

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	35	BORREL MARTINEZ, JOSE MARIA	LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA	CS AYERBE	
AT.PRIMARIA	37	SALAMERO ESTEBAN, MARIA PAZ	LA CONSULTA DIRECTA CON EL ESPECIALISTA, LA FORMA DE COMPARTIR EL PACIENTE HACIENDO UN SEGUIMIENTO DIRECTO DEL MISMO	CS AYERBE	
AT.PRIMARIA	300	BROTO BERNUES, ROSA MARIA	MEJORA EN LA ACOGIDA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO MEDIANTE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN EL DE CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN	CS GRAÑEN	
AT.PRIMARIA	268	HIJOS LARRAZ, LUIS ALFONSO	CERTIFICACION UNE-EN-ISO 9001: 2008 EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE GRAÑEN	CS GRAÑEN	
AT.PRIMARIA	195	CINCA MONTERDE, CARMEN	MEJORA EN LA RECEPCION, ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE JACA Y SABIÑANIGO	CS JACA	
AT.PRIMARIA	215	GARCIA RUBIO, MARIA JOSE	EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE JACA Y DE SABIÑANIGO CON ALTERACIONES QUE SUGIEREN LA PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO	CS JACA	
AT.PRIMARIA	28	AGUARON JOVEN, EVA	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE FORMACION ACTUALIZADA Y DE RESOLUCION DE DUDAS DEL PROGRAMA OMI-AP A LOS PROFESIONALES SANITARIOS	CS PERPETUO SOCORRO	
AT.PRIMARIA	117	BAILIN PERARNAU, CARMEN	APLICACION DE VIDEOGRABADO DE TERAPIA PSICOLOGICA, PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	256	CASTILLO OLIVERA, JOSE MARIA	CONTROL CONTINUO DE CALIDAD EN PACIENTE DIABETICOS TIPO 2	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	191	MAIRAL SALINAS, ESTHER LORENA	MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES DEPENDIENTES DOMICILIARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	211	ORTEGA FRANCO, GEMMA	EVALUACION DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO Y SU DIFUSION	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	52	RIVERA FUERTES, ANA MARIA	MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA Y DISMINUCION DEL CONSUMO DE AINES Y SU YATROGENIA GRACIAS AL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO BENIGNO CON ACUPUNTURA	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	409	RODRIGUEZ PEREZ, MARIA DOLORES	PROYECTO DE ATENCION A CUIDADORES. CUIDAR CON SALUD	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	41	SANTOS GALLEGO, MARIA TERESA	ACTUALIZACION FORMATIVA EN INTERVENCIONES PSICOLOGICAS: EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR)	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	275	SANZ JACA, AURORA	CURSO DE MASAJE INFANTIL PARA FAMILIAS CON BEBES	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	276	UGARTE FARRERONS, MARIA SOL	CONTINUIDAD EN LA EDUCACION SEXUAL/REPRODUCTIVA DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRIA A LA DE ADULTO	CS PIRINEOS	
AT.PRIMARIA	107	LORENTE AZNAR, TEOFILLO	RACIONALIZACION DEL EMPLEO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) PRESCRITOS DESDE ATENCION PRIMARIA	CS SABIÑANIGO	
AT.PRIMARIA	11	ARRICIVITA AMO, ANGEL LUIS	MEJORA CONTINUA DEL BANCO DE INFORMACION DE RECURSOS SANITARIOS Y SOCIO-SANITARIOS DE NUESTRO AMBITO	CS SANTO GRIAL	
AT.PRIMARIA	324	CLEMENTE JIMENEZ, MARIA LOURDES	MEJORA DEL PROYECTO DE FORMACION EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE	CS SANTO GRIAL	
AT.PRIMARIA	129	DUASO ALLUE, LOURDES	MEJORA CONTINUADA EN LA RECEPCION Y ENTREGA DE RECETAS DE TRATAMIENTO CRONICO	CS SANTO GRIAL	
AT.PRIMARIA	263	FONCILLAS SANZ, BEATRIZ	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERSONAL SANITARIO. ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS Y USO DE RECURSOS DISPONIBLES PARA SU APLICACION EN LA PRACTICA CLINICA DIARIA	CS SANTO GRIAL	
AT.PRIMARIA	279	GARCIA RUIZ, TERESA	PROYECTO DE FORMACION PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN METODOLOGIA DE REGISTRO EN OMI-AP EN UN CENTRO DE SALUD URBANO	CS SANTO GRIAL	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	50	GOMEZ GIL, PILAR	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS	CS SARIÑENA	
AT.PRIMARIA	29	PARALED CAMPOS, MARIA TERESA	SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS	CS SARIÑENA	
AT.PRIMARIA	213	ELFAU MAIRAL, MARIA	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO	DAP HUESCA	
AT.PRIMARIA	16	GRIMAL ALIACAR, FERNANDO	IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE HUESCA	DAP HUESCA	
AT.PRIMARIA	12	BESCOS OROS, MARIA DEL MAR	PROYECTO DE MEJORA PARA LA DIFUSION DEL PLAN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR	ESAD HUESCA	
AT.PRIMARIA	48	ZAMORA MOLINER, ANA CRISTINA	MEJORA DE LA DETECCION Y SEGUIMIENTO DE LA CANDIDIASIS ORAL EN LOS PACIENTE TRATADOS POR EL ESAD	ESAD HUESCA	
AT.ESPECIALIZ.	245	ABAD BAÑUELOS, BEATRIZ	ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE ONCO/HEMATOLOGICO	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	220	ALBERTI GONZALEZ, OLALLA	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEJORA A LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON ICTUS EN EL SECTOR HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	13	AZANZA MONTULL, CARMEN	REGISTRO INFORMATIZADO DE INGRESOS Y CUIDADOS A PACIENTES DE NEONATOLOGIA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	518	BERNAL MONTERDE, VANESA	PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCION Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	223	BLASCO YEBRA, DOLORES	MEJORA EN LA ACOGIDA AL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	272	CALVO CIRIA, ROSA	PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	273	CARRION PAREJA, JUAN CARLOS	PROGRAMA PARA LA DIFUSION E IMPLANTACION DE LA INTUBACION TRAQUEAL FIBRO-ÓPTICA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	477	CORTES GARCIA, LUIS	CRIBADO DE LA ENCEFALOPATIA HEPATICA MINIMA EN PACIENTES CIRROTICOS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	21	ESCOS ORTA, JESUS	RESULTADOS ENCUESTAS DE SATISFACCION MEDICINA INTENSIVA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	424	FERRER LOZANO, MARTA	MEJORA DEL PROGRAMA DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	23	GAZO ORTIZ DE URBINA, ANA	ATENCION A LAS GESTANTES QUE PRESENTAN UN PLAN DE PARTO	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	22	LANDER AZCONA, MARIA ARANTZAZU	GRUPO DE TRABAJO CONTROL INFECCION MEDICINA INTENSIVA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	406	MILAGRO BEAMONTE, ANA	ACREDITACION NORMA ISO15189 EN LOS LABORATORIOS CLINICOS DEL SECTOR HUESCA. LA GESTION CON PROGRAMAS INFORMATICOS ADECUADOS	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	235	NUÑO MORER, FELIPE	CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	419	POLO TOLOSANA, MARTA	PREVENCION EFECTOS ADVERSOS: PREVENCION ULCERAS POR PRESION EN FRACTURAS DE CADERA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	25	PUIG COMAS, NURIA	MEJORA DEL PROCESO DE IDENTIFICACION DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PARTOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	146	PUZO FONCILLAS, JOSE	DISEÑO DEL PROCESO DE LA ATENCION AL PACIENTE EN PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR DE HUESCA (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	49	RODRIGUEZ GARCIA, JUAN	MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	20	SERON ARBELOA, CARLOS	PROTOCOLO ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	387	TOSAT MANCHO, CARMEN	CONCURSO DE IDEAS PARA LA CONCIENCIACION DE COSTES Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS	HOSPITAL SAN JORGE	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			MATERIALES		
AT.ESPECIALIZ.	9	VAL ADAN, PASCUAL	IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR (CONTINUACION PROYECTO 2009)	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	225	VERA ALVAREZ, JESUS	UTILIZACION DE LA TECNICA FISH PARA MEJORAR EL DIAGNOSTICO DEL MELANOMA MALIGNO	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	216	VIÑUALES ARMENGOL, CARMEN	SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO: CONCILIACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO E INFORMACION DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE. PROYECTO PILOTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL INTERNIVELES	HOSPITAL SAN JORGE	
AT.ESPECIALIZ.	158	VIÑUALES PALOMAR, CARLOS	IMPLANTACION DE CARTILLAS DE INICIO Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACION EN EL SECTOR DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE	
SALUD MENTAL	318	ASCASO PEREZ, INMACULADA	RECURSOS CULTURALES PARA FOMENTAR LA AUTONOMIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	54	BIARGE RUIZ, ARTURO	SESIONES SEMANALES DE CONTINUIDAD PARA LA MEJORA EN EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	206	BOROBIO LAZARO, ALMUDENA	PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE ITINERARIOS INDIVIDUALIZOS DE INSERCIÓN LABORAL Y ACTIVIDAD GRUPAL PARA MEJORAR Y FACILITAR LA BÚSQUEDA DE EMPLEO.	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	217	CARTIE LANGA, ELENA	PROTOCOLO DE ACOGIDA E INFORMACION Y ENCUESTAS DE SATISFACCION EN EL AMBITO DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	535	ELBOJ SASO, MARTA	REVISION Y ADECUACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	408	GARCIA PARDOS, ANA	GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN SITUACIONES DE URGENCIAS E INCIDENCIAS EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	296	LOU MUR, SILVIA	REEVALUACION Y MEJORA DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	161	MARTINEZ LLORENTE, MARIA	EVALUACION DEL RESULTADO DE LA APLICACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	533	MOLES ARCOS, BARBARA	GRUPO DE INTERVENCION PRECOZ EN LA PSICOSIS, PSICOEDUCACION EN LAS FASES TEMPRANAS DE LA ENFERMEDAD	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	118	MONCLUS LLANAS, PRISCILA	MEJORA DEL NIVEL DE ORGANIZACION Y DOCUMENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA-2ARIA PARTE	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	426	MORLAN AVELLANAS, VICTOR MANUEL	MEJORA EN LA GESTION DEL MEDICAMENTO, ROTACION DE STOCK Y CONTROL DE CADUCIDAD	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	537	OLMOS BELIO, SEBASTIAN	EVALUACION DE LA SATISFACCION DE PACIENTES Y FAMILIARES DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	94	PEREZ TAUSIA, DANIEL	RED MULTICENTRICA DE REHABILITACION Y ARTE	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	513	RUBIO SORIANO, CONCEPCION	MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE HUESCA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	72	SANCHEZ PRIETO, PATRICIA	PSICOEDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUATRICOS CRONICOS DEL HOSPITAL DE DIA DE	CRP SANTO CRISTO DE LOS	

