS FORTUÑO JOSE MARIA	197	MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL CONTACTO PRECOZ EN LOS PARTOS MEDIANTE CESAREA PROGRAMADA, CON ANESTESIA LOCO-REGIONAL. PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA
HU	HOSP	H SAN JORGE	MEJIA ESCOLANO DAVID RAFAEL	450	MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO (TCE) EN URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE	MUÑOZ PINTOR MANUEL	13	CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN EL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TEC LEVE QUE PERMANECE AL MENOS SEIS HORAS EN EL AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE	ORDAS BITRIAN MERCEDES	174	MEJORA DE LA PROCESO DE ALIMENTACION EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN EL AREA DE ICTUS
HU	HOSP	H SAN JORGE	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	223	PUESTA EN MARCHA DE UN CRITERIO PARA ESTABLECER LOS PERMISOS DE SALIDA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS CON EL FIN DE MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD Y LA CALIDAD ASISTENCIAL
HU	HOSP	H SAN JORGE	ROY RAMOS VIRGINIA	470	EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE LA AMNIOCENTESIS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. ADECUACION A LA TASA ESPERABLE DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO
HU	HOSP	H SAN JORGE	SANCLEMENTE VINUE ISABEL	204	IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA BASADO EN LA EVIDENCIA DE CUIDADOS DEL CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	SESA RUSPIRA MARIA PILAR	69	INFORMATIZACION Y UNIFICACION DE LA ASISTENCIA AL PARTO Y PUERPERIO EN

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013

Número de proyectos: 62 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	TAJADA CEBRIAN NATIVIDAD	446	PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO NEONATAL Y DEL NASCITURIUS POR CAUSA DE SALUD. APORTACION AL PLAN GENERAL DE TRASPORTE INTERHOSPITALARIO
HU	HOSP	H SAN JORGE	VEGA VASQUEZ JESSICA PAOLA	460	ELABORACION DE UN DOCUMENTO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENCARGADOS DE LAS URGENCIAS OBSTETRICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE	VERA BELLA JORGE	216	ACTUACION Y PROTOCOLIZACION ANTE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	VIBAN FORTUNY JESUS	259	INTEGRACION DE INFORMES DE ALTA EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	ZAZO ROMOJARO MIGUEL	106	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

091

CRIBADO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN CS BERDUN

2. RESPONSABLE ANA ARNAL BARRIO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- ALLER BLANCO ANA. TECNICO DE SALUD. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
- BOSQUE OROS ANNADEL. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- ASCASO CASTAN LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
- GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El EPOC sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada por lo que es necesario adoptar una actitud proactiva en la detección y diagnóstico temprano. Además cumple criterios para la aplicación de estrategias de cribado, ya que es una enfermedad prevalente y el tratamiento en fases tempranas puede modificar su diagnóstico.

La población diana se extrae de los listados de fumadores de OMI-AP entre 40 y 65 años.

Al seleccionar los pacientes, se disminuye el número de espirometrías a realizar para la detección de un caso, haciendo esta prueba más eficiente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diagnosticar en fase precoz a pacientes con EPOC, mediante la realización de espirometrías en una población seleccionada. La selección de dicha población se realiza mediante el pase del cuestionario validado COPD-PS a la población fumadora entre 40 y 65 años.

Al seleccionar la población se realizarían menos espirometrías con resultado de normalidad.

Además de manera oportunista se realiza consejo antitabaco.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Debido al infradiagnóstico de los pacientes con EPOC, de acuerdo con la técnico de salud del área de Huesca, se planteó llevar a cabo una estrategia de cribado para el diagnóstico precoz de EPOC a fumadores en nuestro centro.

Para ello se seleccionó a la población fumadora de 40 a 65 años, y posteriormente se les pasó el cuestionario anteriormente citado, por ser pacientes con riesgo de presentar dicha enfermedad.

Aceptando, según la Guía Española de EPOC, que un 30% de la población adulta es fumadora, en nuestra zona de salud serían aproximadamente 120 personas. Los pacientes que obtengan una puntuación superior al punto de corte prefijado, se les ofrecerá la realización de una espirometría.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de encuestas realizadas / población seleccionada

N° de espirometrías realizadas / población que supera o iguala el punto de corte

N° de espirometrías patológicas / n° de espirometrías realizadas

N° de nuevos casos de EPOC diagnosticados / población seleccionada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 01-02-2013: Presentación por parte de la Técnico de salud de la estrategia de cribado de EPOC

06-02-2013: Difusión del proyecto al EAP, en reunión de equipo y entrega de material

13-03-2013: Sesión recordatoria y puesta en común de incidencias

17-04-2013: Nueva sesión para puesta en común

15-05-2013: Cierre del proyecto. Valoración de resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

092

REGISTRO EN OMI DE DATOS CLINICOS EXTERNOS RECIBIDOS EN PAPEL

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES BOBE PELLICER

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
- Localidad BIESCAS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO LACASTA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- MELENDO MORENO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente parte de la informacion clinica se recibe en papel y precisa un registro manual en OMI:

- Informes de Alta hospitalaria
- Informes de Enfermería
- Informes de Especializada
- Resultados de Microbiología
- Informes de Anatomía Patológica.
- Informes de Pruebas Endoscópicas:Gastroscoopia y Colonoscopia.

El objeto de este proyecto surge de la necesidad de facilitar y mejorar el volcado y registro de estos datos en la Hª Clínica OMI del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el registro en OMI de los datos clinicos recibidos en papel ,que en este momento precisan registro manual.

- Unificar la informacion clinica del paciente en su Hª Clínica de OMI
- Mejorar la comunicacion /informacion entre los diferentes escalones asistenciales de datos clinicos del paciente.
- Reducir la acumulacion y archivo de datos clinicos en papel.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º Elaborar un protocolo en el que definir las actividades y responsables:

2º Servicio de Admisión:

- Recepciona los documentos por via externa o a traves del paciente y/o personal sanitario
- Escaneo del documento y envio por correo electronico al personal sanitario al que se dirige el informe.
- Si es posible devolucion del informe al paciente.

3º Personal sanitario:

Volcado del informe recibido por correo electronico en el episodio correspondiente de la Hª OMI:

En pruebas endoscópicas y peticiones de microbiología ampliar otra pagina en la peticion de OMI donde incluir el resultado.

El resto de informes en nuevas plantillas OMI para aduntar los resultados.

4º Solicitar medios informaticos para el envio de la comunicaci3n a los correos electronicos en formato de texto y las plantillas adaptadas para el registro de informes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º) N° Informes escaneados y volcados/N° total de informes recibidos

Medir por muestreo con periodicidad trimestral

2º) N° de resultados de informes de endoscopias registradas en OMI/ N° de Endoscopias solicitadas en Atencion Primaria.

Medir total con periodicidad semestral.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013 presentar el programa al Equipo de Atencion Primaria.

Junio 2013 solicitar la adaptacion informatica y creacion de plantillas

Septiembre 2013 iniciar el proceso y registro de informes.

Enero 2014 medir por muestreo el primer indicador.

Abril 2014 medir el segundo indicador

Mayo 2014 elaborar los resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

092

REGISTRO EN OMI DE DATOS CLINICOS EXTERNOS RECIBIDOS EN PAPEL

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

067

HACIA LA CERTIFICACION UME-EN-ISO 9001:2008 EN EL EAP BIESCAS-VALLE DE TENA

2. RESPONSABLE MARTA CARRES PIERA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
- Localidad BIESCAS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA BAILO MARIA ASUNCION. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BOBE PELLICER MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- CALVO LACASTA MARIA ELENA. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BORBON CAMPOS INES. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- MELENDO MORENO MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En este año que se va a realizar la implantación de dicho sistema se han unificado las líneas de mejora abordadas en los proyectos anteriores introduciéndonos en la norma ISO 9001. En estos momentos ya se han realizado las actividades relativas al diagnóstico inicial, desarrollando el sistema mediante la elaboración de la documentación necesaria. En todo momento, se han seguido las pautas marcadas por la Consultora del SALUD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

Elaborar la documentación utilizando como punto de partida los documentos de trabajo que se están utilizando hasta este momento, modificándolos lo menos posible, siempre que se adapten a la norma.

Realizar el procedimiento operativo (manual de acogida), en las que quede definido el sistema.

Implantar los documentos elaborados.

Realizar auditoría interna del sistema.

Revisión del sistema por la dirección

Realizar auditoría de certificación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Formación EAP en ISO :Responsable de calidad

-Realización de documentación (por ejemplo, stock de material, identificación equipos de -media...):Grupos de trabajo específico

-Revisar la documentación existente:EAP

-Realizar el manual de acogida:EAP

-Unificar los registros.:EAP

-Implantar los documentos del sistema:EAP

-Implantar Incidencias y no conformidades:Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos/EAP

Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.:Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos

Realización de auditoría interna.:Responsable de calidad.

Realización de auditoría de Calidad para la certificación.:Responsable de calidad/EAP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La realización de ambas auditorías con la identificación de incidencias y no conformidades serán en sí mismas las evidencias de la realización de este proyecto.

Los indicadores se determinarán y monitorizarán en cada uno de los procedimientos según se vayan realizando e instaurando.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Información EAP en ISO:-Enero 2013

-Realización de documentación (por ejemplo, stock de material, instrucciones de trabajo...):Marzo 2013

-Revisar la documentación existente:Marzo 2013

-Identificar las carencias documentales necesarias.:Marzo 2013

-Realización del Manual de acogida:Abril 2013

-Unificar los registros.:Abril 2013

-Incidencias y no conformidades:Abril 2013

-Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.:Abril 2013

-Realización de auditoría interna.:Junio 2013

-Realización de auditoría de Calidad para la certificación.:Julio 2013

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

067

HACIA LA CERTIFICACION UME-EN-ISO 9001:2008 EN EL EAP BIESCAS-VALLE DE TENA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. ISO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

397

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

2. RESPONSABLE EVA AGUARON JOVEN

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GIMENO PRADAS ROSA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO.
- RODRIGUEZ TORRENTE MARIANO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. UNIDAD DOCENTE
- OTAL CAMPO ANA. MIR 1°. H SAN JORGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Impulsar el blog de la Unidad Docente del sector de Huesca, ya creado hace 2 años. Fomentar su uso y difundir su existencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Estado de los indicadores del proyecto a fecha 13-09-2011:

- N° de visitas al blog: 829,
- N° de archivos colgados en el blog: 50
- N° de centros que han enviado material para colgar en el blog: Cinco (2 centros de salud, y servicios de Ginecología, Digestivo y Neumología de Hospital San Jorge de Huesca)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de visitas al blog, y sobre todo de participantes que nos hagan llegar sus archivos y comentarios.

Dar a conocer el blog a residentes de enfermería y medicina de familia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Insistir en los consejos de gestión en la existencia del blog y la posibilidad de participar en él.

Dar a conocer su existencia a los residentes de medicina, enfermería y matronas.

Correo a los centros recordando la existencia del blog, que ya fue presentado el año pasado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de visitas al blog

- N° de archivos colgados en el blog
- N° de centros que han enviado material para colgar en el blog

Los resultados se obtiene del propio blog.

Planteamos monitorizar los resultados una vez al cuatrimestre.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto ya está en marcha. No nos planteamos fecha de finalización ya que le queremos dar continuidad.

Planteamos reunión con los nuevos residentes de atención primaria (MIR 4 Y EIR 1) en su llegada a los centros de salud en Junio para dar a conocer el blog.

También reunión con el resto de residentes de MFyC que todavía están rotando en el hospital.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

023

REVISION Y ORDENACION DE LOS ESPACIOS DE ALMACENAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD PERPETUO SOCORRO

2. RESPONSABLE MARIA ROSA GIMENO PRADAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESPEJO LORENTE MONICA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- ANORO PELEGRIN CECILIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
- AGUARON JOVEN EVA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Adecuación de los espacios destinados a almacenaje de productos sanitarios y de oficina, para una mejor organización de los mismos. Para ello adoptaremos el modelo que plantea la norma ISO 9001.

También planteamos mantener al día la cartelería para información a los usuarios del centro de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Eliminación del material y mobiliario superfluo de todos los almacenes.

- Organización del material almacenado conforme a la norma ISO 9001.
- Eliminación de cartelería antigua.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Limpieza de todos los almacenes del centro.

- Revisión, organización y etiquetado de todo tipo de material fungible y sanitario del centro.
- Control de caducidades.
- Unificación de registros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Conseguir que el 100% del material almacenado esté correctamente etiquetado y registrado según la norma referida.

- Eliminación de los almacenes del 100% del material acumulado y que no tenga utilidad en el momento actual, para su posterior reciclaje.

- Revisión de toda la cartelería del centro y eliminación de la desfasada (objetivo 100)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - El proyecto se realizará a lo largo de todo el año 2013.

- Antes de Julio 2013 se habrá conseguido retirar para su reciclado todo el material sobrante del existente en los almacenes.

- Hasta Diciembre de 2013 se conseguirá el etiquetado y registro correcto de todo el material de los almacenes.
- Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del segundo trimestre del año y otra al finalizar el año.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

1. TÍTULO

ESTUDIO DE NECESIDADES PALIATIVAS EN ENFERMOS CRONICOS

2. RESPONSABLE MAR BESCOS OROS

- . Profesión MEDICO/A
- . Centro CS PIRINEOS
- . Localidad HUESCA
- . Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA-ESAD
- . Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . ZAMORA MOLINER ANA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ESAD-HUESCA
- . RIVERA FUERTES ANA MARIA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- . GARCIA MOYANO LORETO. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- . GIMENO PRADAS MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La enfermedad crónica supone la principal causa de morbimortalidad en España así como el la mayoría de los países del primer mundo, (1) y mientras las enfermedades oncológicas han presentado solo un ligero incremento en estos últimos 10 años, son, dentro de las crónicas no oncológicas, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Demencia, las que sufren un aumento mucho más significativo. (2)

Es frecuente que en las fases avanzadas de la enfermedad se incremente de forma notable el número de ingresos hospitalarios y la demanda de atención urgente, tanto domiciliaria como hospitalaria, aumentando su frecuencia a medida que se aproximan al final de la vida, (2) llegando, en muchos casos, a fallecer en el propio hospital aunque este no sea el lugar que hubieran deseado para morir. (3) (4) (5) lo que ha llevado a considerar, a al algunos autores, al incremento de ingresos hospitalarios como un indicador de baja calidad de muerte. (4).

Los pacientes con enfermedades crónicas presentan síntomas de difícil manejo y es frecuente que sean los enfermos oncológicos de forma preferente, los que reciban los cuidados paliativos adecuados en detrimento de los que padecen enfermedades crónicas de causa no oncológica. (6)

Una de las razones de la no consideración de la necesidad de terapias paliativas suele ser lo que algunos autores denominan la "parálisis pronóstica," (7) entendida como la dificultad para determinar la proximidad del momento final, lo que hace que en muchos casos se llegue a la obstinación o encarnizamiento terapéutico y a la no concesión de la posibilidad de que el enfermo tenga un final más humano.

En otras ocasiones, existe la creencia de que la actitud paliativa lleva implícita la negación de tratamiento específico de la enfermedad o de medidas de control de la enfermedad de base, situación que provoca rechazo en la aceptación de dichas medidas paliativas, dándose esta actitud tanto en médicos como en la población en general.

La dificultad pronóstica hace que estos enfermos permanezcan con síntomas insuficientemente tratados o con medidas agresivas y fútiles hasta el final de la vida. (8)

El estudio SUPPORT mostró como la percepción de los familiares era que en más del 50% de los casos se habían tratado de forma inadecuada síntomas como la disnea o el dolor, o el impacto emocional en la familia. (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace hincapié en que las medidas paliativas no solo son un derecho de los enfermos oncológicos sino que deben extenderse a todos los pacientes en fases avanzadas, y que deben introducirse de forma precoz en el abordaje de los tratamientos de enfermos crónicos.

Por este motivo se pretende utilizar un instrumento de identificación de enfermos crónicos con necesidades de tratamiento o asistencia paliativa, en la comunidad, a nivel de asistencia primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. . Detectar pacientes en las fases avanzadas de su enfermedad, con el objetivo de proporcionar un tratamiento en el que se tengan en cuenta los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, puesto que el cuidado paliativo se centra en la atención, no solo de los síntomas, sino en el respeto a los deseos, y la búsqueda del bienestar evitando en lo posible actitudes agresivas, obstinadas o fútiles.

. Ser de utilidad práctica, por ser un instrumento sencillo y de fácil cumplimentación, no necesitando pruebas ni utillaje específico, tan solo la información previa que tendrá el paciente en su historia clínica y la que pueda proporcionarnos él y la observación del profesional que la lleve a cabo.

. Ser una actividad coordinada y multicéntrica, pues se llevará a cabo en distintos centros de salud (Pirineos, Santo Grial y Perpetuo Socorro) de sectores urbanos con características sociales diferenciadas, y en la unidad de urgencias del hospital de San Jorge de Huesca.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Utilización del instrumento Nec Pal que es una adaptación y validación de la GDF palliative care utilizada en Reino Unido.

Este instrumento tiene forma de evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, donde se combina la evaluación de percepción, demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de progresión de la enfermedad, comorbilidad y uso de recursos e instrumentos específicos para algunas patologías tales como: enfermedad oncológica, pulmonar crónica, cardiaca crónica, neurológicas crónica, AVC, ELA, enfermedad de la motoneurona, esclerosis múltiple y Parkinson), enfermedad hepática crónica grave, enfermedad renal crónica grave y demencia. (15)

Esta encuesta se puede aplicar de forma práctica en todos los servicios de salud. Su utilidad se basa en la información que aporta al profesional para abordar con una visión distinta el tratamiento de enfermos crónicos en fases avanzadas de su enfermedad.

No es un instrumento de carácter pronóstico, ni que indique la necesidad de intervención de equipos específicos, ni que limite necesariamente otros tipos de enfoques se que pueda realizar.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

ESTUDIO DE NECESIDADES PALIATIVAS EN ENFERMOS CRONICOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de paciente con NecPal + / N° de pacientes a los que se realiza valoración NecPal.

N° de pacientes crónicos dependientes necpal + / N° de pacientes incluidos en servicio crónico dependiente o inmovilizado

Los mismos indicadores diferenciados por centros.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo, Abril, Mayo, para realizar la valoración.
Junio Septiembre para análisis de resultados.
Octubre y Noviembre para elaborar conclusiones y establecer estrategias de actuación.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. paciente crónico

OTRA PALABRA CLAVE 2. cuidados paliativos

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

195

**MEJORA EN EL ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN Y OTRAS HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA:
OPTIMIZACIÓN DEL USO DE RECURSOS MATERIALES Y PRODUCTOS DE CURA****2. RESPONSABLE** ESTHER LORENA MAIRAL SALINAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CANCER MORE PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. DIRECCION DE ENFERMERIA
- GARUZ LABARTA SUSANA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. RESIDENTE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- CEBOLLERO BUISAN LARA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. RESIDENTE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA
- RUIZ CARCAVILLA JUANA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ENFERMERA AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las úlceras por presión (upp) y otras heridas crónicas son un problema frecuente entre los pacientes atendidos por los profesionales de Enfermería de Atención Primaria. Aún así, se observa un nivel de conocimientos desigual sobre este tema, relacionado con la diferente experiencia laboral, formación recibida o interés. El campo de la cura de heridas crónicas ha sido objeto de intensa investigación, generándose nuevo conocimiento que ha motivado cambios en la práctica clínica y en las recomendaciones de abordaje. Aún existiendo abundante bibliografía sobre este tema es recomendable disponer de una documentación básica que oriente y facilite la toma de decisiones en el abordaje de los pacientes con upp en Atención Primaria. Por otra parte, en los últimos años se ha generado una abundante oferta de recursos materiales para la cura de úlceras, existiendo productos con distintas prestaciones destinados a cada fase del proceso de cicatrización y a las diversas circunstancias que nos encontramos en la evolución de una úlcera. Es imprescindible conocer dichos productos y su uso adecuado, atendiendo a criterios de composición, propiedades, indicaciones y normas de utilización. Esto repercutirá en una mejora en el abordaje local de las úlceras por presión y otras heridas crónicas, así como a una utilización más racional de los recursos materiales existentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que los profesionales de enfermería de Atención Primaria del sector dispongan de una herramienta ágil que facilite la toma de decisiones en el abordaje de las úlceras por presión. Que las enfermeras de AP tengan un mejor conocimiento de los diferentes productos terapéuticos de cura de úlceras. Que se utilicen racionalmente éstos productos atendiendo a criterios de indicación y uso correcto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1ª fase:

Elaboración de documento "Tratamiento de las úlceras por presión en Atención Primaria Sector Huesca"
Póster-algoritmo guía de actuación y recursos materiales.
Estrategia de distribución y acceso de los profesionales:
Introducción en documentación ISO de los centros
Acceso en Intranet del sector
Otras
Difusión a los profesionales: Sesiones clínicas en los Centros de Salud

2ª fase:

Evaluación del impacto del proyecto entre los profesionales del sector.
Encuesta a los profesionales para valorar la utilidad y pertinencia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Accesibilidad del documento: en Intranet, en documentación ISO, en los Centros.

Difusión:

Nº de sesiones clínicas en los centros de salud/Nº centros de salud del sector

Nº de profesionales de enfermería que conocen el documento/Nº profesionales de enfermería del sector (AP)

2ª fase. Valoración:

Nº profesionales de enfermería que valoran positivamente el proyecto/Nº profesionales de enfermería consultadas (muestra)

Se entiende por valoración positiva:

- Aclara conceptos
- Facilita toma de decisiones
- Mejora los conocimientos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración documentación: marzo-mayo 2013

Distribución: mayo 2013

Difusión centros salud: mayo-octubre 2013

Valoración del impacto (recogida datos por encuesta): noviembre-diciembre 2013

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

195

1. TÍTULO

**MEJORA EN EL ABORDAJE DE LAS ULCERAS POR PRESION Y OTRAS HERIDAS CRONICAS EN ATENCION PRIMARIA:
OPTIMIZACION DEL USO DE RECURSOS MATERIALES Y PRODUCTOS DE CURA**

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes crónico dependientes con upp

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

361

TRATAMIENTO PSICOLOGICO PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE PANICO: TERAPIA DE GRUPO PRESENCIAL CON PAGINA WEB COMO COMPLEMENTO

2. RESPONSABLE NAIARA SANCHEZ LUCAS
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALAYETO GASTON MARIAN. PIR. CS PIRINEOS. SALUD MENTAL
· BARTUMEUS BAROLOME AINHOA. PIR. CS PIRINEOS. SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El trastorno de pánico con criterios DSM-IV tiene una prevalencia anual de un 2,2% y con una remisión espontánea improbable. El tratamiento psicológico de aplicación individual como grupal ha demostrado ser eficaz en esta patología, aunque los pacientes no siempre tienen acceso a este tipo de intervenciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera una mejora clínica del trastorno de pánico y de las variables asociadas a un buen ajuste vital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Con el fin de mejorar la accesibilidad de estos tratamientos especializados a la población diana se inicia este proyecto en el que se realizará un tratamiento psicológico protocolizado que se aplicará en el centro de Salud Pirineos. La aplicación del programa consistirá en sesiones grupales de duración limitada (de entre 8 y 10 sesiones) guiadas por la responsable principal. Además se ha diseñado una página web exclusiva para los pacientes participantes de la intervención que tiene como objetivo aumentar la información y los contenidos de la terapia maximizando los recursos y potenciando tratamientos eficientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará una primera entrevista individual con todos los participantes, donde se pasarán pruebas psicométricas del estado mental del paciente. Al final del tratamiento se volverán a repetir estas pruebas y también en seguimiento (a los 3 y a los 6 meses). Además, se pasarán cuestionarios de satisfacción a los pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El protocolo y la página web están prácticamente diseñados y se ha empezado a difundir el proyecto con el fin de captar pacientes con trastorno de pánico. Su desarrollo depende de la demanda, se espera iniciar el primer grupo de terapia para Junio.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Aplicación de protocolo de tratamiento e investigación de resultados

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con trastorno de pánico

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

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

228

1. TÍTULO

SERVICIO DE INFORMACION PERMANENTE A USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD A TRAVES DE LAS TIC

2. RESPONSABLE ANGEL LUIS ARRICIVITA AMO

- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
- Centro CS SANTO GRIAL
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO MUR ALBERTO. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- MONZON MORENO ELENA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- CEREZUELA SAMPER CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
- DUASO ALLUE LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ SARRADELL PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- CASTRILLO SALCEDO ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La información, además de ser una necesidad, es un derecho en el marco sanitario. Concretamente, sobre las prestaciones y servicios sanitarios a los que puede acceder el usuario/paciente, así está reconocido en diversas normativas clave: la ley de Sanidad (art. 10); 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). Considerando la Atención Primaria de Salud como la puerta de entrada al sistema sanitario, de una parte; y, de otra, la enorme expansión e instauración de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en todos los ámbitos de la vida humana, se hace necesaria, la incorporación de éstas como instrumento facilitador de la información y formación sanitaria y de salud. Esta propuesta está en sintonía con la estrategia número once del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: "Utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos", que pretende mejorar la atención a usuarios y pacientes, promoviendo el uso de las TIC desde los niveles más básicos de atención sanitaria.

En consecuencia, resultaría de gran utilidad disponer de un sistema de información permanente a los usuarios y pacientes del centro de salud Santo Grial a través de correo electrónico. Se trataría de una herramienta eficaz a disposición del ciudadano (paciente o usuario) que le aportaría información accesible, actualizada, y de interés para su bienestar, su salud y su autonomía. A su vez, contribuiría a mejorar el trabajo de los profesionales con los usuarios, así como la comunicación con éstos y la percepción de la satisfacción que ellos tienen. Si bien existen experiencias similares a la propuesta, en otras ciudades, parece que en nuestro ámbito no existe una herramienta informática que responda a esta necesidad.

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 permanentemente actualizada relativa a: organización (cambios de consultas y de personal, recordatorio de horario y localización de atención continuada, etc.) e información sanitaria (inicio de campaña de vacunación, recomendaciones preventivas, alertas, etc.).
- Contribuir a una mejor organización y funcionamiento de los diversos servicios y prestaciones que se ofertan en el espacio sanitario y más concretamente, en el centro de salud Santo Grial.
- Potenciar la autorresponsabilidad de la población en aspectos de salud y sanitarios mediante la información.
- Contribuir al derecho a la información de los usuarios-pacientes.
- Potenciar la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (correo electrónico) a la salud y lo sanitario.
- Facilitar el trabajo del personal del centro de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. * Método.

- Constitución del grupo de trabajo multidisciplinar y delimitación de responsabilidades.
- Determinación de protocolo de trabajo.
- Elaboración de ficha de recogida de datos de los usuarios-pacientes.
- Diseño e implementación del programa informático específico con la ficha de recogida de datos.
- Gestión de la información de carácter organizativo y de información sanitaria a enviar a los usuarios-pacientes, y envíos de mensajes a cargo de las personas asignadas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

228

1. TÍTULO

SERVICIO DE INFORMACION PERMANENTE A USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD A TRAVES DE LAS TIC

- Difusión del proyecto en el EAP Santo Grial y a los usuarios-pacientes del mismo.

* Actividades

- Puesta en común de necesidades de información (periódica o puntual), de carácter organizativo y sanitario, detectadas en el día a día y determinación de criterios para su difusión.

- Determinación de información a recoger en la ficha de recogida de datos, destinada a un posible cribado en el envío de información.

- Detección de nuevas necesidades de información a la población.

- Captación, en las diferentes consultas y servicio de admisión, de usuarios-pacientes que quieran recibir información vía mails y redes sociales.

- Complimentación de fichas informáticas de recogida de datos.

- Puesta en marcha y comunicación del servicio a los profesionales del centro de salud y a los usuarios-pacientes.

- Toma de decisiones sobre: actualizaciones, envío de información selectiva, etc.

- Envíos de información a los usuarios/pacientes.

- Reuniones del equipo para seguimiento del proyecto.

- Informe anual de actividades y nuevas necesidades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe una ficha de recogida de datos: SI/NO

- Existe un cartel informativo dirigido a la población: SI/NO

- Existe una lista de informaciones periódicas a transmitir a la población: SI/NO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: mayo 2013.

Fecha de finalización: mayo 2014.

Calendario:

- Elaboración de ficha de recogida de datos de usuarios/pacientes (mayo-julio).

- Diseño de la base de datos informática (agosto-septiembre).

- Captación, en las diferentes consultas y servicio de admisión, de usuarios-pacientes que quieran recibir información vía correo electrónico (julio 2013-mayo 2014).

- Complimentación de fichas informáticas de recogida de datos (agosto 2013-mayo 2014).

- Información al equipo del centro de salud (septiembre).

- Puesta en marcha del servicio (septiembre-octubre).

- Elaboración de informe final de resultados.

11. OBSERVACIONES. EN ESTE PROYECTO PARTICIPA, DIRECTAMENTE, TODO EL EQUIPO DE ADMISIÓN DEL CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL. DEBIDO A QUE LAS INSTRUCCIONES DE LA CONVOCATORIA NO PERMITEN INSCRIBIR A MAS DE 8 PERSONAS NO HA SIDO POSIBLE INCORPORAR A LAS SIGUIENTES AUXILIARES ADMINISTRATIVAS, QUE TAMBIÉN FORMAN PARTE DE ESTE PROYECTO DE MEJORA:

- LOURDES PARDO MENDIARA- mlpardo@salud.aragon.es

- CAROLINA BESCÓS MARÍN- cbescosm@salud.aragon.es

- MARIBEL BENTUÉ SATUÉ- mibentue@salud.aragon.es

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante

2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante

1. TÍTULO

SERVICIO DE INFORMACION PERMANENTE A USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD A TRAVES DE LAS TIC

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

156

POR FIN ES VIERNES

2. RESPONSABLE SARA BORNAO CASAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- BASOLS BLECUA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- SALILLAS LARROSA VICENTE. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ CARMONA MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ORUS SUELVE JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- VIÑUALES PALACIO JOSE MARIA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dado el aumento considerable de la incidencia de diabetes tipo II en nuestro medio y el deficiente control de los pacientes, en especial en los aspectos relacionados con los hábitos higiénico-dietéticos, la inexistencia de un programa unificado para la educación en estos aspectos de la enfermedad y la creciente importancia de los mismos en la progresión de la diabetes, se cree necesario iniciar un programa de educación diabetológica en nuestro centro.

Para ello utilizamos como fuente principal de información el programa "por fin es jueves" con experiencia certificada a nivel nacional

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar los conocimientos sobre hábitos higiénico-dietéticos de la población diana

Mejorar la satisfacción de los pacientes incluidos en el programa a través de las sesiones presenciales grupales
Tomar conciencia de la importancia de los hábitos higiénico dietéticos en el control de la enfermedad
Recuperar al/la sanitario/a como educador en salud

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación de las responsables del programa en ED durante el año 2012 a través del programa formativo on-line por fin es jueves". Responsables M. Victoria Burgos y Sara Borna

2. Información al EAP del programa de educación grupal para definir la población diana, cómo derivarla al proyecto y cuál sería el cronograma a seguir. Responsables M. Victoria Burgos y Sara Borna

3. Sesiones grupales con diez pacientes diabéticos tipo II (10 sesiones presenciales y 4 no presenciales) en horario de 13.30-14.30h los viernes con periodicidad semanal, siguiendo la metodología anteriormente expuesta.

Responsables M. Victoria Burgos y Sara Borna

4. Evaluación de los conocimientos adquiridos sobre los hábitos saludables por los participantes siguiendo la metodología "compartir" del programa. Responsables M. Victoria Burgos y Sara Borna

5. Control a los 6 meses de terminada la ED de la repercusión del programa en el control de la enfermedad a través de los indicadores previstos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. IMC a través de la Hª clínica informática del paciente

Toma anterior al inicio del programa

Toma entre 6-9 meses después de finalizar el mismo

Hemoglobina glicosilada a través de la Hª clínica informática del paciente

Toma anterior al inicio del programa

Toma entre 6-9 meses después de finalizar el mismo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración dos años

Formación de las responsables del programa desde abril hasta noviembre de 2012

Reunión con EAP 30-1-13

Sesiones grupales del 8 marzo de 2013 al 14 de junio de 2013

Evaluación de indicadores desde diciembre de 2013 hasta marzo de 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. educación grupal

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho
- 3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

156

POR FIN ES VIERNES

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

157

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

2. RESPONSABLE MARIA TERESA GIMENO ABAD

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PARALED CAMPOS MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. PEDIATRIA
- ABADIAS PEÑA MARINA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- BASOLS BLECUA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA OMS HA DEFINIDO LA OBESIDAD COMO LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI, YA QUE SIN SER PATOLOGÍA PROPIAMENTE DICHA ES UN FACTOR DE RIESGO CAUSANTE DEL DIVERSAS PATOLOGÍAS INTERRELACIONADAS Y CRÓNICAS.

