

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 63 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
HU	AP	CS AYERBE	BORREL MARTINEZ JOSE MARIA	79	FACILITANDO EL CONTROL DE CADUCIDADES EN EL CENTRO DE SALUD
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA	141	IMPULSANDO LA INTERVENCION EN LA COMUNIDAD DESDE EL CS DE BERDUN
HU	AP	CS BERDUN	GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN	153	ATENCION AL BEBEDOR EXCESIVO DE ALCOHOL: DETECCION PRECOZ Y PROPUESTAS DE ACTUACION
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CALVO LACASTA ELENA	94	UNIFICAR EN UNA UNICA EXTRACION PETICIONES ANALITICAS DE DIFERENTES NIVELES Y ESPECIALIDADES ASISTENCIALES
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CARRES PIERA MARTA	366	SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE BIESCA-VALLE DE TENA
HU	AP	CS GRAÑEN	ABADIA CORVINOS INMACULADA	182	CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE GRAÑEN
HU	AP	CS GRAÑEN	CABELLUD LASIERRA MIRIAM	180	ADECUACIÓN DEL STOCK EN EL MALETIN DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
HU	AP	CS HECHO	CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO	132	SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE HECHO
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	AGUARON JOVEN MARIA EVA	226	MEJORA EN LA DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC Y SU POSTERIOR INCLUSIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO DE ENFERMERÍA ENTRE LA POBLACIÓN DESIGNADA A NUESTRO CUPO.
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	GIMENO PRADAS MARIA ROSA	231	HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE PERPETUO SOCORRO (HUESCA)
HU	AP	CS SANTO GRIAL	CLEMENTE JIMENEZ MARIA LOURDES	137	PROYECTO DE NORMALIZACION DE LA DOCENCIA SANITARA EN EL CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	98	SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA 'POR FIN ES VIERNES'
HU	AP	CS SARIÑENA	CLEMENTE GARCES CARMEN	56	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALED CAMPOS MARIA TERESA	76	SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS
HU	AP	CS SARIÑENA	SUAREZ FERNANDEZ MARIA JOSE	38	HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SARIÑENA
HU	AP	DAP HUESCA	BELLOSTA LORES LETICIA	273	PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA COBERTURA Y ACTUALIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX Y PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL EN EL SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	RIVERA FUERTES ANA MARIA	275	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA
HU	AT AMB	USM PIRINEOS	VIAPLANA JAIME JULIA	10	PROYECTO DE PREVENCION E IMPLEMENTACION DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO A LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS Y PSICOPATOLOGICOS EN LA ETAPA DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	ARTERO GUILLEN BELEN	140	PROCEDIMIENTO E INTERVENCION ANTE EL FALLECIMIENTO DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	ELBOJ SASO MARTA	306	MEJORA DE LA DOCUMENTACION CLINICA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: REVISION, ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DE NUEVOS REGISTROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL	475	ELABORACION DE UN CUADERNO DE TRABAJO TEORICO-PRACTICO PARA USUARIOS DE CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	LALANA CUENCA JOSE MANUEL	333	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	ROMERO RUIZ ANA	155	MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS	SALINERO SANTOLARIA CARMEN	154	PROTOCOLO DE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	CALVO PARDO AURORA	139	PACTO DE OBJETIVOS PARA EL 2014 DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	CALVO SALILLAS MARIA JOSE	143	INSTALACION GRAFICA CON LA HISTORIA DEL HOSPITAL "SAGRADO CORAZON DE JESUS", DESDE EL PUNTO DE VISTA ARQUITECTONICO Y URBANISTICO, ASI COMO DE SU USO ASISTENCIAL (1931-2014)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	GORGAS SORIA CARMEN	483	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA PREPARACION DE COLONOSCOPIA EN PACIENTES ANCIANOS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA	89	VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA: ¿UN ANTES Y UN DESPUES?
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS	UBIS DIEZ ELENA	406	MEJORA DE LA PRESCRIPCION EN LA POBLACION ANCIANA MEDIANTE CRITERIOS

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 63 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					START/STOPP
HU	HOSP	H SAN JORGE	ALAMILLO SALAS CLARA	194	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION MULTIMODAL "FAST-TRACK" EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	BELLIDO RUIZ ROSARIO	415	ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LAS INFECCIONES DE LOS CATÉTERES CENTRALES COMO ACCESO VASCULAR PARA TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL MEDIANTE HEMODIÁLISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE	BENAVENTE AGUILAR ISABEL	26	TELEMEDICINA APLICADA A ELECTROENCEFALOGRAFIA. MEJORA DE LOS SECTORES DE HUESCA Y BARBASTRO EN PROCESO DIAGNOSTICO ELECTROENCEFALOGRAFICO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL H. DE BARBASTRO
HU	HOSP	H SAN JORGE	BERNUES PEREZ ALICIA JOSEFA	422	APOSTANDO POR UN FUNCIONAMIENTO OPTIMO DE LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	BLASCO YEBRA DOLORES	22	MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION
HU	HOSP	H SAN JORGE	BOTAYA ESTAUN ANA MARIA	62	ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	CALVO BEGUERIA EVA	242	LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA. (CONTINUIDAD DEL APROBADO LOS AÑOS 2010, 2011, 2012 Y 2013 DEL CS AYERBE)
HU	HOSP	H SAN JORGE	CARRION PAREJA JUAN CARLOS	363	DISEÑO Y PRUEBA PILOTO DE LA PRESCRPCION DE LOS AJUSTES ANALGESICOS DURANTE EL SEGUIMIENTO DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA
HU	HOSP	H SAN JORGE	CEBOLLERO MATA MARIA LUISA	429	AMPLIACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS: IMPLANTACION DE LA TARIJETA IDENTIFICATIVA DE SU TRATAMIENTO ACO
HU	HOSP	H SAN JORGE	CUARTERO CASIN CRISTINA	301	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CLASIFICACIÓN TRIAGE III EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ¿DÓNDE VA EL TIEMPO?
HU	HOSP	H SAN JORGE	DE DIEGO GARCIA PATRICIA	353	INCORPORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA Y LA PUNCIÓN DE TIROIDES A LA ACTIVIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN
HU	HOSP	H SAN JORGE	GARCIA ERCE JOSE ANTONIO	165	MEDIDAS PARA REDUCIR LA CADUCIDAD DE LOS COMPONENTES SANGUINEOS EN EL SECTOR DE HUESCA (HOSPITAL SAN JORGE Y PROVINCIAL)
HU	HOSP	H SAN JORGE	GODED BROTO IGNACIO	281	PREVENCION DE LA DESNUTRICION PERIOPERATORIA POR LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE NUTRICION EN PATOLOGIA DIGESTIVA QUIRURGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	334	PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA) Y ATENCIÓN PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PIRINEOS, HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	GUALLAR BALLARIN ALICIA	64	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DEL "AREA DE ICTUS" DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	LAGLERA BAILO LORENA	385	AMPLIACION DEL PROYECTO : REALIZACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE MATERIAL QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA, INCLUYENDO INDICE DESCRIPTIVO DEL MATERIAL
HU	HOSP	H SAN JORGE	LATORRE JIMENEZ ANA MARIA	189	IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.
HU	HOSP	H SAN JORGE	LOPEZ LONGO MARIA JOSE	315	DISMINUCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE SESIONES DE ACTUALIZACIÓN CLÍNICA. APLICACIÓN DE LA NORMA UNE EN ISO 15189
HU	HOSP	H SAN JORGE	MALON MARCO AMAYA	74	EDUCACION SANITARIA A PACIENTES INSULINODEPENDIENTES: TÉCNICA DE AUTOINYECCIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
HU	HOSP	H SAN JORGE	MAS FORTUÑO JOSE MARIA	435	IMPLANTACION DEL CONTACTO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS PARTOS MEDIANTE CESAREA CON ANESTESIA LOCO-REGIONAL PARA FAVORECER LA LACTANCIA MATERNA
HU	HOSP	H SAN JORGE	MEJIA ESCOLANO DAVID	223	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS LESIONES DE TOBILLO TRAUMATICAS A TRAVES DE LAS REGLAS DE OTTAWA PARA EL TOBILLO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	MILAGRO BEAMONTE ANA	312	GUÍA DE TOMA DE MUESTRA PARA HEMOCULTIVO. PARTICIPACIÓN DE MICROBIOLOGÍA AL PROYECTO SOBREVIVIR A LA SEPSIS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE	MUÑOZ PINTOR MANUEL	373	PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR FIBRILACION ATRICUTAR
HU	HOSP	H SAN JORGE	OMISTE SANVICENTE TERESA	331	PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCIÓN PRIMARIA (CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN, HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE	PABLO ZARO MARIA JESUS	49	ESTADIAJE DE SUEÑO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 63 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
					SUEÑO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO DE INTERPRETACION DE LOS ESTUDIOS DE SUEÑO EN LA UNIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE	PELEGRIN VALERO CARMELO	36	ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y PREVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA BREVE DEL H.SAN JORGE QUE DEPENDAN DEL CS PIRINEOS
HU	HOSP	H SAN JORGE	PEREZ FERRA MARIA JOSE	90	DISMINUCION DE LA CANCELACION DE CITAS PARA LA REALIZACION DE ELECTROMIOGRAMAS EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM
HU	HOSP	H SAN JORGE	PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO	235	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE GUÍA DE ACTUACIÓN PARA INTUBACIÓN EN PACIENTE DESPIERTO ANTE SOSPECHA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL CON FIBROSCOPIA FLEXIBLE
HU	HOSP	H SAN JORGE	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	108	VINCULACION TERAPEUTICA DEL PACIENTE PSIQUIATRICO CON TMG CON LA ENFERMERA REFERENTE DE LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA DEL H.S.JORGE PARA REFORZAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y EVITAR EL ABANDONO DE TRATAMIENTO
HU	HOSP	H SAN JORGE	SANCLEMENTE VINUE ISABEL	412	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	SAUCO JAQUES JOSE	188	MANEJO PERIOPERATORIO EN EL PACIENTE ALERGICO AL LATEX
HU	HOSP	H SAN JORGE	EMILIO SERRANO VICENTE MARIA CARMEN	259	IMPLATACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL PROCESO DE PREPARACION DE CITOS TATICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE	VERA BELLA JORGE	97	ADAPTACION DEL DOCUMENTO SEVILLA AL HOSPITAL SAN JORGE PARA EL AHORRO DE SANGRE EN LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES QUIRURGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE	VILLARROEL PINO ENRIQUE	119	PROGRAMA PARA EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

079

FACILITANDO EL CONTROL DE CADUCIDADES EN EL CENTRO DE SALUD

2. RESPONSABLE JOSE MARIA BORREL MARTINEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTRO MURILLO TRINIDAD. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- MONTORI TORRIJOS SARA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ GAMAZO VANESSA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- GUERRERO ALVAREZ BELEN. MEDICO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA
- OTAL ORDAS LUCIA. ENFERMERO/A. CS AYERBE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA OPORTUNIDAD DE MEJORA QUE SE PLANTEA ES LA DE INVOLUCRAR DE UNA FORMA SENCILLA A TODO EL EAP EN EL CONTROL DE CADUCIDADES DE LAS ZONAS COMUNES A TODOS, BASICAMENTE URGENCIAS Y ALMACEN.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MANTENER EN "0" LA MEDICACIÓN Y MATERIAL CADUCADOS EN EL CENTRO, CON PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS PROFESIONALES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEDIANTE EL DISEÑO DE PLANTILLAS-ESQUEMA, FIEL REFLEJO DE LA SALA DE URGENCIAS, CARRO DE RCP, CAJAS DE MEDICACIÓN DE URGENCIAS A DOMICILIO Y ALMACÉN, DE UN VISTAZO SE PUEDEN CONTROLAR LAS FECHAS DE CADUCIDAD, DE FORMA CÓMODA Y SENCILLA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES.

- 1.- NÚMERO DE CONTROLES EFECTUADOS A LAS FECHAS DE CADUCIDAD
- 2.- NÚMERO DE FECHAS CADUCADAS LOCALIZADAS

SEGUIMIENTO CONTINUADO, CON REPASO ADEMÁS MENSUAL.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. YA EN VIGOR.

ACTIVIDAD PERMANENTE EN EL TIEMPO, DE DURACIÓN INDEFINIDA.

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

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. 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

141

IMPULSANDO LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DESDE EL CS DE BERDUN

2. RESPONSABLE ANA ARNAL BARRIO
· Profesión ENFERMERO/A
· 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
· GARCES ROMEO TERESA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· BOSQUE OROS ANNADEL. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· ASCASO CASTAN LOURDES. ENFERMERO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA
· VITORIA GOMEZ MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BERDUN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el C.S. de Berdún sentimos la necesidad de realizar actividades de promoción a la salud y educación sanitaria en la comunidad.
En marzo de 2013, establecimos como objetivo del EAP, la promoción de estas actividades favoreciendo la relación entre sanitarios y la población.

Valorando las encuestas de satisfacción de las actividades, priorizamos los temas de mayor interés de los asistentes.

Percibimos, así mismo, la necesidad de realizar estas actividades en otras poblaciones de la zona, así como realizar educación a grupos de pacientes.

Partiendo de las iniciativas propuestas en las " Jornadas de Participación de los Consejos de Salud " celebrada en junio 2013 en Zaragoza, valoramos reimpulsar la utilidad del Consejo de Salud, como mediador con la comunidad, ya que en la zona, éste se viene reuniendo periódicamente desde hace años.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dado que es un proyecto con la comunidad, al que queremos dar continuidad, nos fijamos el plazo de 2 años para su realización.

Como objetivos nos planteamos promover la educación sanitaria y favorecer la relación entre sanitarios y la población con los siguientes objetivos específicos:

- Dar respuesta a las necesidades formativas planteadas por la población.
- Descentralizar las actividades en la comunidad.
- Hacer más cercana la figura del sanitario, como agente de salud, y no como profesional solamente asistencial.
- Realizar educación grupal.
- Reactivar la utilidad del Consejo de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades propuestas a realizar son:

- Priorización de temas a tratar.
- Organización: Preparación de calendario, selección de municipios y locales para realizar las actividades, encuestas de satisfacción.
- Preparación de los temas con material didáctico.
- Educación grupal.
- Reunión Consejo de Salud.

Priorización de temas. Ana C. Giménez
Aspectos organizativos: Teresa Garcés
Preparación y realización de las charlas. Ana Arnal
Valoración de las encuestas. Teresa Garcés
Reunión Consejo de Salud. Ana C. Giménez
Educación grupal. Ana Arnal

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de charlas realizadas > 10 sesiones.
N° de sesiones de educación grupal > 2
N° de poblaciones en las que se ha realizado la actividad > 4
N° de asistentes satisfechos o muy satisfechos con la actividad realizada > 80%.
Realizar al menos 2 propuestas de actividades en el Consejo de Salud.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Priorización de temas. Marzo 2013

Aspectos organizativos. Marzo 2013
Realización de las charlas. Abril 2013-octubre 2014
Educación grupal. Enero-noviembre 2014
Valoración de las encuestas. Noviembre 2013 y noviembre 2014
Reunión Consejo de Salud. Septiembre 2013 y abril 2014
Evaluación final. Diciembre 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

141

IMPULSANDO LA INTERVENCION EN LA COMUNIDAD DESDE EL CS DE BERDUN

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Comunicación

OTRA PALABRA CLAVE 2. Educación

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. | 2 | Poco |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 | Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 | Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

153

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL BEBEDOR EXCESIVO DE ALCOHOL: DETECCIÓN PRECOZ Y PROPUESTAS DE ACTUACION

2. RESPONSABLE ANA CARMEN GIMENEZ BARATECH

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARNAL BARRIO ANA. ENFERMERO/A. CS BERDUN. 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. En el medio rural el consumo excesivo de alcohol es, por tradición, bien aceptado por la familia y la población. Es cuando se llega al alcoholismo cuando aparecen los problemas en el medio familiar, social y laboral, además de las posibles repercusiones orgánicas en el paciente. Por esta razón nos planteamos desde el CS de Berdún detectar este problema en las fases iniciales y plantear actuaciones más intervencionistas con esta población.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Queremos realizar una búsqueda preactiva de los casos de bebedores excesivos en la población general y dar mayor atención a aquellos que ya presentan este problema. Así nuestros objetivos específicos son.

- Detectar nuevos casos de bebedores excesivos.
- Ofrecer a los casos ya detectados las ayudas terapéuticas que se pueden ofertar en la zona.
- Mantener un registro de los casos para realizar su posterior seguimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Selección de la población diana. Ana Arnal

- Sesiones clínicas para actualizar conocimientos sobre el abuso del alcohol. Annadel Bosque
- Reuniones con agentes sociales: trabajadora social, psicóloga.. Ana Arnal
- Realización de test CAGE a la población seleccionada. Ana Arnal
- Intervención en la comunidad. Ana Arnal
- Actuación individualizada sobre los casos detectados. Ana Carmen Giménez
- Procesos administrativos. Teresa Garcés

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realizar al menos 3 sesiones clínicas en el equipo.

- Mantener al menos 2 reuniones con agentes sociales.
- Pasar el test CAGE al 20 % de la población diana.
- Realizar al menos 3 intervenciones en la comunidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Selección de la población diana. Abril 2014

- Sesiones clínicas para actualizar conocimientos sobre el abuso del alcohol. Marzo-mayo 2014
- Reuniones con agentes sociales: trabajadora social, psicóloga.. Marzo-mayo 2014.
- Realización de test CAGE a la población seleccionada. Mayo-octubre 2014
- Actuación individualizada sobre los casos detectados. Mayo-octubre 2014
- Evaluación. Noviembre 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Alcohol

OTRA PALABRA CLAVE 2. Prevención

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 1 Nada |
| 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

094

UNIFICAR EN UNA UNICA EXTRACCION PETICIONES ANALITICAS DE DIFERENTES NIVELES Y ESPECIALIDADES ASISTENCIALES

2. RESPONSABLE ELENA CALVO LACASTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BOBE PELLICER MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
· BORBON CAMPOS INES. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha detectado que las peticiones de analíticas de diferentes especialidades y de atención primaria generan repetidas extracciones en cortos periodos de tiempo en un mismo paciente .En particular en el paciente crónico controlado por diferentes unidades .

Unificar en una misma extracción las peticiones generadas en Atención Primaria, fundamentalmente del paciente crónico ,con las solicitadas en las diferentes consultas de especializada .

Coordinar las diferentes peticiones derivadas especializada en una misma extracción.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Unificar en una única extracción las diferentes peticiones de laboratorio del mismo paciente, generadas en distintos ámbitos asistenciales.

Reducir costes en recursos materiales y humanos.

Mejorar la calidad asistencial , satisfacción y comodidad del usuario en sus procesos analíticos.

Mejorar la información clínica del paciente entre los distintos niveles asistenciales.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º- Captar las peticiones de especializada pendientes de extracción en :consultas de medicina/enfermería mediante entrevista con el paciente y en el servicio de admisión.

2º Coordinar las petición de AP con las diferentes peticiones de especializada en función de la fecha de las consultas pendientes.

3º Desde el servicio de admisión se derivará a consulta medicina y/o enfermería al paciente con petición de especializada antes de la citación en la sala de extracciones, para valorar adjuntar petición de AP

4º Carteles informativos para el usuario para facilitar y promover esta actividad en los diferentes puntos asistenciales de la Zona de Salud .

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los datos para medición de estos indicadores se obtendrán de los registros de la agenda de las salas de extracción de la Zona de Salud.

1º Nº peticiones compartidas (AP+Especializada)/ Total de extracciones

2º Nº extracciones compartidas de especializada/Total extracciones especializada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Junio 2014 : inicio recogida de datos previos en la agenda de las salas de extracción ,para valorar datos y situación de partida antes del inicio del proyecto.

Octubre 2014 : presentación y propuesta al EAP.

Noviembre 2014 : Inicio de la información y captación de pacientes en los diferentes puntos asistenciales.Registros adaptados en las agendas de las salas

Enero 2015 :iniciar la recogida de datos de la agenda de las salas de extracción con periodicidad mensual.

Abril 2015: monitorizar los indicadores con los datos recogidos.

Septiembre 2015: 2ª monitorización de los indicadores.

Noviembre 2015: análisis de resultados y comunicación al Equipo.

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

POBLACIÓN DIANA
·EDAD. Adultos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

094

UNIFICAR EN UNA UNICA EXTRACCION PETICIONES ANALITICAS DE DIFERENTES NIVELES Y ESPECIALIDADES ASISTENCIALES

- 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. | 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

366

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE BIESCA-VALLE DE TENA

2. RESPONSABLE MARTA CARRES PIERA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRACIA BAILO MARIA. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BOBE PELLICER MARIA ANGELES. MEDICO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- CALVO LACASTA ELENA. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- BORBON INES. ENFERMERO/A. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA
- MORALES LUMBREERAS CRISTINA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS BIESCAS-VALLE DE TENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es importante seguir mejorando en los temas de calidad e implantación ISO, que nos permite establecer nuevas formas de trabajo, más eficaces. Partimos de un año de implementación, con una primera auditoría interna y esperamos poder certificarnos próximamente. Continuando con la colaboración con los servicios centrales del SALUD en las actividades para la certificación ISO 9001:2000. El año 2009 se realizó la implantación de dicho sistema. Lo que supuso la unificación de las líneas de mejora abordadas en los proyectos.

En todo momento, se han seguido las pautas marcadas por los servicios centrales del SALUD.

El objetivo perseguido es:

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

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

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

- Formación del EAP sobre la normativa ISO en varias sesiones a lo largo del año pasado.
 - Creación de un grupo de trabajo específico en el EAP para la Norma ISO.
 - Revisar la documentación necesaria (stock de material, stock mínimo de los consultorios, caducidades, protocolos, instrucciones de trabajo de cada proceso, registro de incidencias, etc. ...) y se nombra o identifica un propietario de cada proceso y subproceso.
 - Informe de Revisión por la Dirección de la normativa ISO 9001:2008
- Donde además de los informes de no conformidades, se han indicado otras deficiencias....
- Después de pasar la auditoría interna se ha realizado xx informes de No Conformidad: (enumerar los temas de las NC...)
 - Con la realización de la auditoría externa se identificaron las siguientes NC

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:

- Realizar la auditoría interna del año 2014
- Realizar auditoría de certificación.
- Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.
- Realizar la revisión por la dirección correspondiente al 2013

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables. Se seguirá el calendario marcado por los servicios centrales del SALUD.

Implica realizar una serie de actividades: ,

- Control de registros,
- Control de documentos y protocolos,
- Análisis de Incidencias
- Actividades de mejora en No Conformidades.

Actividad Formación EAP en ISO-Responsable de calidad

Realización de los procedimientos -Responsable Propietarios

Divulgación de las procedimientos-Responsable de calidad

Incidencias-Responsable EAP

No conformidades- Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos

Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas. Responsable de

calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos

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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

366

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE BIESCA-VALLE DE TENA

la realización de:

- Control de Incidencias y No Conformidades verificando su apertura y cierre y las acciones que lleven.
- Auditoria interna y de certificación.
- Revisión por la dirección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Detección de Incidencias 2013

Revisión por la dirección Abril 2014

Auditoria interna Abril 2014

Reunión EAP para la revisión del sistema Abril 2013

Reunión EAP para evaluar la revisión del sistema y la auditoria Mayo 2014

Realización de auditoria de Calidad para la certificación. Junio 2014

Reunión EAP para la revisión del sistema Julio 2014

Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas. Según se indica en la ficha de las mismas.

Reunión EAP para la revisión del sistema Octubre 2014

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. | 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

182

CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE GRAÑEN**2. RESPONSABLE** INMACULADA ABADIA CORVINOS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS GRAÑEN
- Localidad GRAÑEN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- ANDRES SOLER MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- CABELLUD LASIERRA MIRIAM. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- BROTO BERNUES ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- CAMPOS AVELLANA MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- VERGUIZAS NADAL MARIA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA

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

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

Las diversas actuaciones se realizaron siempre siguiendo las

Así, después que en el año 2010 se implantara dicho Sistema de Calidad nuestro objetivo perseguido es:

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

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

En nuestro EAP se han realizado diferentes actividades a lo largo de este año, como son:

- Creación de un grupo de trabajo específico para la Norma ISO para desarrollar y seguir implementando el sistema de gestión de la calidad, junto con todo el EAP.
- Desde el mismo se realiza un análisis de las incidencias, reclamaciones y no conformidades que han surgido (Almacén, calibración, problemas de infraestructuras, satisfacción del usuario...) uso del libro de Incidencias y los otros relativos a la norma ISO en sí misma (control de documentos, registros, revisión por Dirección...)
- Creación de un Ciclo de mejora a través de las No conformidades detectadas (laboratorio, objetivos...) y del análisis de los objetivos establecidos, tanto del sector como del propio EAP.
- Participación de las actividades formativas de los miembros del EAP indicados: Almacén no fungible, botiquín, equipos de medida y sistema general de la norma UNE EN ISO-9001.
- Auditorias internas en la que se ha logrado la certificación ISO 9001 tres años consecutivos, donde se identificaron como puntos fuertes en las distintas auditorías:
 - "Las diferentes funciones de cada estamento del EAP, están muy bien definidas en el manual de acogida y cada uno sabe las tareas que debe asumir, lo que no es sencillo en equipos que no disponen de Auxiliar de clínica o de celador"
 - "Gestión documental muy desarrollada y bien controlada"
 - " La gestión y el mantenimiento de las salas de urgencias, tan importantes en un centro de salud rural son excelentes, en ellas están implicados todos los profesionales, ya que se realizan de forma rotatoria, lo que sin duda repercute de forma muy positiva en la Atención Urgente de la zona de Salud".
 - "La trazabilidad en las actividades con los pacientes, tanto en procesos administrativos (ADMISION) como en asistenciales".
 - " el orden, la limpieza y organización de los almacenes de medicamentos y fungibles, las actividades de la consulta de atención a la mujer (matrona) y el desarrollo de IT de nivel III de gran utilidad".
- Diversas actividades con la documentación, adaptándose a lo aconsejado por la consultora .
- Adaptación del Manual de Acogida a los contenidos mínimos sugeridos.
- Seguir con la identificación de la documentación externa, incluyendo los manuales de funcionamiento, libros y protocolos diversos.
- Seguir con la identificación de los equipos de medida.
- Desarrollo de nuevos procedimientos de nivel III.

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

- Revisión por la dirección correspondiente al 2013
- Auditoría interna.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

182

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

- Auditoria externa de certificación
- Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.
- Seguir en el desarrollo de la normativa ISO aplicada al ámbito de la salud y mas específicamente a la Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se seguirá el cronograma establecido por el EAP.

Implica realizar una serie de actividades encaminadas al:

- Desarrollo de la documentación del nivel III: nuevos procedimientos, modificaciones de los existentes..
- Control de registros
- Control de documentos y protocolos
- Análisis de Incidencias
- Actividades de mejora en No Conformidades.
- Análisis y seguimiento de objetivos.

Dichas actividades serían las siguientes:

- Formación ISO a los miembros del EAP : Responsable de Calidad
- Formación al EAP sobre procedimientos: La realizarán los responsables de los procesos.
- Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas: Responsable de Calidad/ Coordinador EAP.
- Realización de auditorías de Calidad para la certificación: Responsable de Calidad/ Coordinador EAP.
- Realización de un plan formativo basado en las necesidades formativas del EAP: Responsable formación EAP.
- Realización de sesiones formativas/ interconsultas/talleres...., con control de asistencia y encuesta de satisfacción de formación : Miembros EAP/ responsable formación/responsable Calidad.
- Revisión procedimientos/seguimiento de los mismos relativos a almacén/botiquín: Responsable de almacén.
- Revisión procedimientos/seguimiento de los mismos relativos al área de urgencias/ atención continuada: EAP/ responsable Calidad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:

- Control de Incidencias, analizarlas, buscar soluciones inmediatas .
- No Conformidades: verificando su apertura y cierre y otras actividades.
- Seguimiento trimestral de los objetivos establecidos, tanto los del Sector como los propios del EAP.
- Auditoria interna
- Revisión por la dirección.
- Auditoria de certificación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto está previsto que se realice durante el año 2014, de Enero a Diciembre.

Cronograma:

- Reunión EAP para detectar las necesidades formativas del EAP y posterior desarrollo del plan de formación.
- Reunión EAP para la revisión/seguimiento del sistema trimestralmente: Enero-Abril-Julio-October-Diciembre.
- Revisión por la dirección: Marzo/ abril 2014.
- Realización de auditoria Interna: Mayo/ Junio 2014
- Auditoria de certificación: Junio/julio 2014.
- Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas: Según se indica en la ficha de las mismas.