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
			PSIQUIATRIA DE HUESCA	MILAGROS	
SALUD MENTAL	453	SANCHO PLANA, MARGARITA	ADQUISICION DE HABILIDADES PARA LA COMPRA Y ELABORACION DE UN MENU DE COMIDA	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SALUD MENTAL	459	SANZ MALVENDA, SONIA	PROYECTO MULTICENTRO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD (CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA)	CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS	
SOCIOSANITARIO	392	BALLABRIGA ESCUER, MARIA SOLEDAD	GUIA DE PRACTICA EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRONICAS	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	339	BELLOSTA MARTINEZ, MARIA	AL FINAL DE LA VIDA: PROYECTO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DEL ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO EN LAS PERSONAS MORIBUNDAS Y SUS FAMILIAS, EN EL HOSPITAL SOCIO SANITARIO SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	363	CLERENCIA SIERRA, MERCEDES	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO. REGISTRO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE CAIDAS	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	66	DOZ SAURA, NIEVES	MANUAL DE ESTILO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	281	GURREA ESCAJEDO, ALFREDO	PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y LA U.A.S.A. HUESCA: ATENCION CLINICA INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	407	LLORO LORO, MARIA JOSE	"HUELLAS II"-CONCLUSIONES. PROYECTO DE ESTUDIO DE LA OBRA ARTISTICA COMO ELEMEN TO DE INFORMACION PARA LA MEJORA DE LOS PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	71	LUESMA CASAÑOLA, CARMEN	MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA SANITARIA EN EL HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA: PROPORCIONAR FORMACION AL CUIDADOR TRAS EL ALTA	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	516	MORLANS GRACIA, LUCIA	INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	542	SALGADO GRACIA, ANA	ELABORACION DE LA VIA CLINICA: TRATAMIENTO REHABILITADOR EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE HUESCA	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	56	VALLES NOGUERO, JUAN	DESARROLLO Y MEJORA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SECTOR DE SALUD DE HUESCA: MANEJO INTEGRAL DE LA SEDACION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL	HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	
SOCIOSANITARIO	57	LATORRE JIMENEZ, ANA	DISEÑO DE UNA UNIDAD DE DISFAGIA PARA EL SECTOR DE SALUD DE HUESCA	HOSPITAL SAN JORGE	

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 035

LA SESION CLINICA-INTERCONSULTA CON MEDICINA INTERNA, COMO ALTERNATIVA AL VOLANTE TRADICIONAL EN LA RELACION PRIMARIA-HOSPITALARIA

2. RESPONSABLE JOSE MARIA BORREL MARTINEZ
· Profesión MEDICO
· Centro CS AYERBE
· Servicio/Unidad .. EAP AYERBE
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SERGIO NAYA ATARÉS-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
MARÍA PAZ SALAMERO ESTEBAN-MÉDICA-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
JUAN JOSÉ MARTÍNEZ TRÍVEZ-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
JOSÉ MARÍA CALVO SANZ-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
FRANCISCO JAVIER TORTOSA CAVERO-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
JUAN BLAS PÉREZ LORENZ-MÉDICO INTERNISTA-HOSPITAL SAN JORGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA ÚNICA RELACIÓN QUE HAY ENTRE LOS PROFESIONALES DE PRIMARIA Y LOS DEL HOSPITAL ES A TRAVÉS DE UN VOLANTE POR EL QUE DERIVAMOS AL PACIENTE A ESTOS. ESO IMPLICA Poca COMUNICACIÓN ENTRE ELLOS, LO QUE AFECTA A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR EL PACIENTE

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MAYOR COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES, SEGUIMIENTO MÁS CERCANO DEL PACIENTE POR PARTE DE AMBOS NIVELES Y ACORTAMIENTO DE PLAZOS EN LA ATENCIÓN

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. REUNIONES PERIÓDICAS CON UN INTERNISTA DE REFERENCIA PARA COMENTARLE LA HISTORIA CLÍNICA Y PLANIFICAR LAS INTERVENCIONES SOBRE EL PACIENTE.
A LA INVERSA, COMUNICACIÓN AL EAP DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES POR ÉL TRATADOS EN HOSPITAL PARA SEGUIMIENTO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NÚMERO DE INTERCONSULTAS ANUALES
- NÚMERO DE PACIENTES COMPARTIDOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - INICIO EN MAYO 2010
- REUNIONES MENSUALES EN AYERBE
- NO DEBIERA TENER FECHA DE FINALIZACIÓN

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· DESPLAZAMIENTOS 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 037

LA CONSULTA DIRECTA CON EL ESPECIALISTA, LA FORMA DE COMPARTIR EL PACIENTE HACIENDO UN SEGUIMIENTO DIRECTO DEL MISMO

2. RESPONSABLE MARIA PAZ SALAMERO ESTEBAN
· Profesión MEDICO
· Centro CS AYERBE
· Servicio/Unidad .. EAP AYERBE
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JOSE MARIA BORREL MARTINEZ-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
FRANCISCO JAVIER TORTOSA CAVERO-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
JUAN JOSÉ MARTÍNEZ TRÍVEZ-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
JOSÉ MARÍA CALVO SANZ-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE
SERGIO NAYA ATARÉS-MÉDICO-CENTRO DE SALUD DE AYERBE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA COMUNICACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA A TRAVÉS DE UN VOLANTE, NO SIEMPRE BIEN CUMPLIMENTADO POR AMBAS PARTES, HACE QUE HAYA ENTRE ELLOS UNA RELACIÓN IMPERSONAL E INCLUSO EN MUCHAS OCASIONES NI SIQUIERA SE CONOZCAN, ADEMÁS DE INDUCIR A EQUIVOCOS Y RETRASOS. ESTO REPERCUTE NEGATIVAMENTE EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. TRASLADAR LA RELACIÓN ENTRE NIVELES A TRAVÉS DE UN VOLANTE A UNA RELACIÓN DIRECTA Y PERSONAL COMENTANDO EL CASO SOBRE LA MISMA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL, PREVIA CITA CON EL ESPECIALISTA DE REFERENCIA DE CADA ESPECIALIDAD

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. CONCERTAR CON LOS DISTINTOS ESPECIALISTAS LAS HORAS POSIBLES PARA INTERCONSULTA, Y ACUDIR A LAS MISMAS CON LA HISTORIA CLÍNICA PARA PLANIFICAR LAS ACTUACIONES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - NÚMERO DE ESPECIALISTAS QUE INTERVIENEN
- NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DE ESTA FORMA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - MAYO 2010
- CALENDARIO PERMANENTE TODO EL AÑO
- SIN FECHA DE FINALIZACIÓN

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· MATERIAL INFORMÁTICO 400 €
· ESCRITORIO 300 €
· DESPLAZAMIENTOS 300 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. Se han obviado en "Otros componentes del equipo" a la línea "OTROS ESPECIALISTAS DEL HOSPITAL SANJORGE" por su inconcreción

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

300

MEJORA EN LA ACOGIDA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO MEDIANTE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN EL DE CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN

2. RESPONSABLE ROSA MARIA BROTO BERNUES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAQUEL MARTÍNEZ SÁNCHEZ- MÉDICA-EAP GRAÑEN-RESPONSABLE FORMACIÓN ACCIDENTAL
LUÍS ALFONSO HIJÓS LARRAZ- DUE-EAP GRAÑEN-RESPONSABLE DE CALIDAD-COORDINADOR ENFERMERÍA
MARÍA NIEVES SARTO SIESO- AUXILIAR ADMINISTRATIVO-EAP GRAÑEN-SERVICIO DE ADMISIÓN-MOSTRADOR
MARÍA MERCEDES ALCUBIERRE LISA- AUXILIAR ADMINISTRATIVO-EAP GRAÑEN-SERVICIO DE AMISIÓN-MOSTRADOR
DOMINGO ARA LAÚNA- MÉDICO-EAP GRAÑEN-COORDINADOR EAP GRAÑEN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación de partida:

Al precisar sustitución, se recurre al Servicio de Personal que selecciona a los candidatos de la Bolsa de Trabajo de Salud. En muchas ocasiones han acudido al puesto personas que no habían trabajado antes y sin ningún conocimiento sobre las herramientas que deben utilizar ni formación alguna sobre las funciones a desempeñar.