UNA DE LAS FUNCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ES LA EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN SOBRETUDO EN EDADES TEMPRANAS. TENIENDO EN CUENTA ESTAS CONSIDERACIONES ES PRIORITARIO EL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y CONCRETAMENTE DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. LOS INDICADORES PROPUESTOS EN EL AÑO 2011 FUERON LOS SIGUIENTES:

-Nº de niños incluidos en programa que esté registrada la EpS sobre los riesgos de la obesidad infantil/ nº niños totales incluidos en programa--93%

-Nº de niños incluidos en programa que esté registrada la EpS sobre el ejercicio / nº niños totales incluidos en programa--99%

-Haber realizado la charla informativa en el colegio de Sariñena--SI

ACTUALMENTE SE ESTÁ COLABORANDO, DESDE OCTUBRE DE 2012, CON LA FUNDACIÓN NEREU. ESTA FUNDACIÓN ESTÁ DEDICADA AL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS OBESOS DESDE EL CAMBIO DE HÁBITOS, EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. LLEGADOS A ESTE PUNTO PODEMOS EMPEZAR A PLANTEARNOS RESULTADOS SOBRE EL IMC DE LOS NIÑOS. LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE OMI-AP, PERMITE TRABAJAR SOBRE ELLO. AUN SIENDO QUE NO ESTA CREADO EL PROTOCOLO DE OBESIDAD INFANTIL.

-Registrar el 90% de los niños de 2 a 14 años con IMC >p90 en la hoja excel creada para la captación de niños obesos de la zona de salud.

- Crear el episodio de sobrepeso/obesidad en la historia clínica de OMI-AP en el 90 % de los niños de 2 a 14 años con IMC>p90.

- Incluir al 70% de los niños de 2 a 14 años con IMC>p90 en el diagnostico enfermero: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a la necesaria.

- Realizar anualmente una charla sobre alimentación sana en el colegio de primaria de Sariñena para los niños de 4º curso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Captación y diagnóstico de los niños de 2 a 14 años con IMC >p90 que acuden a la Consulta del niño Sano del Centro de Salud.

RESPONSABLE: M^a Teresa Gimeno

- Registro de los niños de 2 a 14 años con IMC >p90 en la hoja excel gerendada para ello.

RESPONSABLE: M^a Teresa Paraled

- Incluir a los niños de 2 a 14 años con IMC >p90 en los Planes Estandarizados de enfermería (Desequilibrio nutricional por exceso)

RESPONSABLE: M^a Teresa Paraled

- Realizar la charla en el Colegio de primaria de Sariñena.

RESPONSABLE: M^a Teresa Paraled

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de niños de 2 a 14 años captados en la revisión del niño sano con IMC >p90 durante el año 2012/nº de niños de 2 a 14 años que han pasado la revisión de niño sano durante el año 2012.

-Nº de niños con IMC >p90 captados incluidos en el programa de obesidad infantil/nº de niños captados con IMC> p90.

-Haber realizado la charla formativa sobre alimentación en el colegio de primaria de Sariñena

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ENERO DE 2013: Elaborar una hoja excel para recoger los datos de los niños captados con IMC >p90

OCTUBRE DE 2013: Realizar la charla sobre alimentación en 4º curso de primaria del colegio de Sariñena.

RECOGIDA DE DATOS Y REGISTROS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

157

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

11. OBSERVACIONES. Sería planteable introducir en la Cartera de Servicios el programa de Obesidad infantil o crear el protocolo para la historia de OMI-AP puesto que la recogida de datos y el tratamiento de los mismos a posteriori facilitarían es seguimiento de los niños11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

315

SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS

2. RESPONSABLE MARIA TERESA PARALED CAMPOS
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENO ABAD MARIA TERESA. PEDIATRA. CS SARIÑENA. PEDIATRIA
· ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· GABAS LARRUY MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· CLEMENTE GARCES CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· AZON COSCULLUELA NURIA. MATRONA. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
· MORATO GARCIA EDERLINDA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. actualmente coexisten dos tendencias a controlar en Atención Primaria:

1.- La actualización y vigilancia de los calendarios de vacunación de la población migrante.
2.- La actualización de los calendarios vacunales de la población adulta con tratamiento inmunosupresor

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. LOS INDICADORES EVALUADOS EN EL PROYECTO PRESENTADO EN EL AÑO 2011 FUERON LOS SIGUIENTES:

1.- Alcanzar una cobertura de vacunación infantil (Servicio 101)de 98%--100% (759 niños de 757 historias)
2.- Alcanzar una cobertura de vacunación antitetánica (Servicio 302) de 68%-- 19,77% (valor absoluto: 1353)
3.- Alcanzar una cobertura de vacunación de rubeola (Servicio 205) de 70%--27,23% (409/1502 historias)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Revisar y registrar los calendarios de vacunación infantil del 95% de los niños menores de 15 años que inmigran a nuestra zona de salud.

- Registrar y actualizar el estado de inmunización de la rubeola del 80% de las mujeres embarazadas captadas.
- Asignar y registrar calendario vacunal al 70% de los adultos con tratamiento inmunosupresor.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisar el calendario de vacunación infantil de los menores de 15 años que inmigran a nuestra ZBS y acuden a la consulta

RESPONSABLE: M^a Teresa Gimeno Abad

2.- Asignar calendario de vacunación infantil en la historia informatizada de OMI-AP a los menores de 15 años que inmigran a nuestra ZBS y acuden a la consulta.

RESPONSABLE: M^a Teresa Paraled Campos

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

RESPONSABLE: M^a Teresa Paraled Campos

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

RESPONSABLE: Nuria Azón Coscojuela

5.- Revisar la asignación del calendario vacunal de los adultos que pasan por las consultas de crónicos de enfermería con tratamiento inmunosupreso

RESPONSABLE: José M^a Viñuales Palacio

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

RESPONSABLE: M^a Teresa Paraled Campos

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

2.- Cobertura de vacunación de Rubeola (Servicio 205)

3. N° de adultos con calendario vacunal asignado en OMI-AP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

1.- MARZO 2013: Sesión clínica: Importancia del registro de los calendarios de vacunación de la población infantil y adulta de nuestra zona de salud.

2.- JUNIO 2013: Hacer corte de coberturas de los Servicios: 101, 205,302 y 303

3.- OCTUBRE DE 2013: Sesión Clínica: Estado de coberturas de vacunación en nuestra ZBS

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

210

PLAN DE MEJORA EN LA PREVENCIÓN, EL CRIBADO, Y EL DIAGNÓSTICO DE LA EPOC EN EL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA ALLER BLANCO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro DAP HUESCA
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA RUIZ TERESA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
 - QUINTANA VELASCO CARMEN. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
 - LOPEZ CORTES VIRGINIA. MEDICO/A. CS JACA. ATENCION PRIMARIA
 - CANCER MORE PILAR. ENFERMERO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada y con una elevada morbilidad, lo que supone un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en los países de nuestro entorno.

Utilidad del proyecto. Desde el año 2009 el Ministerio de Sanidad , a través del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Estrategia EPOC ha estado trabajando:

1. En la prevención de la enfermedad a través de los programas de lucha contra el tabaquismo.
2. En la identificar mejor a las personas con EPOC a través de la mejora del cribado de los fumadores entre 35-65 años y el diagnóstico correcto de la enfermedad mediante espirometría.

La base documental es la Guía (GesEPOC)

Otros alcances que la guía señala además de diagnóstico en este tipo de pacientes es la caracterización del fenotipo y la valoración de la gravedad de forma multidimensional.

Fuente de datos. Datos sacados de OMI a partir de los diversos cortes hasta el nivel CIAS dados por la Dirección General de Planificación o bien por los servicios de informática del Sector.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Resultados de los indicadores de efectividad Acuerdo gestión 2012 . Fecha corte Sep 2012.

Cobertura EPOC (Sobre una prevalencia teórica del 7% mayor de 40 años como población diana)16,22%

Porcentaje de pacientes en seguimiento por EPOC con realización de espirometría con resultado registrado.42%

Porcentaje de pacientes en seguimiento por EPOC con intervención sobre el hábito tabáquico.33

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Respecto a identificación aumentar el número de pacientes EPOC con espirometría realizada al menos para entrar en el rango entre 50-75%

2. Este mismo objetivo se plantea para la intervención del hábito tabáquico en estos pacientes. En una segunda fase se trataría de medir:

1. los resultados del cribado Es decir el número de fumadores entre 35 y 65 años con espirometría positiva.
2. La clasificación en fenotipos y la valoración de la gravedad. Midiendo el porcentaje de EPOC Con clasificación en fenotipos y valoración de la gravedad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades propuestas a nivel II (Dirección de Atención Primaria) son.

1. Informe a nivel CIAS con listados EPOC para revisión del diagnóstico (espirometría en intervención sobre el hábito tabáquico)
2. Información a nivel CIAS del nivel de infradiagnóstico con respecto a la prevalencia teórica.
3. Sesión de formación por EAP destacando las novedades de la guía tanto en la clasificación como en la valoración de la gravedad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores a medir serán los referentes al EPOC en el acuerdo de gestión.

1. Cobertura EPOC (Sobre una prevalencia teórica del 7% mayor de 40 años como población diana).
2. Porcentaje de pacientes en seguimiento por EPOC con realización de espirometría con resultado registrado.
3. Porcentaje de pacientes en seguimiento por EPOC con intervención sobre el hábito tabáquico.
4. Resultados del cribado Es decir el número de fumadores entre 35 y 65 años con espirometría positiva.

Los tres primeros serán medidos según los cortes de contrato de gestión 2013 (normalmente 2 veces año) El cuarto se medirá "ad hoc" al final de año con una muestra de fumadores.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las sesiones en los 14 EAP y el envío de informes y listados por CIAS se realizará en marzo-abril

El primer corte para seguimiento de indicadores junio julio y nuevo envío de informes y listados por CIAS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

210

PLAN DE MEJORA EN LA PREVENCIÓN, EL CRIBADO, Y EL DIAGNÓSTICO DE LA EPOC EN EL SECTOR DE HUESCA

Corte final en Diciembre: ver resultados finales: consecución de objetivos y análisis de puntos fuertes y débiles de este programa.

11. OBSERVACIONES. Es necesario implicar a enfermería de los EAP. Sería buena la rotación por el servicio de Neumología para la mejora de la técnica espirométrica. También sería una buena línea de mejora del proyecto poder recuperar los datos espirométricos de los pacientes controlados en el hospital. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cribado, diagnostico

OTRA PALABRA CLAVE 2. EPOC

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

245

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL "PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA ELFAU MAIRAL

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro DAP HUESCA
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MAIRAL SALINAS ESTHER LORENA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- HIJOS LARRAZ LUIS ALFONSO. ENFERMERO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
- ILLANA RODRIGUEZ JULIAN. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La polimedición se asocia a una mayor complejidad del manejo terapéutico de pacientes que, en su mayoría, presentan limitaciones cognitivas y/o funcionales que incrementan el riesgo de mala adherencia al tratamiento y de presentar efectos adversos evitables. Hasta dos tercios de los pacientes ancianos tienen dificultades para tomar correctamente el tratamiento prescrito y alrededor del 30% de los pacientes polimedificados presentan interferencias potencialmente graves o efectos adversos evitables. Se han descrito varias estrategias para abordar este problema que mayoritariamente se basan en la revisión de los tratamientos prescritos por parte de profesionales sanitarios, personal médico, de enfermería y farmacéutico. Esta actuación se ha asociado con la mejora de la adherencia por parte del paciente, la indicación de fármacos adecuados a la situación clínica que no estaban prescritos y una mayor eficiencia y seguridad de los tratamientos. En el Servicio Aragonés de Salud, en el año 2012, se presentó el Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedificado, con el objetivo de proporcionar herramientas a los sanitarios para mejorar la utilización de los fármacos en el paciente anciano polimedificado y por tanto mejorar la calidad de vida. En el Sector Sanitario de Huesca, de acuerdo a los datos obtenidos del sistema OMI-AP y de la base de datos de usuario de septiembre de 2012, el 44,4% de los pacientes mayores de 75 años son polimedificados (definidos como pacientes con tratamiento de más de 5 principios activos diferentes de forma crónica), suponiendo una media de 64 pacientes por cupo de medicina de familia de Atención Primaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo general del proyecto es la implantación del "Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedificado" en el ámbito de Atención Primaria (AP) del Sector Sanitario de Huesca.

Con el desarrollo del programa, se pretende conseguir:

- la formación de los profesionales sanitarios de AP en una metodología de revisión de la medicación en los pacientes ancianos (mayores de 75 años) polimedificados
- proporcionar material de apoyo a los profesionales sanitarios de AP para facilitar el desarrollo del programa
- la implicación de los médicos y enfermeras de los equipos de atención primaria en la realización de la actividad
- la detección y resolución de problemas en la utilización de los medicamentos mediante la revisión clínica de tratamientos y del uso que de ellos hacen los pacientes
- la valoración de forma crítica y estructurada de los medicamentos de un paciente relacionándolos con la evolución de sus patologías
- la mejora del conocimiento que los pacientes tienen de su medicación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Profesionales participantes: Médicos, enfermeras y farmacéutica de atención primaria del sector de Huesca.

Población a la que se dirige el programa: pacientes mayores de 75 años que están en tratamiento con más de 5 principios activos diferentes de forma crónica.

Metodo:

1. Formación en el Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedificado:
 - Sesiones centralizadas de formación a los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria, un médico y una enfermera de cada centro (formadores), para explicar la metodología de trabajo del programa
 - Sesiones de estos formadores en sus respectivos equipos para trasladar la información y formación
 - Desarrollo de un apartado en la intranet del sector para la inclusión del material y documentación de apoyo
2. Desarrollo del Programa de mejora de la seguridad de la farmacoterapia en el anciano polimedificado:
 - Envío a cada CIAS de la información contenida en receta electrónica u OMI-AP (en los centros en los que no se ha implantado receta electrónica) de todos los pacientes ancianos polimedificados identificados (para cada paciente, CIA, edad, diagnóstico, principio activo y nombre comercial prescrito, dosis, posología) junto con las recomendaciones definidas para determinados fármacos según criterios Beers y STOPP (listados de medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes ancianos) que corresponda a esos principios activos.
 - Selección de pacientes por parte del médico y enfermera para revisión del uso de la medicación (concordancia, adherencia, problemas relacionados con los medicamentos: duplicidades, exceso de envases, fármacos caducados, fármacos innecesarios, sospechas de reacciones adversas) y revisión clínica de la medicación (indicación, eficacia y seguridad)
 - Registro de la actividad en OMI-AP por el médico y enfermera
 - Extracción de datos y evaluación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

245

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL "PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO" EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE HUESCA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de equipos de atención primaria que han recibido formación

- Porcentaje de CIAS que han recibido listados con la información de los pacientes polimedicados
- Grado de implantación: Porcentaje de CIAS en los que se ha hecho revisión clínica de la medicación en algún paciente polimedicado
- Porcentaje de pacientes polimedicados a los que se les ha hecho revisión clínica de la medicación (global y por CIAS)
- Porcentaje de pacientes polimedicados a los que se ha medido la adherencia al tratamiento
- Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha analizado problemas en la revisión del uso de los medicamentos
- Porcentaje de pacientes polimedicados en los que se ha hecho revisión clínica de la medicación y se han detectado problemas de eficacia o seguridad relacionados con los medicamentos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Formación: Abril 2013

- Envío de la información de los pacientes ancianos polimedicados: mayo-septiembre 2013
- Realización de actividades de revisión estructurada de la medicación (revisión del uso que hacen los pacientes y revisión clínica) y registro: mayo-diciembre 2013
- Evaluación: Enero-febrero 2014

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora de la seguridad de los pacientes

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. seguridad

OTRA PALABRA CLAVE 2. revision clínica

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

141

1. TÍTULO

ESTANDARIZACIÓN DEL CONTENIDO DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE LUIS ALFONSO HIJOS LARRAZ
· Profesión ENFERMERIA
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. COORDINADOR DE CALIDAD
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ILLANA RODRIGUEZ JULIAN. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
· CAPELLA CALLAVED ENRIQUE. MEDICO/A. GERENCIA 061 ARAGON. URGENCIAS
· SANCHEZ VELILLA MARIA TERESA. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ESCRIBANO PARDO DANIEL. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA
· JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL. PEDIATRA. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
· ESPEJO LORENTE MONICA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las auditorias realizadas como motivo de la certificación ISO 9001:2008, se abordaron no conformidades relacionadas con el área de atención continuada en alguno de los equipos auditados, en el desarrollo de las mismas se evidenciaba que no se había relacionado un stock mínimo incluyendo los aparatos del carro de paros

En las últimas auditorias internas externas realizadas como motivo de la certificación ISO 9001:2008, se abordaron No conformidades

relacionadas con el área de atención continuada de alguno de los EAP auditados, en el desarrollo de las mismas se evidencio

que no se había desarrollado un stock mínimo e inventario de aparatos del carro de paros, maletines o de las áreas de atención continuada al nivel de Sector.

Por otro lado, desde el servicio de suministros se muestra interés de la unificación de los materiales tanto fungibles como no fungibles para poder realizar una compra conjunta.

El objetivo que se espera conseguir es tanto la mejora en la efectividad de las actividades que se realizan en la asistencia urgente, sin olvidar en ningún momento la eficiencia de las mismas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Por lo tanto el objetivo que se espera conseguir es tanto la mejora en la efectividad de las actividades que se realizan en la asistencia urgente, sin olvidar en ningún momento la eficiencia de las mismas. Por lo tanto el objetivo propuesto seria la unificación del contenido del carro de paros de los EAP de este sector.

Los objetivos específicos serian:

-Conocer con que estructura cuentan los equipos para la actuación urgente (p.e. disponibilidad de carro de paros, tipo...)

-Identificar el material necesario para la actividad urgente en atención primaria.

-Determinar los medicamentos que deben contener el carro de paros.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Entre las actividades a realizar se encuentran:

-Búsqueda de evidencia en la bibliografía sobre el material y medicación aconsejada.

-Realización de una autoevaluación por parte de los equipos sobre el carro de paros.

-Recopilación de los contenidos de los carros de los EAP del sector certificados en la ISO 9001:2008

-Identificación de los contenidos comunes de los carros de los EAP del sector certificados en la ISO 9001:2008

-Establecer un grupo de trabajo para consensuar el contenido del carro de paros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores de esta actividad se relacionara con el cumplimiento por parte de los EAP de la unificación propuestas, se realizara mediante un audit del carro de paros.

Los indicadores serán los siguientes:

-nº de EAPs con carro paros con el material fungible adecuado/ nº de EAPs total

-nº de EAPs con carro paros con la medicación propuesta / nº de EAPs total

-nº de EAPs con carro paros con el medicación no caducada/ nº de EAPs total

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. .Búsqueda de evidencia en la bibliografía sobre el material y medicación aconsejada. Mayo

-Realización de una autoevaluación por parte de los equipos sobre el carro de paros. Junio

-Recopilación de los contenidos de los carros de los EAP del sector certificados en la ISO 9001:2008 Junio

-Identificación de los contenidos comunes de los carros de los EAP del sector certificados en la ISO 9001:2008 Julio

-Establecer un grupo de trabajo para consensuar el contenido del carro de paros. Julio

-Unificación del contenido carro paros Septiembre

-Difusión del mismo Octubre

-Evaluación Diciembre

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

141

ESTANDARIZACIÓN DEL CONTENIDO DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Normalizacion

OTRA PALABRA CLAVE 2. urgencias

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A LA PATOLOGIA DUAL PARA LOS USUARIOS DE LA UASA HUESCA**2. RESPONSABLE** ALFREDO GURREA ESCAJEDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA LACASTA ALICIA. ENFERMERO/A. UASA HUESCA. U.A.S.A. HUESCA. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
- IBORT ZAMORA MARTA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. UASA HUESCA. U.A.S.A. HUESCA. SERVICIO DE PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entre los usuarios de nuestra unidad, al igual que se refleja en todos los estudios científicos, existe un elevado porcentaje de pacientes con patología dual, que tiende a aumentar. La patología dual es la comorbilidad de una patología adictiva con otra patología psiquiátrica. Dicha comorbilidad es relevante ya que implica una peor evolución y mayor gravedad de ambas patologías que la mera suma de ambas por separado. Implica también un mayor gasto de recursos, peor cumplimentación de los tratamientos y menor accesibilidad a los recursos sanitarios, entre otros factores.

Estas consecuencias tan gravosas pueden mejorarse mediante el abordaje integrado de dichos pacientes, es decir, tratando ambas patologías por el mismo equipo terapéutico, de forma multidisciplinar y en el mismo recurso asistencial. Dicho abordaje mejora las repercusiones evolutivas en el propio paciente y optimiza los recursos asistenciales.

Queremos cuantificar el grado de patología dual que se observa entre los usuarios de nuestra unidad, describiendo el tipo de patología observada, para posteriormente aplicar un protocolo específico para la atención a dichos pacientes y para la coordinación con otros profesionales externos implicados en su asistencia. Es especialmente importante realizar una coordinación adecuada con atención primaria y con salud mental, para evitar duplicidades asistenciales en estos casos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Inicialmente queremos describir adecuadamente el grado de patología dual que existe entre los usuarios de nuestra unidad, así como diferenciar las diferentes patologías psiquiátricas observadas.

Posteriormente queremos desarrollar un protocolo de patología dual para optimizar la asistencia a este subgrupo de usuarios, incluyendo aspectos asistenciales y de coordinación específicos dada la mayor gravedad tanto de su evolución como la mayor dificultad para su abordaje adecuado

Queremos detectar a todos los usuarios de nuestra unidad que presentan patología dual, para poder implantar medidas específicas de asistencia y coordinación que mejoren su evolución global.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El médico realizará la detección de patología psiquiátrica en todos los nuevos usuarios de la unidad, mediante entrevista psiquiátrica y la posibilidad de realizar diferentes test psicométricos específicos para algunas patologías concretas (depresión y ansiedad, por ejemplo). De forma paralela, se realizará dicha detección en los usuarios ya existentes en la medida en que sean visitados mediante los controles ambulatorios rutinarios.

De forma paralela a dicha detección, se pretende elaborar un protocolo específico para dichos pacientes, con actuaciones específicas en cuanto a asistencia en nuestra unidad y coordinación con otros profesionales implicados en dicha asistencia, principalmente atención primaria y salud mental.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -(PDn) Porcentaje de nuevos usuarios con patología dual: (Nº de nuevos usuarios con patología dual /nº de nuevos usuarios)x100.

-(PD) Porcentaje de usuarios con patología dual: (Nº de usuarios con patología dual /nº de usuarios)x100.

-(PDnP) Porcentaje de nuevos usuarios con patología dual a los que aplica el protocolo específico: (Nº de nuevos usuarios con patología dual a los que se aplica el protocolo/Total de nuevos usuarios con patología dual detectados)x100.

-(PDP) Porcentaje de usuarios con patología dual a los que aplica el protocolo específico: (Nº de usuarios con patología dual a los que se aplica el protocolo/Total de usuarios con patología dual detectados)x100.

Todos los indicadores se obtendrán de los datos recogidos por el equipo durante la implantación de la propuesta de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Del 1 de mayo de 2013 al 31 de enero de 2014 (9 meses): Detección de los usuarios con patología dual entre los nuevos usuarios y entre aquellos ya atendidos en la unidad que acudan a los controles ambulatorios.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

341

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A LA PATOLOGIA DUAL PARA LOS USUARIOS DE LA UASA HUESCA

Del 1 de mayo de 2013 al 31 de octubre de 2013: Elaboración del protocolo de patología dual

A partir del 1 de noviembre: Implementación del protocolo de patología dual

Del 1 al 28 de febrero de 2014: Análisis de los datos recogidos

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con patología adictiva

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

328

ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO PARA USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA UASA HUESCA

2. RESPONSABLE MARTA IBORT ZAMORA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro UASA HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· GARCIA LACASTA ALICIA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. U.A.S.A. HUESCA. SERVICIO DE PSIQUIATRIA
· GURREA ESCAJEDO ALFREDO. MEDICO/A. UASA HUESCA. U.A.S.A. HUESCA. SERVICIO DE PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la actualidad, los usuarios que acuden a nuestra unidad tienen un conocimiento muy dispar sobre algunos aspectos de la misma, de tipo administrativo y de funcionamiento (por ejemplo: horarios de atención, posibilidad de consulta médica telefónica directa, atención a familiares), así como sobre la propia finalidad y conformación de ésta (por ejemplo: dependencia funcional de la unidad, finalidad terapéutica).

Hemos detectado que el desconocimiento de determinados aspectos repercute negativamente tanto en la calidad de la atención percibida por los usuarios como en el propio funcionamiento diario de la unidad. La detección se ha llevado a cabo de forma directa a través de las propias sugerencias y quejas de los usuarios a lo largo de nuestros ya más de cuatro años de existencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creemos por tanto prioritario poder ofrecer una información reglada, concisa y útil a los pacientes que acuden a nuestra unidad por primera vez, así como secundariamente a aquellos que ya están en seguimiento, para mejorar tanto la calidad asistencial percibida por el usuario como el propio funcionamiento cotidiano de nuestra unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Queremos elaborar un folleto informativo que resuma de forma escueta y sencilla los aspectos básicos más relevantes que deben conocer los usuarios de nuestra unidad, y poder entregarlo en la primera visita que realizan.

Dicho folleto será realizado por el médico de la unidad tras consensuar con el resto de miembros los aspectos primordiales a comunicar. Será entregado por la administrativa en la primera visita que se realiza, para luego poder aclarar las dudas que surjan en cualquier momento de las visitas posteriores.

Al final de la actividad de mejora se proporcionará una encuesta de satisfacción para valorar tanto aspectos generales de la atención y asistencia recibida, como aspectos específicamente relacionados con la intervención de tipo informativo propuesta previamente.

Dicha encuesta de satisfacción será elaborada conjuntamente por el equipo de la unidad, con los aspectos más relevantes a evaluar, adaptados a nuestra práctica asistencial concreta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -(PUS) Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del formato de folleto informativo: $(N^{\circ} \text{ de nuevos usuarios satisfechos} / n^{\circ} \text{ de nuevos usuarios informados}) \times 100$.

*Se define "usuario satisfecho" como aquel que puntúa 3, 4 o 5 sobre una escala de satisfacción tipo Likert de 5 puntos.

Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

-(PUI) Porcentaje de nuevos usuarios informados: $(N^{\circ} \text{ de nuevos usuarios informados} / \text{Total de nuevos usuarios}) \times 100$.

Este indicador se obtendrá de los datos recogidos por el equipo durante la implantación de la propuesta de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración total del proyecto es de 10 meses.

Del 1 al 15 de mayo de 2013: Elección de los ítems a incluir en el folleto y la encuesta, de forma consensuada por todo el equipo de la unidad

Del 16 al 31 de mayo de 2013: Elaboración del folleto informativo y de la encuesta de satisfacción

Del 1 de junio al 30 de noviembre de 2013 (6 meses): Entrega del folleto informativo a los nuevos usuarios de la unidad

Del 1 de diciembre de 2013 al 31 de enero de 2014: Entrega y recogida de las encuestas de satisfacción a los

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

328

ELABORACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO PARA USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA UASA HUESCA

nuevos usuarios de la unidad

Del 1 al 28 de febrero de 2014: Valoración de la encuesta y de los indicadores seleccionados

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes con patología adictiva

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

008

PROYECTO DE PREVENCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

2. RESPONSABLE JULIA VIAPLANA JAIME

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANZ CADEVILLA PAULA. MATRONA. CS PIRINEOS. SERVICIO DE ENFERMERIA OBSTETRICA-GINECOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Mejor manejo del impacto emocional que producen los cambios asociados a este periodo de la vida .

- Detección precoz de la posible psicopatología asociada a este momento vital
- Mayor rapidez en la petición de ayuda especializada
- Incremento de la calidad de vida tanto de la mujer como de su pareja

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto ha estado suspendido un año

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Asistencia , implicación y participación activa, tanto de la mujer embarazada como de su pareja

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Puesta en común de la información , conocimientos previos y de las cuestiones más relevantes que preocupan a las embarazadas y a sus parejas en esta etapa

- 2.- sesión formativa con apoyo de técnicas informáticas
- 3.- Fomento de la participación activa y técnicas de dinámica de grupos
- 4.- Evaluación de la actividad a través de una sencilla encuesta que hemos elaborado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Número de asistentes
2.- Encuesta de satisfacción sobre la actividad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una sesión bimensual, durante un año, incluida en el programa de Educación Maternal del servicio de Enfermería Obstetrico-Ginecologica del cCentro de Salud "Pirineos"

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Mujeres gestantes
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION EN EL PROCESO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN EL PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LAS UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA DEL CRP SC DE LOS MILAGROS DE LA ESCALA COMPRENSIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL (COTE)

2. RESPONSABLE JOSE RAMON BELLIDO MAINAR
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· RIPOL MUÑOZ MARIA ELENA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mucha de la información que recoge el terapeuta ocupacional de su práctica diaria presenta un carácter cualitativo que precisa de una estandarización para poder medir el impacto de los tratamientos psicosociales en la capacidad funcional del paciente psiquiátrico. Por tanta la COTE según los autores (Brayman et al., 1976) permite registrar parte de esta información relevante que aparece en las actividades de terapia ocupacional, reduciendo el grado de subjetividad que suponen las notas narrativas en las historias clínicas de los pacientes.

El Objetivo de este proyecto de calidad es la implementación de la COTE como instrumento estandarizado de evaluación de las capacidades del desempeño ocupacional en las Unidades de Media y Larga Estancia del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros", en Huesca.

Por lo tanto los programas de Terapia Ocupacional necesitan de instrumentos estandarizados que midan el efecto de nuestras intervenciones en las capacidades del desempeño ocupacional.

La Escala Comprensiva de Terapia Ocupacional (COTE) La COTE es una escala observacional para ser utilizada por terapeutas ocupacionales para la valoración del comportamiento ocupacional de pacientes mentales observable en las actividades de terapia ocupacional que forman parte de los programas de actividades terapéuticas de los distintos dispositivos psiquiátricos.

La última versión de la escala (Kunz et al., 1999) identifica 26 conductas observables en el contexto de la terapia ocupacional. Los comportamientos están divididos en tres áreas: comportamiento general (8 ítems) donde se evalúa el nivel general de funcionamiento del paciente; comportamiento interpersonal (6 ítems) donde se evalúa como las relaciones interpersonales afectan al desempeño ocupacional de carácter social; comportamiento en la tarea (12 ítems) donde se evalúa como el paciente realiza la tarea. El terapeuta ocupacional puede utilizar diferentes tipos de actividades para clarificar los ítems, pero durante cada sesión se debe utilizar una sola actividad. Cada ítem tiene una valoración de 0 (normal) a 4 (extremo o excesivamente normal). Algunos ítems, como por ejemplo el nivel de actividad (1c) tienen dos escalas de valores, reflejando los posibles comportamientos no adaptados en dos direcciones.

Mucha de la información que recoge el terapeuta ocupacional de su práctica diaria presenta un carácter cualitativo que precisa de una estandarización para poder medir el impacto de los tratamientos psicosociales en la capacidad funcional del paciente psiquiátrico. Por tanta la COTE según los autores permite registrar parte de esta información relevante que aparece en las actividades de terapia ocupacional, reduciendo el grado de subjetividad que suponen las notas narrativas en las historias clínicas de los pacientes.

Además la COTE puede ser utilizada para la evaluación inicial del terapeuta ocupacional, en la planificación de los objetivos de tratamiento, en la implementación de las actividades terapéuticas, como referente para guiar la orientación ocupacional individual y adaptar los distintos entornos de actividad y para medir la evaluación de los comportamientos ocupacionales de un grupo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Dirigir la información sobre la evolución del comportamiento ocupacional a los distintos miembros del equipo de trabajo mediante un instrumento corto y sencillo.

2. Proporcionar un método eficiente para la recuperación de datos que asista al terapeuta ocupacional en la planificación y evaluación de los resultados del tratamiento de terapia ocupacional.

3. Observar y medir el comportamiento ocupacional del paciente a lo largo del tratamiento de terapia ocupacional en los distintos espacios terapéuticos, de esta forma poder contribuir a demostrar la efectividad de la Terapia Ocupacional.

4. Incorporar la COTE en el protocolo de evaluación de terapia ocupacional en las Unidades de Media y Larga Estancia del Centro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Establecer el perfil de actividades de ambas unidades más indicadas para utilizar la COTE como instrumento de evaluación del desempeño ocupacional.

2. Selección de 5 pacientes para realizar el entrenamiento en el instrumento.

3. Evaluación del desempeño ocupacional a través de la COTE a todos los nuevos ingresos en la Unidad de Media Estancia y reevaluación en cada revisión de su Proyecto Individualizado de Rehabilitación.

4. Evaluación del desempeño ocupacional a través de la COTE a los usuarios de la Unidad de Larga Estancia que participan en las actividades de terapia ocupacional y reevaluación en cada revisión de su Proyecto Individualizado Terapéutico.