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. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

180

ADECUACIÓN DEL STOCK EN EL MALETIN DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

2. RESPONSABLE MIRIAM CABELLUD LASIERRA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS GRAÑEN
- Localidad GRAÑEN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- BROTO BERNUES ROSA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- ABADIA CORVINOS INMACULADA. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- CAMPOS AVELLANAS CARMEN. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- ANDRES SOLER MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- JODRA APARICIO CRISTINA. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. evitar duplicaciones y así unificar el material mínimo a llevar en los maletines del personal sanitario para evitar desechar exceso de material caducado sin ser utilizado e implantar con ello al mismo tiempo un registro-revisión de las caducidades del material del maletín

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. unificar los maletines de medicina y enfermería de cada profesional del equipo intentando además, reducir el stock de medicación existente en las vitrinas de los consultorios para un mejor aprovechamiento de los recursos materiales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentar el proyecto y recoger propuestas de los compañeros en una reunión de equipo. A los 15 días realizar una primera reunión para intercambio de nuevas ideas y opiniones al respecto, incidiendo en la valoración del stock inicial y de si es necesario realizar algún ajuste o cambio según el desarrollo del proyecto.

Utilizar un registro mensual de material retirado en cada consultorio por caducidad.

A los 6 meses aproximadamente sería oportuno revisar de nuevo como va la ejecución del proyecto mediante sesión clínica.

Y a los 12 meses según el resultado de utilización del material en los maletines, valorar la pertinencia de mantener o modificar el estocaje mínimo de las vitrinas de los consultorios locales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro de caducidades de las vitrinas de cada consultorio.

Registro de salida de material del almacén.

Registro de las incidencias de la puesta en práctica del proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto en junio de 2014 con duración de un año aproximadamente, según cronograma expuesto en método y actividades.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. gestión y optimización de recursos

POBLACIÓN DIANA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

132

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE HECHO

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO CASADO ORTIZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- JORDAN LANASPA GISELA. COORDINADORA. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- ZUBIAURRE BASSAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- EITO DE MINGO INMACULADA. ENFERMERO/A. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- MONTON AGUARON NOELIA. EAC. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA. EAC. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- TORRERO BESCOS SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA
- DURBAN BRUN SILVIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS HECHO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Continuando con la colaboración con los servicios centrales del SALUD en las actividades para la certificación ISO 9001:2000. El año 2009 se realizó la implantación de dicho sistema. Lo que supuso la unificación de las líneas de mejora abordadas en los proyectos.

En todo momento, se han seguido las pautas marcadas por los servicios centrales del SALUD.

El objetivo perseguido es:

1. La mejora en la realización de las distintas actividades que esta certificación supone.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 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:

Realizar la auditoría interna del año 2014

Realizar auditoría de certificación.

Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.

Realizar la revisión por la dirección correspondiente al 2014

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables (M^a Rosario Casado Ortiz, responsable de calidad, Alicia Gisela Jordan Lanaspá como coordinadora, Pilar Zubiaurre Bassas e Inmaculada Eito De Mingo como enfermería, Noelia Montón Aguarón y M^a Elena Diez Muñoz como EAC y como Auxiliarias Administrativas, Susana Torrero Bescos y Silvia Durban Brun).

Se seguirá el calendario marcado por los servicios centrales del SALUD.

Implica realizar una serie de actividades: ,

Control de registros,

Control de documentos y protocolos,

Análisis de Incidencias

Actividades de mejora en No Conformidades.

Actividad

Responsable

Formación EAP en ISO

Responsable de calidad

Realización de los procedimientos

Propietarios

Divulgación de los procedimientos

Responsable de calidad

Incidencias

EAP

No conformidades

Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos

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

Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos

Realización de auditoría de Calidad para la certificación.

Responsable de calidad/EAP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creemos que son suficientes para la monitorización de este proyecto la realización de:

Control de Incidencias y No Conformidades verificando su apertura y cierre y las acciones que lleven.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

132

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE HECHO

Auditoria interna y de certificación.
Revisión por la dirección.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.

Actividad

Fecha realización

Detección de Incidencias

2014

Revisión por la dirección

Abril 2014

Auditoria interna

Abril 2014

Reunión EAP para la revisión del sistema

Abril 2014

Reunión EAP para evaluar la revisión del sistema y la auditoria

Mayo 2014

Realización de auditoria de Calidad para la certificación.

Junio 2014

Reunión EAP para la revisión del sistema

Julio 2014

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

Según se indica en la ficha de las mismas.

Reunión EAP para la revisión del sistema

Octubre 2014

11. OBSERVACIONES. 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

Material/Servicios

Euros

Déficit estructurales (acorde con plan de necesidades)

3000

Formación/Libros

1500

Asistencia a Congreso SECA

1000

TOTAL

550011. 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. 3 Bastante

2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante

3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DE LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE HECHO

- 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

226

MEJORA EN LA DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC Y SU POSTERIOR INCLUSIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO DE ENFERMERÍA ENTRE LA POBLACIÓN DESIGNADA A NUESTRO CUPO.

2. RESPONSABLE MARIA 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 MARIA ROSA. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dado el infradiagnostico del paciente EPOC en las consultas de atención primaria esperamos aumentar su captación dentro de las actividades asistenciales tanto en la consulta de medicina como de enfermería, realizando una espirometría de calidad a todo paciente mayor de 40 años , fumador y con síntomas respiratorios (disnea, tos o expectoración

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. A todo paciente mayor de 40 años , fumador y con síntomas respiratorios se le realizará una espirometría según criterios establecidos de calidad, para su posterior diagnóstico y, como mínimo, una intervención breve sobre hábito tabaquico.
Si se diagnostica de EPOC se incluirá en consulta de enfermería de atención al paciente crónico, para su seguimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A todo paciente mayor de 40 años fumador con síntomas respiratorios se le realizará una espirometría y se hará intervención breve sobre hábito tabaquico con la realización del Test de Richmon y el índice tabaquico.

A los pacientes diagnosticados de EPOC se les solicitará ECG, Rx torax, analítica (hematocrito y Hb) y saturación O2.

En la historia clínica de los pacientes diagnosticados de EPOC constará que al menos 1 vez se le ha dado consejo sobre alimentación, ejercicio y manejo efectivo del regimen terapéutico (manejo de inhalador

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todo paciente diagnosticado de EPOC en nuestra consulta a lo largo del año tendrá realizada una espirometría (100%)

Todo paciente EPOC diagnosticado a lo largo del año y que sea fumador tendrá realizada una intervención breve de deshabituación tabaquica (100%)

En la Historia Clínica de todo paciente diagnosticado EPOC y que acepte acudir a consulta de enfermería para su seguimiento deberá constar indicación de consejo sobre alimentación, ejercicio y manejo efectivo del regimen terapéutico (manejo de inhalador) (70

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La captación se iniciará en mayo ,en ambas consultas (medicina y enfermería) y se considerará finalizado el proyecto a los 12 meses, para valorar los resultados obtenidos. Posteriormente se comunicarán los resultados al resto del EAP para la generalización del proyecto en todas las consultas.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 1 Nada |
| 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

231

HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE PERPETUO SOCORRO (HUESCA)

2. RESPONSABLE MARIA ROSA GIMENO PRADAS

- Profesión ENFERMERO/A
- 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
- VIÑUALES UBIETO LAURA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS PERPETUO SOCORRO. 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 implantación de un SGC basado 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 el coordinador de calidad del sector.

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. Actividad :

-Formación EAP en ISO (Responsable: Responsable de calidad)

-Realización de documentación (por ejemplo, stock de material, identificación equipos de media...)(responsable: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. Se adaptarán en función de las instrucciones de la UCA del Sector

Información EAP en ISO : Abril 214

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

Mayo 2014

Revisar la documentación existente :Mayo 2014

Identificar las carencias documentales necesarias :Junio 2014

Realización del Manual de acogida : Junio 2014

Unificar los registros. Junio 2014

Implantar los documentos del sistema Julio 2014

Incidencias y no conformidades Julio 2014

Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas: Julio 2014

Realización de auditoría interna : Julio 2014

Realización de auditoría de Calidad para la certificación. Septiembre 2014

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

POBLACIÓN DIANA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

231

HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE PERPETUO SOCORRO (HUESCA)

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

137

1. TÍTULO

PROYECTO DE NORMALIZACION DE LA DOCENCIA SANITARA EN EL CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ

- Profesión MEDICO/A
- 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
- ZAZO ROMOJARO MIGUEL E. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- ARRIVITA AMO ANGEL LUIS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- BUIL CALVO PILAR. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- CAMPOS REIG RAMON. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- DOSTE LARRULL DIVINA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- DUASO ALLUE LOURDES. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- HERNANDO MARTINEZ PILAR. MATRONA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- HERNANDEZ MORENO ANA. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- IDAÑEZ RODRIGUEZ DOLORES. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- MONZON MORENO ELENA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- PICONTO NOVALES MARIA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ CARAVILLA JUANA. ENFERMERO/A. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ FERNANDEZ MAITE. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA
- ORTILLES GARCIA MARTA. PEDIATRA. CS SANTO GRIAL. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Centro de Salud de Santo Grial en Huesca, es el centro con mas tradicion en formacion de profesionales en el ambito de la salud en la Provincia de Huesca. Desde hace mucho tiempo se viene dando formacion reglada y no reglada a personal de los distintos ambitos sanitarios.

Hasta ahora, este proceso se viene realizando sin registro de actividad ni metodologia alguna.

Dado el volumen de personal que realiza formacion en el centro, creemos muy importante registrar y normalizar dicha formacion.

Hasta la fecha se realiza formacion de:

- Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria
- Residentes de Enfermeria comunitaria
- Residentes de Enfermeria matronas
- Practicas para estudiantes de Medicina
- Practicas para estudiantes de Enfermeria
- Practicas para estudiantes de Trabajo social
- Practicas para estudiantes de Nutricion y Dietetica
- Practicas para estudiantes de Psicologia (en trabajo social)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No disponemos de resultados previos en cuanto a registro y normalización. Y tan solo realizamos los documentos que nos requieren ad Hoc los distintos organismos responsables de alumnos y personal en formación

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Pretendemos realizar un REGISTRO del personal que se forma en el centro por niveles y tiempo de formación.

Esperamos una mejor organizacion profesional-tiempo-alumno, con el fin de evitar duplicidades y poder dedicar un profesional por cada alumno y periodo.

Tambien queremos conseguir unos objetivos docentes y de evaluacion para cada estamento en formacion

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizara un registro con cada alumno en el que se incluiran:

- Datos basicos del alumno
- Especialidad o estudios que realiza
- Tiempo de estancia en el centro
- Objetivos (con fecha que en la que se le da al alumno y al tutor)
- Evaluacion (con fecha en la que se realiza y se manda al centro responsable)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Calendario de formación

- 100% de alumnos registrados
- 100% de alumnos con objetivos conocidos por alumno y tutor
- 100% de alumnos evaluados al acabar su periodo de formacion

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Al no coincidir las rotaciones de residentes con cursos lectivos, pretendemos iniciar el registro el 1 de junio 2014 y evaluar el proyecto el 31 de mayo de 2015

11. OBSERVACIONES. El proyecto sera piloto para extenderlo a los otros centros de salud con formacion en el sector de Huesca. Y por tanto se realizara una segunda parte el año que viene. ENFOQUE PRINCIPAL. Formación

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

137

PROYECTO DE NORMALIZACIÓN DE LA DOCENCIA SANITARA EN EL CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL DE HUESCA

de los profesionales

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Formación

OTRA PALABRA CLAVE 2. Atención Primaria

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 2 Poco |
| 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. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

098

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA 'POR FIN ES VIERNES'

2. RESPONSABLE SARA BORNAO CASAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BURGOS DIAZ 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 JAVIER. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- VIÑUALES PALACIO JOSE MARIA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha observado un aumento considerable de la incidencia de diabetes tipo II en nuestro medio

Además se objetiva un déficit de conocimientos en los pacientes diabéticos tipo II, sobre todo en los aspectos relacionados con los hábitos higiénico-dietéticos.

Dada la inexistencia de un programa unificado en educación diabetológica y demostrada la evidencia científica de los hábitos higiénico dietéticos sobre el control de la DM tipo II se hace necesario iniciar un programa de educación diabetológica en nuestro centro

Las fuentes principales de información para llevar a cabo este proyecto han sido el programa "por fin es jueves" con experiencia certificada a nivel nacional y el curso de "gestión integral del paciente con DM tipo II"

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El proyecto iniciado en marzo de 2012 sigue teniendo continuidad durante el 2013 y lo que llevamos de 2014.

Hasta ahora hemos trabajado con tres grupos

Grupo 1	10 pacientes DMII		
Grupo 2	10 pacientes DMII		
Grupo 3	4 pacientes DMII	2 pacientes DMI	

La asistencia a las sesiones de trabajo ha sido como se expone a continuación

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	
80%	70%	70%	En curso

Esto nos hizo cuestionar el tema de horarios y la homogeneidad del a la hora de formar el grupo 3. Con este último grupo, antes de iniciar el curso propiamente dicho, hicimos una primera visita individual para explicar en qué consistía el curso, qué objetivos teníamos planteados nosotras y qué esperaban ellos de esta experiencia. En todos los casos el curso ha constado de 9 sesiones presenciales con una relación teórico práctica que se ajusta al siguiente descripción

Nº de sesión			% teórico	%
práctico				
1.- ¿Qué sé de la diabetes?/¿Qué objetivos quiero lograr?		70%	20%	
2.- ¿Qué es la diabetes?/ Tipos/hiperglucemia/consecuencias	70%		20%	
3.- Concepto de ración/dieta por raciones			60%	40%
4.- Dieta por raciones			70%	
5.- Distribución de los alimentos en el día (individualizada)		30%	70%	
6.- Ejercicio			80%	
7.- Tto farmacológico	50%		80%	
8.- Complicaciones/hipoglucemia			60%	40%
9.- Pie del diabético			70%	

Con todo ello seguimos en la línea de aumentar los conocimientos sobre esta patología crónica en la población diana; no hay que olvidar que la prevalencia de la DM tipo II sigue en alza.

Destacamos principalmente la importancia de los hábitos higiénico dietéticos en el control de la DM tipo II. En la exposición que acabamos de hacer se observa el tiempo aproximado invertido en aspectos puramente teóricos así como en los que tienen más carga práctica (talleres de autocontrol, técnicas de inyección, elaboración de dietas por raciones, ejecución de diferentes tipos de ejercicio físico (paseo, bicicleta...) en función de las características del paciente)

Estamos consiguiendo recuperar al sanitario/a como educador/a en salud lo que se ha podido medir viendo el primer indicador de proceso 75%

Además hemos comprobado a través del apartado "compartir" que la educación en grupo mejora la satisfacción de los pacientes incluidos en programa

nº de diabéticos tipo II incluidos en PED que acuden a las sesiones programadas/
 incluidos en PED

nº de diabéticos tipo II

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

098

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA 'POR FIN ES VIERNES'

21/26 80% INDICADOR DE PROCESO

nº de pacientes incluidos en PED con IMC > o = 30 que consiguen una reducción del 5% de su peso a los 6 meses de finalizar el PED/nº de pacientes incluidos en PED con un IMC >o=30 (de este indicador sólo tenemos los datos del primer grupo con un resultado de

1/2 50% INDICADOR DE RESULTADO

(Estamos pendientes en septiembre del 2014 evaluar el 2º grupo)

nº de DMII incluidos en el programa de diabéticos de OMI que además se incluye en PED/nº de DMII incluidos en el programa de diabéticos de OMI

26/325 8% INDICADOR DE PROCESO

(*PED=programa de educación diabetológica)

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/a 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 Sara Bornao y Victoria Burgos

2. Formación de las responsables del programa en ED durante el año 2013 través del programa formativo presencial en el IACS sobre gestión integral del paciente con DM tipo II. Responsable Sara Bornao y Victoria Burgos

3. Información al EAP del cronograma a seguir en los pacientes que han recibido el curso (basado en el "semáforo" de por fin es jueves). Responsables Sara Bornao y Victoria Burgos

4. Sesiones grupales con diez pacientes diabéticos tipo II. Se harán con periodicidad semanal, los viernes de 13:30h a 14:30h. El proyecto consta de 9 sesiones presenciales y 4 no presenciales. Responsables Sara Bornao y Victoria Burgos

5. Evaluación de los conocimientos adquiridos sobre los hábitos saludables por los participantes siguiendo la metodología "compartir" del programa por fin es jueves Responsables Sara Bornao y Victoria Burgos

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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. nº de diabéticos tipo II incluidos en PED que acuden a las sesiones programadas/
nº de diabéticos tipo II incluidos en PED

nº de pacientes incluidos en PED con IMC > o = 30 que consiguen una reducción del 5% de su peso a los 6 meses de finalizar el PED/nº de pacientes incluidos en PED con un IMC >o=30

nº de DMII incluidos en el programa de diabéticos de OMI que además se incluye en PED/nº de DMII incluidos en el programa de diabéticos de OMI

Los datos para obtener los resultados de estos indicadores se obtienen a través de los registros de OMI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer grupo Marzo de 2013/Junio de 2013

Segundo grupo Octubre de 2013/Enero de 2014

Tercer grupo Marzo de 2014/Junio de 2014

Las actividades previstas desde la fecha hasta final de año siguen la pauta de sesiones presenciales teórico prácticas descritas con anterioridad

Reunión con el EAP para fechar revisiones a los seis meses de terminada la educación diabetológica y valorar parámetros según el "semáforo"

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 diabetológica grupal**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

056

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

2. RESPONSABLE CARMEN CLEMENTE GARCES

- Profesión ENFERMERO/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. ATENCION PRIMARIA
- BROTO CARTAGENA MARIA ASCENSION. MEDICO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- BASOLS BLECUA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

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

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

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Captación y diagnóstico de los niños de 2 a 24 años con IMC >p90 que acuden a la consulta del niño sano del C.S : 41 niños

Registro de los niños de 2 a 14 años con IMC >p90 en la hoja excel generada para ello: 41

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Crear el episodio de sobrepeso/obesidad en el 90% de los niños que acudan a la revisión del niño sano de 2 a 14 años con IMC>90

-Que el 50% de los niños con episodio de sobrepeso/obesidad realicen ejercicio físico rutinario como parte de su hábito de vida.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ACTIVIDAD:

Captación y diagnóstico de los niños de 2 a 14 años con IMC>P90 que acuden a la consulta del Niño sano

RESPONSABLE:

M^a Teresa Paraled

ACTIVIDAD:

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

RESPONSABLE:

M^aTeresa Paraled

ACTIVIDAD:

Colaborar con la fundación Nereu en la formación de las familias

RESPONSABLE:

M^aTeresa 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 2013/nº de niños de 2 a 14 años que han pasado la revisión del niño sano durante el año 2013
-Nº de niños con IMC>p90 captados e incluidos en el programa de obesidad infantil/nº de niños captados con IMC >p90
-Realizar las charlas formativas a las familias incluidas en el programa Nereu

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ACTIVIDAD:

Generar nueva hola de cálculo para el registro de la captación de niños con IMC>p90

FECHA REALIZACIÓN:

01/01/14

ACTIVIDAD:

Sesiones de formación en alimentación

FECHA REALIZACIÓN:

De enero a mayo 14

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. DE 2 A 14 AÑOS
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Obesos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

056

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

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

076

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ULLOD BORRUEL MARIA JESUS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- VIÑUALES PALACIO JOSE MARIA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- MORATO GARCIA EDERLINDA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- CLEMENTE GARCES CARMEN. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- BORNAO CASAS SARA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- GABAS LARRUY MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ BUENO JOSE LUIS. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- JIMENEZ CARMONA MARIA CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La realidad actual de nuestra ZBS es la siguiente:

Aunque en menor cantidad, sigue existiendo una inmigración de población joven con menores a su cargo por lo que es necesario seguir vigilando el cumplimiento de los calendarios de vacunación de dicha población.

Con fecha abril de 2014 se va a implantar el nuevo calendario de vacunación infantil de la CCAA de Aragón por el que va a ser necesario una mayor vigilancia y captación de la población infantil para su correcto cumplimiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. LOS INDICADORES EVALUADOS EN EL PROYECTO PRESENTADO EN EL AÑO 2013 FUERON LOS SIGUIENTES:

- 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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Revisar el calendario de vacunación infantil del 95% de los niños con nueva TIS en nuestra ZBS

- 2.- Alcanzar el 95% de cobertura de primovacunación en niños menores de 24 meses.
- 3.- Alcanzar el 95% de cobertura de vacunación de Meningococo C en niños de 12 años
- 4.- Alcanzar el 90% de cobertura de vacunación de Virus del Papiloma Humano en niñas de 14 años

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad

Responsable

Revisar los calendarios de vacunación infantil en los niños que acuden a la consulta del Niño Sano

M^a Teresa Paraled Campos

Captar a los niños nacidos en 2011 para administrar la segunda dosis de Triple vírica

M^a Teresa Paraled Campos

Captar a los niños nacidos en 2002 para administrar la dosis de recuerdo de vacuna de Meningococo C

M^a Teresa Paraled Campos

Captar a las niñas nacidas en 2000 para la administración de la vacuna del Virus del Papiloma Humano

M^a Teresa Paraled Campos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de niños nacidos en 2011 vacunados de Triple vírica con dos dosis puestas y resregistradas.

N° de niños nacidos en 2002 correctamente vacunados de Meningococo C

N° de niñas de 14 años vacunadas con dos dosis del VPH

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad

Fecha realización

Informar al EAP sobre el cambio de calendario de vacunación infantil de la CC.AA de Aragón

Marzo-2014

Captación activa de los niños nacidos de enero a marzo de 2011 para administrar la segunda dosis de Triple vírica

Abril de 2014

Captación activa de los niños nacidos de enero a marzo de 2002 para administrar la dosis de recuerdo de Meningococo C

Abril de 2014

Informa a la población sobre el cambio del calendario de vacunación infantil de la CC.AA Aragón durante las revisiones del Niño Sano

Abril-Diciembre de 2014

Captar a las niñas de 14 años para administrar la vacuna del VPH

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

076

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

Octubre de 2014

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

038

1. TÍTULO

HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SARIÑENA

2. RESPONSABLE MARIA JOSE SUAREZ FERNANDEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VIÑUALES PALACIO JOSE MARIA. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- ABADIA PEÑA MARINA. TCAE. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- PRIETO BOSON ROSA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA
- GABAS LARRUY MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS SARIÑENA. ATENCION PRIMARIA

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 año que se va a realizar la implantación de dicho sistema se han unificado las líneas de mejora abordadas en los proyectos anteriores introduciéndolos en la implantación de un SGC basado 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 el coordinador de calidad del sector.

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. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables. Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.

Actividad

Responsable

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

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La 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. Actividad

Fecha realización

Información EAP en ISO

Marzo 2014

Realización de documentación (por ejemplo, stock de material, instrucciones de trabajo...)

Abril 2014

Revisar la documentación existente

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

038

HACIA LA CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE SARIÑENA

Abril 2014
Identificar las carencias documentales necesarias.
Abril 2014
Realización del Manual de acogida
Mayo 2014
Unificar los registros.
Mayo 2014
Implantar los documentos del sistema
Junio 2014
Incidencias y no conformidades
Junio 2014
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.
Junio 2014
Realización de auditoría interna.
Junio 2014
Realización de auditoría de Calidad para la certificación.
Julio 2014

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

273

PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA COBERTURA Y ACTUALIZACIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX Y PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE PATOLOGÍA CERVICAL EN EL SECTOR HUESCA**2. RESPONSABLE** LETICIA BELLOSTA LORES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- RIVERA FUERTES ANA MARIA. MEDICO/A. DAP HUESCA. ATENCION PRIMARIA
- HIJOS LARRAZ LUIS. MEDICO/A. DAP HUESCA. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- VERA ALVAREZ JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años, desde la introducción de la prueba de detección del VPH en los programas de cribado del cáncer de cérvix, las principales sociedades científicas (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, U.S. Preventive Services Task Force, American Cancer Society, SEGO, AEPC, SEMFYC, PAPPS) han ido introduciendo cambios en los protocolos de aplicación del mismo.

Asimismo, en el sector Huesca, se ha detectado una baja cobertura de dicho programa (en torno al 42,95%), unido a importantes discordancias en su aplicación.

Recientemente se ha creado una consulta ginecológica orientada al control de la patología cervical, en el Hospital San Jorge.

Por todos estos motivos se ha decidido elaborar un proyecto para mejorar la actuación en la prevención del cáncer de cérvix

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la cobertura en el programa de cribado de cáncer de cérvix en nuestro sector, haciéndolo más eficaz, eficiente y con más equidad en la población.

- Actualizar el protocolo de cribado, según los últimos estudios basados en la evidencia, y darlo a conocer en todos los centros del sector para aplicarlo de manera unificada.
- Dar a conocer los criterios de derivación a la consulta de patología cervical, normalizando los circuitos organizativos a nivel del sector

Indirectamente promover la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración del protocolo de cribado a seguir según las últimas publicaciones basadas en la evidencia.

- 2. Elaboración del protocolo de derivación a la consulta de patología cervical
- 3. Reuniones informativas por en los centros del sector para presentar ambos protocolos
- 4. Reuniones periódicas de Ginecología con las matronas de Atención Primaria, el servicio de Anatomía Patológica y la Dirección de Atención Primaria para valorar el inicio y los resultados que se vayan obteniendo
- 5. Medición de las coberturas por OMI previo y posterior a la aplicación del nuevo protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Cobertura del programa según OMI AP

- Número de pacientes vistas en la consulta de patología cervical del Hospital San Jorge
- Derivaciones atendidas en la consulta de patología cervical adecuadas al protocolo establecido/ Derivaciones atendidas en la consulta de patología cervical totales.
- Eficacia del protocolo valorando el posible incremento en la incidencia de CIN 2+ o cáncer de cérvix a partir de la puesta en práctica de esta iniciativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre 2014.

- Elaboración del protocolo
- Medición de coberturas previas
- Reuniones Ginecología - Dirección AP - Matronas - Anatomía Patológica
- Charlas informativas en los centros

Segundo trimestre 2014: Implementación del protocolo

Tercer y cuarto trimestre:

- Medición de coberturas semestralmente
- Reuniones periódicas de valoración del protocolo, problemas derivados de su aplicación, etc.
- Evaluación final

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. de 21 a 65 años
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

273

PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA COBERTURA Y ACTUALIZACION DEL CRIBADO DE CANCER DE CERVIX Y PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL EN EL SECTOR HUESCA

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. | 4 | Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 | Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 | Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

275

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA

2. RESPONSABLE ANA MARIA RIVERA FUERTES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AGUARON JOVEN MARIA EVA. MEDICO/A. CS PERPETUO SOCORRO.
- ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS. TRABAJADOR/A SOCIAL. CS SANTO GRIAL.
- BELLOSTA LORES LETICIA. MEDICO/A. DAP HUESCA.
- CALVO MUR ALBERTO. MEDICO/A. CS SANTO GRIAL.
- CEREZUELA SAMPER CARMEN. PERSONAL ADMINISTRATIVO. DAP HUESCA.
- HIJOS LARRAZ LUIS. MEDICO/A. DAP HUESCA.
- ILLANA RODRIGUEZ JULIAN. MEDICO/A. DAP HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los avances científico técnicos de la Medicina, con el aumento progresivo de la Medicina Preventiva y la atención al paciente crónico, nos conduce hacia un aumento de los contactos del paciente con el sistema sanitario. Por otro lado, la expansión de las Telecomunicaciones y las Tecnologías de la Información, abren un futuro de nuevas expectativas de comunicación en el sistema sanitario. Los sistemas de consulta no presencial favorecen la accesibilidad de los ciudadanos a la consulta de sus procesos (problema de salud, gestión de recetas, informes, aclaración de dudas...); disminuye los tiempos de espera; evita desplazamientos innecesarios; y favorece la conciliación familiar y laboral evitando absentismo laboral. Además, permite agilizar las consultas de atención primaria, conservando la misma capacidad de respuesta en la asistencia, pero disminuyendo las interrupciones de la consulta por llamadas telefónicas no programadas, y permitiendo un mejor reparto del tiempo del profesional para dedicar a pacientes que requiera consulta física, docencia, formación u otras labores.