Importancia y utilidad del proyecto:

Esta oportunidad de mejora entra de lleno en la filosofía de nuestro Centro de Salud que lleva años inmerso en proyectos de Calidad así como en la mejora continua (estamos preparando la certificación en la norma ISO 9001) y este punto es uno sobre el que es necesario actuar.

Una vez detectado el problema, la laguna existente en la selección del personal que realiza sustituciones, nos planteamos solucionarlo (en la medida que nuestra situación nos permite).

La importancia de esta acción radica en que quienes detectan y padecen directamente el problema, intentan solucionarlo. Es útil porque nos permite formar a nuestros sustitutos con antelación a su incorporación, evitando esto situaciones como tener que dar explicaciones durante la actividad laboral, con la tensión propia del ritmo de trabajo, con los usuarios esperando ser correctamente atendidos y el desánimo que provoca estar realizando un trabajo para el que no se tiene la formación mínima necesaria (recursos, herramientas, nociones básicas, información, habilidades, conocimientos, etc.). Esto provoca un ambiente totalmente desfavorable, que entorpece el adecuado desempeño del trabajo (al que explica porque le impide llevar su ritmo, al que recibe la explicación porque se siente en inferioridad de condiciones e incapaz de desenvolverse con la soltura necesaria, al usuario porque se le desatiende y no recibe la mejor atención posible y lo detecta rápidamente). Además es preciso indicar que está situación también repercute en el funcionamiento del EAP.

Métodos de detección y priorización empleados:

Una vez seleccionado el candidato por el Servicio de Personal y tras la firma del contrato, se le ofrece acudir al Centro de Salud de Grañén, de forma voluntaria, para recibir formación previa relacionada con el puesto de trabajo a desempeñar, durante, al menos dos días previos a su incorporación al puesto para el que ha sido designado, y ha aceptado.

Los candidatos a recibir esta formación no tienen por qué ser exclusivamente designados para realizar la sustitución en nuestro centro. Debido a la normalización de las aplicaciones informáticas que utilizamos y de los procesos, administrativos en este caso, cualquier sustituto puede formarse en Grañén, con independencia de su destino, del Centro de Salud en el que haya de trabajar.

Posibles causas:

Limitación resultante de los Acuerdos firmados entre el SALUD y partes implicadas, Sindicatos, éstos no permiten que se forme al personal inscrito en la Bolsa de Trabajo en virtud de la discriminación que esa formación podría suponer.

Esta formación implica que sea válida, acreditada, en cualquier Comunidad Autónoma y que esté homologada su certificación. El INAEM tiene su propio programa formativo que no refleja, hasta la fecha, la formación específica para este puesto -Auxiliar Administrativo en Centro de Salud de la C.A. de Aragón-.

Fuentes de información:

Se llevó a cabo un sondeo a través del que se contactó con las responsables de Admisión de los Centros de Salud de Huesca ("Huesca Rural", "Perpetuo Socorro", "Pirineos" y "Santo Grial"), con la Responsable de TSI, con el responsable de la Unidad Docente, con el Jefe del Servicio de Personal, con la Dirección de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 300

MEJORA EN LA ACOGIDA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO MEDIANTE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN EL DE CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN

Atención Primaria -todos ellos del Sector de Huesca-, con la oficina del Responsable Funcional de OMI en Zaragoza, con el Responsable de Programas de Formación del INAEM de Huesca, así como con el Delegado Sindical de Sanidad del CSI-Csif en Huesca.

El resultado del mismo fue favorable en todas las ocasiones, esta oportunidad de mejora ya había sido planteada con anterioridad, en otro ámbito, pero no se había llevado a cabo y se apoyó, totalmente, su preparación y puesta en marcha.

Debido a que el proyecto inicial requiere acuerdos a nivel de Servicios Centrales con todos los agentes implicados (INAEM-INEM, Sindicatos, etc.) esta propuesta quedó limitada a la actual

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que los aspirantes a desempeñar el trabajo adquieran los conocimientos y habilidades mínimas necesarias, así como la información adecuada, para realizar con desenvolvimiento el trabajo para el que han sido contratados. Que ni el candidato, ni los usuarios, ni el EAP, padezcan esta dificultad (la no formación)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras contratación, se oferta formación previa voluntaria (dos días anteriores a la sustitución) en el Mostrador del Centro de Salud de Grañen.

Esta formación está dividida en tres bloques:

1. Conocimientos teóricos: ¿Qué es un Centro de Salud? Entorno normativo (Ley 6/2002, Ley 41/2002, LO 15/1999 y Reglamento, y otras de aplicación -LEE, TVA, etc.-). EAP de Grañen.

2. Prácticas informáticas: OMI, PIE, SICAP, BDU, Correo Electrónico Corporativo, Intranet. En este bloque la teoría y práctica se simultanean.

3. Procesos Administrativos: Registro, correspondencia, archivo, historias clínicas,... valija, recepción de avisos, urgencias, comunicación interna. Localización/utilización de recursos de trabajo.

Se impartirá en las instalaciones del Centro, en el Mostrador preferentemente.

El alumno ocupará el puesto de la responsable y utilizará su equipo (previa comunicación a la Subdirección Médica para que autorice acceso al programa) para realizar las prácticas, y familiarizarse con el entorno (recursos) y ambiente de trabajo. Las nociones teóricas se impartirán en la zona interna de Admisión o en la Sala de Juntas.

El responsable dispondrá de un equipo portátil, conectado a la red, para poder solventar posibles demandas puntuales de trabajo y como recurso de apoyo en las explicaciones y prácticas.

Otro material de apoyo:

- Manual de Acogida al Personal Nuevo
- Instrucciones de Trabajo relacionadas
- Manuales de las aplicaciones (OMI, BDU)
- Legislación (que utilizamos habitualmente en el Mostrador como documentación de apoyo)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Anualmente se medirán:

- Encuesta de valoración actividad formativa.
- Evaluación de logros y actitudes. MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE TEST-RETEST

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las actividades propuestas se realizarán durante los días previos a la incorporación del trabajador y consistirán en:

Día 1:	de 9 a 11	Bloque 1
	de 11 a 11:30	Descanso
	de 11:30 a 14	Bloque 2 (OMI y SICAP. PIE)
Día 2:	de 9 a 11	Bloque 2 (BDU)
	de 11 a 11:30	Descanso
	de 11:30 a 14	Bloque 3. Correo Corporativo. Intranet.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 300

MEJORA EN LA ACOGIDA AL PERSONAL ADMINISTRATIVO MEDIANTE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN EL DE CENTRO DE SALUD DE GRAÑEN

En el mes de noviembre, el grupo constituido en esta mejora realizará una valoración de los indicadores.
En diciembre, se incorporaran las nuevas medidas de mejora que puedan surgir

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Tablet con OMI e instalación conexión en el Mostrador	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES. El calendario puede variar atendiendo a diversas circunstancias que puedan surgir por motivos de la demanda asistencial. También puede ampliarse en un día más y en dos horas más según situaciones.
Tenemos experiencia previa con sustitutos que han recibido voluntariamente esta formación y es satisfactoria.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

268

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

2. RESPONSABLE LUIS ALFONSO HIJOS LARRAZ
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS GRAÑEN
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ANA MENDOZA ESCUER -DUE-CENTRO SALUD DE GRAÑEN
 - CARMEN CAMPOS AVELLANA- DUE-CENTRO SALUD DE GRAÑEN
 - CARMEN FIGUERAS ARA-MEDICO-CENTRO SALUD DE GRAÑEN
 - DOMINGO ARA LAÚNA- MEDICO-CENTRO SALUD DE GRAÑEN
 - M^a JESÚS ANDRÉS SOLER DUE-CENTRO- SALUD DE GRAÑEN
 - RAQUEL MARTÍNEZ SÁNCHEZ -MEDICO-CENTRO SALUD DE GRAÑEN
 - ROSA BROTO BERNUÉS-ADMINISTRATIVA-CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Historicamente, las actividades que se realizan en el centro tienen varios orígenes distintos: por un lado el seguimiento de los proyectos de calidad incluidos en Contrato de Gestión y por otro el Programa de Ayuda a las Iniciativas de Calidad de la DGA. 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 la Consultora 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, 5 personas del equipo realizaron en Zaragoza un curso sobre auditorías internas.
- Creación de un grupo de trabajo específico 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 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 los diferentes déficits estructurales: plaza de garaje no cubierta, sala de juntas reducida, acceso sin barreras arquitectónicas, problemas de confidencialidad...
- Después de pasar la auditoría interna se ha realizado 7 informes de No Conformidad: almacén, calibración, satisfacción del usuario, caducidad de medicamentos, uso del libro de Incidencias y los otros relativos a la norma ISO en sí misma (control de documentos, registro y no revisión por Dirección)

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 auditoría de certificación.
- Analizar, implantar medidas de mejora en las distintas NO conformidades.
- Realizar la revisión por la dirección correspondiente al 2010

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 268

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

Gestión por procesos, actividades marcadas por la consultoría asesora de los Servicios Centrales del Departamento de Sanidad.

Implica realizar una serie de actividades:

- Instrucciones de Trabajo,
- 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 las Instrucciones de trabajo. Propietarios

Información de las IT al EAP Propietarios

Divulgación de las IT 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 otras actividades.
- Auditoría de certificación.
- Revisión por la dirección

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.