5. Reuniones conjuntas cada 15 días entre los 2 terapeutas ocupacionales del Centro, para evaluar la implementación del proyecto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

152

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION EN EL PROCESO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL EN EL PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LAS UNIDADES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA DEL CRP SC DE LOS MILAGROS DE LA ESCALA COMPRENSIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL (COTE)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 95% de los nuevos ingresos en la UME a partir de la aprobación de proyecto hayan sido evaluados a través de la COTE. Registro de las historia de terapia ocupacional
90% de los usuarios que participan en las actividades de Terapia Ocupacional de la ULE hayan sido evaluado a través de la COTE. Registro de la Historia de Terapia Ocupacional
Registro de las reuniones conjuntas entre los miembros del proyecto de calidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primera quincena de Mayo: Definición del pèrfil de las actividades de terapia ocupacional más indicadas para la utilización de la COTE y realización del entrenamiento en el instrumento.
Segunda quincena de Mayo hasta el mes de Diciembre, implementación de la COTE en el proceso de evaluación del desempeño ocupacional.
Cada 15 días reunión entre los miembros del proyecto para evaluar la implementación del proyecto de calidad.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trastorno Mental Grave

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

263

1. TÍTULO

DISEÑO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE EVALUACION PARA LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL GARCIA GOMEZ
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AGÜERO PEREZ AIMEE. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· BELLIDO MAINAR JOSE RAMON. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· CARO REBOLLO FRANCISCO JOSE. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA
· FERRER ESTEBAN MARIA VICTORIA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha detectado la inexistencia de un protocolo de evaluación multidisciplinar que permita medir los resultados de las intervenciones. La protocolización de la evaluación tiene un impacto fundamental tanto en la asistencia como en la investigación. Respecto a la primera permite cuantificar y objetivar la eficacia del tratamiento recibido. Respecto a la segunda nos permite comprobar hipótesis y cruzar variables que van a facilitar posteriormente un avance en la clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El diseño y aplicación de un protocolo de evaluación que se realizará al menos al ingreso y al alta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la primera reunión se fijarán:
- Los instrumentos que se utilizarán para la evaluación.
- El periodo en que se deberán realizar las dos evaluaciones (al ingreso y al alta).
- La forma en que se supervisará el cumplimiento del protocolo. Será el coordinador del proyecto quién se encargará de la supervisión.
- Se elegirá un espacio y un soporte donde se ubicará las evaluaciones realizadas.

A esta reunión acuden un representante de cada una de las categorías profesionales responsables de la evaluación:

- Enfermera
- Psicólogo clínico
- Psiquiatra
- Terapeuta Ocupacional
- Trabajo Social

En las reuniones diarias el coordinador del proyecto recordará la necesidad de realizar la evaluación.

En el primer Proyecto Individual de Rehabilitación (PIR) se entregará al coordinador las evaluaciones realizadas.

Antes del alta se entregará la segunda evaluación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de un protocolo de evaluación.

El 90 % de los pacientes ingresados en UME a partir de Septiembre de 2013 tendrán aplicado el protocolo de evaluación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración estimada es de 9 meses.

En Mayo se establecerá el protocolo de evaluación a aplicar.

En Julio se realizará una primera evaluación sobre el cumplimiento del protocolo. Se detectarán dificultades y se modificará el protocolo si se considera conveniente.

En Septiembre se obtendrá el Protocolo final

Desde Septiembre a Diciembre se supervisará el cumplimiento.

En Diciembre se valorará el cumplimiento de los indicadores.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

263

DISEÑO Y APLICACION DE UN PROTOCOLO DE EVALUACION PARA LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

292

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL LALANA CUENCA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VAZQUEZ GARCIA GUADALUPE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. SERVICIO DE ADMISION CRP
- FAU MARTINEZ JUANA MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
- MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
- GUTIERREZ TALLON LAURA. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION PRIMARIA
- ROMERO RUIZ ANA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE PSICOGERIATRIA
- ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) se define como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento, rehabilitación y contención de los pacientes que residen en él, todos ellos afectados de Trastorno mental Grave. En este contexto, los programas de acogida y enganche para los usuarios y sus familiares tienen por objeto dar a conocer el funcionamiento y los objetivos de trabajo del CRP, así como integrar al usuario en la dinámica del centro, acompañándole y motivándole durante los primeros momentos de su estancia. Se valoró como prioritaria la organización de un programa de acogida y enganche mediante un protocolo de acogida para el CRP "Sto cristo de los Milagros", incluyéndose la elaboración de dicho protocolo en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la calidad en el servicio Aragonés de salud- 2011. Tras intentar aplicar las acciones de bienvenida y acogida de los pacientes, se ha constatado la complicación, en ocasiones, de la coordinación con otros recursos del sector, a pesar del esfuerzo personal por todas las partes, debido en gran parte a la presión asistencial y la limitación de recursos de la red.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo del ejercicio anterior, tras un importante esfuerzo por parte de cada uno de los miembros del grupo de búsqueda y síntesis en las parcelas de las que se es más conocedor o le quedan más cercanas, y posterior consenso y puesta en común en las reuniones de trabajo previstas (100 %), en los diversos ingresos que se han ido sucediendo en el CRP se han intentado aplicar las acciones de bienvenida y acogida a los pacientes.

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 implementar el protocolo se plantean como estrategias:

- Mantenimiento del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP
- Si se considera precisa, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos que lo requieran.
- Reuniones periódicas de dichos grupos para implementar el protocolo
- Contactos con otros recursos de la red de salud mental del sector implicados en el proceso del Trastorno Mental Grave, mediante reuniones, aportación de información, del material escrito elaborado para el protocolo...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº de reuniones de trabajo realizadas/ nº de reuniones previstas x 100
nº de nuevos pacientes (ingresos) con protocolos realizados/ nº de ingresos x 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: de abril de 2013 a diciembre de 2013
Mínimo de 4 reuniones de trabajo

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

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

201

CREACION Y DESARROLLO DE UN HUERTO COMO ACTIVIDAD OCUPACIONAL /PRELABORAL DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ULE Y PSICOGERIATRIA

2. RESPONSABLE MARIA ELENA RIPOL MUÑOZ
- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
 - Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. ULE/PSICOGERIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANTISO SANZ MIGUEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
 - LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
 - MORANCHO PORTASPANA MARIA JESUS. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
 - SANDOVAL RAMON MARTA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
 - ZAPATER OTIN ELENA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
 - DE LA LOSA MUÑOZ GLORIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En cuanto a los cuadros clínicos que se presentan en ULE y Psicogeriatría se caracterizan principalmente de síntomas negativos:

- Aplanamiento afectivo y embotamiento emocional.
- Apatía, anhedonia y ausencia de motivación
- Reducción de los niveles de actividades.
- Alteraciones motoras y psicomotoras como el enlentecimiento, discinesias..
- Alteraciones de la atención, distraibilidad, pobres niveles de concentración.
- Deterioro de la esfera social...

Un objetivo principal de la rehabilitación en enfermos mentales graves es trabajar habilidades como:

- Compromiso con la tarea,
- Responsabilidad
- Planificación
- Resolución de problemas
- Gestión del material
- Puntualidad
- Cooperación
- Interés por el resultado final de la tarea
- Toma de decisiones
- Tolerancia a la frustración

La actividad de Huerto puede ser beneficiosa para todos aquellos pacientes que participen pudiendo mejorar en todos estos objetivos planteados anteriormente además de poder influir en :

- el estímulo de los sentidos.
- Optimización de la memoria y la concentración.
- promover la movilidad.
- aumentar la autoestima.
- reducir la depresión.
- facilitar las relaciones y el trabajo en equipo.
- reducir la agresividad
- ayudar a la recuperación física.
- mejorando en definitiva la calidad de vida , llegando a conseguir la recuperación de habilidades ocupacionales y/o prelaborales pudiendo algunos de los pacientes de ULE volver a incorporarse en el programa de empleo protegido existentes en los recursos de la zona.

Se elige esta actividad ocupacional para implantar en el centro por las siguientes razones:

- Grado de implicación del equipo rehabilitador.
- Accesibilidad: dentro del centro disponemos de terreno adecuado para la realización de la actividad.
- No se necesita una alta inversión de recursos económicos para iniciar la actividad.
- Los pacientes provienen muchos de ellos de zonas rurales y disponen algunos de conocimientos en agricultura que puede ser beneficioso para la colaboración y enseñanza del grupo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Mejorar las habilidades ocupacionales y objetivos comentados anteriormente.

- 2.- Aumentar el nivel de motivación e implicación en el programa rehabilitador.
- 3.- Disponer de información evaluada durante la actividad del paciente que permita al equipo profesional de ULE y Psicogeriatría estimar de forma objetiva el potencial de rehabilitación del paciente y poder trabajar sobre las fortalezas y las deficiencias del paciente de una manera coherente con sus necesidades.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Reunión semanal de 3/4 de hora los miércoles del grupo de pacientes apoyado por dos profesionales (terapeuta ocupacional y enferme@) donde los pacientes puedan marcar objetivos a realizar, reparto de responsabilidades, tareas a realizar en la semana próxima.. y los profesionales responsables valoraran los logros obtenidos, facilitaran la autonomía de los pacientes en el proceso de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

201

CREACION Y DESARROLLO DE UN HUERTO COMO ACTIVIDAD OCUPACIONAL /PRELABORAL DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ULE Y PSICOGERIATRIA

planificación y toma de decisiones y explicarán la parte teórica que se tenga que realizar de manera práctica durante la próxima semana.

2.-2 Sesiones semanales de ejecución de las tareas consensuadas en la reunión semanal.

1. Por la mañana apoyada por el responsable del proyecto y un colaborador .
2. Por la tarde apoyada con los miembros colaboradores del proyecto.

3.- Sesiones de riego que no se pueden especificar según necesidades según época del año que se intentaran realizar por la tarde con los colaboradores del proyecto y si no es posible se realizara por la mañana con el responsable del proyecto o con los colaboradores.

4.- Evaluación cualitativa de las expectativas de los pacientes respecto a la actividad de huerto y evaluación previa de la satisfacción que esperan tener con la actividad.

5.- Tres Evaluaciones (al principio, a los 5 meses y al final) durante el proyecto a través del cuestionario de evaluación del desempeño ocupacional (COTE) lo realizara el responsable del proyecto.

6.- Evaluación final de la percepción de satisfacción que se realizara al final del proyecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Hoja individual de seguimiento tanto en la sesión teórica como de las prácticas y de las observaciones diarias del estado del paciente en la actividad.

2.- Hoja de seguimiento semanal del grupo donde se plasmaran: dificultades, logros, relación entre los pacientes, expectativas ... la completara el responsable del proyecto con al menos dos miembros colaboradores del proyecto.

3.- Acta de las reuniones del grupo del proyecto de mejora...donde se plasmaran: organización del proyecto, los avances de la implantación de la actividad, resolución de problemas que vayan surgiendo, valoración de resultados de las escalas pasadas a los participantes para plantear objetivos reales a cada uno de ellos...

4.- Evaluación de las puntuaciones obtenidas en la escala de desempeño ocupacional (COTE) Valorar en que % ha existido mejora en la realización de la actividad.

5.- Resultados del cuestionario de satisfacción elaborado por el equipo del proyecto.
Valorar en que % ha aumentado el grado de satisfacción en la actividad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de Abril a Diciembre de 2013:

Abril: Planificación grupal del huerto, conseguir las herramientas necesarias, preparación del terreno y modificación si es posible del grifo de la fuente cercana a lo que va a ser el huerto para poder acoplar una manguera de riego.

Mayo: Evaluación inicial del desempeño ocupacional (COTE) y evaluación de expectativas esperadas y satisfacción de la actividad.

Primera plantación:

1. Se comenzara con las primeras reuniones semanales de grupo donde se explicara como se tienen que realizar las tareas , se vera que hay que realizar durante la semana siguiente y se realiza el reparto de tareas .
2. Se realizaran las tareas establecidas en esa sesion teorica

Junio y Agosto:Se realizaran las sesiones semanales de grupo y se realizaran las tareas establecidas

Final de agosto -principio de septiembre :Evaluacion intermedia de COTE .

Septiembre : 2ª Plantación

Septiembre-Diciembre: se seguira con las reuniones de grupo y con las sesiones practicas.

Diciembre: - Evaluacion final de desempeño ocupacional (COTE)
- Evaluación de satisfacción
- Memoria final del proyecto.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Mejora autonomía y responsabilidad de ciudadano/paciente

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SALUD MENTAL

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

201

CREACION Y DESARROLLO DE UN HUERTO COMO ACTIVIDAD OCUPACIONAL /PRELABORAL DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE ULE Y PSICOGERIATRIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. ACTIVIDAD OCUPACIONAL

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

420

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SOPORTE Y ADIESTRAMIENTO EN CUIDADOS DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA**2. RESPONSABLE** ALICIA CRISTINA ABAD PIQUERO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. DIRECCION ENFERMERIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BALABRIGA ESCUER MARISOL. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. CONSULTA HERIDA CRONICAS DE GERIATRIA
- PUEYO ARTIEDA ALMUDENA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RADIOLOGIA TAC
- CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. LOGOPEDIA
- CARRERO BACIGALUPE ITZIAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION GERIATRIA
- CORRAL ESPINOSA DOLORES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION GERIATRIA
- ROMERO GRANADO MARIA ANTONIA. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
- ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hospital "Sagrado Corazón de Jesús" (HSCJ) presta una asistencia centrada fundamentalmente en la atención al anciano en todo su proceso asistencial, aunque el hospital acoge otras áreas de atención ambulatoria, especialmente Salud Mental.

Se sigue consolidando nuestro papel dentro del Sector Sanitario, diferenciando cuatro tipos de atención:

Pacientes con enfermedades agudas o descompensación de enfermedades crónicas.

Pacientes que precisan cuidados de más larga duración.

Pacientes que requieren RHB de enfermedades neurológicas y traumatológicas fundamentalmente

Pacientes con enfermedades en su fase final.

La patología más frecuente es la neurológica (el 50% han sufrido un ACV). El 70% presentan deterioro cognitivo en la valoración al ingreso, el 56% deterioro funcional; el 25% algún tipo de demencia y el 37% episodios de delirium.

La edad media de la población atendida es de 82 años.

En la continuidad de los cuidados en domicilio, el cuidador/familia es el principal apoyo de estos paciente ya que proporcionan los cuidados necesarios. Para ello es preciso que reciba la información adecuada para ponerla en practica y obtener unos resultados más satisfactorios para el bienestar de todos.

En el contrato Programa de 2009 del sector de Huesca, en lo referente al HSCJ, se incluye en el apartado resultados en la sociedad, con el fin de potenciar la continuidad asistencial, el indicador: número de talleres para el "Adiestramiento de cuidadores principales", que se realizaron 6 talleres. También, para la difusión y permanencia de los contenidos de los talleres, se edita en el hospital, la Guía con los "Consejos dirigidos al cuidador de paciente dependiente o en riesgo de dependencia".

Dicho indicador en el contrato del hospital se ha mantenido, pasando en 2012 a 11 talleres y 158 asistentes a las sesiones. La encuesta de satisfacción, arroja unos resultados muy positivos. El 100% de los encuestados: 147, están de acuerdo o muy de acuerdo, con los contenidos y utilidad de los mismos. La guía del cuidador se sigue distribuyendo a los asistentes de los talleres.

No obstante, se observa que la asistencia de cuidadores principales a los talleres, a pesar de su difusión, podría ser más numerosa y su beneficio mayor. Quizá el motivo principal sea la sobrecarga del cuidador y el horario de mañanas en que se realizan los talleres.

Por este motivo se presenta este proyecto, con el fin de acercar y facilitar el acceso del cuidador al programa de aprendizaje en cuidados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Favorecer la continuidad asistencial, haciendo participe al cuidador de los cuidados que el paciente requiere

* Fomentar la relación del cuidador-enfermo.

*Acercar el programa al paciente/cuidador.

*Formación personalizada de cuidadores.

* Instruir y fomentar la importancia del propio bienestar del cuidador.

*Detectar necesidades.

*Favorecer la calidad en la atención integral a los ancianos dependientes

* Mejorar la satisfacción y la percepción que el usuario tiene del hospital y del sistema de salud

* Mejorar la imagen del centro en la sociedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento que se va a seguir para la implementación del programa, se define en las siguientes actividades.

1.- Como primera medida se ha hecho difusión en la Guía Informativa del Usuario, del portal de los usuarios Saludinforma, y en concreto de las Guías Informativas con audiovisuales para el cuidado en domicilio de las personas en situación de dependencia, con el ofrecimiento para facilitar su visionado en caso de dificultad de

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

420

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SOPORTE Y ADIESTRAMIENTO EN CUIDADOS DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

acceso (circuito, colaboración del servicio de atención al paciente)

2. Creación de un Grupo de Trabajo en el que participarán las profesionales de enfermería responsables de los talleres, y colaboradores que se consideren, con las siguientes acciones:

2.1 Revisión bibliografía online de los programas y estudios, afines y/o se correspondan con la orientación de este proyecto.

2.2 Contacto con los profesiones de atención primaria que están desarrollando experiencias en adiestramiento de cuidadores.

2.3 Contacto con CADIS Huesca (coordinadora de asociaciones de personas con discapacidad); AFAMER y FEACU (asociaciones de amas de casa y consumidores del AA).

2.4 Valoración de la población a la que va dirigido el proyecto.

2.5 Revisión y ampliación de los contenidos de los talleres.

Valorar la inclusión de:

- Contenidos dirigidos a cuidadores de otras áreas de atención (salud mental).
- Contenidos de soporte para el propio cuidador (autocuidado), (relajación, espalda sana, manejo del estrés ...), (colaboración Fundación Arcadia).
- Contenidos que faciliten el acceso de la familia a los recursos sociales.
- Herramientas que fomenten la relación terapéutica y la participación del entorno familiar con el enfermo (Albún de vida, visualizaciones, ...) (colaboración Fundación Arcadia: arteterapeuta)

3.- Revisión y actualización de la Guía con los "Consejos dirigidos al cuidador de paciente dependiente o en riesgo de dependencia".de cuidados al anciano dependiente, que se realizó en 2009, y que se entrega tras la realización de los talleres.

4.- Realización de material audiovisual propio del centro con el fin de editar una Guía Informativa audiovisual para el cuidado en domicilio de las personas en situación o riesgo de dependencia. Colaborador para la realización: usuario del centro de día y arteterapeuta de Arcadia). El formato permitirá una amplia difusión y el visionado en el propio domicilio (Internet y/0 CD)

5.- Creación del Aula del Cuidador, como un espacio en donde se pueda facilitar y personalizar el aprendizaje de los cuidadores de la persona dependiente, facilitando el visionado de la guía en sesiones individuales o grupales; y como un espacio propicio a la escucha y liberación. Un proyecto de futuro que podría ser referente en el sector sanitario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Respecto a la guía que se edita en el hospital, con los "Consejos dirigidos al cuidador de paciente dependiente o en riesgo de dependencia", el consenso del grupo en la actualización y ampliación de los contenidos, la consecución de los plazos y de las acciones establecidas, será el primer indicador de que el programa se ha puesto en marcha. Si/No

2.- Con el fin de facilitar el análisis y valoración de la eficacia de las futuras intervenciones, se elaborará una ficha de recogida de variables tanto del cuidador o cuidadores y del enfermo receptor de los cuidados, para definir el perfil de los cuidadores que participen en el programa, así como el grado de dependencia de los familiares a su cargo. Si/No

* Datos del cuidador: su situación de salud y calidad de vida, nivel de conocimientos y habilidades, sobrecarga, edad, sexo, relación con paciente, núcleo de población, ...

* datos del paciente: edad, sexo, diagnóstico clínico principal, nivel de dependencia (índice de Barthel)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo junio 2013,

Difusión de las Guías Informativas con audiovisuales para el cuidado en domicilio de las personas en situación de dependencia de SaludInforma.

Junio - diciembre 2013

Creación del Grupo de Trabajo y desarrollo de sus cometidos.

Enero 2014

Revisión y actualización de la Guía con los "Consejos dirigidos al cuidador de paciente dependiente o en riesgo de dependencia".Edición.

Año 2014

Realización de material audiovisual propio del centro: Guía Informativa audiovisual para el cuidado en domicilio de las personas en situación o riesgo de dependencia.

Enero 2015

Puesta en marcha del Aula del Cuidador.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

420

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SOPORTE Y ADIESTRAMIENTO EN CUIDADOS DE PACIENTES DEPENDIENTES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Cuidadores

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

149

1. TÍTULO

**DOS HERRAMIENTAS PARA VELAR POR EL DERECHO DEL PACIENTE A LA INFORMACION Y A LA PARTICIPACION:
"LA GUIA INFORMATIVA DEL USUARIO DEL HOSPITAL" Y "LA ENCUESTA DE HOSPITALIZACION"**

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CALVO SALILLAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION AL PACIENTE
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· MOYA PORTE TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION
· AURIA GENZOR GEMA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION
· OCHOA CALVO PILAR. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. H.DIA GERIATRIA
· SALGADO GRACIA ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. SERV. REHABILITACION
· NAVARRO CAMEO MARIA PILAR. ADMINISTRADOR/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. ADMINISTRACION
· CABRERO CLAVER ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION
· BELTRAN EZQUERA TERESA. TRABAJADOR/A SOCIAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. UNIDAD T. SOCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hospital "Sagrado Corazón de Jesús" (HSCJ) presta una asistencia centrada fundamentalmente en la atención al anciano en todo su proceso asistencial, aunque el hospital acoge otras áreas de atención ambulatoria, especialmente Salud Mental. En 2012 se crea el SAP en el HSCJ, integrado en la Unidad de Atención al Paciente del Sector Sanitario de Huesca, con el objetivo de implementar las líneas estratégicas básicas en atención al paciente.

Dichas líneas estratégicas básicas en atención al paciente, en el contexto del proyecto que nos ocupa, están en relación tanto con la información al paciente y a la familia y/o cuidadores (P-F-C), como con la información que éstos suministren a través de las medidas de participación del centro; líneas que devienen en su mayoría de la Carta de Derechos y Deberes de usuarios de la sanidad (D-D) y que se resumen en:

1.- Velar y fomentar el desarrollo de medidas que redunden en la difusión, instrumentación y aplicación de la Carta de Derechos y Deberes del paciente.
2.- Garantizar la información sobre la organización del sistema y de la institución, de la cartera de servicios y accesibilidad, de los derechos y deberes; información orientada a la participación del paciente y familia.
3.- Conocer la opinión del paciente y recoger su percepción de la calidad recibida, así como sus sugerencias; Información orientada a la implementación de la organización del centro y a la propuesta de áreas o aspectos de mejora.

En resumen se trata de un feedback entre profesionales - institución - paciente; de dar la información y soporte necesario al paciente y familia, así como de recoger su opinión e implementar medidas que redunden en el beneficio del paciente y de los profesionales del centro. Dos conceptos que se complementan: Información / Opinión.

El proyecto esta orientado al deber de proporcionar una información veraz, concreta, accesible y fácilmente comprensible y ajustada a las necesidades de los pacientes, y al objetivo de incorporar a la misma las aportaciones suministradas por los paciente-familia-cuidadores, y tiene su justificación en las siguientes premisas:

* La hospitalización supone un cambio importante en la vida de las personas. El grado de ansiedad que puede generar en determinados pacientes se debe, en gran parte, al desconocimiento de ese nuevo entorno, al contacto con personas desconocidas y al alejamiento de su hogar. Por ello, el recibimiento y la información adecuados serán aspectos determinantes para la atención y satisfacción del paciente y su familia.
* La información reduce la incertidumbre y ansiedad, y aumenta así su percepción de control de las situaciones.
* Se trata de proporcionar una información que contribuya a ayudar, facilitar y mejorar su estancia en el hospital.
* Se trata de un derecho del paciente y de una necesidad para el buen funcionamiento del hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * Facilitar la información e integración del paciente en el entorno hospitalario.

* Ayudar al paciente y familia a conocer y a adaptarse en la organización en la que va a ser atendido, que le permita un mayor grado de autonomía, y disminuya la incertidumbre originada por la falta de información.
* Velar por la difusión y promoción de los Derechos y Obligaciones de los pacientes.
* Velar por el derecho a la información y a la participación.
* Velar por una atención integral y personalizada.
* Facilitar la relación usuario-personal sanitario
* Fomentar las medidas básicas de higiene.
* Fomentar la información sobre los Programas de Soporte y Adiestramiento dirigido a familiares y/o cuidadores, con recomendaciones que faciliten el cuidado de pacientes dependientes o en riesgo de dependencia.
* Atención al bienestar del paciente, concienciando al usuario hacia el respeto debido a los profesionales, a las normas de la institución y a los derechos de los otros enfermos, con el fin de conseguir una convivencia adecuada.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

149

1. TÍTULO

**DOS HERRAMIENTAS PARA VELAR POR EL DERECHO DEL PACIENTE A LA INFORMACION Y A LA PARTICIPACION:
"LA GUIA INFORMATIVA DEL USUARIO DEL HOSPITAL" Y "LA ENCUESTA DE HOSPITALIZACION"**

- * Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado
- * Mejorar el funcionamiento de los servicios y del hospital.
- * Mejorar la percepción que el usuario tiene del hospital y del sistema de salud
- * Aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos.
- * Mejorar la imagen del centro en la sociedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Como primera medida prevista se va a realizar la "Guía Informativa del Usuario del hospital", como documento informativo de utilidad tanto para el paciente/familia, como para la organización del centro, y con proyección ciudadana, liderado por la coordinadora del SAP Sector Huesca.

El procedimiento que se ha seguido:

- 1.- Recogida de información del centro, revisión de otras guías informativas, referencia la guía del Hospital San Jorge (1987) y la búsqueda online de otras guías informativas de hospitales similares características al HSCJ.
- 2.- Creación de un Grupo de Trabajo integrado por los profesionales del hospital que se ha considerado oportuna su participación.
- 3.- Remisión a los profesionales del grupo, de un informe con la justificación del proyecto, sus objetivos, contenidos de la guía, circuitos de entrega, etc.
- 4.- Primera reunión del grupo, para consensuar los contenidos. ¿se hace alusión?
- 5.- Primer borrador de la Guía remitido al grupo de trabajo
- 6.- Recepción del borrador con las sugerencias y modificaciones oportunas por cada participante del grupo. El borrador incluye la revisión y actualización de la Carta de Derechos y Deberes del hospital.
- 7.- Valoración por la dirección del centro, de las propuestas para determinar el "circuito estable de atención" del SAP del HSCJ, imprescindible para la atención y recepción de la opinión del paciente en la forma de sugerencias, reclamaciones, consultas, y su inclusión como información importante en la futura Guía Informativa.
- 8.- Segunda reunión del grupo de trabajo para la validación definitiva del documento borrador.
- 8.- Remisión a la dirección del centro y gerencia del sector para el visto bueno.
- 9.- Maquetación de la guía por el servicio de informática, impresión servicio de reprografía, previa la autorización del la dirección de gestión para su autorización e impresión de dos páginas en color.
- 10.- Entrega por el servicio de admisión y Recepción de la Guía informativa por el paciente/cuidador, en el momento del ingreso.
- 11.- Evaluar la satisfacción del paciente con la Guía a través de una encuesta con preguntas cerradas y espacios abiertos a las sugerencias.
- 12.- Definición y Diseño de la encuesta de satisfacción con la Guía Informativa del Usuario. Definición de la población objeto de estudio, periodicidad de la encuesta y momento de entrega y recepción. Tratamiento de la información: creación de base de datos. Análisis descriptivo de los resultados; cuantitativo y por motivos de las sugerencias en pregunta abierta.

Como segunda medida con el fin de conocer la opinión del paciente y recoger su percepción de la calidad recibida así como sus sugerencias, se va a poner en marcha la "Encuesta de hospitalización" del servicio de atención al paciente.

Procedimiento:

- 1.- Se ha tomado la encuesta de hospitalización del hospital San Jorge que comenzó a realizarse en 1990.
- 2.- Se trata de una encuesta sencilla, con fácil manejo que consta de 16 ítems, preguntas de tipo social, y un amplio espacio para formular sugerencias, agradecimientos o quejas.
- 3.- La población objeto de estudio será el total de pacientes ingresados en el hospital.
- 4.- Se entregará en el momento del ingreso junto con la Guía Informativa del usuario, por el servicio de admisión.
- 5.- La entrega de la encuesta en el momento del alta ,una vez cumplimentada, la realizará el paciente/cuidador depositándola en los buzones dispuestos en las unidades de hospitalización.
- 6.- El SAP se encargará de recoger las encuestas de los buzones con una periodicidad semanal/quincenal.
- 7.- El tratamiento de la información se realizará mediante la grabación de los resultados de las encuestas cumplimentadas en la base de datos informática, sistema HIS, ya existente y adaptada para recibir los datos del HSCJ.
- 8.- Las sugerencias plasmadas en dicha encuesta, codificadas y grabadas, serán tramitadas a la dirección de enfermería y/o supervisora de hospitalización, para su conocimiento y detección de posibles áreas de mejora.
- 9.- Difusión del análisis descriptivo de los resultados de la encuesta mediante informe anual, aportando el análisis cuantitativo y por motivos de las sugerencias del paciente/cuidador, y el análisis cuantitativo y por servicios de los agradecimientos que manifiestan los pacientes en el espacio libre

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Guía Informativa

- 1.- El consenso en los contenidos de la Guía, la consecución de los plazos y de las acciones establecidas será el primer indicador de que se ha llevado a cabo el proyecto de mejora. Si/No
- 2.- Nivel de satisfacción del paciente con la Guía, obtenido a través de una encuesta con preguntas cerradas y espacios abiertos a las sugerencias.
En esta primera etapa no se establecen estándares de cumplimiento de objetivos porque no existen antecedentes. En lo sucesivo se establecerán.
- 3.- Tras el análisis descriptivo de los resultados de la encuesta y del análisis de las sugerencias aportadas,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

149

**DOS HERRAMIENTAS PARA VELAR POR EL DERECHO DEL PACIENTE A LA INFORMACION Y A LA PARTICIPACION:
"LA GUIA INFORMATIVA DEL USUARIO DEL HOSPITAL" Y "LA ENCUESTA DE HOSPITALIZACION"**

incorporación de al menos dos contenidos aportados por el paciente/familiar/cuidador.

Encuesta de hospitalización

- 1.- Análisis de la percepción del paciente a través de la encuesta de hospitalización, de los resultados y de las sugerencias formuladas por el paciente/cuidador. Informe anual. En esta primera etapa no se establecen estándares de cumplimiento de objetivos porque no existen antecedentes. En lo sucesivo se establecerán.
- 2.- Tras dicho análisis, elección y/o priorización de dos aspectos susceptibles de mejora en relación con la información ya sea organizativa o asistencial.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Cronograma proyecto "Guía Informativa del Usuario"

- * Noviembre 2012: Recogida de información del centro y revisión de otras guías informativas.
- * Enero 2013 Creación del Grupo de Trabajo y primera reunión.
- * Febrero 2013 Primer borrador de la Guía remitido al grupo de trabajo
- * Marzo 2013 Recepción del borrador con las sugerencias del grupo.
- * Abril 2013 Revisión y actualización de la Carta de Derechos y Deberes del hospital.
- * Abril 2013 Valoración por la dirección del centro, de las propuestas para determinar la identificación del "circuito estable de atención" del SAP.
- * Abril 2013 Segunda reunión del grupo de trabajo para la validación definitiva del documento borrador. Remisión a la dirección del centro y gerencia del sector para el visto bueno.
- * Abril 2013 Maquetación de la guía..
- * Abril 2013 Diseño de la encuesta de satisfacción con la Guía Informativa.
- * Mayo 2013 Recepción de la Guía informativa por el paciente/cuidador.
- * Julio 2013: primera aproximación a los resultados de satisfacción a través de la encuesta.

Cronograma proyecto puesta en marcha de la Encuesta de hospitalización

Enero 2013: adaptación de la encuesta de hospitalización del hospital San Jorge, al hospital SCJ.
Adaptación de la base de datos HIS para el análisis de los resultados.
Mayo 2013. Entrega al paciente/cuidador de la encuesta, acompañando la Guía Informativa del Usuario.

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

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes ancianos hospitalizados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Información

OTRA PALABRA CLAVE 2. Opinión

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

242

MANUAL DE ACOGIDA PARA RESIDENTES Y PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION AL HOSPITAL DE DIA GERIATRICO DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

2. RESPONSABLE CARMEN GORGAS SORIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DOZ SAURA NIEVES. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA GERIATRIA
 - FABREGAT GOMEZ GEMMA. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - GÜERRE OTO MARIA NIEVES. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - MARTIN GROS LOURDES. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - ZAZO ROMOJARO MIGUEL. MIR. UNIDAD DOCENTE MF Y C HU. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL Hospital de día geriátrico es una Unidad Asistencial dentro del Servicio de Geriátrica del Hospital Sagrado Corazón de Jesús donde se trata a los pacientes de forma ambulatoria, sobre todo aquellos que precisan recuperación funcional.

Se ha observado un desconocimiento general tanto de la estructura, funciones, actividades y objetivos de esta unidad asistencial por parte de los profesionales que tienen que desarrollar parte de su actividad asistencial en esta unidad y no forman parte del servicio de geriatría, por ejemplo: residentes de medicina familiar y comunitaria que rotan por este servicio, alumnos del programa foccus, alumnos de la escuela universitaria de enfermería y cualquier profesional que precise un conocimiento del funcionamiento de dicha unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mayor conocimiento sobre estructura y funciones del Hospital de Día Geriátrico y con ello hacer partícipe de esta unidad a profesionales, la mayoría de ellos en formación, para un mejor aprovechamiento en el futuro de este recurso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se pretende elaborar una presentación en power point que detalle de forma minuciosa tanto la estructura como el funcionamiento del Hospital de Día geriátrico. La responsable de coordinar esta presentación será una de las geriatras integrantes del equipo. Al tratarse de un recurso en el que para conseguir el objetivo último que es aumentar la funcionalidad del paciente, participan activamente distintos profesionales como: terapeuta ocupacional, enfermería. El médico geriatra será el responsable de transmitir esta labor y recoger las aportaciones, dándoles forma y coordinando las actividades.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Elaboración de la presentación de Hospital de Día geriátrico (si/no)
2.- Encuesta a residentes de Med familiar y comunitaria, alumnos foccus y EUE:

- a.- ¿Has recibido información al inicio de tu rotación por Hospital de Día Geriátrica?
- b.- ¿Consideras que ha sido útil para el desempeño de tu labor asistencial en el futuro?
- c.- ¿Qué añadirías o suprimirías de la presentación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2013: reunión del equipo multidisciplinar (geriatra, terapeuta ocupacional, enfermería) del Hospital para asignación de tareas.
En el transcurso de este mes se elaborará la presentación.