La consulta telefónica no deja de ser un acto médico, y, como tal, tiene posibles consecuencias ético-legales. Dado que ya se está realizando en muchas ocasiones de una manera no protocolizada, conviene darle una forma para realizarla bajo un marco legal conforme a la normativa vigente, en cuanto a confidencialidad, protección de datos, etc., proporcionando así una seguridad adecuada para el paciente y para el propio profesional que la práctica. Ya desde el Ministerio de Sanidad, en el "Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21", recomiendan como una de las estrategias de mejora de la calidad de los servicios orientadas al ciudadano "Favorecer la accesibilidad directa del ciudadano/usuario al médico y profesional de enfermería a través de las tecnologías, como el teléfono y correo electrónico para los procesos de consulta, estableciendo, cuando sea preciso, franjas horarias para ello" (1)

En esta línea, es un proceso que se ha ido incluyendo en los objetivos estratégicos y planes de actuación para la mejora del proceso asistencial en muchas comunidades autónomas, en muchas de las cuales ya está en marcha con buenos resultados tanto de satisfacción de usuarios y profesionales, como de ahorro en consultas presenciales:

En el Servicio vasco de Salud, Osakidetza, en 2011, el 18% del total de interacciones con primaria entre profesionales sanitarios y pacientes se realiza por teléfono, con el consecuente ahorro en consultas presenciales (2). En 2011 y el primer semestre de 2012, superaron los 2 millones de consultas no presenciales en atención

primaria (3,4)

En el Servicio Gallego de Salud, Sergas, forma parte de sus objetivos estratégicos y líneas de actuación para 2014 (5), y tras un proyecto piloto en siete centros con buenos resultados (6), en el último mes de 2013 se ha puesto ya en marcha en todos los centros (7)

En el Servicio de Salud del principado de Asturias está incluido en el Proyecto GOPA, gestión y organización del proceso asistencial en Atención Primaria desde 2011 (8)

En el Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea, en marzo de 2007 definió el Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en atención primaria (9) y noviembre de 2007 la Dirección de Atención Primaria inició un pilotaje de 8 meses del mismo, con resultados de que el 17 % de actos fueron no presenciales y se evitaron más de 30.000 desplazamientos al Centros de Salud (10)

Por todo ello se ha decidido poner en marcha este proyecto con los siguientes objetivo de optimizar la carga asistencial en las consultas de Atención Primaria, disminuyendo las tareas administrativas, burocráticas y clínicas que no requieran exploración física, estableciendo procesos estandarizados de atención a través de medidas de organización y gestión del proceso asistencial vía telefónica e igual en el futuro vía telemática (plataformas Web)

BIBLIOGRAFÍA

(1) Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21 Estrategias para la mejora de la Atención Primaria Análisis de situación de la Atención Primaria. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

(2) Balance de la estrategia de crónicos, 2011. Osakidetza. Disponible:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

275

PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA

supera-los-millones-consultas-presenciales-atencion-primaria-tan-solo-ano-medio, consultado diciembre de 2013
(5). Estrategia Sergas 2014. La sanidad pública al servicio del paciente. Disponible en:
http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf , consultado diciembre de 2013
(6) Acta sanitaria, agosto de 2013. Disponible:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

275

PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR HUESCA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

010

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

2. RESPONSABLE JULIA VIAPLANA JAIME
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro USM PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NO TRABAJO EN HOSPITAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GIMENEZ ALCANTARA BLANCA. MATRONA. CS PIRINEOS. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - Conocimiento de los aspectos emocionales asociados a los cambios más frecuentes en estas etapas
- Mejor manejo del impacto emocional asociado a estos cambios
- Detección precoz de la posible psicopatología asociada a este momento vital
- Mayor rapidez de la petición de ayuda especializada si se precisa
- Incremento de la calidad de vida tanto de la mujer como de su pareja e hijo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Asistencia, implicación participación activa en la actividad educativa 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 mujeres embarazadas y a sus parejas en esta etapa
2. - Sesión formativa/informativa 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. - Sesión bimensual, durante un año, incluida en el Programa de Educación Maternal del servicio de Enfermería Obstetrico -Ginecológica del Centro de Salud "Pirineos

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. .
- 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 |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

140

PROCEDIMIENTO E INTERVENCION ANTE EL FALLECIMIENTO DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. RESPONSABLE BELEN ARTERO GUILLEN
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARCO OREA SAGRARIO. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - GARICA PARDOS ANA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. SUPERVISORA
 - SALINERO SANTOLARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
 - GUERRI LLES YOLANDA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UME
 - VIGO FEIXA TERESA. TCAE. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA, LARGA Y MEDIA ESTANCIA DEL CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS SON UNIDADES TERAPEUTICAS-RESIDENCIALES QUE ATIENDEN ACTUALMENTE A 119 PACIENTES. EL CENTRO CUENTA CON UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL: MEDICO DE FAMILIA, PSIQUIATRA, ENFERMERIA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, Y TRABAJADORA SOCIAL EN TURNO DE MAÑANA Y DE PSIQUIATRA DE GUARDIA LOCALIZADA Y DOS ENFERMERAS PRESENCIALES EN TURNO DE TARDE ,SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS Y UNA ENFERMERA EN TURNO DE NOCHE.

EL FALLECIMIENTO PUEDE PRODUCIRSE EN EL CENTRO EN HORARIO DE OFICINA O FUERA DE ESTE HORARIO O PUEDE PRODUCIRSE EN OTRO HOSPITAL SI EL PACIENTE HA SIDO DERIVADO, LA MUERTE PUEDE PRODUCIRSE DE FORMA NATURAL O VIOLENTA.

POR ELLO PROPONEMOS ELABORAR UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ADAPTADO AL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO QUE PERMITA SISTEMATIZAR LA ACTUACIÓN A SEGUIR TRAS EL FALLECIMIENTO.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. ELABORAR UN PROCEDIMIENTO DE INTERVENCION ADAPTADO A LAS CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

2. DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTUACION ANTE EL FALLECIMIENTO

3. MEJORAR LA ASISTENCIA INTEGRAL A LA FAMILIA

4. MEJORAR LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES NECESARIAS, AJUSTANDO LAS ACTUACIONES A LOS DESEOS DEL PACIENTE Y/O FAMILIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. SE REALIZARAN REUNIONES DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS EN LA ELABORACIÓN DEL MISMO Y POSTERIORMENTE SE MANTENDRAN DE FORMA PERIODICA LA EVALUACIÓN CONTINUA DEL PROYECTO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN CASO NECESARIO

2. ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ADAPTADO AL CENTRO EN LA QUE CADA PROFESIONAL ELABORE LA PARTE CORRESPONDIENTE A LAS TAREAS O PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES A SU ESPECIALIDAD

3. IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO

4. EVALUACIÓN ANUAL DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

1. ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

2. EVALUACIÓN CONTINUA: N° DE REUNIONES DEL EQUIPO/ AÑO

3. HOJA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL N° DE DEFUNCIONES/AÑO

INDICACIONES DE RESULTADO

1 . PORCENTAJE DE PACIENTES QUE FALLECEN EN EL CRP

2. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE FALLECEN DERIVADOS DE OTROS CENTROS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN: 6 MESES

FECHA DE INICIO: MAYO 2014

FECHA DE FIN: NOVIEMBRE 2014

CALENDARIO:

- MAYO 2014 REUNIÓN DEL EQUIPO PARA PROGRAMACIÓN DE TAREAS.

- JULIO 2014 ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO, DIFUSION E INFORMACION ENTRE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO QUE ESTAN IMPLICADOS EN SU REALIZACIÓN.

- SEPTIEMBRE 2014 APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- NOVIEMBRE 2014 REUNION DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

140

PROCEDIMIENTO E INTERVENCION ANTE EL FALLECIMIENTO DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

306

MEJORA DE LA DOCUMENTACION CLINICA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: REVISION, ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DE NUEVOS REGISTROS

2. RESPONSABLE MARTA ELBOJ SASO
- Profesión ENFERMERO/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.
- MONCLUS LLANAS PRISCILA. DIRECTORA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS.
 - ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS.
 - LALANA CUENCA JOSE MANUEL. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE
 - MARCO OREA SAGRARIO. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE, UME Y PSICOGERIATRIA
 - GRACIA BERCERO CONCEPCION. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UME
 - VIGO FEIXA TERESA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRIA
 - JUNCOSA AIN CARLOS. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ULE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La historia clínica está definida como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Ha sido la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la que ha regulado, amén de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información, la documentación clínica, disponiendo, entre otros muchos puntos, respecto a la historia clínica:

"El deber de los profesionales sanitarios de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes"

En años anteriores se ha llevado a cabo en el CRP "Santo Cristo de los Milagros" una valoración de la organización y documentación, que debe de formar parte de la historia clínica del centro, compuesta por los siguientes apartados:

1. Información General y Social I y II
2. Antecedentes médico psiquiátricos I y II
3. Historia médico- psiquiátrica
4. Historia de enfermería
5. Historia social
6. Historia terapia ocupacional
7. Pautas de conducta
8. Evolución psiquiátrica
9. Evolución médica
10. Evolución de enfermería
11. Tratamientos
12. Informes
13. Analíticas y pruebas complementarias

Con este proyecto de mejora se pretende determinar los documentos y registros que deben utilizar los profesionales del CRP en los apartados arriba especificados, ajustándose a las necesidades del centro e idiosincrasia de nuestros pacientes.

Será la comisión de historias clínicas del CRP y del Hospital San Jorge quienes evalúen y aprueben los documentos y registros actualizados para su posterior codificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBJETIVO GENERAL:

Gestión documental: Conocer la situación de la documentación clínica existente en el CRP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ? Determinar los documentos y registros que deben existir según las necesidades del centro.
- ? Revisar, elaborar y aprobar todos los documentos a cada nivel.
- ? Evitar que se dupliquen las tareas y optimizar el tiempo que se tarda en la búsqueda de la información interna.
- ? Coordinación con la comisión de historias clínicas para la aprobación de todos los documentos
- ? Codificación de la documentación validada: código historia clínica y código SERPA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

306

MEJORA DE LA DOCUMENTACION CLINICA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS: REVISION, ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DE NUEVOS REGISTROS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tareas y metodología del equipo de trabajo:

- ? Definir el cronograma de implantación.
- ? Recopilar evidencia documentada y distribuir la documentación a todos los implicados
- ? Determinar las necesidades de documentación del CRP
- ? Revisar, elaborar y actualizar los documentos a cada nivel.

Mantenimiento y mejora

Tareas:

- ? Presentar la documentación a la Comisión de historias clínicas
- ? Implementar acciones correctivas y preventivas tendentes a solucionar discrepancias en la documentación.
- ? Solicitar código de historia clínica y código SERPA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. n° de reuniones de trabajo realizadas
n° de reuniones previstas

2. Existencia de los registros actualizados

3. Utilización de los documentos actualizados en las tres unidades del CRP (UME, ULE y psicogeriatría)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se establecerá una periodicidad cuatrimestral para las reuniones del equipo de trabajo (abril 2014-julio-octubre-enero 2015) en las que se establecerán las tareas a realizar y los responsables. Se valorarán en cada una de ellas la cumplimentación de la tarea y el cumplimiento cronológico de los objetivos.

1.- ABRIL 2014 - JULIO 2014: Recopilar la documentación clínica existente en el CRP valorando su adecuación y definir las necesidades de nuestro centro según sus características. Actualizar los documentos si fuera necesario

2.- JULIO 2014 - OCTUBRE 2014: Estos meses se dedicarán a la creación de los nuevos registros según las necesidades detectadas y su incorporación a la práctica diaria.

3.- OCTUBRE 2014 - ENERO 2015: Puesta en común y propuesta de soluciones de los problemas que surjan de la puesta en práctica de los registros
Evaluación inicial de los indicadores mencionados y presentación a la Comisión de Historias Clínicas

4.- ENERO 2015 - ABRIL 2015: Presentación de los resultados, y se aportarán nuevas ideas de mejora, en función de los resultados de la evaluación.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Documentación clínica

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. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

475

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN CUADERNO DE TRABAJO TEORICO-PRACTICO PARA USUARIOS DE CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL GARCIA GOMEZ
- Profesión PSICOLOGO/A
 - Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- COLL MATEOS RAQUEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los usuarios de los centros de Rehabilitación Psicosocial necesitan recuperar la autonomía y funcionalidad en diversas áreas vitales. Algunas de las variables que explican esta pérdida de autonomía y funcionalidad son su gravedad psicopatológica, déficits en capacidad cognitiva, cognición social, habilidades sociales, en actividades de la vida diaria, hábitos poco saludables, gestión económica desadaptativa, etc.

Por esta razón necesitan incorporar nuevas destrezas y hábitos o recuperarlos. Esto se hace a través de la información (teoría) y la experiencia (práctica). Hemos observado que, en muchos casos, debido a déficits cognitivos o volitivos la información proporcionada durante las actividades terapéuticas es olvidada con facilidad y no se traduce en cambios funcionales hacia una mayor autonomía, lo cual es el objetivo último.

Debido a ello, creemos que necesitan que la información oral puedan disponerla por escrito y en un soporte organizado para que puedan revisarla y sea más útil para su recuperación.

Además el hecho que haya ejercicios prácticos promueve la consolidación de lo aprendido y proporciona una retroalimentación para el profesional. Este podrá valorar el nivel de aprendizaje asimilado por el usuario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaboración de un cuaderno de trabajo teórico-práctico que recoja los principales objetivos rehabilitadores.

Adquisición más rápida y duradera de los conocimientos necesarios para la recuperación.

Disposición de datos objetivos que permitan valorar la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarios para la recuperación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Identificación y priorización de las áreas y conocimientos a incluir en el cuaderno

2. Elaboración y/o selección de los ejercicios prácticos asociados a la información teórica

3. Elección del formato del cuaderno: material, tamaño, etc

4. Diseño del cuaderno: colores, grafismo, letra...

5. Exposición en reunión de equipo de la unidad de las conclusiones alcanzadas por el equipo de mejora. Revisión, corrección, modificación, añadir o quitar elementos del borrador de cuaderno.

6. Impresión del cuaderno

Reuniones con frecuencia quincenal de los miembros del equipo de mejora.

En un primer momento se establecerán los conceptos a trabajar con el cuaderno relacionados con enfermería y psicología que serán coordinados respectivamente por la enfermera y el psicólogo. Si los resultados son óptimos y eficientes el proyecto se abrirá para incluir a otros profesionales del equipo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Selección de los contenidos teóricos prácticos: Si-No

2. Selección del formato del cuaderno: Si-No

3. Impresión del primer cuaderno: Si-No

Se obtendrán a través de la metodología descrita y se monitorizarán a través del cronograma

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de Inicio: Mayo 2014

Fecha de finalización: Febrero 2015

1. Identificación y priorización de las áreas y conocimientos a incluir en el cuaderno: MAYO-JUNIO

2. Elaboración y/o selección de los ejercicios prácticos asociados a la información teórica: JULIO-SEPTIEMBRE

3. Elección del formato del cuaderno: material, tamaño, etc : OCTUBRE

4. Diseño del cuaderno: colores, grafismo, letra...: NOVIEMBRE-DICIEMBRE

5. Exposición en reunión de equipo de la unidad de las conclusiones alcanzadas por el equipo de mejora. Revisión, corrección, modificación, añadir o quitar elementos del borrador de cuaderno. ENERO

6. Impresión del cuaderno: FEBRERO

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

475

ELABORACION DE UN CUADERNO DE TRABAJO TEORICO-PRACTICO PARA USUARIOS DE CENTROS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL LALANA CUENCA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ELBOJ SASO MARTA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDADES DE LARGA ESTANCIA Y PSICOGERIATRIA
· FAU MARTINEZ JUANA MARIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· MARCO OREA SAGRARIO. MEDICO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS.
· MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION. TRABAJADOR/A SOCIAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· SANZ MALUENDA SONIA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UNIDADES LARGA ESTANCIA Y PSICOGERIATRIA

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 las funciones 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 del 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 importante la organización de un programa de acogida para el CRP " Santo Cristo de los Milagros", incluyéndose la elaboración de dicho protocolo en los últimos programas de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la calidad en el Servicio Aragonés de la Salud.

A la vez que se han ido llevando a cabo las acciones del protocolo, se han constatado dificultades prácticas en su implementación (presión asistencial elevada, limitación de recursos en la red, problemática legal...) surgiendo dificultades logísticas que habría que intentar subsanar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Continuando con el trabajo en equipo previo, se han intentado aplicar las acciones de bienvenida y acogida a todos los pacientes.
Así mismo, dentro del protocolo, se ha hecho hincapié en el trabajo previo al ingreso, tanto con el paciente, como con la familia, cuando ha sido posible. Se ha trabajado, en forma de equipos multidisciplinares (Facultativos, enfermería, trabajo social..) , con los pacientes, tanto en su domicilio, como en otros centros sanitarios, e incluso penitenciarios.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera que se aplique el protocolo de acogida al 100 % de los pacientes y familiares que ingresan 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. Reestructuración del mismo debido a situaciones de variación de trabajadores.
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...
Contactos con otros recursos de la red de salud mental de otros sectores implicados en el proceso del Trastorno Mental Grave, mediante reuniones, aportación de información, del material escrito elaborado para el protocolo...
Contactos con otros dispositivos ajenos en principio a la red de salud mental (Instituto Aragonés de Servicios sociales, administración de justicia...) , mediante reuniones, aportación de información

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración: de abril de 2014 a diciembre de 2014.
Mínimo de 4 reuniones de trabajo.

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

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA EN EL CRP " SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA

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). ... | 4 | Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 | Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

155

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

2. RESPONSABLE ANA ROMERO RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOGERIATRIA
· Sector HUESCA
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GARCIA PARDOS ANA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
· ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. UME, EUL, PSICOGERIATRIA
· ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. ATENCION CONTINUADA
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LAS UNIDADES DE PSICOGERIATRIA, LARGA Y MEDIA ESTANCIA DEL CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS SON UNIDADES TERAPEUTICAS-RESIDENCIALES QUE ATIENDEN ACTUALMENTE A 119 PACIENTES. EL CENTRO CUENTA CON UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL: MEDICO DE FAMILIA, PSIQUIATRA, ENFERMERIA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL, Y TRABAJADORA SOCIAL EN TURNO DE MAÑANA Y DE PSIQUIATRA DE GUARDIA LOCALIZADA Y DOS ENFERMERAS PRESENCIALES EN TURNO DE TARDE SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS Y UNA ENFERMERA EN TURNO DE NOCHE, ASI COMO TECNICOS AUXILIARES EN CUIDADOS DE ENFERMERIA
LA FUGA PUEDE PRODUCIRSE EN EL CENTRO EN HORARIO DE OFICINA O FUERA DE ESTE HORARIO
POR ELLO PROPONEMOS ELABORAR UN PROCEDIMIENTO
DE ACTUACIÓN ADAPTADO AL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO QUE PERMITA SISTEMATIZAR LA ACTUACIÓN A SEGUIR TRAS LA FUGA
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. ESTABLECER UN MARCO DE ACTUACIÓN COMÚN EN CASO DE FUGAS Y ADECUARLOS A LA NORMATIVA LEGAL ESTABLECIDA
2. DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTUACION ANTE UNA FUGA
3. MEJORAR LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES NECESARIAS
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. SE REALIZARAN REUNIONES DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS EN LA ELABORACIÓN DEL MISMO Y POSTERIORMENTE SE MANTENDRAN DE FORMA PERIODICA LA EVALUACIÓN CONTINUA DEL PROYECTO Y PROPUESTAS DE MEJORA EN CASO NECESARIO
2. ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ADPATADO AL CENTRO EN LA QUE CADA PROFESIONAL ALABORE LA PARTE CORRESPONDIENTE A LAS TAREAS O PROCEDIMIENTO CORRESPONDIENTES A SU ESPECIALIDAD
3. IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO
4. EVALUACIÓN ANUAL DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
5. SE VALORARA AÑADIR AL PROCEDIMIENTO UN REGISTRO DE PACIENTES QUE SE HAN FUGADO
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO
1. ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
2. EVALUACIÓN CONTINUA: N° DE REUNIONES DEL EQUIPO/ AÑO
3. HOJA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL N° DE FUGAS/AÑO
- INDICACIONES DE RESULTADO
1 . PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE FUGAN EN EL CRP
2. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE FUGAN ESTANDO FUERA DEL CENTRO(PERMISOS, HOSPITALIZACIONES, EXCURSIONES, ETC
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURACIÓN: 6 MESES
FECHA DE INICIO: MAYO 2014
FECHA DE FIN: NOVIEMBRE 2014
CALENDARIO:
- MAYO 2014 REUNIÓN DEL EQUIPO PARA PROGRAMACIÓN DE TAREAS.
- JULIO 2014 ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO, DIFUSION E INFORMACION ENTRE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO QUE ESTAN IMPLICADOS EN SU REALIZACIÓN.
- SEPTIEMBRE 2014 APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
- NOVIEMBRE 2014 REUNION DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN.
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. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE LA FUGA DE UN PACIENTE INGRESADO EN EL 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. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

154

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. RESPONSABLE CARMEN SALINERO SANTOLARIA
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. PSICOGERIATRÍA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ROMERO RUIZ ANA. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRÍA
 - JUNCOSA AIN CARLOS. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRÍA
 - MARCO OREA SAGRARIO. PSIQUIATRA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRÍA
 - LOSCERTALES BERNAD LAURA. AUXILIAR DE ENFERMERÍA. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRÍA
 - DIAZ VILLAROYA ISABEL. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRÍA
 - ARTERO GUILLEN BELEN. ENFERMERO/A. CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS. PSICOGERIATRÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Disminuir la incidencia de las úlceras por presión es un objetivo de calidad asistencial de especial relevancia desde el punto de vista enfermero. En nuestra Unidad, hasta el momento, hemos mantenido una incidencia muy baja de UPP, sin embargo, todavía carecemos de un protocolo de prevención que permita optimizar los recursos humanos y materiales dedicados a tal fin. Las úlceras se pueden prevenir, en gran parte, con una atención integral al paciente. La prevención efectiva de las UPP implica la acción coordinada del equipo multidisciplinar, de manera que, ante un paciente de riesgo, conviene disponer de un protocolo específico y conocido por todos sus miembros.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseñar e implementar un protocolo de prevención de UPP de aplicación en la unidad de psicogeriatría y difundido a todos los miembros del equipo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones de equipo para planificar y distribuir las tareas destinadas a la elaboración e implantación del protocolo.
Revisión bibliográfica de consensos y guías de práctica clínica de las distintas sociedades científicas.
Elaboración del documento de prevención de UPP de aplicación en la Unidad de Psicogeriatría del CRP Santo Cristo de los Milagros.
Diseño de un algoritmo como guía de actuación.
Sesión informativa en el CRP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Accesibilidad del documento en el Centro.
Nº de profesionales de enfermería que conoce el documento/ nº de profesionales de enfermería del CRP.
Porcentaje de pacientes con valoración Norton menor o igual a 14 que han desarrollado una UPP.

$$(a/b) \cdot 100$$

- a) nº de pacientes con una valoración Norton ≤ 14 que han desarrollado una UPP.
b) nº de pacientes ingresados con un índice de Norton ≤ 14 en el periodo de evaluación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de seis meses con intención de continuidad posterior.
Fecha de inicio: 1 de Mayo del 2014.
Fecha de fin: 30 de Noviembre del 2014

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- 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. | 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

139

1. TÍTULO

PACTO DE OBJETIVOS PARA EL 2014 DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN HUESCA

2. RESPONSABLE AURORA CALVO PARDO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LOPEZ GRACIA SIMEON. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA CANCER DE MAMA
 - ALDEA MARTINEZ ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA CANCER DE MAMA
 - NASARRE JORDAN GONZALO. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. DIRECTOR HOSPITAL
 - TRILLO CAMPO MARTA. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. PROGRAMA CANCER DE MAMA
 - MONGE OTAL SILVIA. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RADIOLOGIA
 - ESCARTIN LASIERRA MARTA. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RADIOLOGIA
 - ARTOLA ALVAREZ MIGUEL. TER. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. RADIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde hacia varios años el Programa de Detección precoz del cáncer de mama en la Provincia de Huesca (sectores Huesca y Barbastro) no se incluye en los contratos de gestión pactados con la dirección.

El propio Programa va marcando sus propios objetivos, basados en la experiencia de 17 años de funcionamiento, adaptados a la situación del momento y basados en las recomendaciones emanadas de la Guía Europea de Control de Calidad de Cribado por mamografía.

El hecho de contar con objetivos definidos, sirve de acicate en el trabajo diario y de motivación profesional. Que todos los estamentos: coordinación, radiólogos, técnicos en radiodiagnóstico, participen en la definición y priorización de estos objetivos contribuye a fomentar la calidad del programa.

La dirección del centro está de acuerdo en definir y pactar una serie de objetivos con los fines anteriormente expuestos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Mantener la elevada participación por encima de estándares europeos
2- Mejorar el tiempo entre la realización de mamografías y la comunicación del resultado
3- Disminuir el % de recribados y de mamografía intermedias
4- Medir la satisfacción de las usuarias

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar actividades de divulgación y actualización de las condiciones de realización del Programa entre los profesionales (sobre todo Servicios de Ginecología y Atención Primaria) y entre la población general.

- Adaptar la programación de las actividades de cribado al tiempo de radiólogo disponible: Mejorar la planificación
- Actualizar el protocolo radiológico
- Realizar una encuesta de satisfacción a las usuarias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador	definición
Tasa de cribado	estándar
Tasa de mamografía intermedia	Mujeres cribadas/población elegible
Tasa de recribado	>73%
Tiempo mamografía /resultado	<7%
Satisfacción de las usuarias	<5%
	Mediana
	Encuesta por definir
	< 43 (2013)
	>80

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el mes de abril se realizará una reunión con todo el equipo de mejora más el personal administrativo y auxiliar para discutir los objetivos, priorizarlos.

Se elevará una propuesta a la dirección del centro.

Trimestralmente se harán cortes en los indicadores y se valorarán las posibles desviaciones y la posibilidad de mejorar. Previamente se habrá elaborado un pequeño cuadro de mando que facilite el seguimiento

Se diseñará la encuesta de satisfacción entre todo el grupo de mejora

En el mes de septiembre /octubre se administrará la encuesta

A final de año análisis global y valoración de resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. mujeres 50/69 años
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. objetivos

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

139

PACTO DE OBJETIVOS PARA EL 2014 DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN HUESCA

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. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

143

1. TÍTULO

INSTALACION GRAFICA CON LA HISTORIA DEL HOSPITAL "SAGRADO CORAZON DE JESUS", DESDE EL PUNTO DE VISTA ARQUITECTONICO Y URBANISTICO, ASI COMO DE SU USO ASISTENCIAL (1931-2014)

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.
· PARDO GIL ELENA. TCAE. CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· BARON PANZANO MARIA ANGELES. . CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· VINUE BIESA ANTONIO. . CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· SIERRA GRASA JUAN JOSE. . CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· JIMENEZ GARCIA ANTONIA. . CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· MARTINEZ PERDOMO ROSA. . CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· BONED PEREZ MARIA. . CSS SGDO CORAZON DE JESUS.
· BELTRAN EZQUERRA TERESA. . CSS SGDO CORAZON DE JESUS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el contexto del programa de "Soporte del confort y Tiempo Libre", en mayo de 2013 se inaugura la "Sala de Exposiciones" del hospital, como herramienta para la evasión, entretenimiento, bienestar emocional y desarrollo de la empatía. La sala acoge además de artistas locales, exposiciones de organismos o asociaciones que el utilizan el arte como terapia, permitiendo la visualización de las obras creadas por los usuarios en sus talleres de arteterapia. Adjunta a la sala de exposiciones y en comunicación con ella, como una prolongación, existe una salita de menores dimensiones que ya en su momento se habilitó pensando en el proyecto actual. En dicha salita se va a realizar una instalación gráfica con la historia del hospital desde el punto de vista arquitectónico y de su uso asistencial. Sabedores de la importancia del edificio del hospital, que se encuadra en el movimiento racionalista desarrollado en la década de los años treinta del siglo pasado en la comunidad de Aragón, con muestras de especial calidad en la ciudad de Huesca, como esta que nos ocupa, catalogada como la primera muestra de edificio hospitalario que se acoge a las pautas del movimiento racionalista y que permanece en el tiempo con una inquebrantable voluntad de servicio. Como punto de partida y en torno al que va a girar la investigación arquitectónica, hay que reseñar el libro "Arquitectura Racionalista en Huesca", de los autores Carlos Labarta, Marta Delso y Alejandro Dean, editado por el Instituto de Estudios Altoaragoneses en 2009. Partiendo de este conocimiento, a la sala de exposiciones se le dio en su momento el nombre de José Luís de León, autor del proyecto del hospital y uno de los más importantes arquitectos de este movimiento. El hospital, a pesar de las modificaciones que ha sufrido para adaptarse a los tiempos, aún conserva abundantes vestigios de su proyecto original. Acompañando a esta historia del edificio como arquitectura, la instalación acogerá esa otra historia de los usos asistenciales para los que fue construido.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. * Uso terapéutico de estos espacios propicios para la evasión y el entretenimiento, para los pacientes y sus familias como sala de estar especial, y como destino en los trayectos de los pacientes tanto ingresados como de los pacientes del Hospital de Día de Geriatria y del Hospital de Día de Psiquiatria.
* Uso eficiente y creativo de los espacios y recursos existentes.
* Implementar las relaciones del hospital con la sociedad.
* Difundir y mejorar la imagen del hospital.
* Puesta en valor del edificio y de su utilidad flexible.
* Fidelización de los profesionales fomentando su orgullo de pertenencia al hospital, así como de los usuarios que lo visitan.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Revisión bibliográfica y de otras fuentes documentales (Archivo y Fototeca de la Diputación de Huesca, y Archivo Histórico Provincial, esencialmente)
2.- La instalación contará con tres paneles de 1 x 1 metro; dos de ellos dedicados al movimiento racionalista, representado por el edificio del hospital y por el edificio anexo que nace como pabellón de tuberculosos (hoy Residencia de la Tercera Edad del IAS), que forman parte de un mismo conjunto hospitalario. Para la realización de estos paneles, se solicitará la colaboración de los autores del libre reseñado.
3.- Búsqueda en el edificio actual de los vestigios y de los espacios que aún se conservan del proyecto inicial, plasmados en una colección que quedará como fondo fotográfico para el hospital. Para ello se contactará con la Escuela de Arte de Huesca, como proyecto para el alumnado.
4.- Un tercer panel acogerá la historia funcional del edificio a lo largo del tiempo. Además de la labor investigadora que se realice, se ha contactado con los profesionales más antiguos del hospital, tanto en activo como jubilados. También con profesionales de la medicina ya jubilados, con memoria de la asistencia que ha ido dispensando el hospital desde su comienzo a la actualidad.
5.- Se elaborará un Plan Documentado del proyecto.
6.- Instalación definitiva. Para patrocinar el proyecto, se va a contactar con el Colegio de Arquitectos y Aparejadores" de Huesca.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Plan documentado del proyecto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

143

1. TÍTULO

INSTALACION GRAFICA CON LA HISTORIA DEL HOSPITAL "SAGRADO CORAZON DE JESUS", DESDE EL PUNTO DE VISTA ARQUITECTONICO Y URBANISTICO, ASI COMO DE SU USO ASISTENCIAL (1931-2014)

Sí/No

2.- Instalación realizada en el primer trimestre de 2015.