Actividad Fecha realización

Revisión por la dirección Enero 2010

Reunión EAP para la revisión/seguimiento del sistema Enero 2010

Información al EAP de las IT Febrero 2010

Divulgación de las IT Marzo 2010

Reunión EAP para la revisión del sistema Marzo 2010

Realización de auditoría de Calidad para la certificación. Marzo 2010

Detección de Incidencias 2010

Reunión EAP para la revisión del sistema Junio 2010

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

Reunión EAP para la revisión del sistema Septiembre 2010

Reunión EAP para la revisión del sistema Diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Deficits estructurales(acorde con `plan de necesidades)	3.000 €
· Formación/libros	1.500 €
· Asistencia a Congreso SECA	1.200 €
Total	5.700 €

11. OBSERVACIONES. A pesar de existir como queda manifestado un Grupo de Trabajo específico para la norma ISO; se han incluido a todos los miembros del EAP, ya que este proyecto agrupa a los proyectos que se realizaban en este EAP. Consideramos la importancia de la participación de todos los profesionales, por el

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

268

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

caracter motivador que supone la participacion en el programa de apoyo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 195

MEJORA EN LA RECEPCION, ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE JACA Y SABIÑANIGO

2. RESPONSABLE CARMEN CINCA MONTERDE
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS JACA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA JOSE GARCIA RUBIO-PSICOLOGO CLINICO-UNIDAD SALUD MENTAL DE JACA Y SABIÑANIGO
ALFREDO GURREA ESCAJEDO-MEDICO PSIQUIATRA-UNIDAD SALUD MENTAL DE SABIÑANIGO
TERESA ABADIA BAYONA-MEDICO PSIQUIATRA-UNIDAD SALUD MENTAL DE JACA
ELENA PEREZ TURRAU-TRABAJADORA SOCIAL-CENTRO DE SALUD DE JACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto va dirigido a la mejora de la calidad de la asistencia en dos Unidades de Salud Mental, ubicadas en dos Centros de Salud diferentes: Jaca y Sabiñanigo.

- 1.- Se han observado deficiencias en la recepción de los pacientes que acuden a las Unidades de Salud Mental.
- 2.- Las instalaciones no reúnen las condiciones mínimas de confidencialidad dado que la zona de espera de los pacientes está muy próxima a las consultas de los profesionales y el sonido se filtra pudiendo escuchar durante la espera lo acontecido en el interior.
- 3.- Necesidad de actualizar el registro de los pacientes con trastorno mental grave

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Facilitar la recepción de los pacientes de primera visita a la Unidad de Salud Mental con información escrita del Servicio.

- 2.- Mejorar la confidencialidad.
- 3.- Actualizar el registro del Trastorno Mental Grave

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realizar documento informativo del Servicio que servirá de guía para el contacto posterior del paciente.

- 2.- Realizar las mejoras en los medios físicos existentes para garantizar la confidencialidad.
- 3.- Realizar un registro de los pacientes con trastorno mental grave con constancia de las incidencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Instalación de soporte sonoro en la sala de espera

- 2.- Entrega del documento de recepción al 90% de los pacientes en su primera visita
- 3.- Inclusión en el registro del 85% de los pacientes con TMG
- 4.- Seguimiento de las incidencias del 85% de los pacientes con TMG que figuran en el registro.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Realización del registro y del documento de recepción entre los meses de Marzo y Abril

- 2.- Seguimiento de los pacientes que aparecen en el registro con las incidencias ocurridas entre los meses de Mayo y Noviembre, agregando los pacientes que acuden por primera vez.
- 3.- Evaluación de la satisfacción de los pacientes y del registro realizado.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Equipo de sonido 400 €
- Ordenador portatil 500 €
- Impresora Laser 400 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 195

MEJORA EN LA RECEPCION, ATENCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE JACA Y SABIÑANIGO

· Material de imprenta	200 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

215

EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE JACA Y DE SABIÑANIGO CON ALTERACIONES QUE SUGIEREN LA PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA RUBIO

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro CS JACA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMEN CINCA MONTERDE-ENFERMERA DE SALUD MENTAL-UNIDAD SALUD MENTAL DE JACA Y SABIÑANIGO
ALFREDO GURREA ESCAJEDO-MEDICO PSIQUIATRA-UNIDAD SALUD MENTAL DE SABIÑANIGO
TERESA ABADIA BAYONA-MEDICO PSIQUIATRA-UNIDAD SALUD MENTAL DE JACA
ELENA PEREZ TURRAU-TRABAJADORA SOCIAL-CENTRO DE SALUD DE JACA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proyecto va dirigido a la mejora de la calidad de la asistencia en dos Unidades de Salud Mental, ubicadas en dos Centros de Salud diferentes: Jaca y Sabiñanigo. En las últimas décadas se ha producido un envejecimiento de la población y en algunas zonas, como el ámbito rural este proceso es más acusado. Esta situación demográfica actual ha llevado al incremento de pacientes de edad avanzada que necesitan una evaluación adecuada de los síntomas que presentan para poder realizar un diagnóstico clínico integral, identificando los signos neurológicos y localizando las áreas de compromiso funcional que son difíciles de diagnosticar a través de técnicas (RM, TAC, etc)

Además sabemos que una lesión topográfica concreta identificada por otras vías no implica una manifestación neurologica obligada por lo que resulta imprescindible especificar el estado funcional de los pacientes a través de una exploración neurofisiológica sistematizada.

- 1.- Realizar una adecuada valoración del funcionamiento cognitivo y en su caso del deterioro de los pacientes seleccionados
- 2.- Detectar la disfunción cerebral sin métodos invasivos
- 3.- Ausencia de un protocolo que permita orientar y dirigir el trabajo de forma homogénea

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Realización de un protocolo de evaluación adecuado en función de la derivación, la anamnesis y de la presencia o no de déficits.

- 2.- Realización de diagnóstico precoz y preciso.
- 3.- Elaborar un perfil cognitivo con fortalezas y debilidades

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Realización del protocolo de evaluación considerando un esquema teórico general y analizando tres dimensiones:

Cognición: funciones receptoras (sensación y percepción)

Clasificación e integración de estímulos externos (memoria y aprendizaje)

Imágenes mentales que organizan la actividad psíquica: pensamiento (razonamiento juicio y abstracción)

Conductas observables: funciones expresivas.

Emoción: incluye fundamentalmente sentimientos y motivación que pueden estar afectados por la propia alteración cerebral o como reacción a los cambios.

Funciones ejecutivas: iniciativa, autocontrol, capacidad de planear, organizar su conducta, así como la flexibilidad de pensamiento y comportamiento.

- 2.- Evaluar según el protocolo a los pacientes adaptándolo a las características particulares de cada caso.
- 3.- Realizar un diagnóstico y orientación terapéutica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Realizar el protocolo incluyendo las áreas anteriormente indicadas.

- 2.- Evaluar a los pacientes según el protocolo de su sintomatología específica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 215

EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE JACA Y DE SABIÑANIGO CON ALTERACIONES QUE SUGIEREN LA PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO

- 3.- Realizar diagnóstico y orientación terapéutica al 80% de los pacientes evaluados
- 4.- Realizar el seguimiento de la utilidad de la nueva evaluación en colaboración con los Servicios del Neurología, Psiquiatría y Atención Primaria, según el caso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.- Se realizará el protocolo en el mes de marzo
2.- Se iniciará la evaluación siguiendo el mismo entre los meses de abril a octubre
3.- Se evaluará la eficacia del diagnóstico en los meses de noviembre y diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Pruebas neuropsicológicas	800 €
· Ordenador portatil	500 €
· Impresora Laser	400 €
· Material de imprenta	200 €
Total	1.900 €

11. OBSERVACIONES.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 028

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE FORMACION ACTUALIZADA Y DE RESOLUCION DE DUDAS DEL PROGRAMA OMI-AP A LOS PROFESIONALES SANITARIOS

2. RESPONSABLE EVA AGUARON JOVEN
· Profesión MEDICO
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA FAMILIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAITE GARCÍA RUIZ-MEDICO DE FAMILIA-EAP SANTO GRIAL
LUIS HIJOS LARRAZ-ENFERMERO-EAP GRANÉN
FERNANDO GRIMAL ALIACAR-TECNICO SALUD AP-DAP HUESCA
CARMEN QUINTANA VELASCO-SUBDIRECTORA MEDICO-DAP HUESCA
SANTIAGO MARTELES CASAJUS-DIRECTOR ENFERMERÍA-DAP HUESCA
VICTORIA RAMIREZ ALESON-DIRECTORA AP-DAP HUESCA
MARIANO RODRIGUEZ TORRENTE-MEDICO-JEFE ESTUDIOS-UNIDAD DOCENTE MFYC-DAP HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La implantación de OMI-AP, incluida en el plan de sistemas del Gobierno de Aragón, finalizó a comienzos de 2009 en el sector de Huesca. Se trata de una herramienta necesaria y útil para toda la organización, por lo tanto de necesario conocimiento. Se han detectado necesidades de mejora en la formación del profesional sanitario para solventar el trabajo diario. Se ha realizado un gran esfuerzo de registro y adecuación a la explotación de datos para la evaluación del contrato de gestión. No obstante es importante crear un sistema de mejora continua al respecto que de solución al profesional

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Formación del entorno OMI-AP dirigida a problemas de registro. Resolución de dudas de manejo de la herramienta. Todos los profesionales de AP de nuestro sector podrán acceder a este programa de actualización