- Mayo 2013- Abril 2014: En la acogida de todos los residentes, alumnos foccus y estudiantes de EUE se muestra la presentación y al final de la rotación se pasa la encuesta para valorar la información recibida

- Mayo 2014: Estudio de la encuesta para detectar áreas de mejora

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hospital de Día geriatrico

OTRA PALABRA CLAVE 2. acogida a profesionales

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

295

INFLUENCIA DE LOS RASGOS PREVIOS DE PERSONALIDAD EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE CON DEMENCIA HOSPITALIZADO

2. RESPONSABLE LUCIA MORLANS GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
· PUEYO ARTIEDA ALMUDENA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. GERIATRIA
· GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los síntomas psicológico-conductuales (SPCD) y el síndrome confusional o delirium son dos entidades incidentes en el paciente con demencia hospitalizado. Pueden ser causa de mala respuesta al tratamiento de enfermedades orgánicas, requieren frecuentemente el uso de diversos grupos farmacológicos y pueden prolongar la estancia hospitalaria del paciente. El conocimiento de factores predictores de su aparición obligaría a tomar medidas de prevención en los pacientes que presentaran dichos factores. No son pocos los autores que asocian los trastornos de la personalidad con una mala evolución en enfermedades mentales (mayor riesgo de depresión, demencia, suicidio y aislamiento social). La escala SAPAS (Standardised Assesment of Personality-Abbreviated Scale) es un instrumento abreviado para la evaluación de los rasgos de personalidad. Está demostrada su utilidad para la identificación rápida de riesgo de trastorno de la personalidad en adultos asociando una puntuación de 3 o más con la presencia de trastorno de la personalidad con una sensibilidad de 0,94 y una especificidad de 0,85.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Intentaremos demostrar una asociación entre una puntuación elevada en la escala SAPAS y la aparición de SPCD y delirium.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En una primera fase se identificarán todos aquellos pacientes que ingresen en una de las plantas del Servicio de Geriatria del Hospital Sagrado Corazón de Jesús durante 6 meses con una puntuación en la escala de Cruz Roja Mental mayor de 2, lo que está relacionado con la presencia de deterioro cognitivo. Entrevistaremos a sus personas allegadas usando la escala SAPAS modificada; a los 8 items descritos por Moran hemos añadido 8 items más extraídos de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II (SCID-II) con el fin de poder identificar todos los clusters de personalidad. Realizaremos un seguimiento de su estancia hospitalaria registrando la presencia de síntomas psicológico-conductuales (agitación psicomotriz, agresividad, delirios, alucinaciones, depresión, ansiedad, apatía/retardo psicomotriz, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, desinhibición) y de delirium.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realizaremos un primer corte a los tres meses de iniciado el proyecto para describir la muestra y realizar un primer análisis.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Seis meses (agosto 2013-enero 2014)

11. OBSERVACIONES. Bibliografía revisada:

Amad A, Geoffroy PA. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement: diagnostic, évolution et prise en charge. Encéphale (2012).

Moran P, Leese M. Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. British Journal of Psychiatry (2003).

Andión O, Ferrer M. The SCID-II and DIB-R interviews: diagnostic association with poor outcome risk factors in Borderline Personality Disorder. Psicothema (2012).

Agüera L, Cervilla J. Psiquiatría geriátrica. Editorial Masson.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz

POBLACIÓN DIANA
· EDAD. Ancianos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. personalidad y demencia

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

295

INFLUENCIA DE LOS RASGOS PREVIOS DE PERSONALIDAD EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE CON DEMENCIA HOSPITALIZADO

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS: LA CREACION DE UN CIRCUITO ESTABLE DE ATENCION

2. RESPONSABLE GONZALO NASARRE JORDAN

- Profesión MEDICO/A
- Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. DIRECTOR MEDICO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. DIRECCION ENFERMERIA
- LERA MALLADA MARIA ANGELES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. ADMINISTRACION
- MORENO CAMPO TERESA. TELEFONISTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RECEPCION INFORMACION
- CALVO SALILLAS MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. SERVICIO DE ATENCION AL

PACIENTE

- CABRERO CLAVER ANA ISABEL. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hospital "Sagrado Corazón de Jesús" (HSCJ) presta una asistencia centrada fundamentalmente en la atención al anciano en todo su proceso asistencial, aunque el hospital acoge otras áreas de atención ambulatoria, especialmente Salud Mental. En 2012 se crea el SAP en el HSCJ, integrado en la Unidad de Atención al Paciente del Sector Sanitario de Huesca, con el objetivo de implementar las líneas estratégicas básicas en atención al paciente.

Líneas que devienen en su mayoría de la Carta de Derechos y Deberes de usuarios de la sanidad (D-D) y que se traducen en la misión del SAP de velar y fomentar el desarrollo de medidas que redunden en la difusión, instrumentación y aplicación de la Carta de Derechos y Deberes del paciente.

Dichas líneas estratégicas básicas en atención al paciente, en el contexto del proyecto que nos ocupa, están en relación tanto con la información al paciente y cuidador de las herramientas de participación que el sistema pone a su disposición, como con la atención de los requerimientos o problemas del paciente de una forma personalizada y de calidad.

Para atender, conocer la opinión del paciente y recoger su percepción de la calidad recibida, a través de sus sugerencias, consultas, reclamaciones y agradecimientos, es preciso definir un circuito estable de atención al paciente, como punto de referencia tanto para los profesionales del hospital como para los pacientes/cuidadores que necesiten de las prestaciones del Servicio de Atención al Paciente del hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. *Velar y facilitar el derecho a la participación de los ciudadanos.

- *Implementar el SAP del HSJC con un dispositivo de atención continuada para recepción y atención al paciente.
- *Detectar necesidades e identificar áreas de mejora.
- *Mejorar la comunicación entre instituciones a través del SAP, favoreciendo el continuo asistencial.
- *Mejorar el funcionamiento y la calidad de los servicios y del hospital.
- * Mejorar la satisfacción y la percepción que el usuario tiene del hospital y del sistema de salud
- * Mejorar la imagen del centro en la sociedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Conocimiento del medio y de sus profesionales por la responsable del SAP. Puesta en marcha del programa de acogida al paciente que ingresa, con la realización de la Guía Informativa del Usuario, en donde se evidencia la necesidad de informar al paciente, de la localización del SAP, es decir de un circuito estable de atención.

Propuestas a dirección de las unidades y profesionales con el perfil adecuado para formar parte del SAP.

Creación de un Grupo de Trabajo integrado por los profesionales que van a llevar a cabo la labor de atención, la coordinadora del SAP sector Huesca, y la dirección del hospital.

Definición del espacio y horario de funcionamiento del futuro servicio de atención al paciente.

Potenciar la labor de atención e información de la Unidad de Información del hospital, como punto de referencia para el paciente, con un amplio horario de atención.

Acciones formativas en "atención al paciente" a los nuevos profesionales.

Definir las funciones del SAP del hospital y la sistemática de funcionamiento ante la Recepción y atención a los pacientes/Cuidadores que deseen formular sugerencias, reclamaciones, agradecimientos o plantear consultas o dudas. Determinar las estrategias de actuación.

Selección de indicadores en calidad percibida en el HSJC.

Creación del Protocolo y Proceso de la gestión de la opinión del paciente/cuidador

Revisar y actualizar la política documental, conforme a normativa de la hoja de reclamaciones, sugerencias, ...

Registro de la actividad y tratamiento de la información, mediante la grabación de las consultas o reclamaciones, en las bases de datos informáticas del SAP del Sector de Huesca, sistema HP HIS, adaptada para integrar los datos, entre otros, del HSCJ.

Análisis de la actividad con periodicidad anual, o a demanda del profesional que precise de datos de satisfacción del paciente/cuidador.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para la evaluación de los objetivos, y la operatividad del circuito en AP, serán los indicadores de actividad y de calidad en los procedimientos, los que darán medida de la consecución de las acciones emprendidas y la posibilidad de implementarlas.

Análisis de los datos de actividad en memoria anual con los resultados de la participación del usuario. Análisis descriptivo y de calidad. Si/No

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

427

IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS: LA CREACION DE UN CIRCUITO ESTABLE DE ATENCION

Tras el análisis, identificación de dos aspectos de mejora en relación con las necesidades detectadas del paciente/cuidador.

En esta primera etapa no se establecen estándares de cumplimiento de objetivos porque no existen antecedentes. En lo sucesivo se establecerán.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2012: Conocimiento del medio y de sus profesionales.

Abril 2013 Propuestas a dirección de las unidades y profesionales con el perfil adecuado para formar parte del SAP.
Abril 2013 Creación del Grupo de Trabajo para la puesta en marcha del circuito de atención, definiendo las funciones y la sistemática de funcionamiento.

Abril 2013 Acciones formativas en "atención al paciente" a los nuevos profesionales.

Mayo 2013 puesta en marcha del nuevo circuito, coincidiendo con la difusión de la Guía Informativa del Usuario.

Análisis de la actividad con periodicidad anual, o a demanda del profesional que precise de datos de satisfacción del paciente/cuidador.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

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

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

327

1. TÍTULO

CONSULTA DE VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

2. RESPONSABLE PILAR OCHOA CALVO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - GORGAS SORIA CARMEN. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - UBIS DIEZ ELENA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se plantea incluir una valoración geriátrica previa a la intervención programada de artroplastia total de rodilla en pacientes mayores de 70 años, para poder intervenir sobre causas no quirúrgicas de forma que se permitan favorecer la recuperación funcional. De esta forma se quiere evitar el ingreso en convalecencia y utilizar servicios ambulatorios alcanzando la mayor independencia funcional y la mejor calidad de vida para este tipo de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La enfermedad degenerativa articular se incrementa con la edad, llegando a afectar al 80% de personas mayores de 70 años, con un predominio de mujeres. El interés que tiene para Geriátrica es que es causa de dolor crónico y discapacidad física. La prevalencia sintomática de artrosis de rodilla es la más frecuente.

Cuando el dolor es importante y no está controlado; y cuando limita funcionalmente de forma que la persona está limitada para realizar actividades cotidianas suele derivarse al traumatólogo para valorar la colocación de una prótesis total de rodilla. En la actualidad hay aproximadamente 100 personas mayores de 70 años, en espera para ser intervenidos. Es conocido que si se hace una selección adecuada de los pacientes y con una buena técnica, los resultados son bastante satisfactorios. En la práctica clínica observamos que hay casos que requieren un periodo de convalecencia antes de volver al domicilio, con una recuperación más lenta. Incluso en algunos casos no recuperan la situación funcional a pesar de una buena evolución quirúrgica. Los factores relacionados con esta peor evolución son la edad avanzada, la comorbilidad alta, la demencia, la presencia de complicaciones médicas. Realizando una valoración previa a la intervención podrían detectarse problemas que influyen en un peor pronóstico funcional. Los problemas que podrían corregirse serían una anemia previa, una desnutrición, una diabetes descompensada, una falta de adaptación al domicilio, causas extra articulares de dependencia, además de ayudar en la adaptación de ayudas técnicas y del propio domicilio. Estos son problemas prevenibles. Existe una alta evidencia clínica respecto a la valoración geriátrica en el proceso de fractura de cadera. Esta valoración geriátrica puede mejorar los resultados a nivel funcional en los casos de prótesis total de rodilla.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se quiere poner en marcha una consulta específica para personas mayores de 70 años con problema en la rodilla, que estén en lista de espera para intervención. Con una valoración previa se quiere detectar aquellos problemas que puedan limitar la recuperación funcional de los pacientes. Se trata de que el paciente llegue en la mejor situación clínica al quirófano, lo más estable posible y con el mejor entorno. Una consulta de geriatría permite unar valoración clínica de distintos aparatos y poder estabilizar de forma global al paciente. En geriatría se hace una valoración de la situación cognoscitiva, funcional, social y de riesgo nutricional de los pacientes. Además se estudia el patrón de marcha y la estabilidad. Esta valoración geriátrica permite conocer mejor la situación del paciente y adecuarla a la cirugía y su recuperación posterior. Los enfermos que mejor se pueden beneficiar son aquellos más mayores y los más frágiles; con más comorbilidad o dependencia funcional.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Detectada la necesidad, se quieren dar los pasos para poner en marcha esta consulta específica. No requiere aumento de plantilla de facultativos ni de instalaciones. La consulta que se quiere iniciar es específica dentro de la especialidad de geriatría. Requiere coordinación con el servicio de traumatología, buscando un traumatólogo que haga labor de interlocutor con geriatría. El paciente sería valorado a nivel clínico, mental, funcional, social, nutricional, de su marcha y equilibrio y se valoraría también su entorno. Se elaboraría un protocolo para que todos los pacientes fueran evaluados de la misma manera, independiente del facultativo. Una vez acabada la valoración se emitiría un informe con la información, informe estandarizado para esta consulta específica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La consulta está previsto iniciarla durante el año 2013

Una vez puesta en marcha:

Indicador 1: porcentaje de pacientes evaluados que tras ser intervenidos tienen que ingresar en convalecencia. Debe ser menor de 10%

Indicador 2: porcentaje de pacientes evaluados que tras ser intervenidos tiene un índice de Barthel mayor de 60. Debe ser mayor de 80%

Seguimiento:

Una vez hecha la valoración se emite informe

Se revisa al paciente entre 1-2 meses tras intervención

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

327

CONSULTA DE VALORACION GERIATRICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de consulta durante el año 2013.
Una vez puesta en marcha, se dedicara a ella un facultativo un día fijo a la semana.

11. OBSERVACIONES. Al ser necesario un interlocutor en traumatología no se puede fijar una fecha concreta de inicio.
11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. poblacion mayor de 70 años

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. artoplastia rodilla
OTRA PALABRA CLAVE 2. valoracion geriátrica
VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

399

INSTAURACION DEL PROGRAMA INFORMATIZADO DE TARJETAS DE MENUS EN HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

2. RESPONSABLE VISITACION ORTEGA RIBA
- Profesión OTROS
 - Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. HOSTELERIA HOSPITALARIA-COCINA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NOGUERAS BRAVO ELISA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA
- NAVARRO CAMEO MARIA PILAR. ADMINISTRADOR/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. ADMINISTRACION
- MOYA PORTE TERESA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION GERIATRIA
- CHARTE GASCON MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. LOGOPEDIA
- MARION MAINER MERCEDES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITALIZACION GERIATRIA
- SIERRA GRASA JUAN JOSE. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION GERIATRIA
- SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de cocina del Hospital Sagrado Corazón de Jesús (HSCJ), está sujeto a un proyecto de calidad impulsado por la Subdirección Provincial de Salud Pública, denominado APPCC (Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos), a través del cual, se pretende mejorar la calidad y seguridad alimentaria en el centro, mediante protocolos de trabajo, registro de todos los datos, determinaciones analíticas periódicas, tanto de los alimentos como de las superficies que intervienen en la realización de los mismos y planes de formación continuada del personal.

Este es un proyecto integral, que persigue una mayor calidad nutricional y una mejor seguridad alimentaria, hemos detectado que en el HSCJ, los menús de cada paciente, se comunican al servicio de cocina, a través de un sistema tradicional manual, de unas cartulinas de colores:

- Cada tipo de menú tiene un color, y en ellas, está serigrafiado el tipo de dieta en general, y es el personal de enfermería el que debe apuntar, manualmente, en las mismas, todas las especificaciones nutricionales de cada paciente, con la consiguiente falta de espacio y por el mismo motivo, de claridad, en el caso de pacientes que necesiten varias especificaciones nutricionales.

En la actualidad, en el HSCJ de Huesca, se cuenta con la aplicación informática necesaria, para llevar a cabo la instauración de la informatización de las tarjetas de menús; lo que mejoraría considerablemente la correcta comunicación entre los diferentes servicios del Hospital y el servicio de cocina. Este hecho, fue puesto en conocimiento de la Comisión de Nutrición del Centro, por ser la encargada de gestionar todo lo referente a Dietética y Nutrición

Se trata de la parte correspondiente a dietética y nutrición del programa HP-HIS, del Sector Sanitario de Huesca.

Esta aplicación informática, está instalada, pero todavía no se ha puesto en marcha, debido a que, aunque se instaló a mediados del año 2011, la elaboración y puesta en marcha del plan de APPCC, mencionado anteriormente, y de obligado cumplimiento para todos las cocinas de restauración colectiva, nos ha supuesto un largo paréntesis en la instauración de la informatización de las tarjetas de menús.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la instauración de dicho programa en todo el Hospital, se conseguiría:

a.- Una mejor comunicación, por parte de enfermería, de las necesidades nutricionales de cada paciente al servicio de cocina.

b.- Un mayor conocimiento, por los profesionales de enfermería de toda la oferta nutricional existente en el centro, para así poder adaptarse mejor a las necesidades terapéuticas de cada paciente.

c.- Velar por la seguridad del paciente, a la hora de intolerancias alimentarias.

d.- Mejorar la percepción que el paciente tiene, con respecto al servicio de cocina, adecuando las distintas dietas, a la medida de lo posible, y respetando siempre la pauta nutricional que prescriba el personal facultativo, a los gustos personales de cada paciente.

e.- Mejorar el aprendizaje de los profesionales de enfermería, de la oferta nutricional del servicio de cocina del centro, para adaptarse mejor a las necesidades nutricionales de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El procedimiento para la puesta en marcha del programa de tarjetas de menús informatizadas consistiría en:

a.- Información a la Comisión de Nutrición, del procedimiento a seguir para la instauración de la informatización de las tarjetas de menús.

b.- Instalación del programa informático. Es la misma aplicación informática para dietas hospitalarias que se está utilizando en el Hospital San Jorge, el cual, adaptaríamos a las dietas del HSCJ.

- Resolución del problema que suponía, el no contar con la impresora especial para tarjetas de menús, por falta de presupuesto. Se solucionó adaptando la impresora existente en el Servicio de Cocina, a la impresión de papel, en un formato tan pequeño como era 1/6 de folio, que es el formato de las tarjetas personales de menús

c.- Parametrización, es decir, asignarle a cada uno de los ingredientes y a cada uno de los platos un código, para que se distingan de los platos del Hospital San Jorge, y no inducir a errores a ninguno de los colectivos que deben utilizarlo. Personalizándolos, en colaboración con el Departamento de Informática, hemos acordado que todos los menús e ingredientes que se introduzcan, comenzarán por (^) que será el símbolo para el HSCJ y se situarán al final de los listados de la base de datos.

d.- Instalación de la aplicación y conexión en red, de los ordenadores de los diversos servicios que tengan

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

399

INSTAURACION DEL PROGRAMA INFORMATIZADO DE TARJETAS DE MENUS EN HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

necesidad del mismo (Plantas de Hospitalización, Hospital de Día de Geriatría, Hospital de Día de Psiquiatría y Servicio de Logopedia), para solicitar los diferentes tipos de menús. Se le propone colaboración en este punto, al informático del Hospital San Jorge, que está encargado de las bases de datos de HP-HIS.

e.- Introducción de los datos referentes a nuestro centro en la base de datos. Personalizándolos para que, así, no haya confusiones entre los dos centros que utilizan el citado programa.

f.- Formación de todo el personal que deba utilizar la aplicación. Esto se realizaría mediante la confección de un breve manual de utilización del programa y mediante unas charlas informativas a todo el personal que lo utilice.

- Personal de Cocina: Charlas informativas y Entrega de Manual

Dirigidas sobre todo a la técnica de, cómo extraer los datos de la base e imprimir las tarjetas de los diferentes menús.

- Personal de Enfermería: Charlas informativas y Entrega de Manual.

Dirigidas a cómo introducir los datos nutricionales y las especificaciones personales, de todos los pacientes hospitalizados, para que puedan llegar al servicio de cocina correctamente y con la mayor claridad.

g.- Revisión y análisis de los resultados obtenidos a través de la Encuesta del Hospital, del Servicio de Atención al Paciente, para poder valorar la satisfacción de la aplicación, en la implantación del proyecto de mejora.

h.- Puesta en marcha.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores se podrían referir al uso de la citada aplicación, y a los resultados que se obtendrán con ella:

a.- Puesta en marcha: SI-NO

b.- Cuantificación, a través del programa, de las especificaciones nutricionales que se produzcan en los menús del HSCJ, tanto por el gusto personal de los pacientes, como debidas a alergias o intolerancias alimenticias

d.- Nivel de satisfacción de los pacientes, mediante el análisis de la pregunta cerrada en la Encuesta del Hospital del Servicio de Atención al Paciente y también, a través de las sugerencias de los pacientes, formuladas a través de la pregunta abierta de dicha encuesta.

e.- En este momento, no se establecen estándares de cumplimiento de objetivos, debido a que no hay antecedentes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Año 2011/2012:

a.- Información a la Comisión de Nutrición, del procedimiento a seguir para la instauración de la informatización de las tarjetas de menús.

b.- Instalación del programa informático.

c.- Parametrización, está confeccionado manualmente, todos esos datos deberán ser introducidos en el programa.

Año 2013

Mayo- Junio

d.- Introducción de los datos referentes a nuestro centro en la base de datos.

e.- Instalación de la aplicación y conexión en red, de los ordenadores de los diversos servicios que tengan necesidad del mismo.

• Septiembre

f.- Formación de todo el personal que deba utilizar la aplicación:

-

• Noviembre

g.- Puesta en marcha.

Febrero Año 2014

Revisión y análisis de los resultados obtenidos a través de la Encuesta de satisfacción del Hospital

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

POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Ancianos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

425

OPTIMIZACION DE LA REHABILITACION EN EL PACIENTE GERIATRICO

2. RESPONSABLE ELENA UBIS DIEZ
- . Profesión MEDICO/A
 - . Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
 - . Localidad HUESCA
 - . Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - . Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- . SALGADO GRACIA ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
 - . CHARTE MARTA. LOGOPEDA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
 - . PUERTOLAS GUERRI YOLANDA. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - . ASENJO LOSTAO MARIA ANGELES. FISIOTERAPEUTA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
 - . MARION MAINER MERCEDES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - . MALO GRACIA SUSANA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. REHABILITACION
 - . GÜERRE OTO MARIA NIEVES. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En Hospital Sagrado Corazón de Jesús se desarrolla una atención integral al paciente geriátrico. En este servicio ingresan pacientes con múltiples patologías como fractura osteoporótica de cadera, ACV, síndrome de inmovilidad secundario a múltiples etiologías... La mayoría de los paciente realizan tratamiento rehabilitador con el objetivo de mejorar la situación funcional del paciente, tanto fisioterapia, terapia ocupacional como logopedia. Este trabajo debe continuarse durante el resto de jornada incluido días festivos.

Se plantea con este proyecto traducir los avances obtenidos en el servicio de RHB al personal sanitario de la planta y familiares para su implicación en la recuperación de la funcionalidad funcional del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. se quiere realizar un documento donde se plasmen los avances obtenidos progresivamente en el servicio de RHB, para optimizar la comunicación y colaboración el personal sanitario que atiende al paciente y mantener a la familiar implicada e informada de los avances

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración del documento que recoja los avances obtenidos en las AVD de los pacientes que ingresen en una de las secciones del hospital. Valorar los puntos débiles y las dificultades de aplicación para modificar y mejorar los apartados de este y posteriormente difundirlo en el resto de secciones.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización del documento número de pacientes en los que se aplica en documento /nº total de pacientes que realizan RHB debe ser del 100% Sería interesante valorar si existen diferencias al alta de la situación funcional mediante el I.Barthel de los pacientes en servicio de RHB , respecto al I.Barthel al alta en la planta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración del documento de registro tras revisión de otras experiencias en servicios similares mayo- junio 2013

Implantación del documento desde julio a diciembre

Modificación del documento enero y febrero

Medición de los indicadores en abril

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. rehabilitación funcional

OTRA PALABRA CLAVE 2. coordinacion

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

007

IMPLANTACION DE UNA UNIDAD DE ANESTESIA PEDIATRICA EN EL SARYTD DEL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE CLARA ALAMILLO SALAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARMENDARIZ BULL IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· ROSA CIRAC PEREZ. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERA DE QUIROFANO
· VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· SAUCO JAQUES JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· VILLARROEL PINO ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· RIGOPOULOU BAKOROU ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Dirección médica de nuestro hospital solicitó colaboración al Servicio de Anestesia para aumentar la actividad quirúrgica pediátrica y así disminuir derivaciones innecesarias al Hospital Infantil de Zaragoza, sobre todo en la especialidad de otorrinolaringología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer un protocolo de actuación en anestesia pediátrica
- Formación específica de personal de enfermería y anestesia para realizar esta actividad
- Adquisición de material pediátrico de anestesia
- Aumentar actividad quirúrgica pediátrica dentro de las posibilidades del hospital
- Disminuir derivaciones innecesarias al Hospital Infantil de Zaragoza

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión bibliográfica de Anestesiología pediátrica y tratamiento del dolor agudo postoperatorio

- Instruir a la enfermería en la preparación del material pediátrico necesario:
Diluciones de medicación
Preparación del material de vía aérea
Disposición del circuito respiratorio
- Adecuación de los criterios de selección de pacientes según las recomendaciones de la SEDAR para hospitales no especializados de forma consensuada con el Servicio de Otorrinolaringología
- Carro de anestesia pediátrica: solicitud y adquisición de material para anestesia pediátrica y organización del mismo en un carro

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Medición del cumplimiento/realización del 80% de los objetivos/actividades programadas -> Registro del número de cirugías realizadas hasta diciembre de 2013
2. Implantación del protocolo de actuación e impacto del mismo -> Número de especialistas que se adhieren a dicho protocolo en 2013
3. Fecha estimada de puesta en marcha del protocolo -> Fecha real de puesta en marcha del protocolo
4. Objetivación de la disminución del número de derivaciones extrahospitalarias -> Eficacia de la implantación (disminución de las derivaciones extrahospitalarias expresada en porcentaje)
5. Disposición del material pediátrico solicitado -> Porcentaje de procedimientos modificados por falta de material idóneo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Establecer un protocolo de actuación en anestesia pediátrica -> De enero de 2013 a marzo de 2013

Formación específica de personal de quirófano -> De marzo de 2013 a mayo de 2013

Adquisición de material necesario -> De enero de 2013 a mayo de 2013

Aumentar actividad quirúrgica pediátrica -> De enero de 2013 a diciembre de 2013

Disminución de derivaciones extrahospitalarias -> De enero de 2013 a diciembre de 2013

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

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. Niños
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. .

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 2. Patología quirúrgica pediátrica

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

1. TÍTULO

IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. FINALIZACION PROCESO ICTUS SECTOR

2. RESPONSABLE OLALLA ALBERTI GONZALEZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LATORRE JIMENEZ ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- BESTUE CARDIEL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- ROCHE BUENO JOSE CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- PAMPLONA CIVERA MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Ictus es una enfermedad de gran impacto en la vida personal y social. Constituye la primera causa de defunción en 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. En el último decenio la mortalidad por Ictus había disminuido en todas las comunidades autónomas, sin embargo en Aragón se mantenía por encima de la media Nacional, con unas cifras de morbimortalidad por encima de lo deseable (50% varones y 43% mujeres en 2008).

Dentro de las estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud se realiza y aprueba en noviembre de 2008 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" con el objetivo principal de "mejorar la atención a lo largo de todo el 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".

Dicho plan se realiza a lo largo de 2009 y se comienza a implantar en los distintos Sectores a partir de 2010.

Las características de la población de nuestro Sector, con una pirámide población envejecida (esperanza de vida 2009 de 82 años, 79 varón y 85 mujer), un índice de envejecimiento de 125 (Aragón 111,5 y 84,7 España), y un índice de sobre-envejecimiento de 15,7 (14,2 Aragón y 12,3 España) con una proyecciones realizadas por el INE a corto plazo que estimaban un índice sobre-envejecimiento en 2018 de 21,9, hacían que la incidencia de Ictus esperada para los años futuros, fuese una prioridad sanitaria dentro de los procesos de la Unidad de Neurología del Sector sanitario.

Por otra parte, la patología cerebrovascular (Ictus) suponía el 44-48% de la patología hospitalizada y el GRD 14 (Ictus con infarto) suponía el 7º GRD en términos de frecuencias, del hospital. Por lo que una mejora en este proceso supondría un cambio en la eficiencia general de la Unidad de Neurología.

Además, las características geográficas y de dispersión de nuestro Sector Sanitario, con una superficie de 8149,9 Km, una densidad demográfica de 13,9 habitantes/Km y una altitud media de 658 metros, con alguna zona de salud con mayor altitud (Biescas-Valle de Tena) a 1089 m de altura, hacen difícil el acceso de la población a centros de 3º nivel donde beneficiarse de tratamientos específicos del Ictus agudo como la fibrinólisis y establecen desigualdades en la asistencia en la comunidad

En el Sector Huesca, se constituye en 2010 un grupo de mejora para poder realizar la puesta en marcha de todas las acciones de este proceso de acuerdo con la metodología de "gestión por procesos" y siguiendo un cronograma de actuación y unos objetivos definidos cada año. En los 3 años de evolución de este grupo de mejora los resultados han sido patentes con la creación de un área de Ictus, la implantación de la fibrinólisis y el Teleictus, la comunicación con los niveles de atención primaria entre las acciones conseguidas.

Tras 3 años de evolución es preciso consolidar los aspectos esenciales y finalizar la implantación de aspectos pendientes. Por otra parte la evolución de 3 años nos permite evaluar tendencias y poder este año auditar las actuaciones realizadas para poder realizar acciones correctoras. En el progreso e implantación del proceso la implicación del grupo de mejora de Neurología como impulsores de cada subproceso ha sido un aspecto esencial con una actitud crítica, evaluando resultados e implantando actuaciones correctoras.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

1. Consolidación de la formación continuada en enfermería del área para garantizar el aprendizaje específico y actualizado de la enfermería que atiende al paciente con ictus y los cuidados de los pacientes en fase aguda con máximas garantías de seguridad.
2. Actuaciones correctoras de formación y actualización a nivel de Urgencias sobre:
 - a. Cuidados generales y actualizaciones para mejorar la asistencia y aplicar los cuidados adecuados en base a las nuevas evidencias científicas.
 - b. Protocolos de derivación a otros hospitales de 3º nivel con el objetivo de evitar derivaciones innecesarias a hospitales de 3º nivel
 - c. Actualización fibrinólisis tanto en los criterios de inclusión y exclusión como en modificaciones de manejo terapéutico para realizar una asistencia más segura e incrementar el número de pacientes que pueden acceder a este tratamiento
 - d. Recordatorio uso del Teleictus para evitar fallos por falta de conocimiento de su manejo cuando se precise el uso de esta tecnología, ya que una pérdida de tiempo puede impedir o retrasar la aplicación del tratamiento.
3. Finalizar y revisar aspectos de protocolización a nivel de alimentación que se considera necesario para implantar la pauta más segura para el paciente.
4. Revisión con el servicio de endocrino de pautas de alimentación con SNG y uso de antidiabéticos

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

145

IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. FINALIZACION PROCESO ICTUS SECTOR

5. Formación continuada práctica a nivel de atención primaria para difundir todas las partes del subproceso en los que atención primaria está implicado.
6. Finalizar el Subproceso de cirugía vascular.
7. Audit de las actuaciones realizadas en estos años para evaluar las actuaciones realizadas y poder establecer acciones correctoras del proceso tras 3 años de implantación.

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 del Área de Ictus y urgencias y Radiología y Cirugía vascular que se ha reunido para los distintos subprocesos cada año.

*Se crea en 2010 el Área de Ictus que ha tratado a 600 pacientes con Ictus desde 2010 a 2012.

*Se ha conseguido disponer y formar a un personal de enfermería capacitado para atender al paciente con Ictus que actúa con unos protocolos de vigilancia y cuidados específicos.

*Se realiza una asistencia de acuerdo a unos protocolos consensuados en base a la evidencia científica, que se han revisado en dos ocasiones con una última actualización en octubre de 2012.

*Se han informatizado los protocolos para facilitar su uso y su aplicación diaria y evitar variabilidad y riesgos de seguridad.

*Se ha puesto en marcha la fibrinólisis y el Teleictus, aunque son necesarias actuaciones para incrementar el número de pacientes que pueden beneficiarse.

*Se ha realizado cursos teóricos de formación tanto a personal de enfermería, médicos de hospitalización, urgencias y atención primaria.

*La implantación de estas medida han sido coste-eficaces. Con un importante descenso en la estancia media (264 estancias ahorradas en 2010, 393 en 2011 y 276 en 2012), un índice funcional que mejoró de forma importante desde 2009 y se ha mantenido en esto niveles de eficiencia (actualmente 0,85) y un índice de funcionamiento (IEMA) que pasó de 0,9 en 2009 a 0,75 en la actualidad.

*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 la tendencia observada de disminución de la morbimortalidad

2. Mejorar la calidad y seguridad de la asistencia al paciente con Ictus

3. Realizar una asistencia coste-eficaz

4. Actualizar y revisar acciones a nivel de urgencias para:

a. Aumentar la rapidez en la aplicación de la fibrinólisis

b. Incrementar el número de pacientes que pueden beneficiarse

c. Mejorar el conocimiento de las acciones en el paciente con ictus agudo para aplicar el tratamiento con mayor seguridad y evitar poner en riesgo a los pacientes.

d. Mejorar el conocimiento de aquellos pacientes que pueden beneficiarse del traslado a otro nivel asistencial para evitar traslados innecesarios del paciente (con el consiguiente trastorno para el paciente y la familia y los costes de traslado innecesarios) y no perder la oportunidad de los que sí pueden beneficiarse (fibrinólisis intraarterial, evacuación quirúrgica, etc...)