Sí/No

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto marzo 2014
Finalización del proyecto marzo 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

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. | 2 Poco |
| 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 |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

483

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA PREPARACION DE COLONOSCOPIA EN PACIENTES ANCIANOS

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.
- REVUELTO ARTIGAS TAMARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
 - NUÑEZ CAMARA HEMBERLY DERECK. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - MONTORO HUGUET MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
 - SAN JOAQUIN ROMERO ANA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. DIGESTIVO
 - SANDER ZUÑIGA ROLF. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - GÜERRE OTO NIEVES. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La calidad y eficacia de una colonoscopia de calidad depende de muchos factores. Uno de los más importantes es lograr una preparación óptima, con un nivel de limpieza que permita realizar una adecuada valoración de la mucosa colónica y completar el procedimiento de una manera segura y efectiva. Una preparación deficiente aumenta el riesgo de complicaciones, disminuye la tasa de detección de lesiones y obliga a repetir la endoscopia en intervalos más cortos de tiempo. Alrededor de un 20% de las colonoscopias realizadas presentan una preparación subóptima. No existen datos acerca de la preparación subóptima en pacientes ancianos/hospitalizados, pero en práctica clínica habitual resulta inapropiadamente elevada.

? Las personas mayores son un grupo de pacientes, con factores predictores de mala preparación: (1) Muchos presentan estreñimiento habitual o dismotilidad en el colon asociada a la edad, (2) Coexisten múltiples enfermedades que dificultan la preparación (inmovilidad, demencias, enfermedad cerebral vascular, entre otras); (3) Toma habitual de varios fármacos que dificultan la preparación (antidepresivos, complejos vitamínicos y suplementos de hierro oral). Además estos pacientes presentan dificultad para asimilar volúmenes importantes de solución evacuante e intolerancia digestiva conduciendo a tasas importantes de incumplimiento de las pautas e indicaciones recomendadas

? No existen protocolos específicos para intentar mejorar la preparación de estos pacientes, por ello se propone modificar el protocolo que se realiza en la actualidad adecuándolo a las circunstancias mencionadas e informando al paciente y a sus familiares de la importancia de un adecuado cumplimiento de aquél para optimizar los resultados.

? Existen dos entornos que difieren en las actitudes a seguir en la preparación de la prueba, el primero concierne a las colonoscopias programadas donde se cuenta con un tiempo estándar para la modificación de la dieta; el otro se relaciona con las colonoscopias preferentes solicitadas mientras el paciente permanece internado, situación en la que no se dispone del tiempo habitual para introducir las modificaciones dietéticas adecuadas a la prescripción de la prueba.

DIRECTRICES GLOBALES DEL PROTOCOLO.

- I. Colonoscopias programadas por vía ambulatoria:
- 1) Revisar los fármacos que interfieren con la motilidad colónica suspendiéndolos una semana antes de la exploración si es posible (ej: hierro oral).
 - 2) Aumentar la duración de los días de dieta sin residuos hasta una semana y la dieta basada en líquidos claros hasta 48h antes de la exploración;
 - 3) Preparación con solución de polietilenglicol (PEG) con poco volumen (48 horas antes de la exploración), administrando además el día previo 2 comprimidos de bisacodilo (Dulcolaxo®, no precisa receta), laxante de amplia utilización en práctica clínica habitual.
- II. Colonoscopias solicitadas con carácter preferente en régimen de hospitalización.
- 1) El día antes de la exploración dieta a base de líquidos claros, preparación con PEG de bajo volumen y 2 comprimidos de bisacodilo (Dulcolaxo®).
 - 2) Si la mañana de la exploración el paciente no presenta deposiciones claras (valorado por enfermería) se administrarán de forma complementaria enemas de limpieza (si no existe contraindicación médica) hasta que las deposiciones sean claras.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Disminuir el número de colonoscopias con mala/deficiente preparación en pacientes ancianos.
- 2) Mejorar la visualización de la mucosa colónica, aumentando el rendimiento de la exploración y su capacidad para la detección de lesiones que de otro modo hubiesen podido pasar desapercibidas.
 - 3) Reducir el número de colonoscopias incompletas y/o la necesidad de repetir de la exploración.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Fase 1. Diseño del protocolo de mejora de la preparación de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

483

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA OPTIMIZAR LA PREPARACION DE COLONOSCOPIA EN PACIENTES ANCIANOS

colonoscopia en pacientes

ancianos, tanto para la colonoscopia ambulatoria, como para el paciente ingresado.

Fase 2. Realización de una sesión informativa con participación de los facultativos, así como del personal implicado en la preparación de la colonoscopia (enfermería y auxiliares del HSCJ) para garantizar una adecuada difusión del protocolo.

Fase 3. Elaboración de una hoja informativa dirigida al paciente y a un familiar donde se incorporan las modificaciones del protocolo estándar y se enfatiza la importancia de un adecuado cumplimiento. En el protocolo se insiste en una adecuada ingesta de líquidos y se informa acerca de la necesidad de verificar la calidad de la preparación en las horas previas a la exploración. En caso contrario se recomienda completar la preparación mediante la administración de enemas de limpieza complementarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) % de pacientes ancianos a quienes se aplica el protocolo de preparación optimizada a lo largo de un período de 6-12 meses, tanto para colonoscopia ambulatoria, como para hospitalizados: > 90%.

2) Reducción del % de pacientes con colonoscopias con preparación deficiente, en relación al período pre-protocolo >25%.

3) Reducción del % de pacientes que precisan repetir la colonoscopia, por no haber alcanzado el ciego debido a mala preparación, en relación al período pre-protocolo. >25%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1) Mayo de 2014: creación de los protocolos de preparación para colonoscopia

ambulatoria y en pacientes hospitalizados por parte de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSHJ y el Servicio de Geriátría del HSCJ.

2) Junio de 2014: Sesión divulgativa con los facultativos y personal sanitario de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología del HSHJ, así como del staff del HSCJ acerca de la implantación del protocolo.

3) Puesta en marcha de los protocolos desde consultas externas y en pacientes hospitalizados.

4) Mayo 2015: evaluación de resultados y cumplimiento de indicadores.

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

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Ancianos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. PREPARACION DE COLONOSCOPIA

OTRA PALABRA CLAVE 2. ADULTO MAYOR

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.	4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

089

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA: ¿UN ANTES Y UN DESPUES?

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SANJOAQUIN ROMERO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOZ SAURAS NIEVES. ENFERMERO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA
- GORGAS SORIA MARIA DEL CARMEN. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- GUERRE OTO NIEVES. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- NUÑEZ CAMARA HEMBERLY DERECK. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- SANDER ZUÑIGA ROLF. MIR. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
- MALO SUSANA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Vivimos en un entorno envejecido en el que la esperanza de vida es cada vez mayor, y esta tendencia, lejos de invertirse, se mantiene en todos los países europeos y occidentales. Ahora bien, una vez constatado que el tópico de "añadir años a la vida", es una realidad, tendremos que pensar en abordar la segunda parte del mismo, es decir, la de "añadir vida a los años". Y es ahí, donde la investigación sobre calidad de vida irrumpe de un modo absoluto.

El término calidad de vida es relativamente reciente. Aparece en torno a 1975 (Moreno y Ximénez, 1996), teniendo un gran desarrollo en los años ochenta; se originó principalmente en el campo de la Medicina, extendiéndose rápidamente al campo de la Psicología y la Sociología, desplazando a otros términos más difíciles de operativizar, como felicidad o bienestar. En su origen y desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida ha estado muy relacionado con el de estos dos términos afines, y se ha caracterizado por su continua ampliación. Desde la idea inicial que lo vinculaba casi exclusivamente con el cuidado de la salud, hasta el actual centrado en la preocupación por la existencia del sujeto, su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud, pasando por la incorporación progresiva de dimensiones, como por ejemplo, el acceso a los bienes y servicios y los aspectos económicos. Aunque el concepto de calidad de vida no es nuevo, es evidente que en las últimas décadas se ha popularizado, convirtiéndose en una idea central hacia la que se orientan la investigación, los servicios y los cuidados. En nuestro centro a todos los pacientes se les realiza una valoración geriátrica integral que incluye valoración de esfera funcional, cognitiva y social. Dado que muchas de las patologías que motivan dicha valoración producen un empeoramiento en la calidad de vida, creemos conveniente valorar dicha pérdida a través de escalas estandarizadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1)Identificar (OBJETIVO principal) los factores predictores de la calidad de vida en los ancianos incluidos en Programa de Hospital de Día de Geriátrica: estado de salud, variables de tipo psicosocial, situación afectiva, pérdida de capacidad funcional, roles y autonomía y aspectos sociales. 2)Descubrir los factores que se asocian a puntuaciones bajas de las escalas de calidad de vida. 3)Valorar si el estado afectivo, el grado de discapacidad y los aspectos clínicos y sociales de la enfermedad en el anciano, tienen un alto valor predictivo de las puntuaciones obtenidas en dos escalas habitualmente utilizadas para medir la calidad de vida en el anciano (escala de Filadelfia y Cuestionario de Salud SF-36) 4) Valorar de forma estandarizada si la inclusión en el nivel asistencial geriátrico "Hospital de Día Geriátrico", mejora la calidad de vida de sus usuarios; analizando si el número de sesiones de tratamiento, el índice de ganancia funcional y la patología que motiva el ingreso en HDG influyen en la calidad de vida

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para lograr los objetivos y una vez establecidos los criterios de inclusión y de exclusión, a todos los pacientes incluidos en HDG que cumplan criterios de inclusión se les administrará un cuestionario diseñado con tal propósito y diversos instrumentos de evaluación estandarizados.

Criterios de inclusión:

- 1.- Cumplir criterios de paciente geriátrico.
- 2.- Ingresar o ser atendido en Hospital de Día de Geriatria del HSCJ de Huesca
- 3.- Aceptar voluntariamente la participación.

Criterios de exclusión:

- 1.- Edad < 65 años.
- 2.- No cumplimiento de los criterios de paciente geriátrico.
- 3.- Presencia de deterioro cognitivo definido como = 2 en la Escala de Discapacidad Mental de Cruz Roja.
- 4.- Presencia de afasia motora o sensitiva que impida la contestación fiable a los distintos cuestionarios.
- 5.- Padecimiento de cáncer u otra enfermedad con esperanza de vida probable < 3 meses a juicio del entrevistador.
- 6.- Presencia de alteración de conciencia, enfermedad psiquiátrica o trastorno de la personalidad que interfiera en la contestación fiable a los cuestionarios.
- 8.- Paciente en tratamiento con fármacos que alteren el nivel de conciencia.

1) Elaborar un cuestionario diseñado específicamente para este estudio . Dicho documento se realizará a partir

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

089

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA: ¿UN ANTES Y UN DESPUES?

del estudio bibliográfico previo y de la experiencia de los investigadores al respecto. Constará de dos partes: 1) la que recoja datos personales, clínicos, síndromes geriátricos, situación funcional y datos socioeconómicos y 2) la que incluya los instrumentos de evaluación estandarizados utilizados para la investigación, que son: la Escala de Discapacidad Física y Mental de Cruz Roja (EFCR y EMCR) (Guillén, 1986; González et al., 1992), el Índice de Barthel (IB) (Mahoney y Barthel, 1965), el Test de Pfeiffer (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Yesavage et al., 1982, 1983; Sheik y Yesavage, 1986), la Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia (PGC) (Lawton, 1975) y el Cuestionario de Salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992).

2) A todos los pacientes incluidos en HDG que cumplan criterios de inclusión se les administrará el cuestionario diseñado con tal propósito y diversos instrumentos de evaluación estandarizados (escalas que se pasarán al inicio del tratamiento en HDG y al alta de este nivel asistencial)

3) Análisis estadístico de los datos, elaboración de conclusiones

Los responsables de todos los puntos serán todos los componentes el equipo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Descripción de criterios de inclusión y exclusión: hecho

- Revisión de bibliografía para elaboración del cuestionario: hecho
- Elaboración de cuestionario de recogida de datos: que esté elaborado
- Administración de cuestionario diseñado: que se administre al 100% de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión:
- Elaboración de base de datos y análisis estadístico:
 - o estudio descriptivo de las variables; las variables cualitativas se analizarán mediante porcentajes, mientras que a las cuantitativas se les aplicará media y desviación estándar.
 - o Para encontrar asociaciones entre las variables cuantitativas se realizará estudio correlacional bivalente, mediante el coeficiente de correlación de Pearson.
 - o Para estudiar la relación o asociación entre dos variables cualitativas se utilizará una prueba de ji-cuadrado para comparar proporciones observadas en grupos independientes
 - o Para el análisis de variables cuantitativas entre grupos de pacientes se utilizará el procedimiento de comparación de medias basado en la prueba t de Student para muestras independientes.
 - o En el caso de una variable binaria y otra con categorías ordenadas, se aplicará la prueba no paramétrica Tau-b de Kendal, con objeto de establecer una asociación significativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO DEL ESTUDIO: ABRIL 2014
FINAL DEL ESTUDIO: ABRIL 2015, AMPLIABLE EN FUNCION DEL TAMAÑO MUESTRAL

Determinación criterios inclusión y exclusión: MARZO 2014

Revisión bibliográfica: MARZO Y ABRIL 2014

Elaboración ficha recogida de datos: ABRIL 2014

Inclusión de pacientes: ABRIL 2014

Monitorización de indicadores: A LOS 6 MESES Y AL FINAL DEL ESTUDIO

Monitorización de resultados (evaluación): A LOS 6 MESES Y AL FINAL DEL ESTUDIO

Divulgación de resultados: EN JORNADAS DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE GERIATRÍA Y EN EL CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA EN 2015

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. pacientes incluidos en Hospital de Día Geriátrico

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. calidad de vida

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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

406

1. TÍTULO

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA POBLACION ANCIANA MEDIANTE CRITERIOS START/STOPP

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.
- GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - MORLANS GRACIA LUCIA. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - GÜERRE OTO NIEVES. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - NUÑEZ CAMARA HEMBERLY DERECK. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - SANDER ZUÑIGA ROLF. MEDICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. GERIATRIA
 - NOGUERAS BRAVO ELISA. FARMACEUTICO/A. CSS SGDO CORAZON DE JESUS. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes, en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos, con el riesgo consiguiente de reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas. Este riesgo aumenta con la edad, como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento, los cambios en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos, y la influencia de las enfermedades, los problemas funcionales y los aspectos sociales. La prescripción inapropiada de fármacos es un problema frecuente en los mayores, que contribuye al aumento del riesgo de RAM. Se han desarrollado varias herramientas para detectar la prescripción potencialmente inadecuada, siendo los criterios STOPP/START los más utilizados en nuestro entorno. En un estudio preliminar en nuestro centro, se aplicaron estos criterios en el tratamiento al alta de los pacientes ingresados.

De entre los criterios STOPP más frecuentes detectados:

- Diuréticos de asa para edemas maleolares sin que exista insuficiencia cardiaca
- Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en HTA
- Uso prolongado (más de un mes) de Benzodiazepinas de vida media larga o benzodiazepinas con metabolitos de acción larga (como diazepam)
- Uso prolongado (más de un mes) de neurolépticos como hipnóticos a largo plazo
- Inhibidores de la bomba de protones para la enfermedad péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas
- Fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse (1 o más caídas en los últimos tres meses): Benzodiazepinas y neurolépticos

- Clase de medicamento duplicada. Cualquier prescripción regular de dos fármacos de la misma clase

De entre los criterios START más frecuentes detectados:

- Warfarina en presencia de una fibrilación auricular crónica
- AAS en presencia de una fibrilación auricular crónica, cuando la warfarina esté contraindicada pero no lo es este la AAS
- AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad aterosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal
- Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arterioesclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea independiente para las AVDBs y la esperanza de vida superior a 5 años.
- Bifosfonatos en tratamiento prolongado de corticoides
- Suplementos de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida
- IECAs o ARA 2 en diabetes con nefropatía

Por todo ello, proponemos disminución de la prescripción inadecuada así como mejorar la prescripción al alta hospitalaria de los pacientes ingresados en nuestro servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminución de las prescripciones de los grupos terapéuticos según criterios Stoppp, así como prescripción adecuada según criterios Start en pacientes ancianos hospitalizados y con ello potenciar el uso racional del medicamento en la población anciana disminuyendo indirectamente polimedización y gasto farmacéutico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realizar sesiones por parte del personal implicado en el proyecto de mejora al resto de facultativos del centro, sobre las indicaciones o no del grupo farmacéutico así como de las patologías más prevalentes donde se prescriban estos grupos.

- Revisión del tratamiento en el informe de alta, de los pacientes atendidos en nuestro servicio a los 3 meses, a los 6 meses y al año de las sesiones.
- Se registrarán en esas revisiones, la cumplimentación de los criterios stoppp y start más frecuentes que se observaron en el estudio preliminar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de los pacientes a los que se aplican los criterios del total de pacientes ingresados en esos meses: >90% a los 3,6 meses y al año
Disminución progresiva del % de pacientes que presentan prescripción inadecuada según criterios stoppp en el 3º, 6º mes y al año

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

406

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA POBLACIÓN ANCIANA MEDIANTE CRITERIOS START/STOPP

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2014: sesiones divulgativas del servicio sobre prescripción adecuada y criterios stopp-start de prescripción.
Septiembre 2014: Aplicación de los criterios stopp en el tratamiento de los informes de alta de los pacientes atendidos en S de Geriatria 2014 durante agosto.
Diciembre 2014: Aplicación de los criterios stopp en el tratamiento de los informes de alta de los pacientes atendidos en S de Geriatria 2014 durante noviembre.
Mayo 2015: Aplicación de los criterios stopp en el tratamiento de los informes de alta de los pacientes atendidos en S de Geriatria 2014 durante abril 2015.

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. DESPRESCRIPCIÓN

OTRA PALABRA CLAVE 2. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

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. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

194

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION MULTIMODAL "FAST-TRACK" EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL 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.
- PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
 - GARCIA EGEA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL
 - GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL
 - DE DIEGO GARCIA PATRICIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA
 - ALCOLEA BERNAD TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La cirugía colorrectal es una intervención altamente invasiva que, en condiciones normales, implica el uso de un gran número de recursos en todo su proceso, tanto hospitalariamente (pre, intra y postoperatorio) como al alta, hasta la recuperación total del paciente. Este consumo de recursos aumenta aún más cuando se producen complicaciones, algunas de las cuales son evitables mediante una optimización previa del paciente.

La rehabilitación multimodal en cirugía, o "fast-track surgery", se ha venido implementando a nivel europeo desde 2004. Consiste en aplicar perioperatoriamente unas estrategias de optimización multidisciplinar basadas en la evidencia con el fin de acelerar la recuperación tras la cirugía electiva. Estas estrategias, tales como la disminución del tiempo de ayuno con administración de soluciones carbohidratadas, la analgesia preventiva con técnicas de anestesia combinadas o la movilización y tolerancia oral postoperatorias precoces, tienen beneficios independientes; sin embargo es importante una protocolización de todas ellas en conjunto para conseguir efectos sinérgicos y beneficios máximos. De esta manera se ha demostrado que se reduce el tiempo de recuperación de 2 a 4 días gracias a una aceleración de la fase postoperatoria debida a una disminución en la respuesta al estrés perioperatorio.

La mayor parte de la investigación llevada a cabo en este campo se ha realizado en cirugía colorrectal electiva, por lo que consideramos que es ideal para iniciar el proceso de realización de los protocolos y la implementación de los mismos en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) Realización de los protocolos de rehabilitación multimodal adaptados al Hospital San Jorge de Huesca y sus recursos, y consensuados entre servicios implicados.

b) Formación de los profesionales implicados en todo el proceso perioperatorio de la cirugía colorrectal "fast-track" (anestesiología, cirugía general, endocrinología y enfermería)

c) Implementación de dichos protocolos y puesta en marcha del programa.

d) Recogida de datos de los casos realizados y encuesta de calidad de vida del paciente pre y postoperatoriamente (cuestionarios estandarizados)

e) A nivel asistencial, disminución de la estancia hospitalaria en intervenciones colorrectales y mejora en la calidad asistencial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizarán reuniones multidisciplinarias con los integrantes del grupo para consensuar la adaptación de los protocolos al hospital, y para el seguimiento del programa. Se formará al resto de profesionales implicados.

Una vez consensuados, se difundirán los protocolos y se publicarán en la intranet del hospital para fácil acceso de todos los profesionales.

Se creará un documento para la recogida de datos durante la permanencia del paciente en el circuito.

A la hora de iniciar el programa, desde las consultas de Cirugía General y Anestesiología se seleccionaran los pacientes candidatos para entrar en el proceso, según los criterios descritos en los protocolos, y se informará debidamente al paciente, quien deberá firmar los documentos de consentimiento informado necesarios. Se iniciará la cumplimentación de la hoja de recogida de datos y se adjuntará a la historia clínica.

Introducido ya en el circuito, se seguirán los principios básicos del programa para optimización preoperatoria (desde la consulta y al ingreso), intraoperatoria y postoperatoria/rehabilitación. Desde la consulta, el paciente recibirá una pauta de suplementos nutricionales con la colaboración de Endocrinología, y unas recomendaciones de ejercicio físico a realizar, según sus capacidades, con el fin de optimizar su estado basal.

Al ingresar para la cirugía, se aplicarán las estrategias protocolizadas, y se seguirán recogiendo datos hasta el final del proceso. Se intentará realizar técnicas de analgesia regionales según tipo de cirugía (epidural para cirugía abierta, bloqueos de pared ecoguiados para laparoscopia) para disminuir efectos deletéreos de fármacos que harían fracasar el programa.

El documento con los datos recogidos quedará archivado por el grupo de Rehabilitación Multimodal para futuros análisis y estudios de resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Consenso y adecuación de los protocolos según los recursos del Hospital San Jorge.

Difusión de dichos protocolos consensuados y publicación en intranet.

Formación de profesionales implicados y puesta en marcha del programa a lo largo del año.

Revisión del número de pacientes incluidos en el circuito y recogida de datos (cumplimiento del programa preoperatorio por parte del paciente, complicaciones intra y postoperatorias, calidad de la analgesia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

194

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACION MULTIMODAL "FAST-TRACK" EN CIRUGIA COLORRECTAL ELECTIVA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

postoperatoria recibida, días de estancia y número de reingresos, calidad de vida según cuestionarios estandarizados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de 9 meses. Comienzo con la recogida tras la aprobación del proyecto por la UCA con fecha límite de inicio 1 de junio de 2014 y finalización de la primera fase el 31 de diciembre del mismo.

11. OBSERVACIONES. Necesidad, para todos los profesionales, de asistencia a cursos de formación en rehabilitación multimodal, así como de las técnicas necesarias para la realización correcta del programa (anestesia regional con ecografía, uso del doppler esofágico para monitorización de fluidoterapia, etc) y rotaciones en centros donde se realicen este tipo de programas. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- 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. | 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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

415

ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA DE LAS INFECCIONES DE LOS CATÉTERES CENTRALES COMO ACCESO VASCULAR PARA TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL MEDIANTE HEMODIÁLISIS

2. RESPONSABLE ROSARIO BELLIDO RUIZ
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GABAS CUELLO MOTSERRAT. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIÁLISIS
 - DOMINGO FUERTES PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIÁLISIS
 - BAILO GIL MARIA ANGELES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIÁLISIS
 - FUERTES OLIVAN ROSARIO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIÁLISIS
 - GALVE PASTOR TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIÁLISIS
 - GENERELO LANASPA MARIA VICTORIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIÁLISIS
 - PASCUAL RAMI CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. HEMODIÁLISIS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los catéteres venosos centrales permanentes son catéteres que tienen un tramo subcutáneo tunelizado, con un manguito de dacron situado a unos 5-10 cm de la salida de la piel, y además de fijar el catéter, crean una barrera biológica que impide que los gérmenes que crecen en el túnel peri catéter alcancen el lecho vascular. Los cuidados de enfermería están basados en los protocolos utilizados en el Servicio de Nefrología para el manejo de los catéteres en los momentos de la conexión y desconexión de la diálisis. Siempre se deben de realizar con las máximas medidas de asepsia. Las complicaciones más graves son la trombosis y la infección. La infección relacionada con el catéter es la complicación más frecuente y grave. Suele ser la causa principal de retirada del catéter. Produce una elevada morbilidad y supone la pérdida del acceso vascular en pacientes que, en general, ya no disponen de muchas posibilidades para obtener un buen acceso para la realización de un tratamiento renal sustitutivo. Es en su correcto manejo donde enfermería juega un papel primordial. Teniendo en nuestra Unidad un 50% de pacientes portadores de catéteres venosos centrales permanentes y un 78% con algún episodio de infección en nuestra unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Gracias a la revisión de los protocolos y procedimientos y a la posterior formación al personal de enfermería en sesiones clínicas, se adquirirán los conocimientos y reeducarán las conductas prácticas necesarias en el manejo de estos dispositivos encaminados a disminuir las tasas de complicaciones asociadas a estos catéteres, esto es, se mejorará la calidad de la atención, se optimizarán los recursos y se disminuirá el gasto derivado del tratamiento de complicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se revisarán los procedimientos relacionados con la inserción y manejo de estos catéteres y se elaborará un documento para el seguimiento de los mismos. En él se recogerán datos del tipo: edad del paciente y sexo, fecha de la colocación de catéter, realización de cultivos (frotis, hemocultivos), resultados de Microbiología y tratamiento instaurado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El indicador será: Infecciones en catéteres tunelizados de diálisis (episodios por cada 1000 días en uso).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante los meses de abril y mayo año se reunirán los componentes del equipo para preparar el documento de recogida de datos y actualizar el protocolo utilizado en el Servicio para el manejo de estos catéteres.

Tras su elaboración se establecerán las fechas de las sesiones formativas, incluyendo tanto a los alumnos en prácticas como al personal de nueva incorporación (incluyendo las sustituciones del periodo vacacional).