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones formativas a lo largo del año 2010, de 90 minutos de duración, tanto presenciales como a distancia (videoconferencia). Cada tema se imparte dos veces en la misma semana para facilitar la asistencia. Se solicitarán los permisos necesarios para uso de OMI-AP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de sesiones realizadas
Nº de profesionales asistentes
Evaluación post curso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De un año a partir de la selección del proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Material informático 700 €
Total 700 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 117

APLICACION DE VIDEOGRABADO DE TERAPIA PSICOLOGICA, PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

2. RESPONSABLE CARMEN BAILIN PERARNAU
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Servicio/Unidad .. UNIDAD SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERESA SANTOS GALLEGO-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
MERCEDES GUISERIS COLAS-UNIDAD DE DROGODEPENDENCIAS
M^a JOSÉ GARCÍA RUBIO-CENTRO DE SALUD DE JACA
GEMMA ORTEGA FRANCO-CENTRO DE SALUD PIRINEOS DE HUESCA
PILAR CALVO MATA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA Y UTILIDAD
El uso del videograbado como sistema de trabajo en el tratamiento psicológico ha sido extensamente utilizado en la formación de psicoterapeutas a lo largo de más de 4 décadas en países desarrollados. En España, las primeras experiencias datan de los años 70, si bien normalmente en centros privados. En los últimos años es creciente el número de centros públicos que han ido incorporando la tecnología del videograbado, como sistema de mejora de la aplicación del tratamiento psicológico. La grabación de las sesiones de psicoterapia permite mejorar la habilidad comunicativa y la revisión de los casos en equipo, además de ser útil en la labor docente de psicólogos en formación (pre-grado y residentes de la especialidad en Psicología Clínica) y de otros profesionales de la salud mental.

La reciente acreditación del Sector de Huesca para la formación de psicólogos internos residentes (PIR) hace necesaria la actualización de los sistemas docentes para aportar una formación de calidad. Esta técnica permite la formación desde 2 experiencias diferenciadas: en un primer momento, el residente puede desarrollar la observación participante por medio del audio y video (monitor); en un segundo momento el tutor o supervisor del rotatorio puede revisar en directo la práctica profesional del psicólogo residente en formación, una vez éste haya desarrollado habilidades psicoterapéuticas básicas. Este método permite la corrección más ajustada de las intervenciones psicológicas en el entrenamiento clínico.

Además, la técnica mejora la labor de equipo entre los profesionales de la Unidad, y las habilidades terapéuticas de los profesionales que, también, podrían asistir a las sesiones de tratamiento en vídeo. Esto es más relevante en aquellos casos que son considerados por los profesionales en activo como especialmente complejos, que requieren de una supervisión conjunta, lo que contribuye a la mejora de la calidad asistencial.

Obviamente, la implementación del videograbado requiere previamente, como condición indispensable, la autorización escrita del paciente, por medio de consentimiento informado.

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN
Se conoce el sistema desde hace tiempo y siempre se ha reconocido como útil para propósitos docentes y profesionales. Por tanto, no se han utilizado sistemas de detección y priorización.

SITUACIÓN DE PARTIDA:
Ausencia de tecnología de videograbado.

POSIBLES CAUSAS:
Tal vez, el motivo sea que hasta el momento actual no se había contado con profesionales en formación dentro de la especialidad de Psicología Clínica en el Sector de Huesca.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 117

APLICACION DE VIDEOGRABADO DE TERAPIA PSICOLOGICA, PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

FUENTES DE INFORMACIÓN:

- Cursos de supervisión de casos en Salud Mental, recientemente programados en Huesca
- Líneas prioritarias de Salud en estrategias formativas: Uno de los objetivos formativos en Salud Mental es la psicoterapia.
- Numerosa bibliografía de terapia psicológica, fundamentalmente de enfoque cognitivo conductual y familiar sistémico

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Actualización profesional

- Mejora de la calidad asistencial.
- Mejora de la docencia PIR

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Videograbado de sesiones de psicoterapia (Carmen Bailín, Teresa Santos)

- Preparar los dispositivos de grabación antes de las sesiones (Carmen Bailín, Teresa Santos)
- Elaborar un modelo de consentimiento informado y pedir autorización previa a las familias (Carmen Bailín).
- Revisar las sesiones en directo y algunas en diferido con otros profesionales de la USMIJ, si se considerase oportuno (Carmen Bailín, Teresa Santos, Mercedes Guisris, Colas, M^a José García Rubio, Gemma Ortega Franco)
- Actualizar los recursos de grabación (DVD o disco duro), almacenarlos con seguridad en la Unidad, en el caso de no poder almacenar la información por medio de la red y apoyos administrativos (Pilar Calvo Mata)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de casos videograbados/año (registro en la USMIJ).

- N° de casos supervisados en el PIR/año (registro en la USMIJ)
- N° de casos tratados y supervisados en equipo por los profesionales mencionados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2010: Instalación de los recursos técnicos y pruebas, elaboración del consentimiento informado.

Julio 2010: Inicio del videograbado.

Diciembre de 2010: Registro de los indicadores, evaluación y seguimiento

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Cámara de video grabado y microfono exterior	579 €
Total	579 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

256

CONTROL CONTINUO DE CALIDAD EN PACIENTE DIABETICOS TIPO 2

2. RESPONSABLE JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA

- Profesión MEDICO
- Centro CS PIRINEOS
- Servicio/Unidad .. MEDICINA DE FAMILIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuanto al control de glucemias, trastornos asociados del síndrome metabólico y prevención de complicaciones. Utilidad del tratamiento más intensivo según diversos estudios (UKPDS, ACCORD, ADVANCE, VADT) disminución del RR de eventos CV en un 50% (STENO-2) y es más barato el tratamiento de un paciente sin complicaciones (CODE-2). Se ha detectado en distintos cortes a través de OMI-AP que las HbA1c están muy elevadas y se priorizan las que son superiores al 8%. Partimos de la base de que solo alrededor del 20% están con buen control metabólico y el resto fuera del objetivo de HbA1c del 7% que recomiendan las sociedades científicas: ADA, GEDAPS, SEMERGEN. Las causas no solo son del paciente sino por falta de intervención o formación del profesional para lo que se ha previsto de 4 a 8 sesiones clínicas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. . .

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el control metabólico: Hb A1c del 7%. Mejorar patologías acompañantes del síndrome metabólico. Disminuir complicaciones agudas y crónicas. Disminuir el gasto farmacéutico más a largo plazo

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Según lo recomendado por la ADA y la EASD: Usar de preferencia terapias bien validadas: Cambio en el estilo de vida + metformina + insulina basal. Como segunda opción terapias menos validadas: Agonistas GLP-1 y pioglitazona. Conseguir así insulinización más precoz, ahorro en terapias no bien validadas, mejora del control metabólico y disminución de yatrogenia e hipoglucemias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. HbA1c cada 3-6 meses. Perfiles glucémicos en los que precisen intervención prioritaria con insulina. Otros parámetros del síndrome metabólico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Ya estamos recogiendo datos. Inicio oficial si se aprueba el plan. No tiene fin al ser un plan de mejora continua

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Se me cierra la Web. Completare datos cuando se apruebe el plan

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 191

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEPENDIENTES DOMICILIARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

M^a JESÚS ULLOD-ENFERMERA-CENTRO SALUD SARIÑENA-COORDINADORA DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA
SALOMÉ PILARCÉS-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-CENTRO SALUD SARIÑENA-AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
PEDRO SÁNCHEZ-TRABAJADOR SOCIAL-CENTRO SALUD SARIÑENA-TRABAJADOR SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA
CARMEN CLEMENTE-ENFERMERA-CENTRO SALUD SARIÑENA-ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Plan Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud establece como una de las estrategias el aumento de la seguridad de los pacientes, y en concreto, la prevención de las úlceras por presión (UPP) en pacientes de riesgo. Existe un creciente número de usuarios con dependencia grave o total que son cuidados en sus domicilios, la mayoría de estos pacientes presentan un alto riesgo de desarrollar UPP.

En diciembre de 2008, en el Centro de Salud de Sariñena, el número de pacientes atendidos en sus domicilios con dependencia grave (Barthel menor o igual que 35) era de 32, de los cuales 22 pacientes presentaban dependencia total (Barthel menor o igual que 20).

Los protocolos de prevención y los grupos de expertos, como el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNAUPP) recomiendan el uso en todos los niveles asistenciales de una superficie especial de manejo de la presión (SEMP) adecuada, según riesgo y situación clínica del paciente.

En casos de alto riesgo de padecer UPP, las superficies indicadas serían las SEMP dinámicas, colchones y cojines de aire alternante.

El disponer de dichas SEMP hará posible la implantación de la mayoría de las recomendaciones de los protocolos de prevención y tratamiento, que de otra manera resultan incompletos e ineficaces. Repercutirá en disminuir la incidencia y prevalencia de UPP, con el consiguiente aumento de la calidad de vida de la población dependiente y el ahorro en costes sanitarios (tiempos de enfermería, recursos materiales, tratamiento de complicaciones, estancias y reingresos hospitalarios). El disponer de SEMP hará necesaria la elaboración de una estrategia de gestión de las mismas que optimice su uso: valoración y cuantificación del riesgo de los pacientes y criterios de asignación de las mismas a la población

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la incidencia y prevalencia de úlceras por presión en pacientes grandes dependientes domiciliarios del Centro de Salud de Sariñena

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Adquisición de SEMP. Proveedor Smith-Nephew (exite experiencia en el Sector con dicho proveedor que ofrece garantía del material y facilita el mantenimiento y la reparación de las superficies especiales) .Responsable: E.Lorena Mairal Salinas.