5. Continuar con la formación continuada en enfermería del Área para afianzar la actividad de un personal específico con las garantías de asistencia segura y de calidad y la apuesta por un ciclo de mejora continua en el área de Ictus con la evaluación de las actuaciones realizadas.

6. Finalizar todos los aspectos del Proceso Ictus pendientes en especial aquellos de documentación:

a. Mejorar la comunicación al paciente en Neurosonología con la realización de todos los documentos de información sobre las pruebas de neurosonología transcraneal que se realizan en el laboratorio de Neurosonología.

b. Realización e implantación del protocolo de fuera del área y del AIT (informatizado) y difundirlo al hospital de convalecencia.

c. Implantar el protocolo de inicio de antidiabéticos pasada la fase aguda del ictus

d. Implantar el nuevo protocolo de alimentación por Sonda nasogástrica

7. Finalizar el subproceso terapéutico con el Servicio de Cirugía vascular para la valoración del Ictus y su prevención secundaria.

8. Finalizar los supprocesos en los que interviene Atención primaria con la realización de cursos de formación práctica mediante Focuss.

9. Realizar el audit del Proceso Ictus para evaluar los cambios observados tras 3 años de implantación y si los objetivos se han conseguido e implantado.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

IMPLANTACION PLAN ATENCION AL ICTUS EN EL SECTOR HUESCA A TRAVES DE LA CONSOLIDACION GRUPO DE MEJORA DEL PROCESO ICTUS. FINALIZACION PROCESO ICTUS SECTOR

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación continuada para enfermería a cargo de los FEAS de la unidad de Neurología.
2. Revisión, modificación e implantación del nuevo protocolo de nutrición y pautas de antidiabéticos en fase aguda de Ictus por parte de los FEAS de Endocrinología.
3. Actualización y revisión protocolos de urgencias en atención al Ictus a cargo de FEA de urgencias y de los del servicio de Neurología.
4. Revisión y actualización de los protocolos pendientes: atención AIT / ICTUS fuera del área a cargo de los FEAS de Neurología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Indicadores de calidad del audit clínico del proceso ictus
2. Mortalidad por ictus
3. N° paciente ingresados en el Area
4. EMedia Neurología
5. EM por GRD (GRD 14, GRD 832 y GRD 810)
6. IEMA
7. IFuncional
8. Curso Focuss realizado: Si/No
9. Sesiones de formación y actualización en urgencias realizada. (S/N)
10. Realización de sesión conjunta (estándar >0 =1/cada 2 meses)
11. Realización protocolos de alimentación por sonda (S/N)
12. Implantación protocolos específicos ictus fuera del área (S/N)
13. N° códigos activados en nuestro Sector
14. %pacientes fibrinolizados respecto a CI activados
15. Tasa fibrinólisis
16. % Telecomunicaciones realizadas
17. %Fallos de comunicación en teleictus
18. % pacientes fibrinolizados mediante teleictus
19. Tiempo puerta-aguja
20. Tiempo puerta-TAC
21. Morbilidad en pacientes fibrinolizados
22. N° de sesiones de formación enfermería realizada (Estándar>8).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2013: Inicio sesiones de formación en enfermería (se realizarán de forma mensual)
Abril 2013: Reunión equipo de proceso y reparto de tareas/implantación protocolos informatizados pendientes.
Mayo 2013: Realización curso práctico primaria /revisión subproceso cirugía vascular
Junio 2013: Realización recuerdo urgencias fibrinólisis y teleictus/revisión potocolos alimentación y SNG
Septiembre 2013: Realización Audit clínico/Implantación documentos de Neurosonología
Octubre 2013: Revisión actuaciones programadas
Noviembre 2013: reunión grupo proceso para valorar resultados audit y acciones pendientes/problemas de implantación
Diciembre 2013: Evaluación Proceso/ Implantación de medidas correctoras

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

441

MONITORIZACION DEL BLOQUEO NEUROMUSCULAR EN EL AREA QUIRURGICA

2. RESPONSABLE IGNACIO ARMENDARIZ BUIL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARIN GARICABEITIA JUAN RAMOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Hay varios períodos en e transcurso de la anestesia general que es necesario el uso de bloqueantes neuromusculares (BNM) y, por lo tanto, será necesario monitorizar la función neuromuscular. El primero de ellos es la intubación orotraqueal (IOT), después se hace necesario un adecuada relajación o bloqueo neuromuscular (BN) para conseguir condiciones quirúrgicas óptimas. Por último, los bloqueantes neuromusculares tienen gran importancia en cirugías que requieren inmovilidad absoluta. Pero en el momento de despertar al paciente, es preciso una recuperación completa de la función neuromuscular. A La recuperación incompleta del efecto de los BNM la llamamos bloqueo neuromuscular residual (BNMR) y se ha relacionado con algunas de las complicaciones graves más frecuentes del postoperatorio inmediato, como la hipoxemia, la obstrucción de la vía aérea superior o la aparición de atelectasias y neumonía. Una correcta monitorización del BN nos ayudará a prevenir el BNMR. El patrón de monitorización más utilizado en el Tren de cuatro (TOF): cuatro estímulos a 2Hz cada 15 segundos durante toda la intervención. El nervio estimulado más frecuentemente utilizado es el cubital midiendo la respuesta del músculo adductor del pulgar. La mejor forma de prevenir el BNMR es no despertar al paciente hasta alcanzar un TOF ratio 0,9 (porcentaje de la cuarta respuesta respecto a la primera del tren de cuatro superior al 90%). Con este grupo de mejora pretendemos extender la monitorización del BN mediante la valoración objetiva del TOF ratio a todos las intervenciones en las que se utilicen BNM para disminuir el riesgo de BNMR en nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La monitorización del BN mediante aceleromiografía tras la estimulación del nervio cubital (método más utilizado en la práctica anestésica habitual) es frecuente en nuestra área quirúrgica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Extender la monitorización objetiva del BN mediante aceleromiografía tras la estimulación del nervio cubital hasta un TOF ratio = 0,9. Disminuir la incidencia de BNMR

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación en el manejo del neuroestimulador TOF Watch para interpretar correctamente los datos que nos aporta.
- Formación en la repercusiones negativas del BNMR en el postoperatorio
- Formar la utilización del neuroestimulador TOF Watch y de todos los accesorios del dispositivo.
- Monitorizar el BN durante toda la intervención quirúrgica e incluso en URPA (Unidad de Reanimación Postanestésica) si el paciente presenta signos o síntomas de BNMR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de anestesiólogos del servicio que han recibido el material de formación
- Porcentaje de intervenciones quirúrgicas en las que se ha asegurado un TOF ratio = 0,9 antes de despertar al paciente del total de intervenciones en las que se usado BNM.
- Incidencia de BNMR en nuestra URPA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación: Del 1 de mayo de 2013 a 30 de junio de 2013.
Evaluación de la monitorización: Del 1 de octubre de 2013 a 30 de noviembre de 2013.
Incidencia de BNMR en URPA: Del 1 de octubre de 2013 a 30 de noviembre de 2013.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MONITORIZACION BLOQUEO NEUROMUSCULAR

OTRA PALABRA CLAVE 2. BLOQUEO NEUROMUSCULAR RESIDUAL

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

159

1. TÍTULO

CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE HEPATITIS VIRALES CRONICAS

2. RESPONSABLE VANESA BERNAL MONTERDE

- . Profesión MEDICO/A
- . Centro H SAN JORGE
- . Localidad HUESCA
- . Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- . Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . CORTES GARCIA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
- . FERRERO CANCER MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
- . GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA
- . COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. DERMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La consulta de hepatitis virales se instauró en Enero de 2012 para atender de forma continuada las necesidades especiales del tratamiento de esta patología, máxime con la incorporación de los nuevos fármacos conocidos como inhibidores de proteasas (IP) que precisan de un control más estricto y presentan una mayor tasa de efectos secundarios graves.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2012 se han llevado a cabo:

- 228 consultas de pacientes diagnosticados de hepatitis viral crónica (VHB y VHC).
- Se han solicitado un total de 11 tratamientos con IP contra el VHC, iniciándose un total de 2 tratamientos en 2012 (los aprobados por la CEMA) con un control semanal o bisemanal para detección precoz de efectos secundarios.
- Estrategia de coordinación con dermatología (mejorar seguridad clínica)
- Estrategia de coordinación con microbiología: mejorar seguridad clínica para detectar resistencias y proporcionar una atención más eficiente ante la necesidad de retirada precoz de IP.
- Creación de registro de informático de pacientes en tratamiento con nucleós(t)idos por Hepatitis VHB crónica

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar atención y manejo precoz de efectos secundarios (ES)

- Mejorar disponibilidad de RNA-VHC para toma decisiones clínicas en pacientes en triple terapia VHC y modificación de los resultados de la carga viral diferenciando RNA < 15 UI y RNA indetectable, según la nueva evidencia científica.
- Creación de registro de pacientes en tratamiento con nucleós(t)idos por Hepatitis VHB crónica
- Creación de registro de informático de pacientes con Hepatitis C crónica.
- Realización de consentimiento informado para inicio de triple terapia (pendiente de validación por la Comisión de Historias Clínicas) y de doble terapia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Campos de mejora:

- Instaurar programas de adherencia del paciente a tratamientos
- Implementar en actividad clínica el consentimiento informado
- Incluir protocolo de prevención de reactivación VHB en pacientes inmunodeprimidos y de transmisión materno-filial VHB.
- Registro único de pacientes VHB y VHC.

Los participantes en este proyecto son:

- Dr. Cortés y Dra. Bernal (Unidad de Gastroenterología y Hepatología Hospital san Jorge)
- Dr. Ferrero (Servicio de microbiología de Hospital san Jorge)
- Dras. Gilaberte y Coscojuela (dermatología hospital San Jorge)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Mejorar atención y manejo precoz de efectos secundarios (ES) =

- Instauración de circuito de alta resolución en consulta dermatología: Si/No
 - Facilitar contacto telefónico y personal con hepatólogos en caso de ES: Si/No
 - Mejorar disponibilidad de RNA-VHC para toma decisiones clínicas en pacientes en triple terapia VHC = %
 - RNA-VHC valorados en consultas seguimiento/RNA -VHC solicitados. Estándar 100%
 - Creación de registro de pacientes en tratamiento con nucleós(t)idos por Hepatitis VHB crónica = N°
 - pacientes incluidos en registro/n° pacientes VHB en tratamiento antiviral. Estándar >85%
 - Creación de registro de pacientes en tratamiento con nucleós(t)idos por Hepatitis VHB crónica = N°
 - pacientes incluidos en registro/n° pacientes VHB en tratamiento antiviral. Estándar >85%
 - Realización de consentimiento informado para inicio de triple terapia VHC Si/no
- Los datos se obtiene de historias clínicas y de registro creado para seguimiento de pacientes en tratamiento con antivirales (VHB y VHC)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Enero 2012 Fecha de finalización: Ininterrumpida

Calendario:

- Primer semestre de 2013: Incluir consentimiento informado en inicio de tratamientos para el VHC tanto doble como triple terapia.
- Programa de adherencia de fármacos antivirales : a lo largo del 2013
- Inclusión protocolos prevención reactivación y transmisión materno-filial VHB

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

159

CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE HEPATITIS VIRALES CRONICAS

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

264

1. TÍTULO

MEJORA EN LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

2. RESPONSABLE ALICIA JOSEFA BERNUES PEREZ
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA
 - PEREZ FERRA MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISORA 4ARIA PLANTA
 - IZARBEZ PUENTE ALBERTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMINISTRACION
 - LAGUARTA ORTAS ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. GESTION
 - VIÑUALES PALOMAR CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. GESTION
 - SUBIAS BARDAJI PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CMA
 - VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MIR. H SAN JORGE. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La coexistencia de un programa de CMA (y potencialmente de uno de Cirugía de recuperación rápida con estancia nocturna), junto con un programa de Cirugía de recuperación lenta, permite un uso más racional y eficiente de los recursos humanos y materiales, así como un aumento de la casuística de pacientes que permanecerán menos de 24 horas en el recinto hospitalario.

El aumento en la esperanza de vida de la población, la constatación de que los recursos destinados a la sanidad son finitos y el desarrollo tecnológico han estimulado la implantación de formas de prestación sanitarias alternativas a la hospitalización tradicional. La puesta en marcha de programas de cirugía ambulatoria ha producido un importante ahorro de estancias hospitalarias (1).

Consideramos que el desarrollo de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria debe ser progresivo y secuencial, promoviendo el incremento de la confianza de los cirujanos y los pacientes en la filosofía de que la menor estancia hospitalaria posible es la mejor estrategia actual. Por otro lado, es necesario un plan flexible y dinámico, basado en los medios y circunstancias socioeconómicas de nuestro Hospital, que permita avanzar desde las estructuras y organización actuales de Cirugía Mayor Ambulatoria a la creación de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria más organizada y eficiente. El objetivo final es, siguiendo las distintas recomendaciones de las Asociaciones y Sociedades de CMA, la creación de una Unidad eficiente que puede mejorar la cartera de servicios promovida por nuestro Hospital.

La CMA es una modalidad con múltiples beneficios: ahorro económico, mayor satisfacción de los pacientes y de los profesionales, mejores resultados clínicos, mejor utilización de los recursos...

El desarrollo de una UCMA es un proceso multidisciplinar que debe involucrar a todos los integrantes y responsables de la Unidad: enfermería, auxiliares, médicos, celadores, servicios de asistencia primaria, administrativos, gerencia...con el objetivo de conseguir una mejoría de la asistencia sanitaria a la población así como un ambiente de colaboración que mejore dicha asistencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En estos momentos podríamos calificar la situación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro Hospital como insuficiente. La CMA es elaborada de forma puntual por los distintos Servicios Quirúrgicos, limitada a intervenciones quirúrgicas muy concretas de las especialidades de oftalmología, ginecología, otorrinolaringología y traumatología.

No existe en estos momentos, al menos de forma claramente definida, una estructura organizada, personal y material, para la realización de CMA, desde el punto de vista de las guías y recomendaciones elaboradas por las distintas Sociedades Médicas de Cirugía Mayor Ambulatoria. Aunque existe una dotación material relativamente adecuada para la demanda actual de CMA, consideramos que la puesta en marcha de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria requiere una dotación material y personal lo más independiente posible para garantizar los mínimos requeribles de eficacia y eficiencia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que el número de pacientes sometidos a CMA ingresados no supere el 10% Una ocupación óptima de la instalación que demuestre el buen funcionamiento y la buena elección de los pacientes. Que no supere el 10% el número de consultas que se realicen tras el alta Hospitalaria. Que no supere el 10% el número de reingresos tras el alta Hospitalaria. El menor número posible de cirugías suspendidas por cualquier causa. Unos buenos resultados en la satisfacción de los pacientes sometidos a cualquier cirugía y que hagan uso de la CMA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se ha formado un equipo multidisciplinar en el que están implicados todos los jefes de servicio y adjuntos. Enfermería ha dotado a la unidad del personal adecuado para conseguir los objetivos. Supervisora de la unidad con una enfermera y una auxiliar. Equipamiento del entorno a trabajar ya equipado. Se realizarán reuniones los primeros 6 meses, mensualmente para ajustar las distintas actuaciones, seguirán siendo trimestrales. Una unidad viva en la que se pretende para cumplir los objetivos ir creciendo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

264

MEJORA EN LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Tasa IQ CMA
Nº de pacientes I.Q. por CMA/total de IQ
2- Pernocta no planificada. Índice de ingresos: pacientes programados como CMA que tuvieron que ser ingresados en el hospital por complicaciones o por mala selección del paciente o procedimiento.
Nº de pacientes sometidos a CMA ingresados directamente desde la CMA/Nº de pacientes antevenidos por CMAx100.
3- Índice de consultas a urgencias. Porcentaje de pacientes que acudieron a urgencias después de la intervención.
Nº de pacientes que acuden a urgencias por un motivo relacionado con la IQxCMA número de pacientes IQ por CMAx100. (para contar con este dato en urgencias en la codificación del alta debe figurar: Consulta tras CMA.)
4- Índice de cancelación quirúrgica. Porcentaje de pacientes cuya IQ programada fue suspendida por cualquier causa.
Nº de IQ de CMA suspendidas nº total de IQ programada fue suspendida por cualquier causa.
Nº de IQ de CMA suspendidas nº total de IQ CMA x100.
5- Índice de sustitución cirugía ambulatoria: medido a partir del registro de GRDs POTENCIALMENTE AMBULATORIOS.
Nº de IQCMA de un grupo de GRD potencialmente ambulatorio número de intervenciones totales de dicho GRD x 100.
6- Encuesta validada de satisfacción percibida por el paciente a los 7 días.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 8/04/ 2013

Fecha de fin: Marzo 2014

CRONOGRAMA:

Recogida de información, documentación.2012

Formación de un grupo de trabajo.2013

Realización de curso formativo 2013

Creación del grupo de trabajo CMA saliente del curso 2013

Reuniones mensuales para el seguimiento de los progresos.2013

Reunión informativa a todos los implicados 2013

Puesta en marcha de la unidad Cirugía Mayor Ambulatoria (8/04/2013)

Reuniones trimestrales con el grupo de trabajo para evaluar evolución.2013/14

Valoración de los indicadores en Marzo 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. DE 14 A 95 AÑOS

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA

2. RESPONSABLE MARIA BESTUE CARDIEL

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLASCO YEBRA DOLORES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. NEUROSONOLOGIA. S.NEUROLOGIA
- CLAVER ARILLA MARIA ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- ERESUE ERESUE ALICIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. NEUROSONOLOGIA. S.NEUROLOGIA
- DIAZ GOMEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- VADILLO MARTINEZ DOLORES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- CHAMORRO GANDUYO JUANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el año 2010 el grupo de mejora de enfermería encargado del laboratorio de Neurosonología, puso en marcha acciones para mejorar la calidad de dicho servicio con la implantación del documento de procedimiento interno para la realización de la ecografía extracraneal, la hoja de solicitud para las peticiones de los facultativos 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, que se ha ido realizando anualmente desde entonces, implantándose las medidas correctoras.

Desde el año 2011 con la adquisición de un aparato de ecografía para el estudio de la circulación intracraneal se ha incrementado la cartera de servicios de la Unidad, lo que ha supuesto una mejora importante en el estudio del paciente con patología cerebrovascular al incrementar la seguridad de los pacientes en los que se detecta una estenosis crítica y que podrían ser candidatos a intervención quirúrgica o tratamiento endovascular, mejorando la selección de los mismos, e incluso la opción de mayor seguridad de una no intervención al objetivarse una buena compensación intracraneal, una buena reserva intracraneal y un elevado riesgo de intervención por el riesgo de un sangrado por reperfusión etc...

Tras un año y medio de implantación de la técnica, se objetiva la necesidad de realizar un manual de procedimiento del abordaje de estas nuevas técnicas, ya que algunos de ellos no son de realización rutinaria y esto conlleva problemas de "olvidos" en el manejo del aparataje y material preciso, así como en la práctica del mismo, especialmente si el personal auxiliar que accede al laboratorio es de nueva incorporación. Por tanto, la realización de manuales de procedimiento disminuirá riesgos y evitará la variabilidad.

De la misma forma, la introducción de materiales como contrastes para una mejor insonación de las arterias, provoca que esta técnica no esté exenta de algún riesgo que hace obligado un consentimiento que en la actualidad se realiza de forma oral, pero que requeriría una mayor información de los riesgos en un lenguaje comprensible y la realización de un consentimiento por escrito con la descripción de información para los pacientes de las distintas técnicas del estudio intracraneal.

Por último, como resultado de las encuestas de satisfacción se ha objetivado que la información aportada al paciente sobre la técnica que se va a realizar (se realizó en 2010 el documento del estudio extracraneal), en un lenguaje sencillo, mejora el acceso de los pacientes a la misma que acuden con mayor seguridad al conocer con exactitud en qué consiste y para qué se realiza. Por tanto, con la incorporación de nuevas técnicas, de mayor complejidad se hace necesario la realización de nuevos documentos de información para el paciente.

Oportunidad de Mejora:

- ? Realizar los manuales de procedimiento de las distintas técnicas de la ecografía transcraneal:
 - o Test diagnóstico básico (DTC)
 - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
 - o Test de burbujas (hits)
 - o Estudio de transcraneal con contraste
 - o Test duplex transcraneal
- ? Mejorar la asistencia al paciente:
 - ? Disminuir los riesgos al disminuir la variabilidad clínica y el conocimiento claro de la técnica
 - ? Mejorar la comunicación a través de los documentos de información al paciente de las distintas técnicas implantadas
 - ? Mejorar la seguridad y la toma de decisiones con los documentos de consentimiento de forma escrita.
 - ? Continuar con el análisis de las encuestas de satisfacción realizadas anualmente.

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
- ? Se ha realizado el documento de información al paciente en la ecografía extracraneal
- ? Se ha realizado e implantado la encuesta de satisfacción observando durante 2012:

- Respecto a la asistencia recibida: 100% están satisfechos con la asistencia (un 88% pacientes atendidos están muy satisfechos destacando en las encuestas la amabilidad del personal)

- Respecto a la información recibida previa a la prueba: 99% consideran la información adecuada (un 79% muy satisfechos).

- Respecto a la confortabilidad instalaciones: El 100% lo consideró adecuado (un 64% muy adecuado). Llama la atención un descenso de un 10% en la catalogación de muy adecuado. Probablemente por la camilla usada en la prueba que no permite al paciente acceder a la misma con comodidad (no sube y baja de forma automática) y no

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA

permite una postura adecuada para la exploración, al no poderse inclinar el cabecero y debe el paciente tener que colgar la cabeza.

- Respecto a la facilidad y accesibilidad para obtener citación para el ecodoppler: 95% fácil el sistema de citación y un 82,5% muy satisfactorio (se realiza directamente en la misma consulta de Neurología) y un 90% consideró el servicio accesible (un 73% muy accesible). La demora media para esta prueba es de 2-3 semanas.

? Se han realizado acciones correctoras del resultado de las encuestas de satisfacción.

2. Se ha mejorado la calidad en la asistencia:

- Se ha realizado el protocolo de realización del estudio extracraneal disminuyendo la variabilidad clínica
- Se ha realizado el documento de solicitud de las distintas pruebas realizadas por el especialista en el laboratorio de neurosonología
- La incorporación de técnicas de estudio intracraneal han mejorado el abordaje de los pacientes con estenosis extracraneales y la indicación del tratamiento quirúrgico versus tratamiento endovascular.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Diseñar e implantar los manuales de procedimiento de todas las exploraciones que se realizan en el laboratorio de Neurosonología:

- o Test diagnóstico básico de doppler transcraneal
- o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
- o Test de burbujas (hits)
- o Estudio transcraneal con contraste
- o Duplex transcraneal

2. Mejorar la asistencia del paciente mejorando la información

- Diseñar los documentos de información al paciente de las nuevas técnicas de estudio intracraneal que se realizan actualmente en el laboratorio, para mejorar el acceso del paciente a la técnica. (dados los índices de satisfacción objetivados en la encuesta de satisfacción sobre el documento de información del estudio extracraneal que se proporciona antes de su realización.)

3. Incrementar la seguridad del paciente y la satisfacción con la realización de los documento de consentimiento informado de las técnicas de burbujas y del estudio intracraneal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Abril-Mayo: Reunion del grupo para explicar las actuaciones y el cronograma de actuación. (Dra María Bestué)

2. Mayo-Junio-julio-agosto: Se realizarán los procedimientos de los estudios implantados (Dolores Blasco-Alicia Eresué-Maribel Claver)

3. Septiembre-octubre: Realización de los documentos de información al paciente que no requieran consentimiento informado. (Dolores Blasco/Cristina Díaz/Juana Chamorro)

4. Junio-septiembre: Se realizaran los documentos de consentimiento informado (Dra Bestué/Dra Latorre)

5. Septiembre: Implantación manuales de procedimiento

6. Octubre: revisión de los consentimiento informados y documentos de información al paciente.

7. Noviembre. Implantación de documentos de información y de los consentimientos informados

8. Evaluación de los resultados a través de la encuesta de satisfacción y de los indicadores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº Reuniones año (estándar =5)

2. Protocolo de trabajo elaborado

- o Test diagnóstico DTC (SI/NO)
- o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)
- o Test de burbujas (SI/NO)
- o Estudio de contraste (SI/NO)
- o Duplex transcraneal (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 contraste (SI/NO)
- o Duplex transcraneal (SI/NO)

4. Documentos de procedimiento realizados:

- o Test diagnóstico DTC (SI/NO)
- o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)
- o Test de burbujas (SI/NO)
- o Estudio de contraste (SI/NO)
- o Duplex transcraneal (SI/NO)

5. % pacientes satisfechos con la atención recibida (>90%)

6. % pacientes satisfechos con la información recibida (>90%)

7. Consentimientos informados cumplimentados (estándar>95%)

8. Medidas correctoras evaluadas

9. Medida correctora implantada (estándar =1)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Abril 2013: Reunión del grupo de mejora para organizar el trabajo y el cronograma de actuación.

2. Entre Mayo-septiembre: Se realizarán los manuales de procedimiento de las distintas técnicas implantadas

3. Entre mayo-Octubre: Se realizarán los documentos de información al paciente (Octubre al menos el 75%)

4. Entre mayo-septiembre se realizarán los consentimientos informados

5. Entre septiembre y Octubre se iniciará la implantación de los distintos manuales de procedimientos, los documentos de información y los consentimientos informados finalizados.

6. En noviembre se realizará la implantación de los pendientes.

7. En diciembre se realizará el análisis de las encuestas de satisfacción con los resultados preliminares y la revisión de todo el trabajo realizado y las acciones pendientes.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. consentimiento informado

OTRA PALABRA CLAVE 2. Neurosonología

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

358

1. TÍTULO

ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA BOTAYA ESTAUN

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TAJADA CEBRIAN NATIVIDAD. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA. NEONATOLOGIA
- MARION NAVASA TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA. NEONATOLOGIA
- VERA CRISTOBAL FERNANDO. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- MONTAÑANA GUZMAN NIEVES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PEDIATRIA. NEONATOLOGIA
- BROTO COSCULLUELA PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA
- RUBIO SORIANO CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA. NEONATOLOGIA
- ALIJARDE LORENTE ROBERTO. PEDIATRA. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Alta Precoz Neonatal es el acortamiento del tiempo de hospitalización del Recién Nacido sin merma de la calidad de su atención sanitaria. El concepto viene a romper la simultaneidad temporal del alta hospitalaria y cese del alojamiento del paciente en el hospital que desde entonces pernoctará fuera del mismo aun manteniendo su dependencia sanitaria de él en tanto no se produzcan los hechos determinantes de su alta hospitalaria real. Es por decirlo de alguna forma un paciente hospitalario que duerme en su casa. Y es precisamente este período y sus circunstancias el Objeto de este Proyecto de Mejora. Vivimos una tendencia generalizada a ello. La mejora sociocultural y de las comunicaciones y la facilidad de los desplazamientos lo propician, las nuevas técnicas médicas acortan todos los procesos y es algo deseado por la población y por las Administraciones porque abarata costos y satisface a los pacientes. El recién nacido no es ajeno a ello, a lo que además aporta ventajas sustanciales: Su pequeñez, pesa y abulta 25 veces menos que un adulto, cabe y se transporta con facilidad, es un paciente deseado en el domicilio, agrada cuidarla, no se rompe el binomio madre-hijo y se fomenta la Lactancia Materna, ambas de gran demanda social, mejora médicamente el pronóstico de sus enfermedades y reintegra precozmente a la madre a su entorno familiar y social liberándola de permanecer en el hospital. Asimismo incrementa la satisfacción social sin que se hayan advertido efectos negativos o indeseados. Todo ello hace al proyecto de Alta Precoz Neonatal muy útil e importante, todas las fuentes bibliográficas consultadas lo recomiendan, y las Asociaciones de Pediatría (AEP) y de Enfermería también y de facto ya en nuestra Unidad Neonatal vamos entrando en él, diciendo terreno poco a poco, pero de forma sistemática, sin que haya cuajado en un Procedimiento Normalizado del que ya es hora. Así hacemos ahora, pensando sobre todo en Unidades Neonatales provinciales y comarcales, donde los límites del hospital son muy permeables, las relaciones con Atención Primaria fluidas, las distancias cortas, donde siempre descuelga el teléfono a la persona esperada. Propuesta ésta que de tener éxito puede ser exportada o catejada con las de otras Unidades Neonatales de Hospitales de la Red Pública de Aragón, Unidades Neonatales que son similares en todo y pueden beneficiarse en el futuro de su unificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Adecuación de la atención sanitaria al tiempo que vivimos, que propicia minimizar el tiempo de hospitalización de los niños.

2.- Racionalización del gasto, recursos materiales y humanos.

3.- Fomento del agrupamiento familiar en su casa, y de la lactancia materna. Evitar cualesquier separación madre-hijo evitable

4.- Incrementar la satisfacción social..

5.- Ser acorde al Plan Estratégico de Aragón 2012-2015, propuesta de actuación 4.22.

6.- En su carácter último el Alta Precoz Neonatal se incardina en una corriente social actual de raigambre más profunda, que propone una vuelta a la naturaleza en el cuidado de los niños, en el seno de sus familias y en sus casas siempre que ello sea posible.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CATEGORIAS. Definimos cuatro categorías de recién nacidos subsidiarias de Alta Precoz:

- Recién nacidos normales o de cuidados mínimos que al abandonar el hospital con 48 horas de vida están inconclusos los cuidados sanitarios propios de su condición.
- Recién nacidos normales o de cuidados mínimos que abandonan el hospital antes de las 48 horas de vida.
- Recién nacidos afectados de patología leve o moderada.
- Recién nacidos afectados de patología severa o grave.

Y las subcategorías de:

- Gemelos (embarazos múltiples).
- Reingresos durante el primer mes de vida.
- Recién nacidos procedentes de otra maternidad.
- "Viaje de vuelta" de otro hospital.

ACTUACIONES.

- Visita del tercer día de vida.
- Visita al día siguiente del alta.
- Visitas intermedias hasta alta definitiva hospitalaria.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

358

ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Contacto previo con el C.S. de sus Zona. Cita acordada.
- Controles tardíos.
- Entrevista previa con los padres.

Solo en período de prueba, encuesta a los padres al año de vida y revisión médica o informe de su Pediatra de Atención Primaria.

CRITERIOS DE ALTA PRECOZ NEONATAL.

Médicos y de Enfermería, especificada para cada una de las categorías principales precitadas.

REGISTROS DOCUMENTALES.

- Su HISTORIA CLINICA, en su calidad de testimonio por excelencia que no cerrará el episodio hasta que no se proceda al alta hospitalaria real.

- Libro de Registro específico ubicado en la Unidad Neonatal, responsable de él el Médico Pediatra encargado de la Unidad Neonatal.
- Ficha individualizada pautada de cada paciente de Alta Precoz. Especificación en la misma de controles especiales, cardiológico, neurológico, etc.

PAUTA DEL PROCEDIMIENTO. SECUENCIA TEMPORAL DE LAS ACTUACIONES.

Consentimiento Informado, para uso no habitual solo en casos especiales.

Hojas de Revisión del Procedimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tratamiento estadístico de los datos:

- Al año de iniciado el procedimiento, valoración de Estancia Media ponderada por cada una de las cuatro categorías principales. Tests comparativos con previo histórico de la Unidad. Evaluación de su significación estadística. Análisis de resultados y conclusiones. Pueden ser ya significativos a los seis meses aunque no concluyentes.

- Índice de reingresos en el primer mes tras dejar el Hospital. Valoración mes a mes por el Médico responsable de la Unidad Neonatal.

- Registro de efectos no deseados, empeoramiento de la situación del recién nacido, fallo de medro, otros y su análisis. Valoración mes a mes por el Médico responsable de la Unidad neonatal.

- Evaluación del gasto material, utillaje, alimentación, abastecimiento de agua, energía, calefacción, teléfono, limpieza y humano, incluyendo el Hotel de Madres. Cotejo de estos gastos con el histórico previo del Hospital y de la Unidad.

- Encuesta telefónica a los madres al año de vida y visita médica, que puede ser sustituida por el informe de su Médico Pediatra de Atención Primaria, que se limita al período de prueba del procedimiento (Un año), para luego restringirla a la categoría de recién nacido con patología severa o grave.

La valoración de todos los indicadores será responsabilidad directa del Médico Pediatra de la Unidad Neonatal, así como la de ordenar las modificaciones que procedan si efectos adversos o no deseados. Asimismo hará seguimiento de las historias clínicas, fichas, registros, encuestas y oirá a los Centros de Salud y a los Médicos de lactantes del Servicio de Pediatría.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CALENDARIO.

- Inicio: Cuando el Coordinador del Proyecto de Mejora conozca que este ha sido seleccionado.

- Fin: 16 meses después del Inicio.

CRONOGRAMA.

1.- Período documental inicial y preparatorio: Actualización bibliográfica, elaboración de criterios, pauta de procedimiento, fichas, libro de registro, consentimiento informado, etc., dos meses desde Inicio.