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**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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

026

TELEMEDICINA APLICADA A ELECTROENCEFALOGRAFIA. MEJORA DE LOS SECTORES DE HUESCA Y BARBASTRO EN PROCESO DIAGNOSTICO ELECTROENCEFALOGRAFICO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL H. DE BARBASTRO

2. RESPONSABLE ISABEL BENAVENTE AGUILAR
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ROMERO PUERTAS FERNANDA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- CASANOVA CLEMENTE MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- LASCORZ CORTINA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
- EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. INFORMATICO/A. H SAN JORGE. INFORMATICA
- GARCIA FERNANDEZ LORENA. MEDICO/A. H BARBASTRO. NEUROLOGIA
- COLL CLAVERO JUAN. INFORMATICO/A. H BARBASTRO. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Según los registros de la Unidad de Electroencefalografía del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge de Huesca, que presta asistencia neurofisiológica a los sectores de Huesca y Barbastro, solo el 6% de los pacientes ingresados estudiados en esta unidad proceden del hospital de Barbastro, siendo la población de ambos sectores comparable. La relación de pacientes ingresados explorados del hospital de Barbastro/ pacientes ingresados explorados del hospital San Jorge es de 1/14. En el 50% de los pacientes ingresados explorados, el diagnóstico de presunción es crisis epilépticas y, de estos, el 21% es de estatus epiléptico. La imposibilidad, la dificultad y el riesgo que supone el traslado de estos pacientes desde el hospital de Barbastro al hospital de Huesca es la principal causa de esta diferencia observada. Mencione aparte la imposibilidad de trasladar a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por otra parte, los pacientes que son trasladados para realizar esta exploración asumen un riesgo adicional ya que son trasladados a un servicio central que no dispone de un lugar ni de personal adecuado para controlar al paciente antes y después de la exploración.

Este proyecto supone una mejora en el diagnóstico de los pacientes ingresados que padecen patología neurológica, supone también un aumento de la equidad en la prestación de servicios sanitarios, y disminuye el riesgo que implica el traslado de los pacientes a otro hospital. Por otra parte, es probable que la mejora en el proceso diagnóstico de estos pacientes contribuya a disminuir la estancia hospitalaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El resultado que se espera conseguir es que los pacientes ingresados en el hospital de Barbastro tengan las mismas oportunidades de acceso a este método diagnóstico que los pacientes ingresados en el hospital de Huesca.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Este proyecto de mejor aprecia:
Instalación de un electroencefalógrafo en el hospital de Barbastro.

Formación de personal de enfermería del hospital de Barbastro, a cargo del personal de enfermería del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge.

Soporte informático para realizar, en tiempo real, la transmisión del registro EEG realizado en el hospital de Barbastro al Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge de Huesca, de modo que los facultativos del servicio puedan revisar e informar el estudio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: relación entre el número de pacientes ingresados en el hospital de Barbastro y los pacientes ingresados en el hospital San Jorge a los que se realiza esta exploración.

Indicador 2: diferencia en la estancia media hospitalaria de los pacientes ingresados con el diagnóstico de presunción de crisis epilépticas antes y después de la instauración del proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Formación del personal de enfermería : tras la autorización del proyecto y si la gerencia autoriza la adquisición del equipo, comenzará la formación del personal de enfermería. La curva de aprendizaje de personas que no han tenido formación previa en esta disciplina oscila entre 6-8 meses.

Durante este tiempo, los servicios de informática de ambos hospitales podrán acometer las tareas necesarias para poder realizar la transmisión en tiempo real del electroencefalograma.

Posteriormente, se realizará un estudio piloto con objeto solventar los problemas que puedan presentarse y valorar la calidad de los registros y de la transmisión. La duración se estima en, aproximadamente, tres meses.

En resumen, tras la adquisición del equipo electroencefalográfico, el tiempo que deberá transcurrir para poder

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

026

1. TÍTULO

TELEMEDICINA APLICADA A ELECTROENCEFALOGRAFIA. MEJORA DE LOS SECTORES DE HUESCA Y BARBASTRO EN PROCESO DIAGNOSTICO ELECTROENCEFALOGRAFICO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL H. DE BARBASTRO

prestar este servicio se estima en unos 12 meses aproximadamente.

11. OBSERVACIONES. El cronograma de las actividades esta supeditado a la adquisición del equipo electroencefalográfico y a la designación del personal de enfermería. 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. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tele- EEG

OTRA PALABRA CLAVE 2. Pacientes ingresados

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. | 2 Poco |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

422

APOSTANDO POR UN FUNCIONAMIENTO OPTIMO DE LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

2. RESPONSABLE ALICIA JOSEFA BERNUES PEREZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VERA VELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO ANESTESIA
- GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA
- IZARBEZ PUENTE ALBERTO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. ADMISION
- SUBIAS BARDAJI PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CMA
- VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MEDICO/A. H SAN JORGE. MIR TRAUMATOLOGIA
- SIESO GRACIA RUT. MEDICO/A. H SAN JORGE. MIR UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SE OBTIENE UN USO MAS RACIONAL Y EFICIENTE DE RECURSOS HUMANOS Y MATEDRIALES.

EL AHORRO DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS.

OPTIMIZAR LOS PROCESOS Y RACIONALIZAR LAS LISTAS DE ESPERA.

EL DESARRO DE UNA UCMA ES UN PROCESO MULTIDISCIPLINAR QUE DEBE INVOLUCRAR A TODOS LOS INTEGRANTES Y RESPONSABLES DE LA UNIDAD CON EL OBJETIVO DE CONSEGUIR UNA MEJORIA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LA POBLACION ASI COMO UN AMBIENTE DE COLABORACION QUE MEJORE DICHA ASITENCIA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EN ESTOS MOMENTOS NUESTRA UNIDAD DESDE LOS PRIMEROS PASOS QUE SE HAN DADO ESTAMOS SATISFECHOS YA QUE TODOS LOS INDICES ESTABLECIDOS SE HAN SUPERADO CON CRECES Y LAS ENCUESTAS DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE HAN PASADO POR ESTA UNIDAD SUPERAN NUESTRAS ESPECTATIVAS.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. AUMENTAR EL NUMERO DE PROCESOS, CON UNOS NIVELES DE SATISFACCION SIMILARES A LOS YA OBTENIDOS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SEGUIMOS SIENDO UNA UNIDAD VIVA EN LA QUE SE PRETENDE IR CRECIENDO DIA A DIA PARA LO CUAL SEGUIREMOS FORMANDO UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARA, INTENTANDO IMPLICAR A TODOS LOS JEFES DE SERVICIO. CONSEGUIR UN MEJOR EQUIPAMIENTO DEL ENTORNO DE TRABAJO PROMOVER CHARLAS PARA DAR A CONOCER LOS BUNOS REUSLTADOS OBTENIDOS EN ESTE AÑO DE ANDADURA.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE PACIENTES IQ POR CMA/TOTAL DE IQ
ENCUESTAS DE SATISFACCION PERCIBIDA POR EL PACIENTE A LOS 7 DIAS.
INDICE DE CANCELACIONES QUIRURGICAS
INDICE DE INGRESOS EN PROCESOS CMA
INDICE DE CONSULTAS A URGENCIAS.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. SE INICIA EL 8/04/2014 TERMINA EN MARZO DEL2015

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. 14 A 95
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. AUMENTAR

OTRA PALABRA CLAVE 2. CMA

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****022****MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION****2. RESPONSABLE DOLORES BLASCO YEBRA**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BESTUE CARDIEL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- DIAZ GOMEZ CRISITINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- LATORRE JIMENEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- TORDESILLAS LIA CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- BALLESTER MARCO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- SERAL MORAL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el año 2010 se crea un grupo de mejora compuesto por el personal de enfermería encargado del laboratorio de Neurosonología junto con los FEAS de la Unidad de Gestión clínica de Neurología del Hospital San Jorge, para mejorar la calidad del laboratorio de Neurosonología que se había puesto en marcha en el año 2007.

Los objetivos de dicho grupo eran mejorar la satisfacción con el servicio tanto para el paciente que lo utilizaba como para el personal auxiliar, de enfermería y los FEAS que realizaban los procedimientos, mejorando el conocimiento de los procedimientos, disminuyendo la variabilidad y mejorando la seguridad y satisfacción con la atención.

Desde 2010 y de forma progresiva se han ido realizando los distintos documentos 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 se 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 incrementó la cartera de servicios de la Unidad, lo que ha supuesto una mejora importante en el estudio del paciente con patología cerebrovascular al mejorar la adecuación en la selección de los pacientes candidatos a a intervención quirúrgica o tratamiento endovascular, mejorando la seguridad de los mismos.

Durante 2012 y 2013 se han realizado las hojas de información y consentimiento informado de las nuevas técnicas implantadas y se han finalizado aspectos pendientes de la ecografía extracraneal. Pero debido a que son muchos los procedimientos, no se ha podido realizar la finalización de los mismos y todavía quedan aspectos pendientes de información al paciente y de proceso importantes para el nuevo personal que accede por primera vez al laboratorio (sustitución, incorporación a nueva plaza etc...) que asegura un adecuado manejo de un aparataje con un importante "coste económico" en el que una estandarización de los procesos evita "errores" y mejora el uso de los aparatos alargando la "vida útil" de los mismos en la mejores condiciones de uso.

De la misma forma quedan aspectos pendientes importantes en los consentimientos informados en alguna técnica como es el manejo de contrastes. 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 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 durante este año se implantarán el documento de información de ecografía transcraneal y el consentimiento informado del test de burbujas, ambos realizados durante 2013.

Oportunidad de Mejora:

?A. Realizar los manuales de procedimiento para el personal (auxiliar y facultativo) de las distintas técnicas de la ecografía transcraneal pendientes:

- o Test diagnóstico básico (DTC)
- o Estudio transcraneal con contraste
- o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
- o Test de burbujas (hits)
- o Test duplex transcraneal

? B. Mejorar la asistencia al paciente:

- ? 1. Disminuir los riesgos al disminuir la variabilidad clínica y el conocimiento claro de la técnica
- ? 2. Mejorar el uso de los aparatos y evitar un uso inadecuado
- ? 3. Mejorar la comunicación a través de los documentos de información al paciente de las distintas técnicas implantadas
- ? 4. Mejorar la seguridad y la toma de decisiones con los documentos de consentimiento de forma escrita.
- ? 5. Detectar problemas con el análisis de las encuestas de satisfacción realizadas anualmente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

022

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Se ha mejorado la asistencia al paciente:
- ? Durante 2013 se realizaron:
 - ? -El documento de información al paciente en la ecografía transcraneal
 - ? - El documento de consentimiento informado del test de burbujas.
 - ? Asimismo se ha continuado con la recogida de datos para mejorar la asistencia con las encuestas de satisfacción implantadas hace dos años. Los resultados en 2013 objetivan:
1. RESPECTO A LA INFORMACIÓN RECIBIDA PREVIA A LA PRUEBA: 94% consideran la información adecuada (un 79% muy satisfechos). A un 85% se le habían administrado documentos escritos desde la consulta de Neurología en el momento de la citación.
2. RESPECTO A LA CONFORTABILIDAD INSTALACIONES: EL 100% LO CONSIDERÓ ADECUADO (UN 74% MUY ADECUADO). CONTINÚA DETECTÁNDOSE EN LAS ENCUESTAS UNA QUEJA SOBRE LA CAMILLA QUE NO ES COMODA.
3. RESPECTO A LA FACILIDAD Y ACCESIBILIDAD PARA OBTENER CITACIÓN PARA EL ECODOPPLER: 100% encuentran fácil el sistema de citación (que se realiza en la propia consulta de neurología adecuando la espera a la gravedad de la situación por el neurologo) y un 74% muy satisfactorio y un 100% consideró el servicio accesible (un 82% muy accesible). La demora media para esta prueba es de 2-3 semanas, con citas de 24-48 horas si hay una sospecha de riesgo.
4. RESPECTO A LA ASISTENCIA RECIBIDA: 100% están satisfechos con la asistencia (un 82% pacientes atendidos están muy satisfechos destacando en las encuestas la amabilidad del personal y el trato, la puntualidad y rapidez en la cita). Un 100% de los encuestados recomendaría el servicio a un amigo o familiar.
- ? 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 documento de solicitud de las distintas pruebas realizadas por el especialista en el laboratorio de neurosonología y se ha revisado y actualizado durante 2013 con las nuevas exploraciones que se realizan en el laboratorio.
 - 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.
 - La realización del documento de información de ecografía transcraneal que se acaba de implantar mejorará la satisfacción del paciente
 - La realización del documento de consentimiento informado durante 2013, del test de burbujas mejorará la seguridad en el acceso a la prueba que se implantará en el próximo mes de mayo.
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 para evitar problemas de uso para el personal (auxiliar y facultativo) que se incorpora nuevo al laboratorio:
- o Test diagnóstico básico de doppler transcraneal
 - o Estudio transcraneal con contraste
 - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
 - o Test de burbujas (hits)
 - o Dupplex transcraneal
2. Mejorar la asistencia del paciente mejorando la información
- Finalizar 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:
 - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida)
 - o Test de burbujas (hits)
3. Incrementar la seguridad del paciente y la satisfacción con la realización de los documento de consentimiento informado del doppler transcraneal con contraste y la implantación del documento de consentimiento informado del test de burbujas realizado durante 2013.
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: Implantación del documento de información sobre ecografía transcraneal y del documento de consentimiento informado del test de burbujas.
3. Septiembre-Octubre: Se realizarán los procedimientos de los estudios implantados y documentos de información al paciente y consentimiento informado (Dolores Blasco-Ana Latorre-María Seral-Olalla Albertí-Carlos Tordesillas-Crisitina Díaz-Maria Bestue)
4. Noviembre (Todo equipo): Revisión manuales de procedimiento, de los consentimientos informados y documentos de información al paciente.
5. Diciembre: Implantación de documentos de información y de los consentimientos informados
6. Diciembre (Dra Bestué- Dolores Blasco): Evaluación de los resultados a través de la encuesta de satisfacción y de los indicadores. Informe evaluación.
7. Enero 2014: Implantación manuales de procedimiento
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº Reuniones año (estándar =4)
- 2. Documentos de procedimiento 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)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

022

MEJORA DE LA INFORMACION DEL PROCESO DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA. FINALIZACION PROCESO DE MEJORA INFORMACION

- o Dupplex transcraneal (SI/NO)
 - 3. Documento de información al paciente elaborado
 - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (SI/NO)
 - o Test de burbujas (SI/NO)
 - o Estudio de contraste (SI/NO)
 - 4. Documentos de consentimiento informado realizado:
 - o Test diagnóstico DTC con contraste (SI/NO)
 - o Estudio de reserva hemodinámico (CO2 o acetazolamida) (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)
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Abril 2014:Reunión del grupo de mejora para organizar el trabajo y el cronograma de actuación.
2. Entre Mayo-septiembre: Implantación documentos elaborados en 2013 e inicio de trabajo-
3. Entre mayo-Octubre: Se realizarán los documentos de información al paciente, manuales de procedimiento y consentimientos informados (Octubre al menos el 75%)
4. En Noviembre: reunión para revisión de documentos elaborados y viabilidad de actividades pendientes.
5. Diciembre: Revisión de las encuestas de satisfacción y revisión de indicadores. Realización de documento de evaluación.
6. Enero 2014: Implantación de documentos realizados e implantación de medidas correctoras. noviembre se realizará la implantación de los pendientes
11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos
- POBLACIÓN DIANA
- .EDAD. Adultos
 - .SEXO. Ambos sexos
 - .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. ACV / AIT
- INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO
- OTRA PALABRA CLAVE 1. seguridad clinica
- OTRA PALABRA CLAVE 2. mejora proceso informacion
- 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. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA MARIA BOTAYA ESTAUN

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARION NAVASA TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- AZANZA MONTULL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- VERA CRISTOBAL FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- MONTAÑANA GUZMAN NIEVES. TCAE. H SAN JORGE. PEDIATRIA
- BROTO COSCULLUELA PURIFICACION. ENFERMERO/A. CS PERPETUO SOCORRO. PEDIATRIA
- 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 permanecerá 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 hospitalaria 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, deciendo terreno poco a poco, pero de forma asistemática, 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 la persona esperada. Propuesta ésta que de tener éxito puede ser exportada o catejada con las de otras Unidades Neonatales de Hospitales de la

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento se ha conseguido una disminución de la estancia media como se puede comprobar en las estadísticas del hospital.

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. Disminuir el riesgo de infección nosocomial al que son especialmente sensibles estos pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Definimos cuatro categorías de recién nacidos subsidiarias de Alta

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Precoz:

- Recien 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.
- Recien nacidos normales o de cuidados mínimos que abandonan el hospital antes de las 48 horas de vida.
- Recien nacidos afectados de patología leve o moderada.
- Recien nacidos afectados de patología severa o grave.

Y las subcategorías de:

- Gemelos (embarazos multiples).
- Reingresos durante el primer mes de vida.
- Recien 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.
- 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 Unidda 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.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Hojas de Revisión del Procedimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Al año de iniciado el procedimiento, valoración de Estancia Media ponderada por cada una de las cuatro categorías principales. Tets 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 las 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 oír a los Centros de Salud y a los Médicos de lactantes del Servicio de Pediatría.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Como el proyecto ya está iniciado se continúa con el mismo durante todo el año 2014.

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.

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. Recién nacidos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

062

ALTA PRECOZ NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

242

LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA. (CONTINUIDAD DEL APROBADO LOS AÑOS 2010, 2011, 2012 Y 2013 DEL CS AYERBE)

2. RESPONSABLE EVA 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 PAZ. 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
· GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. CREEMOS QUE LA INTERVENCION CONJUNTA ENTRE NIVELES PROPORCIONA UNA CALIDAD MUY SUPERIOR EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN QUE AQUELLA PROPORCIONADA POR 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 CUATRO 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.

CONTINUAR CON LAS SESIONES DE ACTUALIZACIÓN DE TEMAS DE INTERES INICIADAS ESTE AÑO 2013-2014

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. LAS REUNIONES SON MENSUALES. PRESENCIALES EN EL CENTRO DE SALUD DE AYERBE. EN ESTE AÑO SE INTENTARA ESTABLECER UNA RELACION VIA INTERNET (email) SEMANAL, RESERVANDO POR LO TANTO UN TIEMPO PARA ELLO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. NUMERO DE INTERCONSULTAS REALIZADAS. NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS.

NUMERO DE SESIONES DE ACTUALIZACION REALIZADAS

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.	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

363

1. TÍTULO

DISEÑO Y PRUEBA PILOTO DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS AJUSTES ANALGESICOS DURANTE EL SEGUIMIENTO DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA

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. BLOQUE QUIRURGICO
- VILLARROEL PINO ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
- VIELA VILLAR JOSE LUIS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
- EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO. INFORMatico/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DISPONIBILIDAD IRREGULAR DE PRESCRIPCIÓN DE AJUSTES ANALGESICOS EN EL SEGUIMIENTO DE LA ANALGESIA POSTOPERATORIA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. OBTENER UN MODELO DE ASISTENCIA PARA LA PRESCRIPCIÓN QUE PUEDA APLICARSE DE FORMA SISTEMÁTICA ESTABLE Y REGULAR.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA AJUSTES DE LA ANALGESIA INSUFICIENTE BASADO EN LOS ANALGESICOS INICIALMENTE PRESCRITOS.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA FACULTATIVA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LOS AJUSTES ENTRE LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ANESTESI, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR DEL HOSPITAL SAN JORGE.

EVALUACIÓN DE UNA PRUEBA PILOTO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE AJUSTES ANALGESICOS.

2- DISEÑO DEL MODELO DE ASISTENCIA.

3- REALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 01/05/2014 AL 15/12/2014

HASTA EL 30/09/2014: OBJETIVOS 1 Y 2.

HASTA EL 15/12/2014: OBJETIVO 3.

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 POSTOPERATORIA AJUSTE

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. | 2 Poco |
| 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

429

AMPLIACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA EDUCACION SANITARIA PARA PACIENTES ANTICOAGULADOS: IMPLANTACION DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE SU TRATAMIENTO ACO

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CEBOLLERO MATA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AULES LEONARDO ANASTASIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- ALASTRUEY MATEO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- PUYUELO CALVO EVA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- MARCO AMIGOT JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento anticoagulante oral con antagonistas de la vitamina K conlleva un riesgo de episodios tromboembólicos importante en los pacientes. La falta de conocimientos sobre el tratamiento puede aumentar su número de complicaciones. Creemos necesario, que aprovechando el contacto periódico del control analítico, realicemos de manera sistemática un proceso educativo sobre tres temas fundamentales: dieta, interacciones medicamentosas y conocer los signos de alarma para prevenir las complicaciones. Además, queremos conseguir que todos ellos cuenten con una tarjeta identificativa como paciente anticoagulado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2013, aunque se ha hecho la educación sanitaria según el plan previsto, han surgido dificultades en cuanto al retraso del suministro de las tarjetas y de un folleto formativo que ha impedido la culminación del proyecto. La encuesta ya está diseñada pero, por falta de recursos humanos, no ha podido realizarse.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos contar, durante este mes de Abril, con la totalidad de las tarjetas y que para Junio esten entregadas al 100% de los pacientes. En el mes de Octubre realizaremos la encuesta de forma aleatoria al 20% de los pacientes anticoagulados que atendemos en nuestra consulta, y a final de año podremos valorar si el proceso educativo ha sido efectivo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Formación diaria individualizada de los pacientes unida a la entrega del folleto y la tarjeta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de pacientes que conocen las complicaciones más frecuentes derivadas de su tratamiento, dieta, e interacciones medicamentosas así como el número de ellos que cuentan con la tarjeta identificativa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La formación seguirá durante todos los contactos que, al menos hasta Octubre, serán de seis con cada paciente. En el mes de Noviembre realizaremos la evaluación de la encuesta, obtención de resultados y conclusiones.

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. Educación sanitaria

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

301

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CLASIFICACIÓN TRIAGE III EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ¿DÓNDE VA EL TIEMPO?

2. RESPONSABLE CRISTINA CUARTERO CASIN

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RECREO TOME JESUS. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- MEJIA ESCOLANO DAVID. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- MUÑOZ PINTOR MANUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- OCHOA ROJAS JOSE MIGUEL. MIR. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- ABAD POLO LAURA. MIR. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO. MIR. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS
- AREVALO DURAN MONICA. MIR. H SAN JORGE. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los tiempos de atención en los Servicios de Urgencias de los hospitales condicionan la satisfacción de los usuarios, influyendo en la calidad técnica y efectividad del proceso clínico.

La complejidad del proceso de atención en urgencias; que precisa interacción con otras unidades, realización de pruebas complementarias; lo que unido a la presión asistencial, el espacio reducido para la atención de nuestro centro y la coexistencia de pacientes con diferente nivel de gravedad y patologías hace que los tiempos de atención y tratamiento puedan prolongarse excesivamente.

En general los tiempos efectivos de asistencia no superan las 2 horas, mientras que la estancia en urgencias puede prolongarse mucho más.

El tiempo de estancia incluye la espera hasta la primera consulta, pruebas diagnósticas y segunda consulta de diagnóstico y tratamiento.

Los tiempos prolongados tienen efecto negativo en la satisfacción del usuario, pueden provocar que su nivel de gravedad aumente e incluso un evento adverso.

En este proyecto de mejora nos ocupamos de pacientes que tras ser clasificados por el sistema de TRIAGE se sitúan en el nivel III, es posiblemente el grupo más heterogéneo y donde se puede producir mayor tiempo de demora. Analizando los tiempos de las distintas partes del proceso asistencial en estos pacientes, se pueden identificar las causas de los tiempos de espera innecesarios en nuestro Servicio de Urgencias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No aplicado.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se espera conseguir la reducción del tiempo de estancia en el Servicio de Urgencias del grupo de pacientes con nivel TRIAGE III, y como consecuencia de esto, mejorar la optimización del tiempo, aumentando la eficacia, la satisfacción y seguridad del paciente; y por lo tanto la calidad asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Estudio descriptivo de pacientes atendidos en urgencias con nivel de TRIAGE III durante tres meses valorando los tiempos invertidos en las distintas partes del circuito asistencial, los datos podrían obtenerse con ayuda del PCH:

- Tener en cuenta el número de fugas y las reclamaciones secundarias al tiempo de espera realizadas en ese periodo.
- Identificación de posibles factores contribuyentes a la demora de la asistencia.
- Planificación de medidas para evitar en lo posible esos factores.
- Reunión e información al resto del Servicio de Urgencias para aplicar medidas que disminuyan el tiempo de espera.
- Aplicación de medidas.
- Estudio descriptivo tras aplicación de medidas para evaluar resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Demora de la primera atención

- Demora TRIAGE - primera atención médica
- Demora TRIAGE - tiempo que tarda el paciente en ser ubicado en un box o sala para que pueda ser atendido.
?- Tiempo medio desde que el paciente es triado hasta que es ubicado en un box
- Demora desde que el paciente es ubicado en un box o sala para que pueda ser atendido - primera atención médica.
?- Tiempo medio desde que el paciente es triado hasta que el paciente recibe la primera asistencia médica
- Tiempo medio de permanencia en urgencias.
?- Suma del tiempo de permanencia de todos los enfermos / nº de enfermos atendidos
- Tiempo medio en admisión - TRIAGE
- Tiempo de demora
?- Suma de los minutos de demora de todos los enfermos / número de asistencias realizadas
- Enfermos que permanecen en Urgencias más de 3 h y más de 6 h:
?- Tiempo de estancia en urgencias de más de 3 h; (nº enf que permanece más de 3h / nº enf atendidos) x 100
?- Tiempo de estancia en urgencias de más de 6 h; (nº enf que permanece más de 6h / nº enf atendidos) x 100
- Reclamaciones presentadas:
?- Porcentaje reclamaciones; (nº reclamaciones escritas presentadas / nº enfermos atendidos) x 100
- Pacientes que abandonan el Servicio de Urgencias sin ser atendidos
?- Porcentaje de abandonos; (nº pacientes que se marchan sin ser atendidos / nº de enfermos registrados) x 100

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

301

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CLASIFICACIÓN TRIAGE III EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ¿DÓNDE VA EL TIEMPO?

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Reunión de equipo de mejora en Mayo 2014; diseño de estudio y organización.
• Junio de 2014 recogida de datos y análisis de los mismos.
• Julio 2014 presentación de conclusiones del estudio y medidas de mejora al resto del Servicio, en forma de sesión clínica y por correo electrónico.
• Agosto, septiembre, octubre y noviembre aplicación de las medidas.
• Reanálisis de datos y evaluación del proyecto de mejora. Aproximadamente entre diciembre de 2014 y Enero 2015

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

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. Triage, nivel III

OTRA PALABRA CLAVE 2. Tiempo de espera

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. | 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

353

INCORPORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA Y LA PUNCIÓN DE TIROIDES A LA ACTIVIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN**2. RESPONSABLE** PATRICIA DE DIEGO GARCIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- PAMPLONA MARIA JOSE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología nodular tiroidea es muy frecuente en la práctica clínica habitual del médico endocrinólogo; la actitud clínica va dirigida fundamentalmente a descartar la presencia de malignidad, valorando también la funcionalidad tiroidea y la presencia de compresión de estructuras vecinas. El procedimiento de referencia para el diagnóstico consiste en el examen ecográfico y citológico del material obtenido mediante PAAF guiada o no por ecografía. La ultrasonografía es una técnica de diagnóstico que ha evolucionado enormemente en los últimos años, gracias al diseño de aparatos cada vez más pequeños y manejables permite que estos puedan ser utilizados en la consulta médica. De manera específica en relación a la patología nodular tiroidea, esta forma de proceder permite a la institución sanitaria ahorrar costes y tiempo de demora en el diagnóstico, proporcionando mayor confort al paciente, evitando la rotación por distintos departamentos. La instauración de una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo permitiría valorar en primera instancia al paciente con dichas patologías y así ahorrar costes evitando realización de pruebas complementarias muchas veces no indicadas según la exploración física y el contexto clínico, así como reducir la lista de espera para este tipo de pruebas (que actualmente es de 6-8 meses) y reducir la sobrecarga que recae sobre el servicio de Radiología. En segundo lugar se podría erradicar la incertidumbre del paciente provocada por el hecho de tener que esperar a la realización de la ecografía más nuevamente a acudir a la consulta del endocrinólogo para saber el resultado, volver a esperar para realización de la PAAF si el especialista lo cree oportuno y volver a consulta de endocrinólogo para el diagnóstico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Ahorrar costes al reducir el número de ecografías tiroideas realizadas hasta la fecha.

- Reducir tiempo de espera desde la detección del nódulo tiroideo y la realización de la ecografía.
- Rapidez en el diagnóstico y comodidad para el clínico de poder realizar y valorar la ecografía en tiempo real y en el contexto clínico
- Reducir la carga de sufrimiento del paciente mediante la obtención de un diagnóstico precoz y evitar la rotación por los distintos departamentos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación en ecografía tiroidea de los endocrinólogos en un Servicio de Radiodiagnóstico

2. Consulta de alta resolución de nódulo tiroideo, que incluya ecografía y PAAF

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Tiempo de demora en el diagnóstico

- Número de citologías no patas para el diagnóstico
- Satisfacción del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio en Septiembre de 2014.