-Diseño de una estrategia de gestión de SEMP que optimice su uso:

-Elaboración de protocolo de asignación, que contemple el riesgo, la situación previa, las condiciones sociosanitarias y de recursos.

-Definir el circuito de distribución, limpieza y mantenimiento de dichas SEMP.

Responsables: E. Lorena Mairal Salinas y M^a Jesús Ullod

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de pacientes con SEMP en atención domiciliaria del Centro de Salud de Sariñena/N° de pacientes con criterios de SEMP en atención domiciliaria del Centro de Salud de Sariñena

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 191

MEJORA EN LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DEPENDIENTES DOMICILIARIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Nº de pacientes con UPP/Nº de pacientes grandes dependientes en atención domiciliaria

Durante el 2010 se recogerán datos para monitorizar estos dos indicadores. Fuente: enfermera/os del Centro de Salud de Sariñena.

Nº de pacientes con SEMP de prevención que desarrollan UPP/Nº de pacientes con SEMP.

Este indicador se medirá si se decide priorizar la estrategia de prevención y una vez iniciado el programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo-Junio 2010:

- Elaboración del protocolo de asignación
- Recogida de datos para monitorización de indicadores

Segundo semestre 2010 o a la concesión del presupuesto:

- Implementación de la estrategia de asignación de SEMP

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 3 sobrecolchones modelo Aerocare 1050-S, referencia 54601050S-90	1.800 €
· 2 cojines de aire alternante modelo 550, referencia 5460550	450 €
Total	2.250 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

EVALUACION DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO Y SU DIFUSION

2. RESPONSABLE GEMMA ORTEGA FRANCO
- Profesión PSICOLOGO/A
 - Centro CS PIRINEOS
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARMEN BAILÍN PERARNAU-PSICÓLOGA CLÍNICA-USM INFANTO JUVENIL
MERCEDES GUISERIS COLAD-PSICÓLOGA CLÍNICA-UNIDAD DORGODEPENDENCIAS
M^a JOSÉ GARCÍA RUBIO-PSICÓLOGA CLÍNICA-UMS JACA
TERESA SANTOS GALLEGO-PSICÓLOGA-USM INFANTO JUVENIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA Y UTILIDAD

Aportar datos sobre el análisis de resultados en la terapia psicológica es relevante para mejorar la asistencia y para el conocimiento científico, orientado a la evidencia. Obtener información y difundirla sobre los tratamientos psicológicos efectivos es necesario para guiar la práctica profesional, orientar la formación continua e informar a la comunidad científica y también a los responsables de la gestión sanitaria.

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN

Desde 2007 en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) de Huesca se han puesto en marcha procesos para sistematizar y evaluar un modelo de Terapia Sistémica Breve.

Desde 2008 a 2010 en la USMIJ de Huesca se está realizando un Proyecto de Investigación FIS (expte.: PI071043) Una de sus líneas de estudio se centra en la valoración de la efectividad del tratamiento psicológico.

Durante 2010 se estará en disposición de poder informar y divulgar los resultados de estas 2 acciones profesionales y de investigación. Habitualmente el grupo de profesionales asume de forma personal y desinteresada el coste de este tipo de actividades profesionales y esta difusión del conocimiento.

SITUACIÓN DE PARTIDA

- El grupo de trabajo ha dejado de asistir a actividades profesionales por imposibilidad de asumir el coste de las mismas.
- Ausencia de presupuesto para la divulgación del conocimiento y acciones profesionales relacionadas con la psicología clínica

POSIBLES CAUSAS

Dificultades para obtener fuentes de financiación independientes para la divulgación de temas relacionados con el tratamiento psicológico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (1994): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley
- Duncan, Hubble y Millar (2003): Psicoterapia con casos imposibles. Barcelona: Paidós
- Fisch (2002): Cambiando lo incambiable. La Terapia Breve en casos intimidantes. Barcelona: Herder
- Lambert (2003): Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York; Wiley
- Miller, S.D., Duncan, B.L. y Hubble, M.A. (1997): Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice. New York: Norton.
- Rodríguez-Arias y Venero Celis (2002): Terapia Sistémica Breve. Guía para sistematizar el tratamiento psicológico. Madrid: Editorial CCS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la práctica asistencial

- Divulgar datos sobre tratamientos psicológicos efectivos a la comunidad profesional, científica y a la gestión sanitaria
- Contribuir a la formación continua de los profesionales de la salud mental

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de los protocolos de sistematización del tratamiento (Carmen Bailín, Gemma Ortega, Teresa Santos)

- Seguimiento y evaluación de los casos por medio de los registros de la historia clínica y cuestionarios de seguimiento (Gemma Orteta, Carmen Bailín y Teresa)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

211

EVALUACION DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO Y SU DIFUSION

Santos)

- Redacción de documentos de comunicación de resultados (artículos, presentaciones, asistencia a foros de divulgación profesional): Carmen Bailín, Gemma Ortega, Teresa Santos, Mercedes Guiseris, M^a Jose García

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes con evaluación del tratamiento psicológico

- Datos finales del resultado de la intervención psicológica: % de éxito, % de abandono, % de recaída, % fracaso
- N° de producciones científicas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Desde Marzo a Junio de 2010: Registro de casos tratados con psicoterapia en la USMIJ durante 2007 y 2008 (hoja excel)

- Desde julio a septiembre de 2010: Evaluación de resultados (revisión de historias clínicas y cuestionario de seguimiento)
- Octubre-Noviembre de 2010: Análisis de resultados y redacción de documentos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Asistencia a reuniones profesionales nacionales ... (*)	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. (*) Asistencia a reuniones profesionales nacionales o internacionales, desplazamientos, alojamiento y dietas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 052

1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ANA MARIA RIVERA FUERTES

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANA MARÍA RIVERA FUERTES-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS
ANTONIO CASTILLÓN FANTOVA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS
JUAN MANUEL JIMÉNEZ HEREZA-PEDIATRA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS
TERESA FRANCO SANAGUSTÍN-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS
PILAR COARASA MONTER- ENFERMERA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS
MAYTE SÁNCHEZ VELILLAS- ENFERMERA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS

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

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Martínez F, Herrera Silva J, Aguilar Luque J. Management of cronic pain in Primary Health Care. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 453-459
2. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo- Wraak G. Prevalence of pain in general practice. EurJ Pain.2002;6(5):375-85.
3. Alonso García, L . Uso de analgésicos en el centro de salud. Medicina general 2005; 76 (506-10)
4. Peña Forcada E et al. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. SEMERGEN 2008; 34 (10) 502-6
5. Medina Sánchez P, Téllez Hernández A. Hallazgos endoscópicos en una población de pacientes con enfermedades reumáticas bajo tratamiento con

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

052

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

antiinflamatorios no esteroides RSPYN [en línea] 2003 febrero 3. 2 URL disponible en: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/imss-2003/resumenes/60.htm>

6. Arroyo Villarino M, Alcedo González J, Lanás Arbeloa A. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos Medicine, Serie 9, Nº. 2, 2004 (Ejemplar dedicado a: Enfermedades del aparato digestivo (II). Tracto digestivo superior) , pags. 75-83

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

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

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

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

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

12. Organización Mundial de la Salud .Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/99.1).

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

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

15. Jonathan Roberts, DM. Mapping the evidence base and use of acupuncture within the NHS. Department of Public Health and Epidemiology West Midlands Health Technology Assessment Group. University of Birmingham, DPHE 2007, report number 59.

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

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

- Proporcionar una alternativa de tratamiento válida a los pacientes con patologías que contraindiquen el tratamiento farmacológico habitual (alergias, insuficiencia renal crónica, intolerancias digestivas, etc)
- Iniciar así una actividad declarada de interés por la OMS, con la calidad y rigor científico en la praxis de la misma que recomienda esta organización; y que ya está dentro del sistema sanitario público en varios países de nuestro entorno

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizará en el Centro de Salud una sesión informativa para que los médicos del centro conozcan los criterios de inclusión y exclusión en el estudio, y puedan así derivar a los pacientes. Se instaurará una consulta programada de acupuntura de 2-4 horas a la semana. En la primera visita la Dra Rivera (Máster en Acupuntura y Moxibustión por la Universidad Complutense de Madrid), realizará el diagnóstico e indicará el plan terapéutico según el protocolo adjunto. Se le explicará al paciente procedimiento, efectos secundarios, contraindicaciones, y se le entregará un consentimiento. Se valorará el tipo y la intensidad del dolor, así como su interferencia en la calidad de vida mediante cuestionarios validados. Posteriormente con colaboración de enfermería y fisioterapia, se realizarán las sesiones de acupuntura, con periodicidad de 1 a la semana, y un máximo de 8 sesiones por paciente, al término de las cuales se valorará la eficacia del tratamiento y si ha sido posible reducir el consumo de fármacos