2.- Período de difusión: Servicios de Pediatría y Obstetricia, Direcciones Médicas y de Enfermería, Comisión de Lactancia Materna del Sector de Huesca, otras Maternidades del Sector Sanitario de Huesca, Centros de Salud del sector Sanitario de Huesca con Atención Pediátrica, etc; Un Mes, tercer mes desde Inicio.

3.- Puesta en práctica: Inmediatamente a la conclusión del período anterior, y se mantendrá sine die, salvo situaciones extraordinarias.

4.- Evaluación de indicadores y encuestas: a los 12 meses de la puesta en práctica, salvo lo referido de las valoraciones mes a mes.

5.- Memoria del Procedimiento: Un mes, desde finada la evaluación de indicadores y encuestas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

358

ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Con independencia de ello, el procedimiento ha de ser revisado cada dos años.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Recien Nacidos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Recien Nacidos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

039

LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA. (CONTINUIDAD DEL APROBADO LOS AÑOS 2010, 2011 Y 2012 DEL CS AYERBE)

2. RESPONSABLE EVA MARIA CALVO BEGUERIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALVO SANZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· MARTINEZ TRIVEZ JUAN JOSE. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· SALAMERO ESTEBAN MARIA DE LA PAZ. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· NAYA ATARES SERGIO. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· TORTOSA CAVERO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
· BORREL MARTINEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. CREEMOS QUE LA INTERVENCIÓN CONJUNTA ENTRE NIVLES PROPORCIONA UNA CALIDAD MUY SUPERIOR EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN QUE AQUELLA PROPORCIONA LA COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE VOLANTES. ÉSTA ÚLTIMA MUCHO MAS DISTANTE, MENOS EFICAZ Y CON MAYOR RIESGO DE ERRORES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. TRAS TRES AÑOS DE REUNIONES MENSUALES, ESTAS SE HAN CONSOLIDADO. EN ELLAS COMPARTIMOS LOS CASOS SURGIDOS Y PLANTEAMOS LA ACTITUD A ADOPTAR. SE REDUCEN DERIVACIONES, SE EVITAN DUPLICIDADES, SE INTERVIENE DE FORMA MAS TEMPRANA, Y SE HACE UN SEGUIMIENTO MAS DIRECTO DEL PACIENTE POR AMBOS LADOS.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. INCREMENTAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CITADOS PREVIAMENTE. REALIZAR SESIONES DE ACTUALIZACIÓN DE TEMAS DE INTERES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LAS REUNIONES SON MENSUALES. PRESENCIALES EN EL CENTRO DE SALUD DE AYERBE. EN EL PERIODO VACACIONAL NOS PONEMOS EN CONTACTO CON LAS NUEVAS TECNOLOGIAS (WASAP, EMAIL...)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NUMERO DE INTERCONSULTAS REALIZADAS. NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS. NUMERO DE SESIONES DE ACTUALIZACION REALIZADAS (SE INTENTARA MINIMO UNA POR TRIMESTRE)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SE TRATA DE UNA ACTIVIDAD EN FUNCIONAMIENTO. LAS REUNIONES SON MENSUALES EN FECHA PREVIAMENTE FIJADA. CONSIDERAMOS QUE DEBE DE CONTINUAR Y CONSOLIDARSE DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DE MEDICINA INTERNA

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

478

PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS CARRION PAREJA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CALVO CIRIA ROSA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE ENFERMERIA DE QUIROFANOS
- BESCOS VAQUERO SANDRA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE ENFERMERIA DE QUIROFANOS
- BUATAS ROMAN ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. INFORMatico/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- VIELLA VILLAR JOSE LUIS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE ENFERMERIA DE QUIROFANOS

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. Durante el ejercicio pasado se elaboró, implemento y ajustó un programa informático de registro, quedando pendiente la automatización de los cálculos para obtener los valores de los indicadores

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Funcionamiento estable del programa.

Implementación del registro informatizado mediante un programa sincronizado con la base de datos del Sistema de Información Hospitalaria (HIS)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener automáticamente los indicadores de proceso y resultados que precisa el programa de analgesia y que se obtenían hasta ahora mediante audit retrospectivo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Incluir en el programa informático de registro las rutinas para el cálculo automático de los indicadores que se utilizan en el programa de analgesia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Obtención del 100% de los indicadores del programa de analgesia de forma automática del 100% de los pacientes admitidos desde el inicio del segundo semestre.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre de 2013 diseño de los cálculos y elaboración informática. Segundo trimestre:

1- Inclusión de los cálculos en el programa de registro e implementación en el 100% de los pacientes admitidos. 2- Ajustes.

Segundo semestre: implementación definitiva en el 100% de los pacientes admitidos en el programa de analgesia.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. analgesia

OTRA PALABRA CLAVE 2. registro

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

246

EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CEBOLLERO MATA

- . Profesión ENFERMERIA
- . Centro H SAN JORGE
- . Localidad HUESCA
- . Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- . Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA
- . CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA
- . ALASTRUEY MATEO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA
- . AULES LEONARDO ANUSKA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dada la gran cantidad de pacientes anticoagulados en nuestro servicio, creemos necesario sistematizar el proceso de determinación del INR y aprovechando el contacto periódico con estos pacientes realizar de manera sistemática un proceso educativo sobre tres temas fundamentales:

Alimentación que interfiere en la anticoagulación

Interacciones medicamentosas

Saber los signos de alarma para prevenir complicaciones

También aprovecharemos los contactos para entregar a cada paciente un tarjeta identificativa (NEWSLETTER del paciente anticoagulado)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento no hemos realizado ningún indicador sobre estos temas

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. A final del presente año se pasará una encuesta aleatorizada para valorar si el proceso educativo ha sido efectivo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Información diaria durante el contacto con el paciente
Sesiones informativas periódicas para los pacientes que lo deseen y a todo los que estén en el proceso de autocontrol

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes que conocen

Las complicaciones más frecuentes

La alimentación que interfiere con el anticoagulado

Que medicamentos toma que interfieren con el sintrom

Porcentaje de pacientes que disponen de la tarjeta identificativa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Empezamos desde el presente mes de abril y realizaremos la evaluación en el mes de noviembre, en el que habremos tenido un mínimo de 8 contactos con cada paciente

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

POBLACIÓN DIANA

.EDAD. Todas las edades

.SEXO. Ambos sexos

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Anticoagulados

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Anticoagulación

OTRA PALABRA CLAVE 2. Autocontrol

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

368

PREVENCIÓN DE REACTIVACIÓN DE VHB EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS POR QUIMIOTERAPIA Y/O FARMACOS INMUNOSUPRESORES**2. RESPONSABLE** LUIS CORTES GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BERNAL MONTERDE VANESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
- RODRIGUEZ GARCIA JUAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La reactivación de la Hepatitis Crónica por el Virus de la Hepatitis B (VHB) tras la administración de fármacos inmunosupresores puede ocurrir en portadores inactivos del VHB, en pacientes con una hepatitis B pasada (HBsAg negativo y anti-Hbc positivo) o en pacientes con una hepatitis oculta, siendo estas dos últimos escenarios desconocidas para gran parte del personal sanitario. Aunque puede ocurrir durante el tratamiento con dichos fármacos, el riesgo de reactivación es mayor cuando, al finalizar dicho tratamiento, el sistema inmunitario recupera su reactividad y detecta el aumento de la replicación viral que ha tenido lugar durante la fase de inmunosupresión. Las consecuencias de esta reactivación pueden ser sumamente importantes ya que pueden producir una hepatitis aguda asociada al desarrollo de una insuficiencia hepática aguda y fallecimiento del paciente, o bien provocar la suspensión o demora de un tratamiento quimioterápico que puede influir también en la supervivencia y pronóstico del paciente.

Por todas estas razones las principales asociaciones de hepatología a nivel internacional (europea -EASL-, americana -AASLD-) y nacional (AEH) han incluido en sus guías la recomendación de cribado del VHB en este subgrupo poblacional para valorar la necesidad de instaurar profilaxis y medidas de seguimiento adecuadas adaptadas según riesgo de reactivación del VHB.

La evolución en el tratamiento de enfermedades autoinmunes y oncológicas lleva implícito un mayor uso de fármacos inmunosupresores y quimioterápicos con una mayor potencia, así como un uso combinado sinérgico que potencia dichos mecanismos de inmunosupresión. El incremento global y progresivo de la prescripción de estos fármacos hace prever un aumento del número de interconsultas entre los diferentes servicios del hospital dirigidas a la unidad de gastroenterología y hepatología de nuestro hospital, siendo necesarias su canalización adecuada en tiempo y forma a la consulta monográfica de hepatitis vírica, de reciente incorporación en nuestro hospital (2012). Sin embargo, recientes estudios advierten del desconocimiento de este riesgo de reactivación y sus consecuencias entre el personal médico prescriptor de éstos fármacos, con un subóptimo nivel de screening previo a la administración de dichos fármacos inmunosupresores y posterior seguimiento. Por lo tanto, se hace necesario generalizar dichas medidas de profilaxis de reactivación del VHB en la población con inmunosupresión farmacológica mediante la realización de un protocolo y su posterior difusión, preferentemente en el ámbito hospitalario. (Continuación de proyecto de calidad de 2012)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En Septiembre de 2012 se inició la elaboración de protocolo de prevención de reactivación del VHB en pacientes sometidos a terapias inmunosupresoras (en adelante protocolo) por parte de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología.

En Noviembre de 2012 se finalizó el borrador inicial del protocolo de abordaje de dicha entidad distribuyéndose a las unidades de Medicina Preventiva y a Hematología, estando a fecha de hoy pendientes de concretar el borrador final para su implementación coordinada en el hospital San Jorge una vez puesto en conocimiento por los principales servicios implicados (hematología, oncología, reumatología, dermatología y digestivo)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Difusión del protocolo de actuación en el Hospital San Jorge.
- Coordinación entre los diferentes servicios implicados en la profilaxis de la reactivación (servicio prescriptor, medicina preventiva y unidad de gastroenterología y hepatología)
- Formación y concienciación del personal médico prescriptor de fármacos inmunosupresores acerca del riesgo de reactivación.
- Mejorar la seguridad clínica de pacientes inmunosuprimidos.
- En una segunda fase (año 2014) se intentará extrapolar este protocolo al Hospital de Barbastro de forma coordinada con el servicio de Digestivo de dicho Hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Difusión de protocolo en sesión informativa al Hospital (sesión hospitalaria) y de forma individual a los servicios mayormente implicados (formación)

- Seguimiento de pacientes de alto riesgo de reactivación en consulta de Hepatitis de la unidad de gastroenterología y Hepatología de Hospital San Jorge.
- Establecer consulta de alta resolución intrahospitalaria ("virtual") para canalizar peticiones que no admitan demora en consultas.
- Desarrollo de protocolo en Hospital de Barbastro
- Facilitar protocolo a Atención Primaria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración de protocolo de reactivación: Si/No
- Difusión de protocolo de reactivación: Si/No (sesión hospitalaria y registro de protocolos del hospital San Jorge)
- % cribado de pacientes oncológicos una vez instaurado el protocolo: objetivo >75%. Fuente: documentación clínica. Se tomará muestra aleatoria en pacientes diagnosticados de CCR en el año 2013.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

368

PREVENCIÓN DE REACTIVACIÓN DE VHB EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS POR QUIMIOTERAPIA Y/O FARMACOS INMUNOSUPRESORES

- Indicador centinela de casos reactivación VHB: Estándar 0 casos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer semestre de 2013: difusión de protocolo y puesta en marcha
- Segundo Semestre: Valorar adaptación e implantación de protocolo en Hospital de Barbastro para el año 2014 (o antes si fuese posible).
- Diciembre de 2013: Evaluación y revisión.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Inmunosuprimidos y oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

250

INTEGRACION DE LA UNIDAD MOVIL DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN SISTEMA PACS / RIS**2. RESPONSABLE** ANTONIO EIZAGUERRI BRADINERAS

- Profesión OTROS
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. INFORMATICA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMAZAN RUBIO MARIA CIELO. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- BENTUE SATUE FRANCISCO JAVIER. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- BLANCO LAIN MARIA JOSE. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- CALVO PARDO AURORA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. ADMISION Y DOCUMENTACION
- MONTERO ALONSO GEMMA. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- VIBAN FORTUNY JESUS. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- VICENTE MARTINEZ JOSE MANUEL. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad Móvil del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama completa su desplazamiento por toda la provincia de Huesca, que incluye a los dos Sectores Sanitarios de Huesca y de Barbastro, 29 Centros de Salud en total, en dos años. Este Programa afecta a 17.000 mujeres aproximadamente de la provincia de Huesca, y el nivel de participación llega al 80%, habiéndose incluso superado en algunos años. En la actualidad, en la Unidad Móvil se introducen manualmente los datos de las pacientes y se imprimen en placa todas las mamografías realizadas. Diariamente estas placas son enviadas al hospital de referencia y examinadas en los negatoscopios por los facultativos, emitiendo el informe correspondiente, y archivando en carpetas físicas o dossiers toda la información. Tanto las imágenes como los informes carecen de cualquier tipo de vinculación con la Historia Clínica Electrónica de la paciente. Esta forma de trabajo conlleva serios inconvenientes: desde la posibilidad de cometer errores en la introducción manual de los datos personales de las pacientes hasta la dificultad de acceso a los estudios por no estar éstos informatizados, pasando por el coste económico que supone la impresión de placas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El resultado definitivo esperado en este proyecto es la incorporación de las mamografías realizadas por las Unidades Móviles y sus correspondientes informes a los sistemas internos sanitarios tal como si se hubieran realizado en las propias dependencias hospitalarias, junto con el resto de pruebas y episodios realizados tanto en Atención Primaria como Especializada. Esto incluye un mayor control sobre la actividad realizada a los pacientes, la adición de más información a la historia clínica electrónica, la minimización de errores y el acceso cómodo y eficiente a las exploraciones, informes y resultados independientemente del lugar y fecha en que fueron realizados, desde toda la Comunidad Autónoma de Aragón.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Conexión de la Unidad Móvil a la Red Informática Privada del Servicio Aragonés de Salud en cada localidad por parte de los técnicos de informática del Sector.

- Recepción automática de la lista de trabajo diaria, que incluirá los datos completos de las pacientes, así como las pruebas pendientes de realizar.

- Una vez comprobada la corrección de los datos y realizadas las mamografías, los técnicos de la Unidad Móvil enviarán las imágenes por la misma red al radiólogo de referencia, disponiendo en tiempo real de estas imágenes así como de cualquier episodio o estudio previo.

- Cuando el facultativo realice el correspondiente informe, éste quedará integrado junto con las imágenes en los Sistemas Informáticos de la Historia Clínica Electrónica, siendo accesibles remotamente desde cualquier centro sanitario público de Aragón, con todos los sistemas de seguridad garantizados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El proyecto se podrá monitorizar atendiendo a los siguientes indicadores:

- Número de centros de la provincia de Huesca en los que se ha implantado con éxito.
- Volumen total de estudios integrados en el sistema informático PACS / RIS en relación con la población objetivo del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.
- Estimación del ahorro económico debido a la no impresión de placas radiológicas.
- Porcentaje de estudios de Screening incluidos en el sistema PACS / RIS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El cronograma de actividades previstas viene marcado por el calendario de desplazamientos de la Unidad Móvil. La fase de configuración inicial y pruebas tendrá lugar durante los meses de abril y mayo de 2013 en los centros de Salud de Almudévar y Ayerbe. En estas localidades, la Unidad Móvil se sitúa junto al correspondiente Centro de Salud, de tal forma que la conexión de ésta con los Sistemas Informáticos se realiza mediante un cable directo. El resto de actuaciones coincidirá con las fechas de estancia de la Unidad en cada una de las localidades previstas, hasta completar el ciclo de dos años necesario para recorrer la totalidad de localidades incluidas en el Programa de Screening de Mamografías.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención / Detección precoz**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

250

INTEGRACION DE LA UNIDAD MOVIL DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA EN SISTEMA PACS / RIS

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SCREENING

OTRA PALABRA CLAVE 2. MAMOGRAFÍA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

323

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA AMBULATORIA EN U.C.E. PSIQUIATRICA "SAN JORGE" DE HUESCA**2. RESPONSABLE** CESAR MIGUEL ESCAR ARGUIS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- PELEGRIN VALERO CARMELO. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- LATAPIA LOPEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la diferentes terapias psiquiatricas usadas y reconocidas como eficaces en la actualidad tenemos a la terapia electroconvulsiva (TEC), siendo esta el conjunto de electroshock necesarios para completar un tratamiento determinado.

Las indicaciones del tratamiento serian de forma generalizada: Depresión Mayor, (una de las principales indicaciones del uso de la TEC, con indices de mejoría de 80-90 %, tasa más alta que con Fármacos), esquizofrenia, Mania, psicosis: atípicas, puerperales u orgánicas, y Catatonía.

Según su regimen de aplicación la TEC se clasifica en TEC en régimen agudo y TEC en régimen de mantenimiento (TEC-M); Esta última modalidad es definida como un régimen de tratamiento a largo plazo, en el que los pacientes reciben TEC en intervalos constantes o variables de tiempo (entre 1-8 semanas) , según los casos, a lo largo de un periodo (6-12 meses). La Administración de TEC ambulatoria y de TEC-M sigue el modelo de la cirugía ambulatoria. El Metodo de aplicación consiste en que el paciente es ingresado en el Hospital específicamente para TEC la noche anterior o la misma mañana en que se realiza el tratamiento. Unas horas después del mismo, es dado de alta, bajo la tutela de un familiar o adulto responsable.

La oportunidad de mejora es la diseño e implementación de un protocolo de TEC-M en este hospital, planteando usar la instalaciones de CMA y coordinando las actuaciones del personal de quirófano, anestesia y psiquiatría. Conseguir ofrecer un servicio eficaz y satisfactorio para los paciente y familiares, a la vez que eficiente para el hospital por la posibilidad de disminuir ingresos innecesarios.

Bibliografía consultada:

1. Informe del comité elaborador de la APA. La practica de la terapia electroconvulsiva. Recomendaciones para el tratamiento, formación y capacitación. Ed.:Ars Médica. Barcelona. 2002.
2. Kaplan, H. Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría. Ed.: panamericana. 8ª de. 1999. Pag. 1268-1276.
3. Lopez villaescusa , M. Protocolo de TEC Ambulatorio y mantenimiento de hospital Psiquiatrico "Ramón Alberca" Murcia: Ed. Editorial Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. 2011.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En nuestro medio actualmente en un metodo terapeutico cada vez más aplicado según los registros de la UCE psiquiatrica. Siendo el TEC en régimen de agudos el más frecuentemente usado; aunque las posibilidades de aumentar los TEC-M son evidentes en nuestro trabajo cotidiano, este actualmente se realiza en regimen de hospitalización de 24 horas mínimo.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Existencia de un programa de TEC-M ambulatorio.

Implementación de un programa de TEC-M ambulatorio.

Evaluación previa y posterior a la implementación del programa de encuesta de satisfacción de usuarios y familiares de TEC-M

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de grupo de trabajo multidisciplinar y multiservicio, agrupando a los diferentes servicios implicados.
Diseño de protocolo de TEC Ambulatorio en Hospital "san Jorge" de Huesca.
Inicio de implementación del mismo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:

CREACIÓN DE PROGRAMA DE TEC AMBULATORIO. (SI / NO)

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL PROGRAMA POR LOS SANITARIOS:

IMPLANTACION DEL PROGRAMA: Medido con numero de pacientes TOTALES; número de pacientes TEC-M/ número total pacientes Tec

GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTE Y FAMILIA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. JUNIO 2013: Creación del programa de TEC AMBULATORIO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

323

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PROGRAMA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA AMBULATORIA EN U.C.E. PSIQUIATRICA "SAN JORGE" DE HUESCA

SEPTIEMBRE 2013: Implementación del programa
DICIEMBRE 2011: evaluación final del programa.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Ambos sexos
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Depresión Mayor, esquizofrenia, Mania, psicosis: atípicas, puerperales u orgánicas, y Catatonia.

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

462

OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE UN PROTOCOLO CLINICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA/FERROPENIA/DEFICIT FERRICO CON HIERRO INTRAVENOSO

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA ERCE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MONTORO HUGUET MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE DIGESTIVO
· LEZAUN NAVARRO MARIA ANGELES. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA
· BESCOS OROS MAR. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. CUIDADOS PALIATIVOS
· RODRIGUEZ GARCIA JUAN. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA PREVENTIVA
· MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Esta semana en nuestro centro hospitalario se ha tenido que suspender o demorar intervenciones quirúrgicas por la carestía crónica de concentrados del grupo O y de Rh negativos en nuestra Comunidad Autónoma.

La transfusión de sangre alogénica (TSA) es una necesidad permanente (1) y un recurso cada vez más caro y limitado (2). El altruismo y la voluntariedad de la donación de sangre son la mejor garantía de calidad y seguridad para el receptor (1). Nuestra primera obligación es la utilización con responsabilidad de este "transplante" que nos regalan los donantes (2). En Sanidad, los lógicos equilibrios entre la demanda y el consumo no ocurren, por lo cuál es primordial que controlemos el consumo de hemoderivados, usando óptimamente las alternativas, evitemos la anemia, para así no tener que incrementar la demanda: la donación (3). La crisis del SIDA produjo la primera gran revisión de la práctica transfusional y se editaron las primeras recomendaciones (4). En los años noventa se empezó a promover "programas de ahorro de sangre" y la "Medicina Transfusional": utópica estrategia para utilizar "menos transfusiones, más seguras, más calidad y a menor coste". En 2010 el Consejo de Europa ha promovido un elegante y completo documento sobre "Uso Óptimo" (UO). Dicho documento, traducido por la SETS y distribuido por el Ministerio de Sanidad se debe difundir, promover y aplicar en todos los centros sanitarios. (5) La educación será la primera medida de UO.

La TSA se debe realizar siempre por prescripción médica; y siempre que sea posible, el médico que establezca la indicación recabarán, después de explicarle los riesgos y beneficios, así como sus posibles alternativas (1). Se define como "alternativa" a toda medida encaminada a disminuir los requerimientos transfusionales preservando en todo momento la seguridad del paciente. La aplicación de la legislación es la segunda medida de UO. Dicha prescripción deberá seguir las recomendaciones publicadas por la SETS (4).

El nivel preoperatorio de hemoglobina es el factor independiente de riesgo más importante de recibir de TSA (6). Casi el 90% de los pacientes puede presentar anemia periquirúrgica (7). Es inadmisibles que un paciente que lleve meses en lista de espera de un proceso quirúrgico potencialmente sangrante y con posibilidad de requerir una TSA entre en quirófano con una anemia sin estudiar ni tratar. El diagnóstico y tratamiento preoperatorio de la anemia es una de las medidas de UO más eficientes. La ferropenia es la principal causa de la anemia periquirúrgica, la primera de origen digestiva, y la segunda causa de la anemia hospitalaria.

Hace seis años cinco sociedades científicas españolas publicaron el Documento de Sevilla (DS) sobre Alternativas a la TSA (5). Su objetivo fue generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible sobre sus indicaciones de las alternativas, a fin de asesorar a todos los profesionales involucrados en su manejo. Su razón principal es "la persistente variabilidad en el uso clínico de las TSA y sus alternativas". En el primer trimestre del 2013 se ha publicado simultáneamente en cuatro revistas científicas nacionales (Revista Anestesia, Medicina Intensiva, Farmacia Hospitalaria y Blood Transfusion) el "Update del Documento de Sevilla". (9)

En las conclusiones del Update del Documento se recoge:

Recomendación 1A:

Administración de hierro (Fe) iv en pacientes oncológicos, para prevenir la anemia inducida por la quimioterapia y/o radioterapia, como administración coadyuvante de otros agentes eritropoyéticos.

Recomendación 1B:

Administración de Fe iv en pacientes con anemia posparto.

- Administración de Fe iv en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Sugerencias 2B:

- La administración de Fe iv en el periodo preoperatorio de pacientes anémicos que van a ser sometidos a cirugía ortopédica, ginecológica o digestiva.

- La administración de Fe iv en el periodo perioperatorio de pacientes sometidos a cirugía ortopédica, con alta probabilidad de desarrollar anemia perioperatoria.

- La administración de Fe iv en pacientes oncológicos para prevenir la anemia inducida por la quimioterapia y/o radioterapia, sin la administración coadyuvante de otros agentes eritropoyéticos.

1.- REAL DECRETO 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

2.- García-Erce JA, Giralt M, Campos A, Muñoz M. Blood donation and blood transfusion in Spain (1997 - 2006): the effects of demographic changes and universal leukoreduction. Blood Transfus. 2010;8(2):100-6.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

462

1. TÍTULO

OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE UN PROTOCOLO CLINICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA/FERROPENIA/DEFICIT FERRICO CON HIERRO INTRAVENOSO

- 3.- Fernández-Montoya A. [Variations in transfusion practice in Spain]. Sangre (Barc). 1999;44(1):30-7.
- 4.- Ortiz P, Mingo A, Lozano M, Vesga MA, Grifols JR, Castrillo A et al. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. [Guide for transfusion of blood components]. Med Clin (Barc). 2005;125:389-96.
- 5.- Leal R, Alberca I, Asuero MS, Boveda JL, Carpio N, Contreras E, et al. [THE <<SEVILLE>> CONSENSUS DOCUMENT ON ALTERNATIVES TO ALLOGENIC BLOOD TRANSFUSION.] Med Clin (Barc) 2006; 127(Supl.1): 3-20
- 6.- García-Erce JA, Cuenca J, Solano VM. Factores de riesgo transfusional en la fractura subcapital de cadera en pacientes de más de 65 años. Med Clin (Barc). 2003;120(5):161-6.
- 7.- Muñoz M, García-Erce JA, Cuenca J, Bisbe E, Naveira E. On the role of iron therapy for reducing allogeneic blood transfusion in orthopaedic surgery. Blood Transfus. 2011; 30:8-22.
- 8.- Bisbe E, García-Erce JA, Díez-Lobo AI, Muñoz M; Anaemia Working Group España. A multicentre comparative study on the efficacy of intravenous ferric carboxymaltose and iron sucrose for correcting preoperative anaemia in patients undergoing major elective surgery. Br J Anaesth. 2011;107(3):477-8.
- 9.- Leal-Noval SR, Muñoz M, Asuero M, Contreras E, García-Erce JA, Llau JV, et al. The 2013 Seville Consensus Document on alternatives to allogenic blood transfusion. An update on the Seville Document. Med Intensiva. 2013 Mar 15. doi:pii: S0210-5691(13)00018-1. 10.1016/j.medin.2012.12.013.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Este protocolo original, que deberá revisarse periódicamente, será una adaptación de los protocolos del Hospital Universitario Miguel Servet Z2-091-08, Z2-092-08, Z2-002-10, Z2-004-10, Z2-209-09 y Z2-229-10 aprobados por el IACS, participados y liderados por el Responsable de este proyecto.

Este protocolo original, que deberá revisarse periódicamente, será una adaptación del protocolo de tratamiento de la anemia de la enfermedad intestinal de ARANIF

Este protocolo original será adaptación de la parte correspondiente al tratamiento con hierro endovenoso de varios Proyectos del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud, participados o asesorados por el responsable de este proyecto:

Del Sector/Área 2:

- Del 2009, "MEJORA CONTINUA DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL SECTOR 2, HUMS: 1. NUEVA REDACCIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE CÁNCER DE RECTO Y CÁNCER DE COLON; 2. DISMINUCIÓN DEL USO DE CONCENTRADO DE HEMATÍES EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CCR QUE PRESENTAN ANEMIA.";
- Del 2010, "MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN NUESTRO CENTRO".
- Del 2010, "PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA Y DEL DEFICIT DE HIERRO EN EL EMBARAZO GEMELAR".
- Del 2010, (número 156) "HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZA2 AT.ESPECIALIZ. ESTUDIO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL PROGRAMA PREDONACION DE SANGRE AUTOLOGA EN EL HUMS. ADAPTACION A LA NORMA ISO 9001:2000".

Del Sector/Área Huesca

- Del 2011:

- HU SOCIOANITARIO. Número 445. GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI, JOSEMEJORA EN LA ATENCION INTERDISCIPLINAR DEL PROCESO FRACTURA DE CADERA.
- HU AT.ESPECIALIZ. Número 456. IMPLANTACION DEL PROCESO "HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSION PORTAL" EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Promover el uso racional y óptimo, basado en la evidencia, del hierro endovenoso como alternativa a la transfusión sanguínea.

Promover el uso racional y óptimo, basado en la evidencia, del hierro endovenoso como tratamiento efectivo, eficiente, rápido y seguro de la ferropenia y anemia ferropénica.

Promover la creación de una consulta y circuito del manejo de la anemia preoperatoria como método de evitación de la transfusión sanguínea.

Promover la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes afectados de enfermedades digestivas y otras patologías sangrantes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualización del PROTOCOLO CLINICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA/FERROPENIA/DEFICIT FÉRRICO CON HIERRO INTRAVENOSO incorporando las recomendaciones basadas en la evidencia del Update del Documento de Sevilla de Alternativas a la Transfusión Sanguínea Alogénica, con participación de todos los miembros.

Difusión del PROTOCOLO CLINICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA/FERROPENIA/DEFICIT FÉRRICO CON HIERRO INTRAVENOSO en aquellos servicios y unidades más consumidores de TSA y con mayor incidencia y prevalencia de anemia ferropénica, con participación de todos los miembros.

Estudio e identificación de pacientes afectados de anemias ferropénicas desde el Laboratorio de Hematología y Hemoterapia, bajo la responsabilidad de la Dra Lezaún.

Estudio y propuesta de circuito de estudio y tratamiento de la anemia preoperatoria, bajo responsabilidad del

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

462

OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE UN PROTOCOLO CLINICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA/FERROPENIA/DEFICIT FERRICO CON HIERRO INTRAVENOSO

Dr Marín. El objetivo sería el desarrollo y creación de una consulta específica del tratamiento de la anemia preoperatoria, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Transfusión de nuestro centro hospitalario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Uno) Evaluación del consumo del consumo de hemoderivados tanto del centro hospitalario, como individualizado por cada unidad o servicio médico/quirúrgico, con revisión aleatoria de su correcta utilización.

Dos) Evaluación de la evolución del consumo de hierro endovenoso, con revisión aleatoria de su correcta utilización.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el segundo trimestre de este año se procederá a revisar y actualizar el protocolo.

Posteriormente, se procederá a la difusión del mismo por todas las unidades y servicios con mayor consumo de concentrados de hematíes, durante el tercer y cuarto trimestre.

En el primer trimestre del próximo año se procederá a revisar el consumo de hemoderivados, de hierro y la incidencia de la anemia y ferropenia, en las unidades o servicios dónde se haya implementado.

Se editará una guía de bolsillo para su uso óptimo.

Existe, en negociación en estos momentos, de la posibilidad del desarrollo de una aplicación informática para dispositivos móviles con sistema operativo diferente al iOS, tanto para el uso óptimo de los componentes sanguíneos como del hierro endovenoso.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Uso óptimo y racional del hierro endovenoso como alternativas a la transfusión sanguínea.

OTRA PALABRA CLAVE 2. Estudio y tratamiento eficiente, seguro y rápido de la ferropenia y/o anemia ferropénica

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

306

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA CLINICA EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE JUAN RAMON GOMEZ SUGRAÑES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GODED BROTO IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO CIRUGIA GENERAL
- MARTIN ANORO FRANCISCO. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO CIRUGIA GENERAL
- GARCIA EGEA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO CIRUGIA GENERAL
- BAQUE SANZ FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO CIRUGIA GENERAL
- BERNUES PEREZ ALICIA JOSEFA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La vía clínica tiene por objeto ordenar y estandarizar la atención a los pacientes afectos de una determinada patología. Son planes asistenciales que se aplican a patologías que presentan un curso predecible y con baja probabilidad de complicaciones. Los beneficios de su aplicación son conseguir minimizar los errores, optimizar los recursos y ampliar la información al paciente.

Es una forma de adaptar las guías o los protocolos a la práctica clínica, es la versión operacional de las guías; los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase. Nunca reemplaza el juicio clínico profesional.

La forma de presentación más común que adoptan es la de una matriz temporal, detallando secuencialmente las actuaciones a realizar. En el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo, en el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas, evaluaciones y asistencias, determinaciones o tests de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, medicación, actividad, fisioterapia, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, criterios de ingreso o de alta.

Es necesario además establecer hojas de verificación para cada paciente que permitan comprobar la aplicación de la vía clínica al mismo.

La adhesión de los profesionales es un tema fundamental para el éxito de su implantación. Se percibe la vía clínica como una amenaza a la autonomía profesional. Por ello, es fundamental que sea una herramienta flexible que recoja todas las variaciones posibles que se puedan producir en el curso clínico del proceso. Además, suponen un cambio en la inercia del trabajo habitual y, con frecuencia, un aumento de la burocracia. Para contrarrestar estos problemas, es importante la concienciación acerca de la seguridad legal que suponen las vías clínicas en un determinado servicio y la facilitación del trabajo mediante la sustitución de los documentos habituales por otros más sencillos de rellenar, en lugar de la adición de nuevos documentos por simples que éstos parezcan.

Definimos cirugía mayor ambulatoria: La realización de procesos quirúrgicos con anestesia general, regional o local con sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se trata de un proyecto nuevo

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Iniciar una vía clínica para procedimientos de cirugía mayor ambulatoria
- Realizar procedimientos sin necesidad de ingreso hospitalario
- Índice sustitución de procedimientos del 50

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se trata de la implementación de procedimientos que hasta la fecha se ingresaban de forma ambulatoria.