Consulta de alta resolución de nódulo tiroideo con frecuencia semanal, teniendo lugar los miércoles en la consulta 52 del hospital San Jorge.

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

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. 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. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

165

MEDIDAS PARA REDUCIR LA CADUCIDAD DE LOS COMPONENTES SANGUINEOS EN EL SECTOR DE HUESCA (HOSPITAL SAN JORGE Y PROVINCIAL)

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.
· MENENDEZ JALUNDA BARBARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· ALASTRUEY MATEO MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE TRANSFUSION
· CEBOLLERO MATA MARIA LUISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE TRANSFUSION
· DOLZ PEREZ MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. TRANSFUSION
· CAMINO GUIU MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. TRANSFUSION
· HOSPITAL ARA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. TRANSFUSION
· COSTAS CATIVIELA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. TRANSFUSION
· RUBIO VILLANUA MARIA INMACULADA CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. TRANSFUSION
· SOLANS BLECUA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. TRANSFUSION
· PUYUELO CALVO EVA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. TRANSFUSION
· LEZAUN MARIA ANGELES. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· MARCO JOSE JAVIER. MEDICO/A. H SAN JORGE. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· AULES LEONARDO ANASTASIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema: Incremento progresivo de la tasa de caducidad de los componentes sanguíneos (CS) del servicio de transfusión del Sector Huesca. Incremento de transfusión de componentes sanguíneos "viejos" (próximos a caducar)

Importancia: La sangre es un tejido humano y constituye un recurso precioso y escaso. La caducidad de los CS implica un importante coste económico y pérdida de oportunidad. La administración de CS "viejos" se relaciona con menor efectividad de la transfusión, mayor necesidad de transfusiones, incremento de infecciones nosocomiales, trombosis y mortalidad.

Métodos de detección: Revisión diaria de las fechas de caducidad de stock; de las necesidades y peticiones diarias; de las transfusiones; y del suministro del Centro de Donación (BSTA) ajustado a consumo.

Utilidad:

Promover la mejora de la calidad del proceso clínico de transfusión, que se define como: "la transfusión del componente sanguíneo adecuado, al paciente que lo necesite en el momento preciso, en condiciones adecuadas y con arreglo a una indicación correcta",

Acorde con el Consejo de Europa promovemos el uso "óptimo" que se define como: "un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre de los donantes". Entendiendo en nuestro caso, la reducción de la pérdida de componentes sanguíneos por caducidad y la transfusión de componentes "envejecidos", entre otros logros.

Posibles causas:

Inadecuada (por exceso) solicitud de componentes sanguíneos para procedimientos o patologías con bajo riesgo transfusional

Inadecuada (por exceso) solicitud de "pruebas cruzadas y reserva sanguínea" de componentes sanguíneos para procedimientos quirúrgico con riesgo bajo o moderado de sangrado

Desproporcionado volumen (elevado número de unidades) solicitado para las reservas quirúrgicas no ajustado a su riesgo hemorrágico

Recepción de componentes sanguíneos "viejos" con corta vida útil suministrados por el Centro Regional de Donación.

Fuente información: Programa Informático del Servicio de Transfusión. Estadísticas del Centro de Donación Regional. Programa de Gestión de Compras

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Caducidad anual de más de 100 concentrados de hematíes desde 2009 (en 2008, 99; en 2009: 151; en 2010: 131; en 2011: 136; en 2012: 110; y en 2013: 173). En 2013 supuso un 6,6% de lo recibido y un coste superior a 30.000 €.

Pruebas cruzadas realizadas en los últimos años se han reducido desde 7274 en 2008 hasta 5369 en 2013; los grupos sanguíneos realizados, desde 3061 hasta 2476; y los escrutinios irregulares realizados, desde 3061 hasta 2455; mientras que los resultados positivos, de 89 a 48.

La facturación, según la Unidad de Gestión del Hospital, del Centro de Donación fue de 1031.623,66 € en 2012 (470.851 € en 2013)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción de las tasas de caducidad de concentrados de hematíes a menos de 100 (ó 3%) Y Reducción de las tasas de caducidad de plaquetas a menos 25%

Reducción de realización de Pruebas Cruzadas más de un 50%

Reducción de realización de Anticuerpos Irregulares.

Promoción del "uso óptimo de la sangre"

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración, difusión e implantación de un Procedimiento Normalizado de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

165

MEDIDAS PARA REDUCIR LA CADUCIDAD DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS EN EL SECTOR DE HUESCA (HOSPITAL SAN JORGE Y PROVINCIAL)

Trabajo (PNT) para la "Gestión de Existencias y reducción de caducidades de los componentes sanguíneos del Servicio de Transfusión del Sector Huesca"

Revisión, Actualización, Elaboración, difusión e implantación del PNT para las "Pruebas de Compatibilidad Pretransfusionales de los componentes sanguíneos del Servicio de Transfusión del Sector Huesca" acorde a la legislación vigente (RD 1088/2005). Progresiva sustitución de la "prueba cruzada universal con reserva" por la Política de Seguridad Transfusional basada en el "Tipaje y Escrutinio".

Revisión, Actualización, Elaboración, difusión e implantación del PNT para la "Recepción de muestras y peticiones de transfusión acorde a la legislación vigente de los componentes sanguíneos del Servicio de Transfusión del Sector Huesca" (RD 1088/2005).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reducción de las tasas de caducidad de concentrados de hematíes a menos de 100 (ó 3%)

Reducción de las tasas de caducidad de plaquetas a menos 25%

Reducción de realización de Pruebas Cruzadas más de un 50%

Reducción de realización de Anticuerpos Irregulares.

Los registros del programa informático del Servicio de Transfusión

Los registros de facturación del Centro de Donación

Los registros del Control de Gestión

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. En el primer trimestre, revisión de los protocolos existentes

En el segundo trimestre, elaboración de los PNT referidos, e implantación progresiva de las medidas de gestión de reservas, control de caducidades y pruebas de compatibilidad

En el tercer trimestre, difusión a la Comisión de Transfusión, y en todas las áreas clínicas del Sector de los PNT, por medio de sesión hospitalaria, sesión en los servicios y sesiones en los controles de enfermería

En el cuarto trimestre implantación definitiva de los PNT, con su acceso a través de la intranet del hospital.

11. OBSERVACIONES. El objetivo tras la realización de los PNT obligatorios según el CE, será la revisión de toda la documentación del Servicio de Transfusión, para su futuro Acreditación.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. Seguridad Transfusional

OTRA PALABRA CLAVE 2. Calidad Transfusional

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

281

PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN PERIOPERATORIA POR LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE NUTRICIÓN EN PATOLOGÍA DIGESTIVA QUIRÚRGICA**2. RESPONSABLE** IGNACIO GODED BROTO

- Profesión MIR
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CHENA ALEJANDRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- URZOLA CASTRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- GUASCH MARCE MONTSERRAT. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- BAQUE SANZ FERNANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Numerosos estudios han demostrado que aproximadamente el 50 % de los pacientes hospitalizados corren el riesgo de desnutrición. Bistrían y cols detectaron en paciente quirúrgico una desnutrición del 54 %.

Un buen estado nutricional ayuda a evitar complicaciones postoperatorias por lo que disminuye la morbimortalidad, la estancia operatoria y los reingresos. Esto todavía es más importante en pacientes con cáncer, a menudo se encuentran desnutridos antes de someterse a un estado hipercatabólico como es una intervención quirúrgica mayor. El objetivo de este protocolo es conseguir que el paciente quirúrgico se enfrente a la intervención en las mejores condiciones para conseguir disminuir la morbimortalidad de los procedimientos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Concienciación de la problemática de la desnutrición en los pacientes quirúrgicos entre los profesionales.

Mejora del proceso mediante la elaboración y presentación del protocolo de nutrición

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el pronóstico de las patologías tratadas en el centro
Reducción de las complicaciones mayores y menores así como el número de reintervenciones y reingresos.
Reducción de la mortalidad

Identificación de pacientes en riesgo nutricional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la consulta preoperatoria se evaluará de forma individualizada el estado nutricional de los pacientes y se le proporcionarán suplementos nutricionales (hiperproteicos o no) ajustados individualmente.

En pacientes intervenidos de cáncer colorrectal, no se colocarán sistemáticamente sondas nasogástricas ni se realizará preparación mecánica de colon. Además la nutrición oral comenzará lo antes posible.

En los pacientes intervenidos de cáncer gástrico se colocará de forma rutinaria una sonda nasoyeyunal de doble luz para nutrir de forma adecuada a estos pacientes en el postoperatorio inmediato.

La nutrición parenteral se dejará para casos de intolerancia o contraindicación de la nutrición enteral.

Al alta los pacientes serán correctamente informados sobre el tipo de alimentación que deben seguir y serán revisados en la consulta de nutrición, esto cobra todavía mayor importancia en aquellos pacientes con estomas digestivos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Parámetros clínicos: estancia hospitalaria, complicaciones menores y mayores, el número de reintervenciones

Registro nutricional del paciente:

- Subjective global assessment (SGA) basado en examen físico y una encuesta sobre posibles cambios en el peso y la dieta, presencia de síntomas gastrointestinales y la capacidad funcional

- Datos analíticos Albumina, prealbumina, transferrina (Parámetros proteicos). Colesterol. Creatinina urinaria de 24 horas. Linfocitos totales. Ionograma: balance fosfo/cálcico.

Registro del cumplimiento calórico

Monitorización de la nutrición enteral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio será durante la segunda mitad del año 2014 siendo reevaluado cada año.

11. OBSERVACIONES. Los pacientes malnutridos consumen cantidades desproporcionadas de recursos sanitarios11. 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 que sean intervenidos de cirugía digestiva

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

281

PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN PERIOPERATORIA POR LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE NUTRICIÓN EN PATOLOGÍA DIGESTIVA QUIRÚRGICA

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

334

PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA) Y ATENCIÓN PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PIRINEOS, HUESCA)**2. RESPONSABLE** MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASTILLON FANTOVA ANTONIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- CALVO BEGUERIA EVA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- OMISTE SANVICENTE TERESA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTERNA
- CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- PELEGRINA GOMEZ VIRTUDES. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA
- BERNUES GIMENEZ JOSE IGNACIO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La intervención conjunta entre los dos niveles asistenciales, Atención Especializada hospitalaria y Atención Primaria, proporciona una calidad en la atención al paciente muy superior a la conseguida por cada uno de ellos de forma individual. Las características de los pacientes atendidos en nuestro sector sanitario, cada vez de mayor edad y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, hacen que sean prioritarias su accesibilidad al sistema sanitario y la continuidad de sus cuidados. Por ello queremos desarrollar un programa de colaboración que mejore la comunicación entre profesionales, de cara a atender las expectativas de los usuarios, aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario. Este programa puede evitar la duplicidad en las exploraciones y disminuir la demora en la atención, mejorando la calidad en asistencia al paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La colaboración entre Atención Especializada (Medicina Interna) y Atención Primaria se ha estado llevando a cabo en los últimos años en otros centros de salud de nuestro sector con resultados muy positivos. Se han compartido casos que planteaban dudas o ciertas dificultades, acelerándose las exploraciones complementarias pertinentes o los ingresos en los casos necesarios y evitándose desplazamientos de pacientes al hospital en otras ocasiones, tanto en visitas a Urgencias como a especialistas. Se ha conseguido con ello alto grado de satisfacción de los profesionales implicados, realizándose además reuniones periódicas entre el internista de referencia y los médicos de Atención Primaria, incluyéndose sesiones clínicas de revisión de actualizaciones y otros temas de interés.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mantener un contacto fluido entre el Centro de Salud Pirineos y el Servicio de

Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.

2. Disponer de un interlocutor de los médicos de Atención Primaria de dicho Centro de Salud en el entorno hospitalario.

3. Disminuir la demora asistencial en casos necesarios y/o urgentes.

4. Reducir los desplazamientos evitables de los pacientes al hospital.

5. Control conjunto de pacientes crónicos y/o de diagnóstico y seguimiento complejo.

6. Desarrollo de sesiones conjuntas de temas de interés y/o de actualización.

7. Conseguir un grado de satisfacción en los profesionales implicados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Llevar a cabo reuniones periódicas (presenciales) de los médicos de Atención Primaria de Centro de Salud Pirineos con el internista de referencia.

2. Facilitar el correo electrónico para mantener el contacto continuo entre dichos profesionales.

3. Realizar un registro de los pacientes-casos comentados.

3. Charlas o sesiones de actualización periódicas entre los profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de interconsultas realizadas/año.

2. Número de pacientes en los que se realiza un estudio y/o tratamiento sin necesidad de ingreso hospitalario/año.

3. Número de reuniones presenciales llevadas a cabo/año.

4. Grado de satisfacción de los profesionales implicados.

Se llevará a cabo un registro de cada uno de ellos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las reuniones conjuntas serán mensuales, con fecha previamente fijada, acordada por ambas partes.

Los contactos mediante vía mail o telefónica se podrán realizar de forma continuada según los requerimientos en cada momento.

Inicio: una vez aprobado el proyecto, se fijará la primera reunión (mayo-junio 2014).

Finalización: Mayo- junio 2015.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

334

PROYECTO DE COORDINACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (HOSPITAL SAN JORGE, HUESCA) Y ATENCIÓN PRIMARIA (CENTRO DE SALUD PIRINEOS, HUESCA)

Consideramos que el proyecto deberá tener una continuidad posterior.

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

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

064

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE ACOGIDA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA DEL "AREA DE ICTUS" DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ALICIA GUALLAR BALLARIN

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. NEUROCIRUGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HUERVA SAMBIA ANA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- GONZALEZ OLMEDO ANTONIA. TCAE. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- FUSTERO FERRER ISABEL. TCAE. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- ORDAS BITRIAN MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cuidados de enfermería que presisan los pacientes del "area de ictus", son mas especificos en esta zona :(monitorizacion, controles escalas de valoracion, test, deteccion precoz de complicaciones).

Se procura tener una plantilla fija en esta zona , pero para dar vacaciones, dias libres y cubrir bajas con frecuencia tiene que entrar personal que no conoce la unidad.

Esto pone en peligro el funcionamiento normal de la unidad y puede repercutir en los pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseñano un protocolo de acogida especifica para este area y dejandolo en el area; el personal nuevo podria consultar en todo momento las actividades que dede realizar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EL GRUPO DE MEJORA DISEÑARA Y CONSENSUARA EL PROTOCLO Y SE IMPLANTARA EN LA UNIDAD EN VERANO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EXISTENCIA DEL PROTOCOLO

NUMERO DE PERSONAS NUEVAS QUE HAN ENTRADO EN LA NUDAD
NUMERO DE ENFERMERAS Y AUXILIARES QUE LO HAN RECIBIDO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. OCHO MESES

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES Y CUIDADORES DE ICTUS

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. | 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

385

AMPLIACION DEL PROYECTO : REALIZACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE MATERIAL QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA, INCLUYENDO INDICE DESCRIPTIVO DEL MATERIAL

2. RESPONSABLE LORENA LAGLERA BAILO
· Profesión ENFERMERO/A
· 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. QUIROFANOS
· 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 San 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 esterilizarlo.

Además de conocer el material individualmente , es preciso conocer con exactitud el material que debe ser incluido en cada caja. Existen más de doscientas 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.

Se ha observado que también existen dificultades en el reconocimiento del material por lo que se decide añadir un listado fotográfico y con una breve descripción de cada pinza y/o instrumental incluido dentro de las cajas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 11/06/2013 :Se ha completado la relación de las cajas del almacén de la central

15/10/2013 : Cajas catalogadas con todo su contenido : 19.36%
28/01/2014 : Cajas catalogadas con todo su contenido : 34.48%
19/02/2014 : Cajas catalogadas con todo su contenido : 51.93 %
01/04/2014 : Cajas catalogadas con todo su contenido : 63.92

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un catálogo fotográfico de todo el material en cajas de todas las especialidades quirúrgicas. 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 San Jorge tenga acceso al 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.

Además se quiere añadir un índice con cada pinza y una foto de ésta para facilitar lo máximo posible el que cualquier profesional de enfermería del hospital pueda hacer una caja aunque no conozca el instrumental. 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 las cajas e incorporación de nuevo material constantemente. Éste es uno de los motivos por los que no se ha podido terminar el proyecto en este primer año. A día de hoy hay más de 200 contenedores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Catalogación de todas las cajas y/o contenidos existentes (100 %)

Cajas catalogadas con todo su contenido (80 %)
Material incluido en el índice (90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Índice terminado antes del 31 de octubre 2014

La catalogación del material se terminará el día 31 de diciembre de 2014.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

385

AMPLIACION DEL PROYECTO : REALIZACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE MATERIAL QUIRURGICO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA, INCLUYENDO INDICE DESCRIPTIVO DEL MATERIAL

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. | 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

189

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.**2. RESPONSABLE** ANA MARIA LATORRE JIMENEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- 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
- SERAL MORAL MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- DIAZ GOMEZ CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- CLAVER ARILLA MARIBEL. TCAE. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
- EIZMENDI BINS DER ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H SAN JORGE. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central. La incidencia en nuestro medio es de 40-70/100000 habitantes, en nuestro sector seguimos de forma regular a unos 110 pacientes. Afecta preferentemente a adultos jóvenes con edad media de inicio entre los 20-40 años, siendo la principal causa de discapacidad en el adulto joven. El impacto socio-económico de la enfermedad es muy elevado y el manejo del proceso global del paciente es complejo y requiere un compromiso multidisciplinar.

Está ampliamente demostrado que la creación de una consulta monográfica mejora la calidad técnico-asistencial, la relación coste/beneficio, la gestión, la docencia, facilita la investigación y a diferencia de la creación de una unidad clínica especializada que quedaría para hospitales de tercer nivel, no supone un gasto adicional al servicio, sino al contrario supone en hospitales de segundo nivel una mejora en el proceso asistencial haciéndolo más eficiente, al disponer de un personal con mayor competencia en una patología en la que se manejan en la actualidad fármacos cada vez más específicos, con un elevado coste económico e importantes dificultades en su manejo por las potenciales complicaciones que presentan.

Por otra parte, este tipo de consultas mejoran la competencia profesional del facultativo, el cual aplica cada vez con más rigor los criterios diagnósticos y las diversas estrategias terapéuticas actuales. Además, dada la experiencia y utilidad de este tipo de consulta monográfica en EM en otros hospitales, así como la acreditación de sus buenos resultados hacen más obligada su implantación. Estos aspectos vienen reflejados en el Plan Estratégico Nacional Para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actualmente todos los neurólogos de nuestro servicio llevan pacientes con EM, pero se realiza dentro de la consulta habitual, sin diferenciar si es un paciente con buena evolución o es un paciente con evolución tórpida, valorando la necesidad de nuevos tratamientos inmunomoduladores que requieren un tiempo y dedicación especial y un mayor grado de conocimientos específicos y que pueden ser atendidos por el personal de la unidad pero con apoyo de una persona con mayor dedicación en esta patología que pueda ser consultor en determinadas situaciones o deba llevar a esos pacientes si el facultativo así lo considera necesario por la especificidad del caso, sin necesidad de ser atendido en un hospital de 3º nivel, mejorando la accesibilidad del paciente y evitando desplazamientos innecesarios.

Por otra parte la unidad dispone desde hace 4 años de personal de enfermería específico que supone un apoyo importante en el manejo de estos pacientes, evitando consultas innecesarias y con un gran papel en la educación sanitaria y en el manejo de los pacientes y que supone un paso esencial a la hora de implantar una consulta específica, ya que se dispone de personal cualificado.

En este momento la unidad tiene un facultativo de referencia dentro de la unidad que pertenece al grupo de Enfermedades Desmielinizantes de Aragón, pero no se dispone de una consulta monográfica, lo que dificulta el manejo "en tiempo" de estos pacientes y el que el resto de facultativos de la unidad remitan pacientes para su evaluación al no "disponer" de un tiempo específico para estos pacientes.

En los últimos años, la incorporación de nuevos tratamientos en esta patología de elevado coste económico, hace necesario el que se disponga de un personal de referencia, con mayor preparación en su manejo para que se evite un uso ineficaz de los mismos y una mejora en la asistencia.

Por otra parte, la mayoría de estos pacientes presentan otro tipo de síntomas asociados a los síntomas motores (digestivos, urinarios, visuales, cognitivos etc..) que exceden la asistencia en una consulta normal y son minusvalorados o no se atienden como deberían y provocan gran impacto en la vida de estos pacientes.

La trascendencia de la enfermedad en cuanto a número de pacientes, complejidad, impacto global, así como el nivel del desarrollo del campo de las enfermedades desmielinizantes dentro de la Neurología en cuanto a avances terapéuticos, establece la necesidad de implementar una consulta monográfica en EM con un neurólogo más especializado en esta patología.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos proponemos los siguientes objetivos para mejorar la asistencia al paciente:

1. Realizar una atención más individualizada a los pacientes con EM, con completa exploración neurológica, incluida vía visual, realización de escalas de discapacidad, de depresión, de calidad de vida...Control exhaustivo de los tratamientos inmunomoduladores, así como los tratamientos sintomáticos, detección de otros problemas asociados como el deterioro cognitivo, trastornos urológicos, trastornos del ánimo, espasticidad limitante...

2. Completar el estudio rápido del paciente que consulta por un primer episodio neurológico sugestivo de EM (CIS o síndrome clínico aislado) con solicitud urgente de RM craneal vs medular y realización precoz de punción lumbar.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

189

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.

3. Atender precozmente al paciente ya diagnosticado de EM que presenta un brote clínico, después de haber recibido tratamiento con corticoides de forma urgente, para valoración de discapacidad y evolución, valoración de cambio de tratamiento, solicitar consulta de rehabilitación precoz...

4. Consulta conjunta con enfermera especializada en esclerosis múltiple para el manejo de los fármacos inmunomoduladores, que son de administración parenteral (subcutánea o intramuscular) y que ésta misma enfermera es la encargada del adiestramiento en la técnica de la inyección del fármaco, detección de complicaciones asociadas a ellos, control mediante protocolos de los nuevos fármacos orales y valoración de otros aspectos que presenta el paciente de forma global, como el psicológico, que a veces no son evidentes a primera vista.

5. Mejorar e implantar protocolos de actuación para la introducción de nuevos fármacos.

6. Establecer una posibilidad de derivar pacientes atendidos por otros facultativos de la unidad sin tener que derivar a los pacientes a un hospital de 3º nivel.

7. Facilitar la colaboración con atención primaria en el manejo de estos pacientes, facilitando un número de teléfono para agilizar citas de consulta y resolver situaciones intercurrentes.

8. Continuar con la creación y actualización de la base de datos de enfermos con EM en nuestro sector ya iniciada hace más de un año. Esto no sólo sirve para tener a los individuos registrados, sino poder realizar seguimientos mediante gráficas de diferentes tratamientos y el tiempo de utilización, evolución de la enfermedad, exploraciones complementarias...

Esta base de datos es fundamental para poder participar en estudios, junto con otros hospitales del SALUD dentro del grupo de EM de Aragón y así incrementar nuestro tamaño muestral y facilitar el desarrollo de líneas de investigación, ensayos clínicos si fuera el caso...

9. Iniciar colaboración con otros servicios implicados en la enfermedad como Rehabilitación, Urología, Psiquiatría, Digestivo, Radiología...

10. Colaboración con asociaciones de enfermos

Con todo esto, resultados que esperamos conseguir:

- Mejorar la asistencia del paciente con Esclerosis Múltiple
- Mejorar la supervivencia y la calidad de vida del paciente
- Prevención de complicaciones de los tratamientos parenterales y los nuevos fármacos orales
- Mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se realizará una reunión con todos los componentes del equipo de mejora para explicar el proyecto de creación de la consulta y objetivos.

2. Se valorará el número de pacientes totales con EM recogidos en nuestra base de datos y a través de nuestra secretaria.

3. La consulta se realizará en alguna de nuestras dos consultas de Neurología (consultas 27 y 28), con un ordenador con conexión a internet, con la base de datos introducida y línea telefónica. En el despacho médico estará todo el material médico que se requiera para la exploración neurológica, documentos para las escalas... Todos estos medios actualmente existen en nuestra consulta.

4. Se valorarán qué pacientes requieren específicamente ser tratados en esta consulta monográfica (pacientes con enfermedad más compleja, malos respondedores a los tratamientos habituales, enfermedad muy agresiva de inicio...)

5. En esta consulta se pondrán en común dudas diagnósticas o terapéuticas presentadas por otros componentes del servicio.

6. Se solicitará colaboración de otros especialistas del hospital que pueden intervenir en el proceso asistencial global del paciente (Radiólogo, Urólogo, Psiquiatra, Digestivo, Rehabilitador).

7. Se ofrecerá información a pacientes y familiares acerca del diagnóstico, la evolución natural y el pronóstico de la enfermedad.

8. Se proveerá de formación de la enfermera en diferentes cursos en el ámbito de la esclerosis múltiple.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Consulta implantada: (SI/NO)

2. Nº paciente atendidos en un año en consulta monográfica (SI/NO)

3. Nº de consultas de enfermería realizada (SI/NO)

4. Nº de pacientes remitidos o consultados por resto de FEAS

5. Proceso diseñado de la consulta (SI/NO)

6. Proceso fampridina diseñado (SI/NO)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el mes de marzo se registrarán el número total de pacientes.

2. Se realizará una reunión a lo largo del mes de mayo con todos los componentes del equipo para explicar el proyecto y seleccionar qué tipo de pacientes serán remitidos a la consulta monográfica. Se expondrá el tamaño de flujo.

3. En mayo se indicarán al resto de componentes del grupo de mejora los objetivos para el año 2014 y la documentación necesaria, así como el reparto de tareas.

4. Se iniciarán las consultas inicialmente una vez al mes, pudiendo incrementarse la frecuencia según el número de pacientes y derivación por otros compañeros si se estima necesario por la demanda generada.

5. En septiembre-octubre se realizará una reunión para ver la marcha del proceso y los problemas detectados.

6. En Noviembre se realizará una evaluación preliminar de resultados y acciones correctoras

7. Diciembre se realizará un pequeño informe sobre la marcha del proceso y los objetivos 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Mejora asistencia pacientes con esclerosis múltiple y mejora en el manejo eficiente y seguro de los nuevos tratamientos

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Mejora asistencial de los pacientes con esclerosis múltiple

OTRA PALABRA CLAVE 2. Calidad de vida

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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

315

DISMINUCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE SESIONES DE ACTUALIZACIÓN CLÍNICA. APLICACIÓN DE LA NORMA UNE EN ISO 15189

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LOPEZ LONGO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MILAGRO BEAMONTE ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
- LAVIÑA FAÑANAS CONCHA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
- BORREL RONCALES MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
- TORRES SOPENA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
- MAIRAL CLAVER PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
- LLIMINIANA ORDAS CARMEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANALISIS CLINICOS
- PERES SANCHEZ DIEGO. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El análisis clínico y microbiológico de las muestras biológicas en Atención Primaria es una herramienta fundamental en el diagnóstico y tratamiento de pacientes. La calidad de los resultados comienza con la solicitud del Facultativo y la correcta obtención de la muestra y posterior procesamiento. Igual de importante es su manipulación, conservación transporte y procesado. Es precisamente en esta fase preanalítica donde se detecta la mayor incidencia de errores, que llevan al rechazo de muestras.

La implantación en los Centros de Atención Primaria de los procedimientos preanalíticos de los Laboratorios Clínicos acreditados, aportan una metodología de trabajo avalada por la NORMA 15189 que asegura la fiabilidad de los datos obtenidos, reduciendo al mínimo errores que conllevan el rechazo de la muestra, repetición de pruebas y perjuicio para el paciente disminuyendo la calidad del servicio y aumentando el gasto económico

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Gracias a esta formación, los alumnos adquieren los conocimientos prácticos necesarios encaminados a mejorar la calidad de la atención y disminuir el gasto, evitando los errores preanalíticos derivados de la elección de tubos y/o contenedores inadecuados, evitando la repetición de pruebas que además en ocasiones son irrepetibles como en el caso de cultivos microbiológicos

Realización de dos sesiones de sesión de actualización clínica en las que pueden participar todos los centros de salud de nuestra zona

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realización de 2 sesiones clínicas con una pequeña parte de introducción a la preanalítica según la NORMA UNE EN ISO 15189.