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 052

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

Se valorará la disminución del consumo de AINES y fármacos asociados al problema de dolor (miorrelajantes, ansiolíticos, analgésicos, inhibidores de la bomba de protones) tomado, valorando el número de comprimidos consumidos a la semana, y su precio, antes y después del tratamiento
Se introducirán los datos en una base de datos creada con este fin, en la que además de los indicadores de mejoría, se introducirán los puntos de acupuntura empleados, el uso o no de electroestimulación o moxibustión, la aparición de efectos secundarios, etc.
Se realizará el análisis estadístico de los datos utilizando el paquete SPSS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio 1 abril de 2010, primera evaluación con cuantificación de datos en 6 meses, luego anualmente mientras dure el proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Electroestimulador de acupuntura x 2	800 €
· Material fungible (agujas, conos de moxa)	500 €
· Atlas de acupuntura	90 €
· Sistema estadístico SPSS	1.000 €
· Ordenador portátil con Office	1.000 €
Total	3.390 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

409

PROYECTO DE ATENCION A CUIDADORES. CUIDAR CON SALUD

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES RODRIGUEZ PEREZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS PIRINEOS
· Servicio/Unidad .. EAP PIRINEOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AURORA SANZ JACA- MATRONA- EAP PIRINEOS
PEDRO SÁNCHEZ LÁZARO- TRABAJADOR SOCIAL- EAP PERPETUO SOCORRO
ANA CRISTINA ZAMORA MOLINER- ENFERMERA- ESAD HUESCA
M SOL UGARTE FARRERONS- ENFERMERA USM PIRINEOS
ANTONIO CASTILLÓN FANTOVA- MÉDICO EAP PIRINEOS
TERESA FRANCO SANAGUSTÍN- ENFERMERA EAP PIRINEOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cuidador principal es aquella persona normalmente de la familia que va asumiendo la mayor parte de las tareas del cuidar. Son un colectivo numeroso y oculto que sufre en soledad y presenta problemas de agotamiento físico y/o psíquico, estrés, ansiedad, soledad..., se exponen a un gran desgaste. A menudo, llevados por las necesidades, pueden llegar a descuidar su salud. Desde el Centro de Atención Primaria se detectan muchos casos de pacientes cuidadores sometidos a situaciones que les desbordan. Uno de los objetivos de los servicios sanitarios es ofrecer pautas que contribuyan a prevenir la enfermedad y cuidar la salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende conseguir mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Mejorar la autoestima y por consiguiente su estado de ánimo. Fomentar las actividades de ocio en el cuidador. Combatir la soledad. Manejar las emociones conflictivas surgidas del cuidado del enfermo. Se pretende constituir grupos de apoyo para que puedan tener un soporte emocional dándoles herramientas y las infraestructuras que ofrece el Centro de Salud. Este proyecto consta de dos partes: una inicial con 10 sesiones de apoyo psicosocial y emocional y una segunda que consta de una serie de charlas de personal sanitario que ayude a satisfacer las necesidades del cuidador

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 10 sesiones de una hora y media un día a la semana. 3 sesiones informativas sobre demandas de los cuidadores. Talleres con roll playing para trabajar las emociones Talleres de esculturas Terapia de grupo Sesiones de trabajo en la autoestima Sesiones de trabajo en el duelo Métodos para trabajar distintas técnicas que incidan en el autocuidado, relajación, manejo de sentimientos y emociones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. número de personas que vienen a las sesiones / número de personas inscritas dividido por número de pacientes detectados cuidadores

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo reunión del equipo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

041

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

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SANTOS GALLEGO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARMEN BAILÍN PERARNAU-FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA-USMIJ. C.S.PIRINEOS DE HUESCA
MERCEDES GUISERIS COLÁS-FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA-UNIDAD DE DROGODEPENDENCIAS DE HUESCA
MARÍA JOSÉ GARCÍA RUBIO-FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA-USM DE JACA

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

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

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

VENTAJAS QUE OFRECE:

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

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

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN:

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

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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

041

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

calidad y el nivel formativo de los residentes en Psicología Clínica que rotan por ellas.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

Desde la Comisión de Formación Continua del Sector de Huesca se realizan a lo largo del año diversos cursos formativos para los profesionales de la Salud Mental. En concreto, en noviembre de 2009 se ha llevado a cabo el curso de introducción a la técnica de EMDR, impartido por un profesional de la Psicología Clínica especialista en tal método. Tal curso introductorio ha servido como acercamiento a la utilidad y el conocimiento de las ventajas y aplicaciones que supone la utilización de EMDR en la consulta de Salud Mental, tanto en el caso de la población infanto-juvenil, como en la de adultos. Sin embargo, este primer acercamiento, aunque útil, no es suficiente para posibilitar el poner en marcha la aplicación de la técnica si no se cuenta más allá de ello con una formación en mayor profundidad. De ahí por tanto que se haga la presente demanda.

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

POSIBLES CAUSAS:

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

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Lovett, J. (1999) La curación del trauma infantil mediante EMDR. Ed. Paidós, S.A.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003) Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces I. Adultos. Ed. Pirámide.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003) Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud. Ed. Pirámide.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003) Guía De Tratamientos Psicológicos Eficaces III. Infancia y Adolescencia. Ed. Pirámide.

Pérez Sales, P. (2006) Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora. Ed. Desclée de Brouwer, S.A.

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

Van der Kolk, B. A. et al. (2007) A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance. Journal of Clinic Psychiatry, 68:0, 1-10.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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

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

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

- A nivel asistencial: atención a cada caso particular estudiando y revisando la conveniencia terapéutica de aplicar la utilización del EMDR.

- Hacer posible el ofrecer al paciente un método de gran eficacia y de primera elección para su trastorno.

- Explicar al paciente y a sus familiares las ventajas de este método, así como su utilidad y las características de su uso, pidiendo finalmente su aprobación para utilizarlo.

1. TÍTULO

CURSO DE MASAJE INFANTIL PARA FAMILIAS CON BEBES

2. RESPONSABLE AURORA SANZ JACA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS PIRINEOS
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PATRICIA GÓMEZ DÁVILA - 2º EIR MATRONA - CENTRO DE SALUD PIRINEOS
ENCARNA HIGUERA RUIZ - 2º EIR MATRONA - CENTRO DE SALUD PIRINEOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dada la actual vida familiar, en nuestra sociedad, han disminuido los apoyos con los que antiguamente contaba la madre y el recién nacido.

En este tiempo hasta los tres años debe crearse el vínculo afectivo del recién nacido con su madre y posteriormente, con su padre, para lograr su supervivencia física y psíquica, a fin de conformarse la urdimbre afectiva que será la trama base de la personalidad de adulto. A su vez, la madre encontrará un espacio en el que manifestar sus dudas al desempeñar su nuevo rol de madre, perdiendo los miedos y adquiriendo seguridad y autoestima al comprobar que realiza correctamente este papel. Ello mejorará el desarrollo psicomotor del niño en su primer año de vida y siguientes, y fomentará unas relaciones familiares armoniosas.

El masaje infantil mejora las relaciones entre todos los miembros de la familia y hará percibir al bebé como un ser independiente y humano que es.

Este proyecto contempla las líneas de intervención del SALUD. Y dispone a los profesionales a prestar a los usuarios unos cuidados "excelentes", alcanzando la mejora en el proceso asistencial de madre e hijo.

Las Matronas de Atención Primaria, profesionales de SALUD, dada la estrecha vinculación que realizan con la mujer desde el inicio de su embarazo hasta el postparto, son unos de los profesionales más adecuados para impartir estos cursos de masaje infantil, en tanto en cuanto hayan sido formadas en este aspecto. A la vez, pueden transmitir estos conocimientos a las Matronas en formación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejora de la vinculación afectiva materno/paterno filiales, para mejorar las relaciones familiares y el apoyo de los miembros de dicha unidad familiar ante la llegada de un nuevo miembro a la familia.

2. Apoyo emocional a madres/padres en el periodo perinatal, ayudando a implicar y promover los cuidados proporcionados por el padre.

3. Promover la adquisición de conocimientos e información objetiva sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los cuidados infantiles, para fomentar la prevención en salud mental infanto-juvenil en relación a problemas de vinculación afectiva que posteriormente redundará en una reducción de psicopatología en niños y adolescentes.

4. Mejora en los cuidados físicos y psicológicos de los niños, desarrollando recursos, habilidades y estrategias para una crianza feliz y saludable.

5. Aprendizaje de técnicas en el manejo de las conductas infantiles que promuevan vínculos afectivos materno y paternofiliales saludables como estrategia de prevención en salud mental materno-paterno-infantil-juvenil.

6. Aumentar los beneficios derivados de la aplicación del programa de Atención Integral a la mujer.

7. Prevenir estados ansioso-depresivos en los cuidadores infantiles, disminuyendo los riesgos físicos, psíquicos y sociales del proceso de embarazo, parto y crianza.

8. Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos.

9. Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.