Iniciar la utilización de vías clínicas

Recopilación de los datos al alta de la unidad de cirugía ambulatoria, Ignacio Goded y Francisco Martin

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Índice de ingresos:

pacientes programados como CMA (cirugía mayor ambulatoria) que tuvieron que ser ingresados en el hospital por complicaciones o por mala selección del paciente o del procedimiento.

N° de pacientes ingresados/ N° de pacientes intervenidos por CMA x 100

Índice de reingresos:

pacientes intervenidos en régimen de CMA que una vez dados de alta fueron ingresados por alguna complicación.

N° de pacientes reingresados/ N° de pacientes intervenidos por CMA x 100

Índice de consultas a Urgencias:

porcentaje de pacientes que acudieron a Urgencias después de la intervención. Todos los pacientes fueron instruidos en comunicar a la UCSI cualquier visita o consulta telefónica al Servicio de Urgencias en el postoperatorio inmediato.

N° de visitas a Urgencias de pacientes CMA/ N° de pacientes intervenidos por CMA x 100

Índice de cancelación quirúrgica: porcentaje de pacientes cuya intervención programada fue suspendida por cualquier causa.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

306

IMPLEMENTACION DE LA VIA CLINICA EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Nº de intervenciones de CMA suspendidas/Nº total de intervenciones CMA x 100

Índice de sustitución: medido a partir del registro de "GRD potencialmente ambulatorios"

Nº de intervenciones CMA de un grupo de GRD potencialmente ambulatorio/Nº de intervenciones totales de dicho GRD x 100

Evaluación del dolor postoperatorio: medido por control telefónico a las 24 horas y clasificándolo mediante una escala verbal en: ausente, leve, moderado o severo. La analgesia prescrita al alta será evaluada igualmente como "suficiente o insuficiente"

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Confección de la vía clínica en una matriz temporal. 2012

Confección de los indicadores. 2012

Presentación al Servicio de Cirugía. 2012

Fecha de inicio: Abril de 2013 (primer día de sesión quirúrgica ambulatoria)

Control de la correcta cumplimentación de los datos cada tres sesiones quirúrgicas

Reunión cada dos meses para control del correcto funcionamiento del proceso

Resultado de los indicadores en Abril 2014

11. OBSERVACIONES. Hasta hace pocos años era impensable que un paciente que se operara de una hernia inguinal, por ejemplo, se fuera a su domicilio el mismo día. Este hecho es una realidad cotidiana en el desarrollo de la actividad quirúrgica actual y ha sido posible gracias al cambio organizativo de los hospitales; al desarrollo de técnicas quirúrgicas más simples y menos traumáticas, y a la mejora en los procedimientos anestésicos con la utilización de fármacos de menor vida media que facilitan la recuperación rápida y la vuelta a la actividad diaria de los pacientes. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Cirugía Mayor ambulatoria

OTRA PALABRA CLAVE 2. Vía Clínica

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

388

REALIZACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE MATERIAL QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**2. RESPONSABLE** LORENA LAGLERA BAILO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SERRANO BITRIAN MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
- OREA MARTINEZ GUADALUPE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ESTERILIZACION
- BEROT SANTALIESTRA ADELA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. ESTERILIZACION
- CONTE GIRAL PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. ESTERILIZACION
- GRACIA VIDAL MARIA ELENA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. ESTERILIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La central de esterilización del Hospital S. Jorge de Huesca está inmersa en un proceso de certificación con la norma ISO 9001. En los últimos años se han documentado todos los procesos que se llevan a cabo en dicha central para lograr el objetivo último que es la esterilización satisfactoria de todo el material que llega para ese fin. Por otra parte se trata igualmente de aumentar la satisfacción de los clientes de la central y de los profesionales que trabajan en ella.

Entre las mayores dificultades que entraña el trabajo en la central está el conocimiento del contenido de las cajas de material de quirófano que contienen una gran cantidad de instrumental que es preciso que sea conocido por el personal que va a esterilizar el material.

Además de conocer el material individualmente, es preciso conocer con exactitud el material que debe ser incluido en cada caja. Existen más de cien cajas distintas por lo que resulta muy complicado retener de memoria lo que deben contener.

Se ha ideado un sistema para facilitar esta tarea sobre todo al personal de nueva incorporación mediante la creación de un catálogo de fotografías de cada caja.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un catálogo fotográfico de todo el material en cajas de todas las especialidades quirúrgica. Este catálogo servirá para facilitar la capacitación del nuevo personal y

Se espera que cualquier profesional que realice su trabajo en la central de esterilización del Hospital S Jorge tenga acceso a el catálogo para facilitar su labor y evitar errores que pudieran perjudicar la labor en quirófano de los servicios quirúrgicos y proporcionar una mayor seguridad clínica al paciente en la intervención quirúrgica, disminuyendo los riesgos que supone.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El catálogo contendrá un capítulo por cada especialidad quirúrgica. Cada modelo de caja recibe un nombre de acuerdo con la intervención para la que se suele utilizar. Cada caja contendrá una relación de todo el material que contiene y, al menos, una fotografía que lo muestre.

Será la enfermera coordinadora de la central la responsable de su elaboración, en colaboración con todo el personal de la central y, si se precisa, con personal de quirófano.

El catálogo será activo, ya que se van produciendo modificaciones en la cajas e incorporación de nuevo material constantemente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Catalogación de todas las cajas y/o contenedores existentes:

.....100%

Cajas catalogadas con todo su contenido80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La catalogación del material se llevará a cabo en un año.

En el mes de Junio se habrá completado la relación de todas las cajas y/o contenedores

En marzo 2014 se pretende completar el catálogo de las cajas con todo su contenido

El catálogo permanecerá activo siempre.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. CATALOGO MATERIAL QUIRURGICO

OTRA PALABRA CLAVE 2. CENTRAL ESTERILIZACION

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

388

REALIZACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE MATERIAL QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- 3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 2 Poco
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

443

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS EN LA UNIDAD DE ONCOLOGIA Y CONSULTA DE CONSEJO GENETICO

2. RESPONSABLE RODRIGO LASTRA DEL PRADO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALVAREZ BUSTO IÑAKI. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA
- BURILLO CORDERO MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. ONCOLOGIA
- SERRANO VICENTE MARI CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Necesidad de actualizar, revisar y crear nuevos protocolos para los diferentes procesos que acaecen en la unidad de oncología.

Son múltiples los procesos que tienen lugar en nuestra unidad de oncología, y que se realizan, unos diariamente y otros más esporádicamente.

Ejemplo de los primeros son: los algoritmos empleados para la consulta de consejo genético, el seguimiento de las diferentes patologías oncológicas, el circuito empleado por los pacientes una vez que entran en contacto con nuestra unidad, la derivación a otras unidades (ESAD, Radioterápica, cirugía hepatobiliar, cirugía torácica...), la premedicación de los tratamientos citostáticos...

Ejemplo de los segundos son: El manejo de diferentes complicaciones oncológicas (fiebre neutropénica, compresión medular...), el manejo de complicaciones derivadas de la infusión de citostáticos (extravasaciones, reacciones de hipersensibilidad, shock cardiogénico...)

De cara a ir uniformizando y homogenizando cada uno de estos procesos vemos conveniente seguir creciendo en la revisión de aquellos que ya están protocolizados y en la protocolización de nuevos procesos que se están instaurando, con el objetivo de aunar criterio y optimizar recursos (Por ejemplo, posibilidad de reducir el número de pruebas no necesarias en el seguimiento)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Revisar y actualizar protocolo de extravasaciones y reacciones adversas
Revisar y actualizar protocolo de premedicación citostáticos
Realizar protocolo de seguimiento y petición de pruebas complementarias en pacientes supervivientes de cáncer de mama, colorectal, ORL, pulmón y ovario
Realizar protocolo y diseñar circuito de la consulta de consejo genético de oncología

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de las guías de la NCCN (americana) y las guías de la ESMO (europeo) respecto a los temas que vamos a tratar. (Rodrigo Lastra)

Confrontación con la realidad de nuestro entorno y centro hospitalario. (Rodrigo Lastra, Iñaki, Álvarez y Miguel Burillo)

Elaboración de un texto dialogado y consensuado entre los profesionales que estamos involucrados en dicho proceso. (Rodrigo Lastra, Iñaki, Álvarez y Miguel Burillo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Tener al menos dos reuniones entre los miembros de la unidad para dialogar sobre los protocolos

2) Abrir y guardar en lugar conocido por todos los miembros de la unidad un archivador de protocolos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2013: Recopilación y revisión de las guías NCCN y ESMO

Junio-sept 2013: Elaboración de propuesta de borradores y reuniones de diálogos entre los miembros de la unidad

Oct-Dic 2013: Redacción final y presentación de los resultados, archivándolos en la carpeta de protocolos.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

019

MEJORA DE TECNICA ADMINISTRACION MEDICACION SUBCUTANEA

2. RESPONSABLE AMAYA MALON MARCO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- OLIVARI MONTOYA MARIELLA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA, NEUROLOGIA, CARDIOLOGIA; NEUMOLO
- CALLEN SALVATIERRA MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA, NEUMOLOGIA, NEUROLOGIA, MEDICINA INTE
- ORDAS BITRIAN MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA, NEUMOLOGIA, MEDICINA INTERNA, NEFROL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Realizar una técnica correcta en la inyección subcutánea para evitar sus complicaciones.

Educación sanitaria en pacientes insulino-dependientes.

Detección de hematomas en abdomen con administración de heparinas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Tras realizar cortes periódicos, no hay constancia de la rotación en zonas de punción.

No hay constancia en los registros de enfermería de los conocimientos de los pacientes.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realización de una buena técnica y evitar sus complicaciones.

Refuerzos de conocimientos al personal de enfermería en la técnica de inyección subcutánea.

Registrar la rotación de las inyecciones subcutáneas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones informativas a todo el personal de enfermería.

Diseñar registro para asegurar la rotación de las zonas a pinchar.

Registro de conocimientos del paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Una vez hecho el registro se realizarán cortes periódicos de seguimiento.

Se controlará la asistencia de todo el personal de enfermería a las sesiones formativas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las sesiones se realizarán hasta septiembre.

Desde primeros de septiembre-octubre se comenzará con el registro de las zonas de punción.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN HEMORRAGIA MASIVA

2. RESPONSABLE JUAN RAMIRO MARIN GUERRICOBETIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALAMILLO SALAS CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- BAILO GALINDO YZARBE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANO
- LLIMIÑANA ORDAS CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
- SAUCO JAQUES JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- VILLARROEL PINO ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ausencia actual de un protocolo para el manejo del paciente con hemorragia masiva, situacion de extrema gravedad que supone una alta morbilidad, sobre en la poblacion joven politraumatizada. Es un proceso emergente que precisaria estar protocolizado para conseguir un buen manejo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación e instauración de un protocolo para el manejo de hemorragia masiva y activacion de una alerta hospitalaria, con la consiguiente mejora de en los tiempos de actuacion, que son vitales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Definición de hemorragia masiva en consenso

2. Implicación de los servicios hospitalarios afectados
3. Creación de alerta que ponga en marcha dicho protocolo
4. Creación e instauración de protocolo, así como de formulario a rellenar para seguimiento del cumplimiento
5. Medición del impacto del protocolo en base a la cumplimentación , seguimiento y tiempos de actuación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Definición de hemorragia masiva, creación y activación de alerta, implicación de servicios afectados y creación de formulario de seguimiento: difusión en los servicios y cumplimentación del formulario.

2. Impacto en el personal implicado: seguimiento del formulario

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Definición de hemorragia masiva en consenso, implicación de los servicios hospitalarios afectados y creación de alerta que ponga en marcha dicho protocolo: 3 meses

2. Creación e instauración de protocolo, así como de formulario a rellenar para seguimiento del cumplimiento: 3 meses
 3. Medición del impacto del protocolo en base a la cumplimentación , seguimiento y tiempos de actuación: 6 meses
- Total: 1 año

11. OBSERVACIONES. Se solicita 100 euros para material de oficina y fungible11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

197

MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL CONTACTO PRECOZ EN LOS PARTOS MEDIANTE CESAREA PROGRAMADA, CON ANESTESIA LOCO-REGIONAL. PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA

2. RESPONSABLE JOSE MARIA MAS FORTUÑO
· Profesión MATRONA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANADON CASAJUS ELENA. EIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PASCUAL COLLADOS EVA CONCEPCION. EIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ABIO ALBERO SONIA. PEDIATRA. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ANDRES OROS MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· AZANZA MONTUL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MATERNO INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los partos mediante cesárea programada y anestesia loco-regional, las madres no tienen la posibilidad de iniciar la lactancia materna durante el periodo de alerta del recién nacido, por ser trasladado al Servicio de Neonatología para observación ya que la mayoría no precisa cuidados especiales. Con esta iniciativa se pretende igualar las condiciones, en lo referente a la lactancia materna, entre un parto vaginal y una cesárea programada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que al menos un 25% de las cesáreas programadas y con anestesia loco-regional, durante su estancia en la sala de reanimación postquirúrgica (URPA) realicen contacto precoz para favorecer la lactancia materna dentro del periodo de alerta del neonato.

7. Antes de la cesárea la madre manifestara su deseo de este contacto respetando su decisión. Tras la cesárea el neonato será recogido por la matrona y trasladado a la Unidad de Reanimación Neonatal para ser evaluado por el pediatra y dar su visto bueno para realizar este contacto. Cuando la madre ingrese en la Sala de Reanimación Postquirúrgica, tras la valoración por el anestesista, esta deberá reunir las condiciones adecuadas para comenzar el contacto con el neonato y si así lo desea iniciar la lactancia materna. Así mismo, la ocupación y nivel de actividad de la Sala de Reanimación deberá permitir dicha actuación. La enfermera de la sala de reanimación se ocupará de los cuidados post-operatorios de la madre y el personal de neonatología y matronas se ocuparán de los cuidados del neonato, hasta que reúna la madre las condiciones para ser trasladada al Servicio de Obstetricia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La matrona será responsable de entrevistar a la candidata para en todo momento respetar su voluntad. La responsable de la URPA intentará adecuar un lugar adecuado o de lo contrario hará saber de la no posibilidad de llevarse a cabo. El personal del Neonatología estará informado y acudirá a vigilar al recién nacido mientras este permanezca en la URPA cuando el personal de paritorio no pueda hacerlo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Numero de contactos precoces conseguidos durante la estancia en la URPA.

-Recogida de datos en el programa informático "PARTOS"

2) Nivel de satisfacción de la mujer durante esta actuación precoz en su estancia en URPA.

Recogida de datos en programa informático "PARTOS"
Tras encuesta realizada a la madre.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Junio 2013
Fecha de fin: Marzo 2014

CRONOGRAMA:

Informar a los servicios y personal implicados Mayo 2013.
Reuniones trimestrales para valorar la evolución de la situación.
Valoración de la recogida de datos de Mayo a Abril 2014.
Evaluación de indicadores y conclusiones en Abril 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. MUJERES EN EDAD FERTIL
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. LACTANCIA MATERNA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

197

MEJORA EN LA IMPLANTACION DEL CONTACTO PRECOZ EN LOS PARTOS MEDIANTE CESAREA PROGRAMADA, CON ANESTESIA LOCO-REGIONAL. PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

450

MEJORA DE CALIDAD ASISTENCIAL DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO (TCE) EN URGENCIAS**2. RESPONSABLE** DAVID MEJIA ESCOLANO

- . Profesión MEDICO/A
- . Centro H SAN JORGE
- . Localidad HUESCA
- . Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- . Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . MUÑOZ PINTOR MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- . BLESAS CLAVERO ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- . ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- . LATORRE JIMENEZ ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- . PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- . LABARTA BELLOSTAS MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- . TARONGI SALETA ANA. MEDICO/A. CS SARIÑENA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El H. General San Jorge, por su ubicación en el prepirineo soporta un importante número de TCE debido tanto a los deportes de montaña de invierno como a los de verano que abarcan desde el TCE leve al grave y al politraumatizado.

En el momento actual el paciente con TCE leve es atendido en urgencias y si precisa observación se procede a su ingreso en el hospital lo que genera un aumento del porcentaje de ingresos.

El motivo de que se proceda al ingreso, hasta ahora, del paciente que precisa observación, es la no disponibilidad de espacio en el servicio de urgencias para la realización de la observación adecuada de estos pacientes.

Desde el servicio de urgencias en colaboración con el de neurología se quiere disminuir este porcentaje lo que conllevará a la disminución del gasto hospitalario por ingresos, realizando un protocolo que ayude a una mejor adecuación de los recursos asistenciales en la atención a los pacientes con dicho proceso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** - Disminución del número de ingresos de pacientes con TCE leve
- Aumento del espacio destinado al servicio de urgencias para la observación de dichos pacientes
- Protocolo o proceso de actuación que mejore la calidad asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones del equipo de calidad para realizar un protocolo de actuación**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1. Indicadores de Proceso:

- a. Proceso de atención al TCE en el hospital San Jorge elaborado: SI/NO
- b. Check-list elaborado: SI/NO
- c. Check-list implantado: SI/NO
- d. Hoja de recomendaciones de cuidados al alta elaborada: SI/NO
- e. Hoja de recomendaciones de cuidados al alta implantada: SI/NO

2. Indicadores de resultado (aquí se incluyen también de eficiencia):

- a. Nº pacientes con TCE atendidos en urgencias
- b. Porcentaje de pacientes con TCE leve con los siguientes GRD ingresados al año (GRD 761, 766, 767, 763)
- c. Porcentaje de ingresos evitados respecto a años anteriores: Nº pacientes ingresados 2012-Nº pacientes ingresados 2013
- d. Nº de pacientes que vuelven a urgencias por complicaciones leves asociadas al TCE (en menos de un mes).
- e. Nº de pacientes que vuelven a urgencias por complicaciones graves asociadas al TCE en menos de un mes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 año**11. OBSERVACIONES.** 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia**POBLACIÓN DIANA**

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**OTRA PALABRA CLAVE** 1. TCE leve**VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

013

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN EL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TEC LEVE QUE PERMANECE AL MENOS SEIS HORAS EN EL AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS**2. RESPONSABLE** MANUEL MUÑOZ PINTOR

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MILLAN SALCEDO ANA ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- SANCHEZ PUERTOLAS BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- PEREZ CLAVIJO GRETEHEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- PUJOL KELLER ANA. MEDICO/A. H BARBASTRO. PAC
- MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- BLESIA CLAVERO ELENA. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- CLAVER GARCIA PAULA. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL TCE LEVE ES UN MOTIVO DE URGENCIA RELATIVAMENTE FRECUENTE, QUE EN NUESTRO SERVICIO SUPONE EL 1% DE LAS ATENCIONES. HASTA AHORA ESTE TIPO DE PACIENTE PERMANECIA INGRESADO EN EL AREA QUIRURGICA (TRAUMATOLOGIA) Y POSTERIORMENTE MEDICA (NEUROLOGIA), PERO DESDE ESTE MES QUEDARA EN OBSERVACION EN EL AREA DE URGENCIAS DURANTE UN PERIODO AL MENOS DE SEIS HORAS, PARA EVITAR EL INGRESO HOSPITALARIO SIENDO POSTERIORMENTE DADO DE ALTA CON INSTRUCCIONES DOMICILIARIAS. SE CONSIDERA QUE PASADAS LAS PRIMERAS SEIS HORAS POSTERIORES A UN TCE LEVE DISMUYEN DE FORMA CONSIDERABLE LAS POSIBILIDADES DE PRESENTAR UNA COMPLICACION EN ESTE TIPO DE PACIENTES. UNA DE LAS CAUSAS QUE GENERAN MAS INSATISFACCION EN EL AREA DE URGENCIAS ES EL TIEMPO DE ESPERA HASTA EL ALTA MEDICA Y LA FALTA DE INTIMIDAD EN ESTE TIPO DE AREAS QUE NO ESTAN PREPARADAS PARA SOPORTAR LAS NECESIDADES DE ESTOS PACIENTES (AMBIENTE TRANQUILO Y RELAJADO PARA EVITAR COMPLICACIONES) ESTA ESPERA NECESARIA EN MUCHAS OCASIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PODRIA NO HACERSE TAN PENOSA PARA PACIENTES Y FAMILIARES OFRECIENDO INFORMACION NO SOLO DE LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD SINO TAMBIEN DE LOS PASOS DEL PROCESO ASISTENCIAL ASI COMO INTENTANDO CONSEGUIR UN AMBIENTE FAVORABLE. TRATAREMOS DE APROVECHAR ESTA OPORTUNIDAD DE MEJORA Y PARA ELLO VAMOS A SELECCIONAR A UN TIPO DE PACIENTE QUE POR SU FRECUENCIA Y HOMOGENIDAD NOS PERMITA REALIZAR DE FORMA CORRECTA EL ESTUDIO. CREEMOS QUE EL PACIENTE IDONEO PARA REALIZAR EL ESTUDIO ES EL PACIENTE TIPO (TCE LEVE) QUE DEFINIREMOS SEGUN CRITERIOS. ASI MISMO APROVECHAREMOS PARA CREAR UN NUEVO PROTOCOLO PARA ESTOS PACIENTES QUE PERMANECEN EN OBSERVACION, DEL MISMO MODO EVALUAREMOS ESTA NUEVA SITUACION, DADO QUE ANTES ESTE TIPO DE PACIENTES INGRESABAN EN PLANTA MEDICA. INICIAREMOS EL ESTUDIO VALORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA SOBRE UN NUMERO N DE PACIENTES TAL Y COMO SE REALIZAN HASTA AHORA NUESTRAS ACTUACIONES. VALORADOS LOS RESULTADOS, SE INFORMARA AL EQUIPO PARA POSTERIORMENTE REALIZAR UNA SERIE DE ACTIVIDADES FORMATIVAS ENTRE LOS MIEMBROS DEL SERVICIO. ESTAS ACTIVIDADES FORMATIVAS INCLUIRAN MEJORAR NUESTRAS HABILIDADES Y RECURSOS HUMANOS, PERO TAMBIEN NOS PERMITIRAN CONOCER SI EL RESULTADO DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR ESTE TIPO DE PACIENTES ES LA APROPIADA EN ESTE TIPO DE SALA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN AQUELLOS PACIENTES QUE CUMPLEN CRITERIOS DE TCE LEVE Y PERMANECEN EN OBSERVACION HASTA EL ALTA MEDICA
-MEJORAR LA SATISFACCION PERCIBIDA POR FAMILIARES Y PACIENTES.
-CONOCER CUALES SON LOS PRINCIPALES INDICADORES QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE PARA LA EVOLUCION CLINICA DE ESTE TIPO DE PACIENTES Y ASI PODER ACTUAR SOBRE ELLOS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -LO PRIMERO SERA REALIZAR UNA EVALUACION INICIAL DE LA SITUACION ACTUAL
-FORMACION DEL PERSONAL PARA CORREGIR FALLOS DE ACTUACION Y ADQUIRIR NUEVAS HABILIDADES QUE CONDUZCAN A MEJORAR LA ASISTENCIA PERCIBIDA POR FAMILIARES Y PACIENTES.
-INICIAR DE FORMA SISTEMATICA EL PROCESO DE INFORMACION AL PACIENTE
-PROCURAR UN AMBIENTE FAVORABLE PARA EL PACIENTE
-EVALUACION FINAL DEL TRABAJO REALIZADO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. DADO QUE SE TRATA DE UNA NUEVA MEDIDA EN NUESTRO HOSPITAL Y QUE ANTES NO HA SIDO EVALUADO NO DISPONEMOS DE INDICADORES. ES POR ESTO POR LO QUE COMENZAMOS REALIZANDO UN ESTUDIO DE LA SITUACION ACTUAL. NUESTROS INDICADORES VAN A PERSEGUIR OBTENER UNA MEDIDA OBJETIVA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE ESTE TIPO DE PACIENTES. VAMOS A MEDIR:

- A) LA RELACION MEDICO/PACIENTE
- B) LA INFORMACION ASISTENCIAL RECIBIDA
- C) LA RELACION ENFERMERA/PACIENTE
- D) RAPIDEZ DE RESPUESTA DEL PERSONAL ANTE PROBLEMAS MEDICOS COMO DOLOR, COMPLICACIONES... ETC
- E) SI EL TIEMPO DE OBSERVACION HA SIDO PERCIBIDO DE FORMA POSITIVA POR EL PACIENTE O POR CONTRA HA INFLUIDO DE FORMA NEGATIVA
- F) INFLUENCIA DE LA SITUACION AMBIENTAL SOBRE LA EVOLUCION CLINICA
- G) CALIDAD ASISTENCIAL MEDICA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

013

CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN EL PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TEC LEVE QUE PERMANECE AL MENOS SEIS HORAS EN EL AREA DE OBSERVACION DE URGENCIAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.REUNION INICIAL PARA ESTABLECER LA FECHA DE INICIO DEL ESTUDIO E INFORMAR AL PERSONAL LOS CRITERIOS QUE DEFINEN AL PACIENTE TIPO (TCE LEVE)
2.ELEGIDA LA MUESTRA SE REALIZA UNA ENCUESTA DE SATISFACCION DURANTE 14 DIAS
3.DURANTE 14 DIAS SE REALIZA UN ESTUDIO DE LA SITUACION ACTUAL Y SE PLANTEA LA NECESIDAD O NO DE FORMACION ASI COMO LA BASE DE ESTA.
4.SE REALIZA LA FORMACION DEL PERSONAL Y SE INTENTAN CORREGIR LOS DEFECTOS MATERIALES SI ES POSIBLE O EVITAR
5.SE REALIZA LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE MEJORA (6 MESES)
6.SE VUELVE A REALIZAR UNA ENCUESTA DE SATISFACCION DURANTE 14 DIAS
7.POR ULTIMO SE REALIZA UN ESTUDIO Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.
EN TOTAL 8 MESES.

11. OBSERVACIONES. COMO MEDIDA ADICIONAL SE PODIA REALIZAR UN TRIPTICO INFORMATIVO DEL CUADRO CLINICO (TCE LEVE) Y DEL PROCESO ASISTENCIAL A SEGUIR, DESCRIBIENDO LAS MEDIDAS QUE SE LLEVAN A CABO. ASI MISMO SE DARIAN UNAS RECOMENDACIONES MEDICAS AL PACIENTE PARA CONTINUAR SU EVOLUCION EN SU DOMICILIO,EXPLICANDO SINTOMAS DE ALARMA Y ACTUACION A SEGUIR.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. MAYOR DE 14 AÑOS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTE ADULTO QUE HA SUFRIDO UN TCE LEVE

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

1. TÍTULO

MEJORA DE LA PROCESO DE ALIMENTACION EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN EL AREA DE ICTUS

2. RESPONSABLE MERCEDES ORDAS BITRIAN
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MALON MARCO AMAYA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. S.NEUROLOGIA. AREA DE ICTUS
- CASTEL LANGA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. S.NEUROLOGIA. AREA DE ICTUS
- MOYANO LEDESMA AMPARO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. S.NEUROLOGIA. AREA DE ICTUS
- GUALLAR BALLARIN ALICIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. S.NEUROLOGIA. AREA DE ICTUS
- HUERVA SAMBIA ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. S.NEUROLOGIA. AREA DE ICTUS
- FRECHIN PERTUSA RAUL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. S.NEUROLOGIA. AREA DE ICTUS
- URZOLA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el Sector Huesca del Hospital San Jorge se crea en el año 2010 un Área de Ictus para la atención del paciente con ictus en fase aguda, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad y mejorar el inicio de la vuelta al domicilio a través de los cuidados que se realizan en los primeros días de evolución.

Para ello se crea un grupo de enfermería con formación específica en el paciente con Ictus que realiza a través de la metodología de trabajo enfermero el abordaje del paciente con ictus atendiendo las necesidades de cada paciente.

Tras 3 años de trabajo se ha logrado una mejora evidente en la calidad asistencial del paciente con Ictus con un compromiso de trabajo de un ciclo continuo de mejora a través de la revisión de las actuaciones realizadas y la realización de acciones correctoras sobre las actuaciones que se realizan en el Área.

Uno de los aspectos esenciales de evaluación en fase aguda del Ictus por el importante número de complicaciones que provoca, es la valoración de la disfagia de una forma estandarizada en condiciones de seguridad.

Se conoce que en los primeros días de evolución del Ictus hasta un 47% de los pacientes presentan una disfagia que suele ser transitoria, pero que hay que detectar, ya que la neumonía por aspiración es una de las principales causas de muerte en estos pacientes. Por otra parte es importante de cara a una mejor evolución del paciente el inicio de una alimentación precoz, que debe realizarse en condiciones de seguridad y lo más precoz posible. Por ello la implantación de un test estandarizado ha mejorado francamente el inicio de la alimentación precoz, evitando colocación de sondas innecesarias, disminuyendo el riesgo de una aspiración al adaptar las texturas y los volúmenes según las necesidades de cada paciente, y colocando únicamente las sondas nasogástricas necesarias acordes a un protocolo establecido por el servicio de endocrinología del Hospital. Durante el 2012 se colocaron sondas nasogástricas a un 12% de los pacientes y no se produjo ninguna neumonía por aspiración.

Tras la implantación de todas estas medidas que han mejorado claramente la calidad de la atención, se observaron algunos problemas en los pacientes que se alimentaban con sonda nasogástrica de acuerdo al protocolo establecido en bomba de perfusión continua.

Tras presentar los frutos del trabajo de enfermería del Hospital en la Reunión Nacional de Enfermería Neurológica de 2012, se plantea la posibilidad de modificar la pauta de alimentación por sonda nasogástrica por una forma más fisiológica en bolos o por gravedad, que permita el descanso nocturno y evite el riesgo de alguna aspiración nocturna por movilización del paciente durante la noche.

El Grupo de mejora constituido del área de Ictus, junto con el personal de endocrinología pretende evaluar la implantación de un nuevo protocolo tras revisar las actuaciones realizadas con el objetivo de mejorar la alimentación de los pacientes que requieren sonda nasogástrica.

Oportunidad de mejora:

1. Consolidación a través de la formación continuada en enfermería del área y la evaluación de las acciones correctoras de la evaluación estandarizada de la disfagia del paciente con Ictus.
2. Administrar de forma individualizada a cada paciente el tipo de alimentación que precisa en condiciones de máxima seguridad.
3. Implantar un nuevo protocolo de alimentación en los pacientes que precisen sonda nasogástrica.
4. Mejorar la confortabilidad del paciente a través de una alimentación más fisiológica.
5. Asegurar que la alimentación por sonda se aplica en las cantidades adecuadas asegurando un adecuado aporte calórico (ya que por bomba en muchas ocasiones no se puede asegurar).
6. Evitar un riesgo potencial de aspiración por la noche.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. • En 2010 se pone en marcha un grupo de mejora del Área de Ictus con un personal de enfermería con formación específica capacitado para atender al paciente con Ictus que actúa con unos protocolos de vigilancia y cuidados específicos.

- Implantación de una evaluación estandarizada de la disfagia a través del test de volumen-viscosidad.
- Inicio precoz de la alimentación e hidratación en condiciones de seguridad.
- Disminución de la morbimortalidad (ausencia de Neumonías por aspiración).
- Disminución mortalidad en fase aguda del ictus.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Consolidación evaluación estandarizada de la disfagia.

- Realización nuevo protocolo de alimentación por sonda nasogástrica.
- Mejorar la calidad de la nutrición de los pacientes con sonda nasogástrica, tanto por una alimentación más fisiológica, como por asegurar un aporte calórico adecuado evitando el riesgo de desnutrición y de aspiraciones

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

174

MEJORA DE LA PROCESO DE ALIMENTACION EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE MEJORA EN EL AREA DE ICTUS

nocturnas.

- Mejorar la confortabilidad del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará un cronograma de trabajo con los responsables de cada subproceso.

Abril: Se reunirá el grupo de mejora con el Servicio de endocrinología y la unidad de Neurología para evaluar la propuesta de la realización del protocolo de actuación, los problemas que pueden encontrarse en la implantación y las fechas del inicio del nuevo protocolo. (Mercedes Ordas-Grupo de Mejora)

Junio: Se presentará el nuevo protocolo realizado para su revisión y tras realizar las correcciones se trasladará al responsable de farmatools para su implantación en formato electrónico y facilitar la implantación del mismo. (Amaya Malón-Pilar Castell)

Julio: Implantación nuevo protocolo

Septiembre: Revisión de problemas detectados (técnicos y de seguridad del paciente a través de los indicadores expuestos), e implantación de medidas correctoras (Ana Huerva-Alicia Guallar)

Noviembre-Diciembre: Evaluación de resultados (Amparo Moyano)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Mortalidad por Ictus (Control de gestión, CMBD)

2. N° paciente ingresados en el Area (cuadro de mandos)

%pacientes con sonda nasogástrica (recogida prospectiva)

3. % pacientes con test de v-v con alteraciones en la seguridad.

4. %pacientes con sonda nasogástrica acordes al protocolo de evaluación (revisión gacela)

5. Protocolo nuevo de alimentación por sonda realizado: Si/No

6. Protocolo de alimentación implantado: Si/No

7. Morbilidad en los pacientes con sonda nasogástrica (EPINE)

8. % pacientes con test V-V realizado (resultadosde revisión de historias de dos cortes mayo y octubre)

9. %de pacientes con Neumonías aspiración (EPINE)

10. % de pacientes con diarreas (recogida prospectiva)

11. % de pacientes con vómitos. (recogida prospectiva)

12. % complicaciones objetivadas con el nuevo protocolo (recogida prospectiva)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2013: Reunión grupo de mejora y reparto de trabajo

Mayo 2013: Realización nuevo protocolo y revisión del mismo.