Segunda parte más amplia con ejemplos prácticos para solución de casos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reuniones periódicas del Equipo de Mejora

Se considera el objetivo cumplido si se cumple el Indicador =>50% Centros de Atención primaria que asisten a las sesiones

Se analizarán los datos del número de incidencias antes de realizar las sesiones y después

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Planificación

Durante los 4 primeros meses del año los componentes del Equipo de Mejora se reúnen para preparar el curso Realización de las sesiones

En el mes de Mayo se establecen las fechas de las sesiones

En la segunda mitad del año se imparten 2 sesiones de formación en el Hospital San Jorge de Huesca,

Una para los centros mas cercanos a Huesca y otra para los centros mas alejados organizada a diferente día y horario para dar tiempo a que los profesionales se trasladen hasta el Hospital

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. mejora errores preanaliticos

OTRA PALABRA CLAVE 2. preanalitica según NORMA 15189

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

315

DISMINUCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS EN MUESTRAS PROCEDENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE SESIONES DE ACTUALIZACIÓN CLÍNICA. APLICACIÓN DE LA NORMA UNE EN ISO 15189

- 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

074

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES INSULINODEPENDIENTES: TÉCNICA DE AUTOINYECCIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE AMAYA MALON MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CALLEN SALVATIERRA MONICA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· OLOVARI MONTOYA MARIELA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
· BROSED RUIZ CAROLINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUMOLOGIA
· ORDAS BITRIAN MERCEDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. SUPERVISORA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el ingreso de pacientes diabéticos insulín dependientes, hemos observado: déficits de conocimientos en cuanto a la técnica de autoinyección.

Creemos que es un momento adecuado para repasar técnica y enseñar a los que inician tratamiento con insulina antes del alta.

No disponemos de una guía práctica para el adiestramiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos revisado bibliografía y repasado la técnica todo el personal de la unidad.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de la guía sencilla de la inyección de insulina en la unidad
Implantarla

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseñar guía antes del mes de julio.

Comenzar implantación durante el verano.

Desde septiembre hacer cortes cada 15 días con el número de pacientes que tienen guía.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Implantación guía en julio.
Número de pacientes diabéticos insulín dependientes con adiestramiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 12 meses

11. OBSERVACIONES. CONSEGUIR QUE EL PACIENTE QUE PUEDE SE AUTOINYECTE DURANTE EL INGRESO 11. ENFOQUE PRINCIPAL.
Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

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

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. | 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

435

IMPLANTACION DEL CONTACTO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS PARTOS MEDIANTE CESAREA 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.
· ABIO ALBERO SONIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ALAMILLO SALAS CLARA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA
· AZANZA MONTULL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA
· ROY RAMOS VIRGINIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. GINECOLOGIA
· DE ANDRES GONZALEZ ROCIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. GINECOLOGIA
· PUIG COMAS NURIA. MATRONA. H SAN JORGE. PARITORIO

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. SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO DE MEJORA EN LOS CASOS QUE SE REUNIAN LAS CONDICIONES IDONEAS (PERSONAL IMPLICADO INFORMADO Y DISPUESTO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el numero de casos conseguidos es nuestro proximo objetivo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. +La matrona sera responsable de entrevistar a la candidata para en todo momento respetar su voluntad.
La responsable de la URPA intentara 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.
Se formara un equipo multidisciplinar con el fin de involucrar a todos los componentes de la iniciativa

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. MARZO DEL 2014 A MARZO 2015

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

OTRA PALABRA CLAVE 2. CESAREA

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). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

223

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS LESIONES DE TOBILLO TRAUMATICAS A TRAVES DE LAS REGLAS DE OTTAWA PARA EL TOBILLO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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.

- JOVEN ALIAGA EDUARDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CUARTERO CASIN CRISTINA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- TARONGI SALETA ANA. MEDICO/A. H SAN JORGE. ATENCION CONTINUADA
- OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS
- VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SANCHO RODRIGO MARTA. MIR. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO. MIR. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La lesión de tobillo y antepie es una patología muy prevalente en servicios de urgencias tanto hospitalarios como de Atención Primaria. Las reglas de Ottawa para el tobillo y pie medio se diseñaron para disminuir el número de radiografías innecesarias que se realizaban en los traumatismos de tobillo. Las reglas han sido evaluadas para confrontar métodos tradicionales de descripción y evaluación de pruebas diagnósticas con los métodos de "frecuencias naturales" sugeridos por Gerd Gigerenzer. La sensibilidad del 92% y en algunos estudios de hasta 100% demostrada, confirma la eficacia clínica de las reglas para identificar a los pacientes que, presentando riesgo de presentar fractura, requieran Radiografía para su diagnóstico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No aplicado.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Validar las Reglas de Ottawa para el Tobillo (ROT) en nuestro ámbito y su aplicación por parte de facultativos y residentes.

- Disminuir el numero de radiografías.
- Disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias.
- Disminuir el numero de derivaciones al hospital para realización de radiografías desde Atención Primaria lo que conllevará a optimizar recursos y disminuir costes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Validar las Reglas de Ottawa para el Tobillo (ROT) en nuestro ámbito y su aplicación por parte de facultativos y residentes.

- Disminuir el numero de radiografías.
- Disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias.
- Disminuir el numero de derivaciones al hospital para realización de radiografías desde Atención Primaria lo que conllevará a optimizar recursos y disminuir costes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Numero pacientes que acuden por patología de tobillo/ numero de pacientes con patología articular.

- Número de radiografías realizadas a patologías tobillo x 100 / número patologías tobillo atendidas. Esto medirlo en tres últimos meses previos a proyecto y en los tres meses posteriores.
- El porcentaje potencial de reducción de radiografías en nuestro trabajo.
- Número de pacientes atendidos por esguince de tobillo x 100 / número de pacientes que vuelven en los 30 días siguientes por el mismo motivo.
- Numero de pacientes a los que no se les realizó radiografía x 100 / numero de pacientes que en posteriores radiografías se demostró fractura.
- Grado concordancia interevaluador.
- Analizar datos a los 6 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión de equipo de mejora en Mayo 2014.

- Talleres formativos durante el mes de mayo y primera quincena de junio a los diferentes centros.
- La recogida de datos se realizará a través de los programas informáticos PCH y OMI-AP.
- Se enviará por correo electrónico la información aportada en el taller, para que el personal pueda apoyarse en la documentación a la hora de tomar decisiones y para aquel personal que no haya podido acudir a los diferentes talleres.
- Analizar datos obtenidos a los 6 meses aproximados enero 2015.

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

223

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LAS LESIONES DE TOBILLO TRAUMATICAS A TRAVES DE LAS REGLAS DE OTTAWA PARA EL TOBILLO DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Reglas Ottawa Tobillo (ROT)

OTRA PALABRA CLAVE 2. Traumatismo tobillo

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. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

312

1. TÍTULO

GUÍA DE TOMA DE MUESTRA PARA HEMOCULTIVO. PARTICIPACIÓN DE MICROBIOLOGÍA AL PROYECTO SOBREVIVIR A LA SEPSIS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA MILAGRO BEAMONTE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- TORRES SOPENA LUIS. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
 - MAIRAL CLAVER PILAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
 - BELLIDO RUIZ ROSARIO. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
 - PEREZ SANCHEZ DIEGO. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
 - MARTINEZ LOPEZ INMACULADA CONCEPCION. TEL. H SAN JORGE. MICROBIOLOGIA
 - LANDER AZCONA ARANZAZU. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA
 - LABARTA MONZON LORENZO. MEDICO/A. H SAN JORGE. MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La sepsis grave es una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario y una de las primeras causas de mortalidad.

La sepsis grave es responsable de uno de cada 5 ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) y es la principal causa de muerte en las UCIs no cardiológicas.

En España la incidencia de sepsis grave es de 104 casos por 100.000 residentes adultos y año con una mortalidad hospitalaria del 20,7%, y la incidencia de shock séptico es de 31 casos por 100.000 residentes adultos y año con una mortalidad hospitalaria del 45,7% (Esteban et al, Crit Care Med 2007); estas cifras son similares a las de otros países europeos.

En los últimos años ha habido avances importantes en el conocimiento de la epidemiología, patofisiología y en el tratamiento de la sepsis. Varios estudios demuestran, que diferentes tratamientos o intervenciones pueden reducir de forma significativa la mortalidad de los pacientes que sufren sepsis grave o shock séptico.

A pesar de la evidencia científica y la publicación de las recomendaciones terapéuticas, la incorporación de estas recomendaciones a la práctica clínica se produce de forma lenta y el nivel de aplicación de las recomendaciones es bajo.

Todo ello determinó la puesta en marcha en 2002, de la "Campaña Sobrevivir a la Sepsis" (CSS) (Surviving Sepsis Campaign. <http://www.survivingsepsis.org>). a nivel internacional, auspiciada por la European Society of Intensive Care Medicine, el Internacional Sepsis Forum y la Society of Critical Care Medicine, y cuyo objetivo principal era disminuir en un 25% la mortalidad de la sepsis grave en los siguientes 5 años.

Se desarrolló para ello una guía con pautas de actuación clínica sobre sepsis grave y shock séptico, basadas en la evidencia, y a la que progresivamente se han ido sumando más sociedades científicas internacionales.

Concedores de estos proyectos, y asesorados por la experiencia del Hospital Royo Villanova, en el Hospital San Jorge de Huesca se ha iniciado un proyecto para mejorar la atención del paciente con sepsis grave.

Para llevar a cabo este proyecto, un equipo multidisciplinar realiza una guía de manejo del paciente.

Uno de los pilares fundamentales en el manejo del paciente con sepsis es la antibioterapia precoz y el objetivo del hemocultivo es investigar la presencia de bacterias u hongos en el torrente sanguíneo

Es por ello que Microbiología, es un pilar fundamental en la atención de un paciente con sepsis grave.

La aportación inicial de Microbiología a la guía de manejo del paciente con sepsis se realiza mediante una guía para toma de muestra para hemocultivos y obtención de hemocultivos a través de catéteres intravasculares para el diagnóstico de la bacteriemia por catéter.

La positividad de los hemocultivos además de establecer el diagnóstico de infección, permite identificar el microorganismo y realizar el estudio de la susceptibilidad antibiótica y aporta la etiología del proceso, lo que en ocasiones apunta al foco primario u origen de la infección.

Existen numerosos estudios que muestran que la sobrevida de los pacientes sépticos aumenta entre un 30 y 40% cuando se conoce el microorganismo causal, y el paciente recibe el tratamiento de acuerdo a la susceptibilidad antibiótica. (Bothelo-Nevers, Thuny F, Casalta JP, et al. Dramatic Reduction in Infective

Endocarditis-Related Mortality With a Management-Based Approach. Arch Intern Med 2009;169:14, 1290-1298. Cheng A, Eion West T, Dimmathursotsakul D, Speacock S. PLoS Med 2008; 5:8 Strategies to Reduce Mortality from Bacterial Sepsis in Adults in Developing Countries.)

El rendimiento de los hemocultivos depende de la patología de base, de que el paciente haya recibido o no antibióticos previos y de la técnica de extracción de la muestra. Si esta toma y siembra de hemocultivos no se realiza correctamente, la muestra es irreplicable, ya que el paciente ya ha recibido antibióticos y el rendimiento del hemocultivo disminuye, llegando incluso negativizarse sin poder objetivar el microorganismo causal

Por ello se hace necesario un método estandarizado de la toma de sangre para hemocultivos que aporte con claridad la metodología óptima para la realización de la toma y el posterior envío a Microbiología. Este cultivo de sangre realizado de forma precoz, es irreplicable y resulta fundamental para el diagnóstico de sepsis y crítico para la evolución y el manejo del paciente con sepsis

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Gracias a la guía de toma de muestra y posterior formación al personal de enfermería en sesiones clínicas, los alumnos adquieren los conocimientos prácticos necesarios encaminados a mejorar la calidad de la atención, optimizar los recursos y disminuir el gasto, evitando los errores preanalíticos derivados de la incorrecta obtención de la muestra evitando la repetición de pruebas que además en ocasiones son irrepetibles como en el caso de cultivo de sangre precoz

1. TÍTULO

GUÍA DE TOMA DE MUESTRA PARA HEMOCULTIVO. PARTICIPACIÓN DE MICROBIOLOGÍA AL PROYECTO SOBREVIVIR A LA SEPSIS EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

La acreditación del L. de Microbiología se aporta una metodología de trabajo avalada por la NORMA 15189 que asegura la fiabilidad de los datos obtenidos, reduciendo al mínimo errores que conllevan el rechazo de la muestra, repetición de pruebas y perjuicio para el paciente disminuyendo la calidad del servicio y aumentando el gasto económico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se elabora una guía de toma de muestra para hemocultivo y obtención de muestra de hemocultivos a través de catéteres intravasculares: Diagnóstico de la bacteriemia por catéter. Esta guía la realiza el Responsable de Calidad de Microbiología en colaboración con el Experto Técnico y el resto de Equipo del plan de mejora
Realización de 1 sesión clínica en la que Microbiología (supervisora) explica como realizar de forma optima la toma de muestra, basándose la guía elaborada para la toma de muestra para hemocultivos tanto de sangre periférica como para el diagnóstico de la bacteriemia por catéter.
Los miembros de Medicina Intensiva, junto con los Facultativos de Microbiología, asesoran el las posibles preguntas que puedan surgir durante la sesión clínica.
El personal Técnico de Laboratorio explica cómo enviar de forma adecuada los viales de hemocultivo, insitiendo en el cumplimiento de los criterios de aceptación y rechazo de las muestras.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reuniones periódicas del Equipo de Mejora

Se considera el objetivo cumplido si se cumple el Indicador =>80% de hemocultivos cumplen los criterios de aceptación de muestras (Responsable de Calidad)

Se analizarán los datos del número de incidencias antes de realizar las sesiones y después. Para ello se realiza un formato (Responsable de Calidad) donde el Personal Técnico registra las incidencias relativas a la fase preanalítica. Este formato está incluido en la acreditación por la NORMA UNE EN ISO 15189

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Planificación

Durante los 4 primeros meses del año los componentes del Equipo de Mejora se reúnen para preparar la guía Durante el mes de mayo se hace una prueba en UCI durante 1 semana para verificar que es adecuada

Si se considera adecuada se presenta la guía en la comisión de Enfermedades Infecciosas y Política antibiótica para su aprobación

Tras su aprobación se establecen las fechas de la sesión formativa

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. Manejo del paciente con sepsis grave

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

373

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR FIBRILACION AURICULAR

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.

- PUJOL KELLER ANA. MEDICO/A. CS BARBASTRO. PAC
- MARQUINA BARCOS ADOLFO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CARDIOLOGIA
- FRENCH MEDINA ORLANDO. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- LABARTA BELLOSTAS MARIA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- ABAD POLO LAURA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS
- BUISAN CASBAS GEMA. MEDICO/A. H SAN JORGE. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente en los servicios de urgencias. Se estima una prevalencia actual del 3% de la población total y prevalencia que incrementa con la edad. Su prevalencia actual es menor del 1% en pacientes menores de 60 años y mayor del 6% en mayores de 80 años.

Actualmente se ha convertido en un serio problema de salud pública debido aumento de su prevalencia y los elevados costes sanitarios que conlleva. Con todo esto, se considera indispensable para poder llevar a cabo un adecuado diagnóstico y tratamiento, la creación de una serie de estrategias que ayuden a unificar una serie de criterios a nivel de los diferentes ámbitos asistenciales.

Como se ha podido observar en estudios previos, el primer filtro por el que este tipo de pacientes va a pasar es el de los servicios de urgencias hospitalarios (SHU), que es el primer lugar asistencial a donde van a acudir o van a ser remitidos cuando presenten tanto una patología aguda como cuando sea una crónica reagudizada. Este último caso lo forman sobre todo pacientes de mayor edad o aquellos que asocian síntomas sugestivos de enfermedad cardiovascular, ambos grupos con una elevada prevalencia

A pesar de todos estos datos ya conocidos existe una elevada diversidad a la hora de manejar la FA en nuestro medio, tanto de cara al tratamiento como cuando nos referimos a la profilaxis de sus complicaciones y por supuesto también a la hora de derivar a estos pacientes para llevar un seguimiento posterior en coordinación con el servicio de urgencias. Probablemente esto es debido al gran número de variables clínicas a manejar en los pacientes afectados de FA, así como a la elevada diversidad de opciones terapéuticas de las que disponemos. Todo esto no conlleva sino el hecho de que no podamos actuar según los estándares definidos y en base a unas estrategias unificadas entre los diferentes servicios asistenciales. Por todo lo anterior expuesto creo justificado establecer unos algoritmos de actuación coordinada entre los diferentes profesionales sanitarios que se encuentran implicados en el manejo de FA, para así poder mejorar el tratamiento y optimizar recursos tanto humanos como materiales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos realizado el estudio sobre 144 pacientes, atendidos en un servicio de urgencias durante un periodo de seis meses, de cualquier sexo o edad, con diagnóstico de FA, en el momento de su asistencia, mediante ECG. Por medio de una hoja de recogida de datos, se obtuvo la información necesaria para realizar un estudio transversal donde primero se realizó un análisis univariable y posteriormente uno variable mediante chi cuadrado para analizar la relación entre las escalas de riesgo tromboembólico y de sangrado con el tratamiento con AOLas escalas de riesgo no se evaluaron en más de un 91% de los casos. El 51.7% de los pacientes no tenían pautado ningún tratamiento preventivo en el momento de la asistencia. Tras realizar las escalas pronosticas de riesgo tromboembólico a los 144 pacientes de la muestra evidenciamos que nuestros pacientes están bien anticoagulados o antiagregados con una $p=0.029$ (IC 95% (1.22, 17.08))

Centrándonos en las escalas pronosticas de riesgo de sangrado: al 91.6% de los pacientes valorados no se les evaluó, obteniendo el resto de los pacientes puntuaciones entre 0 y 4, siendo 4 la mayoría de ellos.

Lo mismo ocurre en el caso de las escalas Cha2ds2Vasc (no se evaluó en un 91% de los casos, la mayoría de los pacientes a los que se administró obtuvieron una puntuación de 5, con valores el resto entre 0 y 7) y en el caso de la escala Has Bled que no se evaluó en un 94.4% de los casos (la mayoría de los pacientes a los que se les evaluó obtuvieron una puntuación de 2, encontrándose los valores obtenidos por estos pacientes entre 1 y 4).

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En base al estudio realizado, hemos podido conocer de primera mano que en la mayoría de los casos de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por Fibrilación Auricular no actuamos de forma adecuada. Esto no se hace porque no registramos las escalas pronosticas de riesgo de sangrado ni de profilaxis tromboembólica.

Por medio de este plan de calidad pretendemos realizar estas estrategias diagnóstico-terapéuticas como reflejan las últimas guías de tratamiento en la FA.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El primer paso será analizar la situación en base al estudio ya realizado y valorar de nuevo los resultados obtenidos.

-A continuación por medio de una reunión del grupo realizaremos el plan a seguir para dar una correcta formación al personal y corregir los fallos de actuación, adquiriendo nuevas habilidades para mejorar la asistencia de este tipo de pacientes.

- Se establecerá la fecha de inicio a partir de la cual esperamos poner en marcha todo lo aplicado al personal
- Realizaremos una evaluación final de los resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Ya, que partimos de una situación actual estudiada que no es nada

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

373

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS POR FIBRILACION AURICULAR

favorable. Los indicadores que utilizaremos seran

- Escala Has BLED n de pacientes atendidos en urgencias por FA a los que se les calcula esta escala en urgencias
- Escala CHA2DS2VASc n de pacientes atendidos en urgencias por FA a los que se les calcula esta escala en urgencias
- De todos los pacientes atendidos en urgencias por fibrilacion auricular ¿cuantos con indicacion de anticoagulacion han sido tratados con AO?
- De todos los pacientes tratados con AO ¿a cuantos de ellos se les realizo la escala de riesgo hemorragico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Se realizara una reunion con el equipo de mejora para establecer las fechas de inicio. Asi mismo se realizara una valoracion de los resultados obtenidos, (14 dias)
-Reunion de equipo para realizar la formacion adecuada del personal, y diseñar la hoja de recogida de datos con los diferentes items.(7 dias)
-Se pone en marcha el plan durante (seis meses)
-Se recogen los resultados obtenidos por medio de un estudio transversal retrospectivo .
-Se analizan los resultados obtenidos por medio de un estudio primero univariable y luego otro bivivariable con chi cuadrado, donde se esperan obtener unos resultados que seran posteriormente comparados con aquellos que ya teniamos.
En total 9 meses

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

331

PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCIÓN PRIMARIA (CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN, HUESCA)**2. RESPONSABLE** TERESA OMISTE SANVICENTE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARA LAUNA DOMINGO. MEDICO/A. CS GRAÑEN. ATENCION PRIMARIA
- PEREZ LORENZ JUAN BLAS. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO MEDICINA INTERNA
- EGIDO MURCIANO MIGUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO MEDICINA INTERNA
- MADROÑERO VUELTA ANA BELEN. MEDICO/A. H SAN JORGE. SERVICIO MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario tienen cada vez mayor edad y prevalencia de enfermedades crónicas. Estas características hacen que sea prioritaria la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados. La colaboración entre los distintos niveles asistenciales es una herramienta reconocida que facilita el buen manejo de estos pacientes. Con este programa queremos desarrollar un modelo de atención sanitaria que facilite la colaboración entre los distintos niveles asistenciales, consiguiendo un grado de satisfacción de los profesionales implicados muy elevado. Consideramos que este sistema de colaboración está dotado de elementos de gestión que permiten atender las expectativas de los usuarios, aportando beneficios para el paciente, el profesional y el sistema sanitario. Esperamos conseguir que se mantenga un contacto fluido entre el Centro de Salud y el Servicio de Medicina Interna del Hospital, reducir los desplazamientos evitables de los pacientes, disminuir la demora asistencial, facilitar ingresos directos en casos urgentes y controlar mejor a los pacientes crónicos complejos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La colaboración entre Medicina Interna y Atención Primaria se ha estado llevando a cabo en los últimos años en nuestro Sector con resultados muy satisfactorios. En el año 2011 se realizó un proyecto similar entre Medicina Interna-Centro de Salud de Grañen, realizándose reuniones periódicas con internista de referencia y facilitando una dirección de correo electrónico. Se compartió un número considerable de casos, de los cuales, la mayoría se resolvieron sin remitir al hospital, evitando visitas a urgencias y/o consultas externas. Además se realizaron sesiones clínicas con revisión de temas de interés y actualizaciones.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mantener un contacto fluido entre el Centro de Salud de Grañen y el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca.

- Disponer de un interlocutor de los médicos de Atención Primaria de dicho Centro de Salud en el entorno hospitalario.

- Disminuir la demora asistencial en casos necesario y/o urgentes.

- Reducir los desplazamientos evitables de los pacientes al hospital.

- Control conjunto de pacientes crónicos y/o de diagnóstico y seguimiento complejo.

- Valoración de sesiones conjuntas de actualización de temas de interés.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reuniones mensuales (presenciales) con el internista de referencia, en el Centro de Salud de Grañen. Compartir casos y realizar sesiones clínicas.

- Facilitar el correo electrónico para mantener el contacto continuo entre dichos profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de reuniones presenciales /año

- Número de interconsultas realizadas o pacientes compartidos.

- Registro de pacientes en los que se realiza un estudio y/o tratamiento sin necesidad de ingreso hospitalario.

- Valoración de satisfacción por ambas partes implicadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las reuniones conjuntas serán mensuales, con fecha fijada previamente por consenso de ambas partes. Los contactos mediante correo electrónico se podrán realizar de forma continua según los requerimientos.

Inicio: Mayo 2014 (primera reunión se fijaría una vez aprobado el proyecto)

Finalización: Mayo 2015 (Revisión anual para valorar continuidad según resultado de los indicadores evaluados)

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

331

PROGRAMA DE COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA (SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL SAN JORGE) Y ATENCIÓN PRIMARIA (CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN, HUESCA)

- 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

049

ESTADIAJE DE SUEÑO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE SUEÑO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO DE INTERPRETACION DE LOS ESTUDIOS DE SUEÑO EN LA UNIDAD

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALBERTI GONZALEZ OLALLA. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROLOGIA
· MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· GIL FERRER VIRGINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Unidad de Sueño del Hospital San Jorge de Huesca es una Unidad de nueva creación , se empezaron a hacer estudios de sueño: Polisomnografías y Poligrafías cardiorespiratorias y otros estudios como Test de Latencias Múltiples de Sueño y Estudios de Monitorización vídeo-EEG en Enero de 2011.

Para la interpretación de los estudios polisomnográficos es necesario codificar las diferentes fases de sueño y relacionar la estructura del mismo con las alteraciones en los parámetros respiratorios. Es un proceso que conlleva mucho tiempo, ya que los estudios tienen una duración media de 8-9 horas. El estadiaje de las fases de sueño se lleva a cabo por los facultativos especialistas en Neurofisiología Clínica, pero en muchas Unidades de Sueño acreditadas dicho estadiaje lo realizan los técnicos en Sueño, normalmente personal de Enfermería.

En la Unidad de sueño se va incrementando el número de estudios, por lo que debido a la presión asistencial y al resto de exploraciones cada vez disponemos de menos tiempo para la valoración de los estudios polisomnográficos, por lo que si la labor del estadiaje se llevara a cabo en nuestra Unidad por el personal de enfermería, se agilizaría la interpretación del estudio por parte de los facultativos, previa revisión.

Además para los estudios de Test de Latencias Múltiples de Sueño es necesario diferenciar las diferentes fases de sueño y saber reconocer la fase de sueño REM (para el diagnóstico de Narcolepsia, en el Test de Latencias Múltiples de Sueño el paciente debe entrar en sueño REM en 2 de los 4 test que se realizan, si entra en sueño REM sólo en 1 de los 4 es necesario realizar un 5º test).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con el estadiaje del sueño llevado a cabo por parte del personal de Enfermería se podrá reducir el tiempo necesario para interpretar los estudios por parte del personal facultativo, con lo que se podrían realizar más estudios, y se mejorará la calidad de los test de latencias múltiples de sueño, reduciendo el número de falsos negativos, al realizar más test en dependencia de los resultados obtenidos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El personal de Enfermería de la Unidad de Sueño está en este momento realizando aprendizaje para el estadiaje de sueño, por medio de los diferentes tratados (The AASM Manual for Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications, 2012, The AASM Manual for Scoring of Sleep and Related Events: Rules, Terminology and Technical Specifications, 2007, Atlas of Clinical Sleep Medicine, MH Kryger, Saunders (Elsevier) 2010), Rechtschaffen A, Kales A, editors. Los Angeles: Brain Information Service/Brain Research Institute, University of California; 1968. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system of sleep stages in human subjects).

El aprendizaje se complementará con sesiones clínicas y adiestramiento semanal por parte de los facultativos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El personal facultativo de la Unidad del sueño revisará los estudios valorados por el personal de Enfermería, sobre todo durante los primeros meses, para comprobar la calidad del estadiaje realizado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La curva de aprendizaje de la diferenciación de las diferentes fases de sueño es un proceso lento, se requiere al menos 1 año para adquirir la experiencia necesaria para el estadiaje del sueño.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

1. TÍTULO

ESTADIAJE DE SUEÑO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE SUEÑO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. PROYECTO DE MEJORA EN EL PROCESO DE INTERPRETACION DE LOS ESTUDIOS DE SUEÑO EN LA UNIDAD

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

036

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE DEL H.SAN JORGE QUE DEPENDAN DEL CS PIRINEOS

2. RESPONSABLE CARMELO PELEGRIN VALERO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ESCAR ARGUIS CESAR. MEDICO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
 - RIVARES MORCATE MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
 - BIARGE RUIZ ARTURO. ENFERMERO/A. CS PIRINEOS. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
 - CABRERO CEBRIAN VISITACION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
 - QUETGLAS FERRIOL BERNARDO. MEDICO/A. CS PIRINEOS. PSIQUIATRIA
 - LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
 - LATAPIA LOPEZ CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento de la morbimortalidad por enfermedades físicas que se da en las personas con enfermedad mental grave está relacionado, en primer lugar, con la mayor prevalencia de varios factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, metabólicos y respiratorias que presentan estas personas; los más importantes de estos factores son la obesidad, el tabaquismo y el abuso de alcohol y drogas. Las personas con enfermedad mental grave mostraron una probabilidad de presentar obesidad ya que toman decisiones dietéticas peores y realizan menos actividad física que la población general. Un segundo factor que contribuye a producir el aumento de morbilidad física en las personas con enfermedad mental grave son las repercusiones del tratamiento antipsicótico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Estudiar la prevalencia de los factores de riesgo vascular en pacientes con esquizofrenia (obesidad central -índice de masa corporal, cintura abdominal, índice cintura/cadera-; sedentarismo; hábito tabáquico; dislipemia aterogénica; elevación de la presión arterial; glucosa en ayunas elevada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Promoción de una dieta cardiosaludable: limitación del consumo de ácidos grasos saturados a menos del 7 % del valor calórico total, incrementando el de ácidos grasos monosaturados al 20 % y el de polinsaturados al 10 % a costa de un aumento del consumo de aceite de oliva y frutos secos y una disminución de carnes rojas grasas, embutidos y mantequilla

- Limitación del consumo de sodio.
- Promover el consumo de hidratos de carbono complejos de 50-60 % del valor energético total de la dieta (a base de pasta, arroz y legumbres) disminuyendo el de simples (como azúcar o bebidas azucaradas ricas en fructosa)
- Incrementar el consumo de fibra a 20-30 gramos/día
- Moderación del consumo de alcohol
- Potenciar el ingreso de actividad física

Todo ello se realizara con grupos psicoeducativos durante el ingreso y tripticos informativos y educativos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - IMC
- Cintura abdominal
 - Índice cintura/cadera
 - Glucemia en ayunas
 - Lipidograma
 - Tensión arterial

Seguimiento a los seis meses por el médico psiquiatra y enfermero de salud mental del ambulatorio.

El objetivo es una reducción del 7-10 % del peso inicial en los seis primeros meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-5-2014 hasta el 31-4-2015

- 1) Estudio de los parametros nutricionales, tanto clínicos como bioquímicos, al ingreso.
- 2) Psicoeducación en el ingreso.
- 3) Triptico diseñado para potenciar recordatorio
- 4) Recordatorio en la Unidad de Salud Mental de los hábitos alimentarios saludables y potenciación del ejercicio físico.

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

036

1. TÍTULO

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA Y PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE DEL H.SAN JORGE QUE DEPENDAN DEL CS PIRINEOS

- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. TRASTORNO MENTAL GRAVE. ESQUIZOFRENIA

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. | 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

090

DISMINUCION DE LA CANCELACION DE CITAS PARA LA REALIZACION DE ELECTROMIOGRAMAS EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

2. RESPONSABLE MARIA JOSE PEREZ FERRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· BENAVENTE AGUILAR ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· GIL FERRER VIRGINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· CASANOVA CLEMENTE MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. NEUROFISIOLOGIA CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La exploración electromiográfica supone un riesgo de complicaciones hemorrágicas en pacientes en tratamiento con Sintrom. El número de pacientes aumenta progresivamente. Pese a haber notificado a los clientes internos la necesidad de suspender este tratamiento previamente a la realización de la exploración, hemos detectado un elevado número de pacientes en los que se debe posponer la prueba por no haber suspendido el sintrom según protocolo.

Se reciben numerosas peticiones de EMG en las que no figura que el paciente está en tratamiento con este fármaco.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminución de la cancelación o retraso de las citas de electromiogramas en pacientes en tratamiento con Sintrom.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se propone reforzar las medidas informativas a los diferentes servicios demandantes de EMG con objeto de disminuir en número de cancelaciones y lograr un mejor aprovechamiento de los recursos tecnológicos y humanos.
Asimismo, se mejoraría la seguridad y la calidad de asistencia al paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º- Número total de pacientes que toman Sintrom.
2º.- Número de cancelaciones de citas de EMG por tomar Sintrom.

Se evaluará cada 3 meses y se comprobará que los servicios demandantes han realizado las notificaciones oportunas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 1-01-2014
Finalización:31-12-2014

Reuniones de grupo de trabajo cada 3 meses y control de resultados.
Al año análisis final de resultados.

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

POBLACIÓN DIANA

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

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

- | | |
|--|---------|
| 1. 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

235

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE GUÍA DE ACTUACIÓN PARA INTUBACIÓN EN PACIENTE DESPIERTO ANTE SOSPECHA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL CON FIBROSCOPIA FLEXIBLE

2. RESPONSABLE GUILLERMO IGNACIO PEREZ NAVARRO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H SAN JORGE
 - Localidad HUESCA
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SAUCO JAQUES JOSE EMILIO. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
 - LOPEZ VAZQUEZ MARIANO ANDRES. MEDICO/A. H SAN JORGE. ORL
 - GREGORIO MAYORAL ESTHER. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
 - BAILO GALINDO IZARBE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
 - BARBA ZAMBO GEMMA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
 - CIRAC PEREZ ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO
 - HERNANDO HERNANDO BELEN. TCAE. H SAN JORGE. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La dificultad para intubación traqueal o ventilación con mascarilla facial podemos preverla por la presencia de factores anatómicos correlacionados con diferentes test predictores para vía aérea difícil (VAD) bien descritos y validados en la literatura internacional. En pacientes con sospecha de VAD obtenida tras la realización de los diferentes test predictores considerados, la inducción de una anestesia general, lo que supondrá cese de la respiración espontánea así como pérdida de reflejos protectores de la vía aérea, podría conducir a una situación real de difícil intubación traqueal con la consiguiente amenaza potencial para la vida del paciente. Cuando en estos pacientes con sospecha de VAD, la intubación traqueal se desarrolla estando despiertos, se conservan tanto la ventilación, como la oxigenación y los reflejos protectores. Es por ello, que el desarrollo de la técnica de intubación traqueal con fibroscopio flexible (FOB) ha revolucionado el manejo y la seguridad de estos pacientes con sospecha de VAD. El FOB ofrece ventajas importantes para la intubación en paciente despierto, como son su flexibilidad, el canal de trabajo que permite instilación de anestésico local en las estructuras que consideramos más reflexógenas, posibilidad de asegurar con certeza la posición del tubo endotraqueal en su posición óptima, entre otras. El informe NAP4 (National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists, 2011.UK) cita 46 casos de daño cerebral o muerte directamente relacionadas con el manejo de la vía aérea sobre una N de 2.9 millones de pacientes, por lo tanto, el asegurar la ventilación espontánea y por tanto la correcta oxigenación en los pacientes es fundamental en los casos de sospecha de VAD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) Mejorar la seguridad de los pacientes con sospecha de VAD que van a ser sometidos a anestesia general con independencia de la causa.

b) Concienciar a los diferentes profesionales implicados en el tratamiento de un paciente con sospecha de VAD de la importancia del desarrollo de esta técnica.

c) Implicar a los diferentes profesionales implicados para llevar a cabo esta actuación multidisciplinar desde la consulta preoperatoria.

d) Mejora de las habilidades de los profesionales directamente implicados con el manejo de la vía aérea.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Desde la consulta preoperatoria de anestesia, se realizarán los test predictores considerados oportunos para detectar VAD.

Se comunicará con anterioridad la existencia de paciente con sospecha de VAD al Servicio de anestesia y reanimación, para su estudio y planificación.

La técnica se realizará en quirófano o UCI, y la llevará a cabo un profesional con experiencia en FOB acompañado de al menos un compañero con menor formación o experiencia en dicha técnica.

Transmisión y difusión de habilidades para el desarrollo del procedimiento, sobre maniqués y posteriormente sobre pacientes.

Elaboración por escrito de la secuencia del procedimiento, al que serán accesibles los profesionales implicados para su correcta adhesión y recuerdo.

Charla explicativa por parte del Servicio de anestesia del HSJ al menos al personal de enfermería del bloque quirúrgico del procedimiento a desarrollar.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta de satisfacción a los pacientes antes y después del procedimiento.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

235

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE GUÍA DE ACTUACIÓN PARA INTUBACIÓN EN PACIENTE DESPIERTO ANTE SOSPECHA DE VÍA AÉREA DIFÍCIL CON FIBROSCOPIA FLEXIBLE

Revisión del número de pacientes en los que se ha llevado a cabo la técnica.

Consecución de al menos una exposición semestral al personal del bloque quirúrgico al respecto con carácter formativo.

Evolución personal en el desarrollo de la técnica estudiado en función de los tiempos de consecución.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración de 7 meses. Comienzo con la recogida tras la aprobación del proyecto por la UCA con fecha límite de inicio 1 de junio de 2014 y finalización de la primera fase el 31 de diciembre del mismo. Tras ella, valoración y continuación con las mejoras y correcciones oportunas.

11. OBSERVACIONES. Tras la realización el pasado año de un protocolo de actuación actualizado a la bibliografía actual, buscamos con este proyecto de mejora de la calidad, asentar lo comenzado por nuestro Servicio en el resto del bloque quirúrgico, implicando a diferentes especialistas y estamentos profesionales, buscando el objetivo de compromiso multidisciplinar que se necesita para llevar a cabo la técnica y mejora de la seguridad del paciente, nuestro fin último. 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. FOB PARA VAD --> GOLD STANDAR

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

108

VINCULACION TERAPEUTICA DEL PACIENTE PSIQUIATRICO CON TMG CON LA ENFERMERA REFERENTE DE LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA DEL H.S.JORGE PARA REFORZAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA Y EVITAR EL ABANDONO DE TRATAMIENTO**2. RESPONSABLE** MARIA JESUS RIVARES MORCATE

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LALAGUNA LOPEZ DE MEDRANO CRISTINA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- LLACER NAVARRO CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- ESCAR ARGUIS CESAR. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- CASASUS ESCUER ISABEL. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- MARCEN SERAL MARI CARMEN. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- LOPEZ BERNUES RICARDO. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA
- ALBEROLA MARGARIT VICTORIA. ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL. H SAN JORGE. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Existe un alto índice de reingresos en pacientes con TMG por tener parcial o nula conciencia de enfermedad, escaso soporte socio-familiar y falta de vinculación terapéutica por estos motivos con el consiguiente abandono de tratamiento y posibilidad de reingreso. Durante el ingreso los pacientes han afianzado la relación terapéutica en la unidad. Aprovechamos el momento del alta para vincularlos terapéuticamente a la consulta y así asegurar la adherencia al tratamiento durante el tiempo necesario detectando posibles síntomas de descompensación y reforzando la conciencia de enfermedad y los hábitos saludables para conseguir la mayor autonomía posible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Detectar una posible descompensación pudiendo así evitar el ingreso.
- Reforzar la adherencia terapéutica.
- Enlazar a los pacientes con el CSM para continuar el seguimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Control TA, peso.
- Fomentar los hábitos saludables (higiene, dieta, ejercicio...)
- Refuerzo de la adherencia terapéutica.
- Valoración de la situación socio-familiar y autonomía del paciente..

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de reingresos en 2014.
- Número de consultas realizadas.
- Número de pacientes visitados.

Comparar a través del servicio de admisión los reingresos de los pacientes en seguimiento con los del año anterior.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1/04/2014 a 30/04/2015.

- Registro de los hábitos saludables en la consulta.
- Psicoeducación en la adherencia al tratamiento.
- Valoración de la situación socio-familiar.

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

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- 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. | 3 Bastante |
| 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

412

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ LANUZA MARIA MAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. 6ARIA PLANTA HOSPITALIZACION
- MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. 5ARIA PLANTA DE HOSPITALIZACION
- MENDOZA MURO GEMMA MARIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. 4ARIA PLANTA DE HOSPITALIZACION
- VILLANUA MARTIN MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. 3ARIA PLANTA DE HOSPITALIZACION
- LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UCI
- ARA IBARZ MARIA HERMINIA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANO
- BELLON CLAVER MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. PEDIATRIA

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 también 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. Estudio pre-intervención:

Se realiza un muestreo sobre 156 pacientes ingresados. De ellos el 80% lleva instaurada en ese momento una vía venosa periférica. Un 19,55% de las mismas lleva canalizada más de 96 horas. En un 3,76% de los pacientes se observa en la revisión la presencia de flebitis (grados I y II). El apósito está manchado, mojado o despegado en un 3,01% del total de los accesos venosos. El registro del catéter en la historia clínica del paciente figura en un 93,2% de los casos.

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

Diseño de una presentación y un poster explicativo sobre los cuidados del catéter venoso periférico.

Responsable: Todos los miembros

Presentación de los documentos a través de reuniones informativas en las diferentes unidades. Responsable: Cada miembro en su unidad y otras de referencia hasta conseguir llegar a todos los profesionales diana.

Seguimiento de los indicadores de los cuidados del catéter venoso periférico realizando un estudio posterior a la formación y a los 4 meses de la misma. Responsable: Todos los miembros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de profesionales formados

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

Grados de las flebitis detectadas.

Número de vías periféricas con los accesos cerrados (tapón o sistema cerrado).

Se obtendrán a través de la realización de un muestreo aleatorio. Se tomará una muestra con pacientes hospitalizados similar al del estudio pre-intervención y se compararán los resultados. De igual forma se obtendrán datos de los casos de flebitis registrados en historia clínica de un periodo pre-intervención con otro similar post-intervención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril de 2014: Reunión con los profesionales responsables del grupo motor y realización de una presentación con diapositivas para llevar a cabo la formación.

Mayo /junio 2013: Realización de la formación en las unidades diana.

Junio 2013: Evaluación de los indicadores

Noviembre de 2013: 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

412

**IMPLEMENTACION DEL PROTOCOLO DE ENFERMERIA BASADO EN LA EVIDENCIA DE CUIDADOS DEL CATETER
INTRA VENOSO PERIFERICO EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

- 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). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

188

1. TÍTULO

MANEJO PERIOPERATORIO EN EL PACIENTE ALERGICO AL LATEX

2. RESPONSABLE JOSE EMILIO SAUCO JAQUES

- . 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
- . ESPILEZ ORTIZ RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA
- . LARA GUERRERO ISABEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA VASCULAR
- . SANCHO RODRIGO MARTA. MEDICO/A. H SAN JORGE. TRAUMATOLOGIA
- . ZAMORA ALVAREZ MARISA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANO
- . CABRERO LAFUENTE JOSE JUAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANO
- . BAILO GALINDO YZARBE. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El látex es un producto vegetal procesado, que gracias a sus propiedades elásticas se utiliza para elaborar numerosos productos médicos y de uso cotidiano. En el mercado hay más de 40.000 artículos que contienen látex.

El aumento de la prevalencia en la sensibilización al látex desde los años 80 ha sido constante, hasta situarse en la segunda causa más frecuente de anafilaxia en el área quirúrgica-anestésica.

La medida más segura que existe para un paciente alérgico al látex es evitar su exposición y paradójicamente, es el medio hospitalario el lugar más peligroso para este tipo de pacientes.

En este sentido, la coordinación entre el servicio de Anestesiología y de Alergología es fundamental para acelerar el diagnóstico.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) Correcto diagnóstico desde la consulta de anestesiología.

b) Agilización de los trámites de interconsulta con el servicio de Alergología que disponemos actualmente.

c) Implantación de protocolos de actuación en paciente alérgico al látex.

d) Recogida de datos y realización de estadísticas en pacientes alérgicos al látex.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. a) Identificación de grupos de riesgo susceptibles de sensibilización al látex desde la consulta de anestesiología.

b) Desarrollo de protocolo de actuación en el quirófano con una correcta identificación de materiales que contengan látex.

c) Realización de protocolo de determinación de pruebas diagnósticas de laboratorio tras reacción alérgica al látex y recogida de muestras.

d) Desarrollo de protocolo de actuación en el resto del Hospital, de acuerdo a nuestros recursos.

e) Formación de los profesionales implicados en todo el proceso perioperatorio, fundamentalmente, anestesiólogos y personal de enfermería.

f) Puesta en marcha de los protocolos.

g) Recogida de datos de los casos observados.

h) Desarrollo de protocolo de actuación ante la aparición de una reacción anafiláctica grave.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. a) Consenso y adecuación de los protocolos según los recursos del Hospital San Jorge.

b) Formación de profesionales implicados y puesta en marcha del programa a lo largo del año 2014.

c) Realización de estadísticas: número de pacientes alérgicos al látex intervenidos quirúrgicamente, número de intervenciones quirúrgicas suspendidas por falta de preparación del paciente o del quirófano, número de reacciones graves en pacientes con sospecha y/o diagnóstico de alergia al látex.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duración hasta final del año 2.014. Durante este primer año, realizaremos los protocolos anunciados e iniciaremos la implementación de los mismos en el área quirúrgica del Hospital de San Jorge.

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. 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

259

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL PROCESO DE PREPARACION DE CITOS TATICOS**2. RESPONSABLE** MARIA CARMEN SERRANO VICENTE

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN. FARMACEUTICO/A. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- CAVERO MARTINEZ LOURDES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA-CIRCUITO ONCOLOGICO
- ARROYOS BELLOC FRANCISCA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA-CIRCUITO ONCOLOGICO
- SANTAFE ACIN ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA-CIRCUITO ONCOLOGICO
- AGUILA VILLACAMPA DOLORES. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA-CIRCUITO ONCOLOGICO
- BRAJNOVICH VINUE LIERKA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA
- CERDAN SANZ ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA-CIRCUITO ONCOLOGICO
- SANCLEMENTE VINUE ISABEL. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. FARMACIA-CIRCUITO ONCOLOGICO
- MORENO CAMPO ROSARIO. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- LASIERRA BROSED ANA AURORA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- ARANA LOPEZ CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- LACASA GRACIA MARIA ANGELES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- BOTAYA ARBUES MARIA ANGELES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- DE LA SERNA ATARES MARIA CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- FUENTES PLAZA NURIA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA HOSPITALARIA
- PLAZA IBOR MARIA ANGELES. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H SAN JORGE. FARMACIA-CIRCUITO ONCOLOGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes oncohematológicos son una población vulnerable a los errores de medicación por la elevada toxicidad de los fármacos citostáticos. Dichos fármacos se denominan «medicamentos de alto riesgo» ya que, utilizados de manera inadecuada, tienen gran posibilidad de causar daños graves e incluso mortales a los pacientes.

La seguridad del proceso terapéutico en el paciente oncohematológico se inicia con una correcta prescripción de esquemas antineoplásicos y finaliza con la administración del antineoplásico al paciente. En este proceso se hace imprescindible el apoyo de un programa informático integral de prescripción -validación farmacéutica - preparación y administración para englobar todo el proceso terapéutico. La innovación tecnológica debe incidir en todos los procesos de la cadena y en la misma organización, siendo fundamental que todas las etapas se realicen con una interfaz electrónica y que se disponga de trazabilidad de todo el proceso.

En relación a la prescripción, su alta complejidad predispone a errores cuando se realiza de forma manual ya que se deben incluir un número elevado de datos para su correcta interpretación. La informatización de la prescripción como herramienta tecnológica en el área de la terapéutica oncohematológica se ha facilitado por el alto grado de protocolización de los esquemas antineoplásicos.

Igualmente, la validación farmacéutica informatizada es un punto clave en la disminución de errores del proceso de prescripción, una herramienta útil en la mejora continua de la prescripción electrónica y constituye un requisito obligatorio que se realice previamente a la preparación.

En la etapa de administración también se precisan herramientas tecnológicas tales como sistemas de identificación de medicamentos y pacientes por código de barras u otras tecnologías. En los centros en los que sea posible es recomendable la utilización de programas electrónicos de identificación de pacientes. Existen varios sistemas disponibles: identificación por radiofrecuencia (Radio Frequency Identification, RFID), código de barras, matriz de datos (data matrix) o sistemas mixtos.

Estos sistemas permiten el registro electrónico simultáneo de la prescripción médica y de la administración de medicamentos (a pie de cama o en el sillón del hospital de día). Utilizan un lector de código de barras o de matrices de datos que efectúa un doble registro, de paciente y de fármaco, para confirmar que el paciente correcto recibe el fármaco correcto, en el tiempo correcto y en la dosis y vía prescritas. También permite la trazabilidad del proceso realizado por el personal de enfermería responsable de la administración del fármaco.

Dentro del Programa de Calidad del Servicio de Farmacia, se ha ido trabajando desde hace varios años, en los procesos de prescripción, validación y administración. A nivel de prescripción y validación se implantó el programa informático Farmis- Oncofarm junto con la protocolización en colaboración con el Servicio de Oncología, de los esquemas de quimioterapia utilizados. Y a nivel de administración, en 2013 se implantó un sistema de control de la administración mediante códigos de barras y lectores ópticos.

El único proceso que queda pendiente es la preparación. A nivel de elaboración y fabricación de medicamentos se debe disponer también de la tecnología como un instrumento de gestión, seguridad y trazabilidad, siendo especialmente útil en las unidades centralizadas de preparación de citostáticos, donde se tienen que ofrecer controles cuantitativos y cualitativos de todos los preparados. La complejidad de las unidades de farmacia oncológica y el rápido desarrollo del área oncohematológica obligan a un estricto control de calidad en el proceso de fabricación. Dado que los errores de medicación en quimioterapia pueden tener consecuencias graves para los pacientes, debido al estrecho margen terapéutico de los antineoplásicos es necesario establecer un

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

259

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL PROCESO DE PREPARACION DE CITOSTATICOS

control de calidad que permita asegurar la concordancia entre la prescripción y el producto elaborado y así minimizar dichos errores.

Por tanto, el objetivo que se plantea es la implantación de un sistema de trazabilidad y control de seguridad en el proceso de preparación de citostáticos en la campana de flujo laminar vertical, integrado con el programa Farmis-Oncofarm existente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. a) Control cualitativo mediante el re-etiquetado de viales con etiquetas datamatrix:

- * Evita la contaminación cruzada, es decir, que no se pueda sustituir un fármaco por otro.
- * Permite la trazabilidad de los lotes y caducidades de los productos utilizados ya que:
 - La etiqueta identifica el producto y lote utilizado de fluidos y aditivos.
 - El programa controla la caducidad de los viales utilizados.

b) Control cuantitativo mediante gravimetría que consiste en un procedimiento de pesada durante (en la reconstitución) o al finalizar el proceso de preparación.

- * Control de la cantidad aditivada.
- * Volumen final real.
- * Pesada integrada en el proceso.

Alertas al preparador ante discordancias (stop & go).

c) Control del preparador y por el preparador: Se registra de forma automática todas las acciones, operaciones o procesos, usuarios, fechas y horas de preparación lo que permite:

- * Identificación del profesional que prepara.
- * Control temporal de los procesos.
- * Exposición del preparador a principios activos por tiempos de elaboración.
- * Asistente acerca de condiciones y/o procesos a efectuar por el elaborador

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la consecución de los objetivos marcados se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- a) Análisis y valoración de los programas informáticos existentes y su compatibilidad con Farmis-Oncofarm.
- b) Instalación del programa y realización de los ajustes y protocolos necesarios para su puesta en marcha.
- c) Entrenamiento del personal implicado.
- d) Puesta en marcha y periodo de pruebas con algunos productos para testar el programa e identificar los posibles problemas generados, con el fin de buscar soluciones.
- e) Etiquetado de todos los viales y fluidos utilizados.
- f) Extensión del programa a todos los citostáticos preparados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº preparaciones con control de seguridad y trazabilidad en el proceso de elaboración en la campana de flujo laminar vertical.

Nº de errores cualitativos detectados en la preparación.

Nº de errores cuantitativos detectados en la preparación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis y valoración de los programas informáticos: Abril-Mayo 2014
Instalación y ajustes necesarios: Junio-Julio-Agosto-Septiembre.

Entrenamiento del personal: Septiembre-Octubre.

Puesta en marcha y periodo de pruebas: Octubre-Noviembre.

Etiquetado viales y fluidos: Diciembre

Extensión a todas las preparaciones: Diciembre y siguientes

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. Oncológicos

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

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

097

1. TÍTULO

ADAPTACION DEL DOCUMENTO SEVILLA AL HOSPITAL SAN JORGE PARA EL AHORRO DE SANGRE EN LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES QUIRURGICA

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.
· VILLARROEL PINO ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. ANESTESIA Y REANIMACION
· GARCIA EGEA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA
· FONTESTAD UTRILLAS AMPARO. MEDICO/A. H SAN JORGE. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· SANZ PANZANO CAROLINA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA QUIROFANO
· CABRERO LAFUENTE JOSE JUAN. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA QUIROFANO
· GREGORIO MAYORAL ESTHER. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. ENFERMERIA QUIROFANO
· ESPILEZ ORTIZ RAQUEL. MEDICO/A. H SAN JORGE. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente son bien conocidas las limitaciones y problemas derivados de la trasfusión de derivados sanguíneos, desde las complicaciones que esto conlleva al importante gasto económico que suponen, así como el hecho de que se trata de un recurso limitado. La aplicación de protocolos perioperatorios en las principales cirugías que suelen requerir trasfusión de hemoderivados es necesaria para disminuir la tasa de trasfusión de hemoderivados y todos los problemas relacionados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Creación de protocolos para el manejo preoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía ortopédica que presenten anemia en el momento de la visita preoperatoria.

Creación de protocolos aplicables por el Servicio de Anestesiología para la utilización de técnicas de ahorro en sangre: antifibrinolíticos, recuperadores de sangre, fluidoterapia.

Creación de protocolos por los principales servicios quirúrgicos específicos para las cirugías más asociadas a la trasfusión de hemoderivados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cada miembro de este grupo, pertenecientes a distintos servicios quirúrgicos y del servicio de anestesia deberán crear protocolos aplicables a intervenciones específicas destinadas a minimizar las pérdidas sanguíneas y por tanto la tasa de trasfusión de productos hemáticos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación de protocolos validados por los distintos Servicios: protocolo de manejo preoperatorio, protocolo de manejo intraoperatorio, protocolo en cirugía ortopédica de rodilla y cadera, protocolo en cirugía prostática, protocolo en cirugía colónica.

Aplicación de protocolos.

Análisis de la reducción en la tasa de trasfusión de productos hemáticos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio inmediato. A final de año deberían estar en aplicación los distintos protocolos para poder comenzar a analizar los resultados derivados.

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. | 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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

119

PROGRAMA PARA EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA**2. RESPONSABLE** ENRIQUE VILLARROEL PINO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. OTROS (ESPECIFICAR)
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- INCHAUSTI GARCIA YOLANDA. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
- VERA BELLA JORGE. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
- PELEGRIN VALERO CARMELO. PSIQUIATRA. H SAN JORGE. UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA
- MOZOTA RUBIO LOURDES. MEDICO/A. H SAN JORGE. REHABILITACION
- SANCHEZ JIMENEZ ENRIQUE. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
- CARRION PAREJA JUAN CARLOS. MEDICO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO
- RUBIO SORIANO CONCEPCION. ENFERMERO/A. H SAN JORGE. UNIDAD DEL DOLOR CRONICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibromialgia (FM) es una enfermedad de reciente aparición, cuyo diagnóstico y manejo plantea un reto para el personal sanitario. La prevalencia se calcula, para poblaciones generales entre un 2-12 %, afectando entre 4-7 veces mas a mujeres que a hombres. Su impacto económico es muy elevado (se estima en 10 billones de dólares anuales en los EEUU), así como su impacto psicosocial para el paciente y su entorno, siendo una causa importante de absentismo laboral y de disminución de la calidad de vida. Ante este problema detectado, el equipo de trabajo de la Unidad del Dolor Crónico (UDC), junto con profesionales de Reumatología, Psiquiatría y Rehabilitación, nos planteamos abordarlo de manera multidisciplinar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar un programa de abordaje integral del paciente con FM de la UDC del Hospital san Jorge de Huesca, que incluya:

- disminuir el dolor
- mejorar la calidad del sueño
- restaurar/mejorar la función física
- mejorar y mantener la interacción social
- restablecer el equilibrio emocional

Todo ello dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir la utilización de servicios sanitarios, ya que son pacientes con alta demanda de recursos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7. Reuniones bimensuales del equipo para realizar las siguientes actividades::

- Revisión bibliográfica. Descripción epidemiológica de la población
- Identificación y captura de pacientes con FM que acuden a la UDC, e inclusión en el programa a desarrollar
- Identificación de problemas / necesidades de la población a través de encuesta / entrevista
- Análisis causal y de acciones de mejora, y priorización de las mismas, mediante técnicas de grupo entre componentes del equipo de mejora, como técnica de Grupo Nominal, Brainstorming y Diagrama de Ishikawa, entre otros .
- Elaboración de un protocolo de actuación para pacientes con FM basado en la evidencia
- Implantación del protocolo
- Evaluación de la implantación y la efectividad del protocolo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de reuniones del equipo de mejora

- % de pacientes con FM que acuden a la UDC, incluidos en el programa:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con FM que acuden a la UDC incluidos en el programa}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con FM}} \times 100$$
- N° de pacientes incluidos en el programa
- Elaboración del protocolo: Si / No
- Encuesta de satisfacción pre-post

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha de inicio del proyecto: 1 de abril de 2014

- # Abril a junio: revisión bibliográfica, identificación y captación de pacientes, elaboración y envío de encuesta y detección de problemas / necesidades
- # Julio a septiembre: análisis causal y de acciones de mejora, y priorización. Elaboración del protocolo
- # Octubre a diciembre: Implantación del protocolo, evaluación de la implantación y la efectividad, y encuesta de satisfacción.
- Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2014

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. FIBROMIALGIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

119

PROGRAMA PARA EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR DEL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

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 |