Junio 2013: Implantación de nuevo protocolo en formato informatizado en farmatools y comunicación de los cambios al resto del equipo.

Septiembre 2013: Evaluación de problemas de implantación de nuevo protocolo y acciones correctoras.

Noviembre 2013: Reunión grupo para valorar acciones realizadas y acciones pendientes.

Diciembre 2013: Evaluación resultados de la implantación del nuevo protocolo y las mejoras objetivadas para continuar con el mismo o volver al previo.

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

POBLACIÓN DIANA

•EDAD. Adultos

•SEXO. Ambos sexos

•TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Ictus agudo

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Seguridad clinica

OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora en la nutricion

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

223

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN CRITERIO PARA ESTABLECER LOS PERMISOS DE SALIDA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS CON EL FIN DE MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

2. RESPONSABLE MARIA JESUS RIVARES MORCATE

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESCAR ARGUIS CESAR MIGUEL. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- CABRERO CEBRIAN VISITACION. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- ALBEROLA MARGARIT VICTORIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- LOPEZ BERNUES RICARDO. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- OPERE CASBAS PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- OLIVAN SALCEDO ISABEL. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- NAVARRO DONAIRE MARIA ROSARIO. CELADOR/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PUESTA EN MARCHA DE UN CRITERIO DE PERMISO DE SALIDA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA PARA EVITAR INCIDENTES OCASIONADOS AL REGRESO DEL PERMISO QUE ALTEREN EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR DE LA UNIDAD CON EL OBJETIVO DE CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL. ES FRUTO DE LAS EXPERIENCIAS NEGATIVAS (ENTRADA DE OBJETOS PELIGROSOS Y SUSTANCIAS TÓXICAS POR PACIENTES O FAMILIARES) CON EL CONSIGUIENTE RIESGO QUE CONLLEVA ESTAS SITUACIONES.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. REDUCIR LOS INCIDENTES ORIGINADOS POR LOS PACIENTES Y/O FAMILIA AL REGRESO DEL PERMISO DE SALIDA MEJORANDO EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR DE LA UNIDAD Y GARANTIZANDO UNA MEJOR CALIDAD ASISTENCIAL.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EN LA REUNIÓN DE EQUIPO SE DEFINE EL OBJETIVO TERAPÉUTICO DEL PERMISO DE SALIDA DEL PACIENTE QUE LO VA A DISFRUTAR.
PSIQUIATRA:-AUTORIZACIÓN FIRMADA POR SU PSIQUIATRA DE REFERENCIA ADJUNTANDO LAS CONDICIONES DEL PERMISO DE SALIDA FIRMADAS POR EL PACIENTE.
ENFERMERA:-ENTREGA DEL CONSENTIMIENTO A LA FAMILIA POR LA ENFERMERA POR LA ENFERMERA REFERENTE PARA FIRMARLO VALORANDO SU ACTITUD Y COMPROMISO.
- VALORACIÓN DE LA ENFERMERA AL REGRESO DEL PERMISO CONTRASTANDO LA INFORMACIÓN DEL FAMILIAR Y EL PACIENTE.
- REGISTRO DE LAS INCIDENCIAS EN UN LIBRO CREADO PARA TAL FIN.
- AUXILIAR Y CELADOR: REGISTRO DE ROPA Y PERTENENCIAS AL REGRESO DEL PERMISO CON ESPECIAL ATENCIÓN A OBJETOS PELIGROSOS Y SUSTANCIAS TÓXICAS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - AUTORIZACIÓN DEL PERMISO TERAPÉUTICO.

- DOCUMENTO FIRMADO POR EL PACIENTE DE LAS CONDICIONES DEL PERMISO.
- REGISTRO DE LAS INCIDENCIAS DEL PERMISO, CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES EN UN LIBRO CREADO PARA TAL FIN.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 DE ENERO A 1 MARZO 2013: RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y APORTACIONES INDIVIDUALES.
1 FEBRERO A 15 FEBRERO: ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO.
15 FEBRERO A 1 MARZO: IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO Y PUESTA EN MARCHA
EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES A FINAL DE AÑO.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

470

EVALUACION DE LOS RESULTADOS DE LA AMNIOCENTESIS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. ADECUACION A LA TASA ESPERABLE DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO**2. RESPONSABLE** VIRGINIA ROY RAMOS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROYO GOYANES JUAN PABLO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CAPEROS URREA BEGOÑA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ARNAL BESCOS MARIA JESUS. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las técnicas invasivas permiten completar el diagnóstico de numerosas patologías fetales y, por ello, su implantación en los países desarrollados es muy amplia. Las técnicas invasivas más empleadas son la biopsia corial, la amniocentesis y la cordocentesis y, de ellas, la técnica realizada en nuestro centro es la amniocentesis clásica. Al igual que cualquier otra técnica, su práctica adecuada exige habilidad adquirida mediante experiencia. Por su carácter invasivo no esta exenta de complicaciones y conlleva cierto riesgo de interferir en la evolución de la gestación. Por ello, es recomendable monitorizar los resultados y las complicaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener una tasa de éxito técnico (muestra adecuada en un primer o segundo intento) así como un índice de pérdidas fetales post-procedimiento concordantes con los publicados cuando la técnica se realiza por personal experimentado, siendo del 98-100% y del 1% respectivamente. Siempre se tendrá en cuenta la indicación de la técnica invasiva, porque en el contexto de determinadas anomalías fetales es esperable una mayor tasa de abortos espontáneos no relacionados con el procedimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Es esencial seleccionar las gestantes que pueden beneficiarse de su realización e insistir en determinados aspectos técnicos como la edad gestacional idónea, las medidas antisépticas o la recomendación de mantener reposo. Para llevar a cabo dicha evaluación de los resultados, se analiza la base de datos de las amniocentesis realizadas en el Hospital San Jorge de Huesca durante el periodo del 1 de Enero de 2011 al 31 de Diciembre de 2012 estudiando la tasa de éxito de la técnica así como la tasa de pérdidas fetales atribuida al procedimiento. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS versión 12.0.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
o Éxito en la obtención de muestra adecuada después de uno o dos intentos.
o Índice de pérdidas fetales post-procedimiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio del estudio es inmediato a la selección del proyecto y su finalización así como la evaluación de los resultados de acuerdo a los plazos señalados para ello.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación de los profesionales**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Gestantes con indicación de amniocentesis
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

204

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA BASADO EN LA EVIDENCIA DE CUIDADOS DEL CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**2. RESPONSABLE** ISABEL SANCLEMENTE VINUE

- Profesión ENFERMERIA
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ LANUZA MARIA DEL MAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD 6ARIA PLANTA
- MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD 5ARIA PLANTA
- MENDOZA MURO GEMMA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD 4ARIA PLANTA
- VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD 3ARIA PLANTA
- BELLON CLAVER PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE PEDIATRIA
- LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE UCI
- ARA IBARZ MARIA HERMINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DE BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el medio sanitario la cateterización de vías venosas periféricas es una práctica muy extendida e imprescindible para el desarrollo de nuestra profesión. Se estima que en España en 2005 un 54,49% de los pacientes ingresados eran portadores de un catéter vascular periférico. Debido a que su uso esta muy extendido, es primordial evitar las complicaciones asociadas a él, como son la flebitis y la bacteriemia, que provocan un aumento de la morbi-mortalidad, de los días de ingreso y como consecuencia, del coste sanitario.

Por todo ello, pretendemos implementar un programa de formación de las enfermeras en nuestro centro, con el fin de conseguir una práctica clínica más homogénea basada en las últimas recomendaciones de la Enfermería Basada en la Evidencia y con ello una mejor calidad asistencial para nuestros pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** • Unificación de los cuidados de las vías venosas periféricas en las diferentes unidades del Hospital General San Jorge de Huesca.
- Reducción de las complicaciones asociadas a la cateterización venosa periférica.
 - Mejora de la seguridad y confianza de los pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización del protocolo actual basada en las últimas evidencias. Responsable: Isabel Sanclemente

Realización de un estudio previo en las diferentes unidades sobre el estado actual de los cuidados del catéter venoso periférico. Responsable: Todos los miembros

Diseño de un tríptico explicativo sobre los cuidados del catéter venoso periférico. Responsable: Todos los miembros

Presentación de los trípticos realizando reuniones informativas en las diferentes unidades. Responsable: Cada miembro en su unidad

Seguimiento de los indicadores de los cuidados del catéter venoso periférico realizando un estudio al mes y a los 4 meses de la presentación de los trípticos. Responsable: Isabel Sanclemente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Existencia del protocolo actualizado en la unidad.

Número de vías periféricas con el apósito manchado y/o despegado.

Número de vías periféricas insertadas más de 96 horas.

Número de vías periféricas con signos de flebitis.

Número de vías periféricas con los accesos cerrados (tapón o sistema cerrado).

Se obtendrán a través de la realización de un muestreo aleatorio y en las unidades informatizadas con gacela, cuando se encuentre disponible (en breve), algunos de ellos se podrán obtener mediante explotación informática.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril de 2013: Reuniones con los profesionales responsables de cada unidad para actualizar el protocolo existente.

Abril 2013: Realización de estudio previo sobre el estado actual del cuidado del catéter venoso periférico.

Mayo /junio 2013: Diseño del tríptico explicativo sobre los cuidados del catéter venoso periférico.

Septiembre/ Octubre 2013: Presentación de los trípticos en las diferentes unidades.

Noviembre de 2013: Evaluación de los indicadores.

Marzo de 2014. Evaluación de los indicadores

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**OTRA PALABRA CLAVE** 1. catéteres

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

204

IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA BASADO EN LA EVIDENCIA DE CUIDADOS DEL CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

OTRA PALABRA CLAVE 2. evidencia

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

069

INFORMATIZACION Y UNIFICACION DE LA ASISTENCIA AL PARTO Y PUERPERIO EN HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SESA RUSPIRA
· Profesión MATRONA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· VEGA VASQUEZ JESSICA PAOLA. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE ANDRES GONZALEZ ROCIO. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ANADON CASAJUS ELENA. EIR MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PASCUAL COLLADOS EVA CONCEPCION. EIR MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente en el Hospital San Jorge no esta instaurada la Historia clinica Informatizada. Esto conlleva a una serie de problemas en cuanto a la recogida de datos, duplicidad en la informacion, imposibilidad de tener una unica base de datos, realizacion de distintos informes al alta (matrona- tocologo).

Hasta la fecha se esta usando una base en el area de paritorios creada hace unos años, que no resulta util en la practica diaria.

Se plantea la creacion de una unica base de datos que permita integrar toda la informacion correspondiente al parto y puerperio. De facil manejo y que permita disponer de informacion de forma agil y oportuna para todos los que trabajamos en la asistencia al Parto.

Permitiria ademas la realizacion de un unico informe para la paciente con los mismos criterios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. GENERAL: Incrementar la Eficacia y Eficiencia de la Historia Clinica en la asistencia al Parto.

ESPECIFICOS:

- 1 Creacion de un unico informe del alta para la paciente.
- 2 Unificacion de Criterios del personal sanitario de la Unidad de Partos.
- 3 Informacion Completa del Proceso para Primaria.
- 4 Disponibilidad de una base de datos para trabajos de investigacion.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboracion de la Base de Datos: Seleccion de los campos, Designación de criterios, diseño del formulario para recogida de datos. (Responsable Dra Negredo / Dra Vega).

Presentacion de Un Borrador al Equipo de Partos. Valoración y Propuestas para modificaciones del mismo. (Matrona P. Sesa/ Dra De Andres Rocío).

Implantación de la base de datos. Evaluación de la recogida. (Matrona Lopez Ana/ EIR Elena Anadon / EIR Eva Pascual).

Valoración tras la puesta en marcha. (Matrona P. Sesa).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de Informes Realizados con la Base de Datos. Grado de Satisfaccion del Personal sanitario. (Encuesta). Atencion Especializada / Atencion Primaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Creacion de La Base de Datos y Presentación (Abril/ Mayo).

2.- Modificaciones de la misma (Junio).

3.-Puesta en Marcha del Proyecto (Julio 2013).

4.-Evaluacion (Enero de 2014

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

446

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO NEONATAL Y DEL NASCITURIUS POR CAUSA DE SALUD. APORTACION AL PLAN GENERAL DE TRASPORTE INTERHOSPITALARIO

2. RESPONSABLE NATIVIDAD TAJADA CEBRIAN
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CORTES MARINA ROSA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIRECCION MEDICA
 - CARDIEL GALINDO JOSE CARLOS. MEDICO/A. CME GRANDE COVIAN. TRASLADOS SANITARIOS
 - AZANZA MONTUL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISORA MATERNO INFANTIL
 - NEGREDO QUINTANA ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINACOLOGIA
 - SANTANA ESPEJO EMILIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. PEDIATRIA, NEONATOLOGIA
 - GONZALEZ RODRIGUEZ JAVIER. ENFERMERO/A. DAP ALCAÑIZ. TRASLADOS SANITARIOS
 - LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El problema es que no existe un Procedimiento o Protocolo Normalizado de Traslado Interhospitalario del Recien Nacido, y por extensión del Nasciturus, por causas de salud, que gestione todo el proceso de principio a fin, y que es muy difícil hacerlo por las muchas estructuras involucradas en ello, al menos los Servicios de Pediatría y Obstetricia de los Hospitales emisor y receptor, 061 Aragón o similar encargado del desplazamiento y Direcciones de los Centros, y en cada uno de ellos casi todas las categorías de personal que los integran, siendo la primera dificultad, y no la menor, la coordinación de todas ellas.

Está además la natural invalidez del neonato, que aun estable o sano, necesita constante cuidado y acompañamiento, y al que es mejor no separar de su madre, a su vez puérpera, no separación tan requerida socialmente ahora y médicamente tan recomendado preservar, lo que a menudo el traslado sea doble.

Asistimos también a una ampliación de la cualidad de las causas que motivan los traslados, ya no solo se trasladan RN en extrema gravedad, los sanos y médicamente estables lo hacen hoy por causas variadas, una amenaza una sospecha, para una prueba, de imagen, otra, para consultas especializadas o un tratamiento puntual, en viaje de vuelta, como acompañantes de sus madres enfermas u otras, en una estructura que todavía no lo tiene previsto.

Queda también estar acorde y vigilante de la normativa de la DGT para desplazamientos por carretera, o aire en su caso, de niños pequeños, utillaje (capacitos, sillitas, incubadoras, otras) y sus arneses u sus anclajes a los vehículos, y de las gestantes, y de otras modalidades, como madre-canguro, cuando las regule, en cualquier caso estar atentos a las novedades legislativas y buscar en el mercado el utillaje idóneo de dotación. Por todo lo dicho los Protocolos de transporte interhospitalario del RN y nasciturus caben mal en los planes Procedimientos Generales, por ser especialmente específicos complejos y propios.

Esto, que ya nos preocupó en 2012, motivó una revisión casuística, bibliográfica, legislativa y de mercado, concluyéndose:

- Excelencia médica de los traslados realizados.
- Magnificación de los medios, sobre todo la indicación de incubadora no en su función propia, sino como capacito, lo que obliga siempre a UCI e impide por su tamaño traslado conjuntos madre-hijo, obligando a un segundo vehículo sanitario en carretera para la madre puérpera, aún en niños sanos o médicamente estables, los mismos que a las 48 horas de vida o antes se van a su casa en su sillita o capacito en su coche familiar.
- Escasez, casi ausencia, de traslados conjuntos.
- Ausencia de registros específicos unificados, y de responsables de ellos, a nivel hospitalario, lo que hizo laboriosísima la revisión casuística, información que de facto y por ello queda oculta.

Ya con esos datos se intentó en 2012 un esbozo de procedimiento normalizado integrado del transporte interhospitalario neonatal, a la sazón no cuajado.

Este equipo de mejora atribuye los efectos adversos advertidos a la falta de un procedimiento o protocolo normalizado como herramienta concluyente y directora de todo el proceso, que lo gestione desde la toma de decisión en el hospital emisor hasta el definitivo alojamiento del recién nacido o nasciturus en su destino, y considera que todos ellos pueden revertir con su uso y con la compra de capacito o sillita de transporte, que es muy barato, y la colocación de los arneses necesarios para la seguridad de los mismos, a lo que el 061 Aragón es proclive.

El procedimiento normalizado propuesto, necesariamente ha de incardinarse y de alguna forma ser parte del Protocolo de Traslados Interhospitalarios 061 Aragón.

El procedimiento normalizado que se propone, aun siendo universal, tiene especial sentido en Unidades Neonatales y Maternidades de carácter Provincial y Comarcal, y aunque propuesto para el Sector Sanitario de Huesca, puede ser exportado a otros hospitales y maternidades de la Red Pública de Aragón, que necesariamente adolecen del mismo problema por las mismas causas, y privados, y maternidades y hospitales privados, sin que se considere necesaria una iniciativa suprasectorial por la similitud entre ellos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

446

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO NEONATAL Y DEL NASCITURIUS POR CAUSA DE SALUD. APORTACION AL PLAN GENERAL DE TRASPORTE INTERHOSPITALARIO

Por último considerar que este procedimiento normalizado que se propone no debe ser impuesto, sino ofertado, su bondad y ventajas harán innecesaria la imposición.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Dotar a los profesionales de una herramienta guía que gestione el proceso trasladado de principio a fin.

- Proporcionar los medios a las necesidades.
- Evitar los riesgos de la magnificación de medios, enos vehículos sanitarios en carretera, menos incubadoras, cuyo uso innecesario aun pocos también entrañan riesgos.
- Favorecer la no separación madre-hijo, satisfacer esta demanda social.
- Mejorar el pronóstico médico de los niños con esa no separación.
- Ser acordes con las Líneas Estratégicas del SAS 2012-2015, 400 medidas, concretamente en ahorro del consumo de recursos en Atención Hospitalaria y mejora de la coordinación en Traslados Interhospitalarios, entre otros.
- Dotar al Sector Sanitario de un registro unificado y específico de traslados neonatales y por extensión de nasciturus y de sus madres gestantes, trasladadas por causas de salud de su hijo aun no nacido.
- Poder exportar el modelo a otras maternidades y hospitales.
- Abaratar costes materiales y humanos, traslados conjuntos, menos UCIs, etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Elaborar el protocolo por verdaderos expertos, que hayan indicado, llevado y recibido muchos traslados de todo tipo, y con conocimientos documentales y legislativos y con capacidad y disposición al consenso, para que solo se tenga que hacer una vez, salvo adaptación a novedades.

Previo a ello, actualización legislativa, RD 836/2012, de 25 de mayo, y la vigente en cada momento sobre transporte infantil y de la gestante.

2.- Crear el Registro unificado precitado, responsable el Médico Pediatra a cargo de la Unidad Neonatal del Hospital Provincial del Sector Sanitario (San Jorge de Huesca). Con el tiempo este registro puede abarcar a los dos Sectores Sanitarios de la Provincia (Basbastro y Huesca).

3.- Presentar el procedimiento a los Servicios de Pediatría y Obstetricia, y Direcciones Médica y de Enfermería de los Hospitales San Jorge de Huesca y Hospital de Jaca, a la Dirección Médica del 061, y a las Comisiones de Calidad y otros que procedan.

4.- Prever y definir el acompañamiento en vehículo sanitario no UCI.

5.- Pedir a los Hospitales San Jorge de Huesca y al de Jaca la compra de un capacito de transporte de niños pequeños y que esto ocurra. Cuestan unos 300 euros.

6.- Pedir al 061 Aragón que ponga los arneses para su sujeción en los vehículos sanitarios y que esto ocurra.

7.- Difundir y ofertar el protocolo a los profesionales implicados y para su aplicación.

8.- Evaluación 12 meses después. Análisis de resultados, Conclusiones y Memoria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Considerando tres categorías: Nasciturus, RN que requiere UCI y RN que no requiere UCI, y sus frecuencias, a los 12 meses de la puesta en marcha del Protocolo, antes no dará resultados concluyentes dadas las frecuencia total y de las diferentes categorías, y de cumplimentado el Registro, se podrá hacer ya una valoración estadística descriptiva, frecuencias total y ponderada para cada categoría, frecuencia de traslados conjuntos, de UCIs, de vehículos sanitarios utilizados, cualitativa de los motivos de los traslados, orígenes, destinos, etc.

Tomando como referente la revisión sacuística que se hizo en el mismo ámbito en 2012, cabra el estudio comparativo con ella, con las pruebas de contraste que procedan, para evaluar el impacto de la iniciativa, totales y por categorías, y la tendencia.

Cabra un análisis posterior en 5 años, que dará resultados confirmatorios de impacto y tendencia, pero que por lo dilatado en el tiempo no cabe en esta propuesta. Tampoco caben estudios comparativos con otras revisiones casuísticas similares porque no se han encontrado testimonios, ni en este Sector Sanitario ni fuera de él.

A los 12 meses de la puesta en marcha encuesta telefónica a una muestra significativa aleatoria por estratos, Obstetricia, Pediatría, 061 Aragón, entre los profesionales implicados en los traslados que opine sobre la bondad del Protocolo, uso, satisfacción, frecuencia, etc. También puede hacerse una consulta similar a los padres no antes de 6 meses tras el traslado. Y análisis de ambas.

- Evaluación del gasto: Valance de la diferencia de consumo de recursos materiales y humanos antes y después de la implantación del Protocolo, considerando en él el gasto en capacitos y arneses. Para ello se tomará como referencia el precitado estudio casuístico de 2012 en el mismo ámbito.

Mucho más tarde comprobar la difusión del Protocolo y si se ha integrado en el Protocolos generales más amplios, del 061 Aragón u otros. Ello dará la medida final de su acierto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN:

INICIO: Cuando el Coordinador conozca que el Proyecto de mejora ha sido seleccionado.

FIN: 18 meses después de Inicio.

CRONOGRAMA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

446

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO NEONATAL Y DEL NASCITURIUS POR CAUSA DE SALUD. APORTACION AL PLAN GENERAL DE TRASPORTE INTERHOSPITALARIO

- Fase preparatoria documental, actualización legislativa, elaboración del Protocolo, del Registro, designación de responsable, modelo de encuesta telefónica, consensos, etc. 2 meses.
- Fase de difusión y oferta: Servicios de Obstetricia y Pediatría, Dirección de los Hospitales de Jaca y Huesca, del 061 Aragón, Comisiones de Calidad, profesionales implicados, etc.. 1 mes.
- Adaptaciones: Compra de capacitos y colocación de arneses, 1 mes.
- Evaluación: 12 meses tras la puesta en marcha.
- Análisis de resultados, Conclusiones y Memoria, 2 meses, por el Coordinador del Proyecto de Mejora.

11. OBSERVACIONES. Es necesario nombrar y agradecer a la Doctora Isabel Gállego Gasca, Directora Medica del 061 Aragón, por su apoyo a esta iniciativa y su talantell. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Recien Nacidos, Nasciturus, Puerperas
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Rescien Nacidos, Nasciturus, Puerperas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

ELABORACION DE UN DOCUMENTO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENCARGADOS DE LAS URGENCIAS OBSTETRICAS

2. RESPONSABLE JESSICA PAOLA VEGA VASQUEZ
· Profesión MIR
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ROY RAMOS VIRGINIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· DE ANDRES GONZALEZ ROCIO. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· LOPEZ DIU NURIA. MIR. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· ROYO GOYANES JUAN PABLO. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· JOSE MARIA MAS FORTUÑO. MATRONA. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hemorragia posparto es una emergencia obstétrica. Es la causa aislada más frecuente de mortalidad materna y complicación del 5-15% de todos los partos. La actuación debe ser rápida, secuencial y lógica, por ello se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido que resulte familiar al personal de la maternidad así como de otro tipo de recursos de ayuda.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Generales:
Elaboración de dicho documento como ayuda para la Prevención-Diagnóstico y Tratamiento de la hemorragia posparto.

Específicos:

1.- Que el personal sanitario pueda identificar los factores de Riesgo para la HPP/ así como aplicar medidas de prevención.
2.- Evaluación más rápida y objetiva de la pérdida hemática para diagnóstico precoz de la HPP.
3.- Integrar al equipo sanitario en un manejo: Activo- secuencial y organizado de la HPP: Actitud "Estado de alerta-acción" y teléfonos de interés.
4.- Tratamiento médico-quirúrgico de la HPP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración y diseño del Documento (Dra: Vega /Dra: Roy)
- Presentación del mismo al personal sanitario (Power Point) / Propuestas de modificaciones en pro mejora del mismo (Dra De Andrés) / (Dra: Lopez).
- Difusión del Documento al Personal Sanitario (Impreso). En áreas de interés (Dr Royo/Matron: Mas).
- Evaluación y Resultados: tras puesta en marcha del Documento:
Dra Roy / Dra Lopez/ Dra: Vega/Dra Andres.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
o Presentación del Documento a los profesionales sanitarios encargados de las urgencias obstétricas.
o Valoración o grado de satisfacción por parte de dichos profesionales sobre el documento / Sugerencias.(Mediante Encuesta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 El inicio de la elaboración del documento de ayuda es inmediato a la selección del proyecto: Se realizara en los meses de junio_julio.

2 Presentación del Documento a los profesionales sanitarios encargados de las urgencias obstétricas. Asi como corrección del mismo (agosto- septiembre)

3 Difusion y Puesta en Marcha: Octubre.

4 Evaluacion de Resultados: Se propone a los 4-6 meses de su difusion.

11. OBSERVACIONES. En caso de ser aceptado r1 Proyectos: Las fechas estimadas para Inicio y Evaluacion del Proyecto. Posibilidad de incluir a otro miembro en el equipo durante su desarrollo??.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades
·SEXO. Mujeres
·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

460

ELABORACION DE UN DOCUMENTO DE MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS ENCARGADOS DE LAS URGENCIAS OBSTETRICAS

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

216

ACTUACION Y PROTOCOLIZACION ANTE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA

2. RESPONSABLE JORGE VERA BELLA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARIN GUERRICABEITIA JUAN RAMIRO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- SANCHEZ JIMENEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- RIGOPOULOS ANASTASIADIS ANGELICA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- CARRION PAREJA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte materno-fetal en Occidente. Constituye un serio problema sanitario, que exige un manejo lo más protocolizado posible para garantizar tanto una buena asistencia médica como una utilización óptima de los recursos necesarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Protocolización de la actitud a seguir ante el desarrollo de una hemorragia obstétrica, consiguiendo una unificación de criterios con todos los servicios implicados. Manejo eficiente de los recursos disponibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desarrollo de un protocolo de actuación ante la hemorragia obstétrica en nuestro hospital.
Coordinación con los Servicios de Hematología y Ginecología para la unificación de criterios y la creación de un protocolo uniforme al respecto.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Protocolo: Revisión continuada

Aplicación del protocolo: Revisión continuada

Hemorragias obstétricas: Análisis de su incidencia en nuestro hospital.

Consumo de productos hematológicos: concentrados de hemáties, plasma fresco...ante cualquier caso de Hemorragia obstétrica

Supervivencia materno-fetal Tasa de mortalidad materno-fetal.

Morbilidad materno-fetal: Análisis de las secuelas materno-fetales ante cualquier caso de hemorragia obstétrica

Estancia en UVI: Análisis de la tasa de ingreso en UVI, duración del ingreso, necesidades terapéuticas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación de un protocolo de actuación 1 mes

Diálogo con los Servicios de Ginecología y Hematología

1 mes

Aprobación del protocolo de actuación

1 mes

Implantación práctica del protocolo

1 día

Evaluación y resultados de la aplicación del protocolo

..

11. OBSERVACIONES. Espero acepten a pesar del retraso este grupo que creo de vital importancia para mejorar la asistencia en mi hospital. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. edad obstétrica
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

259

INTEGRACION DE INFORMES DE ALTA EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA**2. RESPONSABLE** JESUS VIBAN FORTUNY

- Profesión OTROS
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. INFORMATICA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTERO ALONSO GEMMA. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- BLANCO LAIN MARIA JOSE. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- BENTUE SATUE FRANCISCO JAVIER. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- VICENTE MARTINEZ JOSE MANUEL. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- ALMAZAN RUBIO MARIA CIELO. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA

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 este momento, los informes de alta se almacenan como documentos de texto tipo Word u OpenOffice, en un servidor de ficheros. Esto requiere un acceso manual y específico para cada informe; es decir, hay que ir a buscarlos de propio. También existe el riesgo de borrados o modificaciones a posteriori.

La utilidad de este proyecto consistiría en integrar, de forma automática, dichos informes en la propia intranet del hospital. De esta manera, cuando se fuera a consultar un paciente, su informe de alta se podría consultar directamente, sin tener que realizar accesos adicionales, facilitando así la tarea del profesional. Igualmente, se procedería a convertirlo en un documento de tipo PDF, para evitar tanto modificaciones posteriores, como posibles borrados, o cualquier otro tipo de casuística no deseable.

Reseñar que el alcance de esta mejora incluiría no sólo los informes nuevos que se vayan a generar, sino que también abarcaría la integración de los informes anteriores a la implantación de esta mejora.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Facilitar al personal sanitario el acceso a la información del alta del paciente, evitando accesos superfluos.

Ayudar a centralizar la totalidad de la información del paciente en un único punto de información.

Mejorar la seguridad de los informes.

Integrar los informes antiguos en la intranet.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar, establecer una nomenclatura estándar de identificación de informes, para poder automatizar su integración, tanto pasada como futura.

Posteriormente, desarrollar la mejora, que incluiría:

- Selección y procesamiento del informe para convertirlo en formato PDF.
- Situar el nuevo fichero en una ubicación determinada, y conservarla en BD.
- En la pantalla de información al paciente en la intranet, mostrar un link al informe generado en PDF.

Una vez implementada, establecer una fecha de corte, a partir de la cual se procederá a seguir este patrón ya con los nuevos informes.

Respecto a informes anteriores, seguir un proceso de depuración, hasta lograr la total uniformidad de identificación en los documentos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de ficheros por servicio que se generan a partir de la mejora.

Porcentaje de ficheros anteriores que se han podido integrar de manera automática

Porcentaje de ficheros anteriores que se han podido integrar de manera manual

Porcentaje de ficheros anteriores que no se han podido integrar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: mayo 2013

Fase 1: nomenclatura informes

Fase 2: implementación de la mejora

Fase 3: fecha corte para:

3.1 depuración de informes nuevos

3.2 integración de informes anteriores

Fase 4: consolidación y seguimiento de la mejora

Fin: mayo 2014

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. MEJORAR ACCESIBILIDAD A LOS INFORMES DE ALTA, MEJORAR SEGURIDAD DE INFORMES**POBLACIÓN DIANA**

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

259

INTEGRACION DE INFORMES DE ALTA EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

106

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE MIGUEL ZAZO ROMOJARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LABARTA BELLOSTAS MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- SANZ ALDANA MARIA TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- SANZ PUERTOLAS PATRICIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- MEJIA ESCOLANA DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- ESCAR SANZ MERCEDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las Urgencias hospitalarias son servicios de vital importancia para el ciudadano y puerta de entrada de gran numero de pacientes en los centros sanitarios.

La calidad asistencial percibida, a veces se ve mermada por las largas esperas, que en muchas ocasiones son necesarias e imprescindibles para el correcto diagnostico y tratamiento de procesos.

Desde el año 2011 se vienen realizando actividades encaminadas a que la espera de pacientes y familiares sea mejor entendida.

Se han realizado actuaciones como la de dar cuando es posible una estimación del tiempo de espera por el proceso surgido. También se han realizado encuestas en las que se recoge la sensibilidad de pacientes y familiares.

Y lo que ha sido mas visible ha sido la instauración de un canal televisivo que se emite por varios monitores en las salas de espera.

En dicho canal se emiten tres tipos de video:

? Videos de información y promoción de nuestro medio natural y turístico, realizando valores como la ecología y el ocio saludable.

? Videos que informan sobre funcionamiento del centro, explicando procedimientos y servicios menos conocidos

? Videos con información sobre procesos sanitarios concretos.

En todos los casos con el objetivo de informar y entretener saludablemente.

En la actualidad hay 90 minutos de video.

Para la presente proyecto, se pretende potenciar este sistema extendiéndolo a otros ámbitos del hospital y ofrecer este canal a todos los estamentos que quieran participar en la creación de videos informativos o educativos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2011 se registraron 15 reclamaciones por espera en urgencias

Durante el año 2012 con las actuaciones antes mencionadas solo se recogieron 4 reclamaciones en el servicio de atención al paciente

Incorporacion de videos de servicios como Neurologia y Hematologia

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos seguir mejorando en la percepción de la calidad asistencial con disminución de quejas y reclamaciones.

También pretendemos realizar una nueva encuesta para valorar concretamente la emision de videos en salas de espera

Tambien se han realizado posters en diversos foros que esperamos fructifiquen con la participacion de otros estamentos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Emision de videos educativos e informativos en salas de espera de urgencias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de reclamaciones

Comparación de encuestas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Nuevos videos que se incorporaran a lo largo del año 2013

Encuesta a realizar durante el mes de octubre del 2013

11. OBSERVACIONES. La extensión de este sistema a otras salas de espera quedara pendiente a la espera de oportunidades y financiación. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Calidad asistencial percibida

OTRA PALABRA CLAVE 2. Urgencias, videos

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

106

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

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