10. Mejorar la autonomía y responsabilidad de las mujeres y hombres sobre su salud y la de sus hijos, mejorando la vinculación afectiva materno/paterno filial

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Cursos para bebés de 2 a 5 meses, priorizando la asistencia de madres con dificultades emocionales, bebés con algún tipo de discapacidad u otro riesgo a considerar.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 275

CURSO DE MASAJE INFANTIL PARA FAMILIAS CON BEBES

- 1 Matrona titular en propiedad de la plaza y 2 EIR Matrona de 2º curso de formación de residentes, que realizan su formación práctica en Atención Primaria en el Centro de Salud Pirineos.
- Grupos de 5-6 bebés acompañados por sus familiares.
- Sesión de 90 minutos/semana: teoría y práctica.
- Curso: 5 semanas de duración/familia
- Lugar: sala de preparación al parto del C.Salud Pirineos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de asistentes a cada sesión/número de puérperas a las que se les ofertó el servicio en la visita de control postparto realizada por la matrona en el centro de salud.
- Número de abandonos/número de asistentes a la primera sesión
- Encuestas de satisfacción específicas para la actividad, valorando la mejora en los niveles de ansiedad y problemas afectivos en padres y madres, así como en la evolución del desarrollo psicomotor del bebé

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio enero 2010, finalización diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipo música HIPI	300 €
· Altavoces 5.1	150 €
Total	450 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 276

1. TÍTULO

CONTINUIDAD EN LA EDUCACION SEXUAL/REPRODUCTIVA DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRIA A LA DE ADULTO

2. RESPONSABLE MARIA SOL UGARTE FARRERONS
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CS PIRINEOS
· Servicio/Unidad .. EAP PIRINEOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^aDOLORES RODRIGUEZ PEREZ- TRABAJADORA SOCIAL- EAP PIRINEOS
AURORA SANZ JACA- MATRONA- EAP PIRINEOS
M^aTERESA SANCHEZ VELLILLA- D.U.E PEDIATRIA- EAP PIRINEOS
JUAN MANUEL JIMENEZ HERRERA- PEDIATRA- EAP PIRINEOS
MIGUEL LUESMA-D.U.E.- EAP PIRINEOS
MAVELI ASENSIO-MEDICO DE FAMILIA- EAP PIRINEOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Reducir el número de embarazos no deseados y conocer las enfermedades de transmisión sexual mas frecuentes,tomando conciencia de la necesidad de evitar conductas de riesgo en la población más joven, proporcionando un canal de comunicación y un espacio en el Centro de Salud Pirineos en el que puedan plantear y recibir pautas para resolver las dudas al respecto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Proporcionar un canal de comunicación y un espacio en el que el adolescente pueda plantear sus dudas e inquietudes acerca de su sexualidad de forma autónoma(previo consentimiento paterno).
Mejorar el conocimiento y la utilización de los recursos del Servicio Aragonés de Salud y Servicios Sociales.
Mejorar autocuidado,adoptando habitos saludables, identificando signos sospecha ITS,reconocer signos de alarma enf. ginecologicas, metodos planificación familiar...

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesión clinica en el EAP con el equipo explicando el proyecto y animando a que deriven a los usuarios que puedan requerirlo.
Fomentar la coordinación entre enfermeria,medicos,matrona y trabajadora social.
Sesiones formativas /informativas impartidas por la comadrona a la población con los menores (de 14 a 18 años)Se realizarán grupos reducidos con edades similares.
Resto del equipo trabajará con los padres:concienciar a los padres de la importancia de la educ. sexual precoz.
Precisaremos que nos firmen el consentimiento informado para que los menores puedan acudir sin los padres

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluaremos el n° de sesiones realizadas
n° de asistentes a cada reunión
evaluación de las sesiones (previo cuestionario)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. De 1 año a partir de la selección del proyecto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|---------------------------|-------|
| · Material sesiones | 300 € |
| · Tripticos | 100 € |
| · Carteles | 100 € |

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 276

CONTINUIDAD EN LA EDUCACION SEXUAL/REPRODUCTIVA DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRIA A LA DE ADULTO

Total 500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

107

RACIONALIZACION DEL EMPLEO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) PRESCRITOS DESDE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE TEOFILO LORENTE AZNAR

- Profesión MEDICO
- Centro CS SABIÑANIGO
- Servicio/Unidad .. EAP SABIÑANIGO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOURDES LANZAROTE- ENFERMERA-CENTRO DE SALUD SABIÑANIGO
ARANCHA NAVARRO- PEDIATRA-CENTRO DE SALUD SABIÑANIGO
ENRIQUE VILLARROYA-ENFERMERO-CENTRO DE SALUD SABIÑANIGO
JUDIT ESCARIO-MÉDICO-CENTRO DE SALUD SABIÑANIGO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los fármacos del grupo de los IBP figuran entre los más prescritos en las consultas de Atención Primaria. Existe la posibilidad, sentida por los facultativos del Equipo, de que pueda existir una sobreprescripción que no concuerde con las indicaciones reconocidas de dichos fármacos.

En concreto, el fármaco Omeprazol ha resultado ser la especialidad más prescrita del año 2009 en nuestro Centro de Salud (6.670 envases). El gasto que ha generado en este periodo el subgrupo terapéutico de los IBP (A02BC) ha ascendido a 123.904 euros, suponiendo el 5,6% del gasto total del Centro. Siendo el tercer subgrupo en gasto acumulado.

Una mejora en la adecuación de la prescripción de IBP, además de influir en una correcta rentabilización de los recursos, permitirá reducir posibles iatrogenias. Aunque en muchas ocasiones la prescripción de este tipo de fármacos se realiza con fines preventivos, no dejan de haberse descrito efectos adversos (cefalea, hipertransaminemia, HTA, edemas, mialgias, etc), contraindicaciones (alergia, embarazo, lactancia, insuficiencia hepática y/ renal grave) y, especialmente, interacciones con otros fármacos por su inhibición del CYP2C19 y del 2C9 (anticoagulantes orales, antiepilépticos, digoxina, macrólidos, metotrexate, etc.).

La identificación del problema se realizó en reunión de Equipo mediante técnica de Brainstorming.

El estudio pretende investigar como posibles causas de inadecuación en la prescripción: la falta de actualización o desconocimiento de los criterios de prescripción, la prescripción inducida por otros niveles asistenciales, los posibles errores en la prescripción y cualquier otro factor que sea detectado del análisis de los datos que se pretende obtener.

Como fuentes de información de los datos contamos con la base de datos de prescripción del programa OMI-AP y base de datos del Sistema de Información del Consejo Farmacéutico de Aragón.

La información adicional de otras características de los pacientes seleccionados será extraída de los registros del programa OMI-AP.

La información de la adecuación de las indicaciones y las contraindicaciones se obtendrán de las fichas técnicas de cada fármaco, y de las guías de práctica clínica de GuíaSalud y de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Aumentar y consolidar entre los facultativos del Equipo, los conocimientos sobre los IBP, sus indicaciones concretas y la adecuación en su prescripción.

-Detectar situaciones de mejora en la prescripción de IBP.

-En definitiva, inducir una mejora en la prescripción de los IBP, cuantificada y monitorizada mediante los indicadores definidos más adelante. La mejora será considerada significativa si éstos mejoran en al menos un 10% sobre las cifras iniciales

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

107

RACIONALIZACION DEL EMPLEO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) PRESCRITOS DESDE ATENCION PRIMARIA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Información a la totalidad del Equipo de la actividad que se va a realizar sobre el tema de los IBP.
2. Estudio basal de nivel de calidad, con medición de los indicadores antes de ninguna intervención. Se realizará mediante un estudio tipo "audit médico". Será seleccionada una muestra extraída mediante un muestreo sistemático, empleando como marco de muestreo la relación de pacientes que han sido sometidos a tratamiento con IBP el pasado año 2009, obtenida de la base de datos del Sistema de Información del Consejo Farmacéutico de Aragón. Considerando una inadecuación del 10%, y fijando una precisión de 5%, se estima un tamaño muestral mínimo de 71 pacientes. Con objeto de mejorar la precisión y prevenir pérdidas, se tomará una muestra de 100 pacientes. Se han definido un total de 5 indicadores relacionados con la prescripción de IBP. Adicionalmente se prevé estudiar a cada uno de los pacientes seleccionados, registrando el tipo de IBP que toma, la indicación por la que se le prescribió y la duración del tratamiento. Se registrará además, su edad, otros tratamientos que toma, posibles reacciones adversas sufridas y las enfermedades crónicas que padece, en especial, insuficiencia hepática o renal.
3. Análisis de los resultados obtenidos y presentación de los mismos al Equipo. Elaboración y puesta en común de ideas y propuestas que supongan iniciativas de mejora. Especificación de responsabilidades.
4. Independientemente de las propuestas de mejora sugeridas por el Equipo, se plantea la realización de sesiones de formación sobre el tema, impartidas por miembros del Equipo (Dra Escario, Dr. Lorente) y por digestólogos de referencia (Dr. Arias), con los siguientes contenidos:
- Sesión 1: La situación actual de la prescripción de IBP por el Equipo.
 - Sesión 2: La clase farmacéutica de los IBP. Indicaciones aceptadas. Contraindicaciones, interacciones. Actitud a seguir y tratamientos sustitutivos.
 - Sesión 3. Taller práctico de prescripción de IBP, con casos clínicos a desarrollar.
 - Sesión 4. Actualización en la gastroprotección de lesiones inducidas por AINE
5. Reevaluación de los indicadores, tras un periodo no inferior a 6 meses. Cuantificación de la mejora obtenida.
6. Información al Equipo de los resultados y planificación conjunta de posibles nuevas medidas correctoras con reevaluación posterior
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores a medir serán los siguientes:
- Porcentaje de pacientes con prescripciones con indicación correcta. Estándar: >90%
 - Porcentaje de pacientes con idoneidad de la adecuación del IBP pautado para dicha indicación. . Estándar: >90%.
 - Porcentaje de pacientes con contraindicación detectada. . Estándar: <5%
 - Porcentaje de pacientes con interacción detectada. . Estándar: <5%
 - Porcentaje de prescripción de Omeprazol respecto al total de IBP. Estándar : >75%
- La obtención de los resultados de dichos indicadores está especificada en el apartado anterior
Se realizará una evaluación basal, y una reevaluación a los 8 meses tras las medidas correctoras
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2010. Presentación de la actividad a todos los miembros del Equipo.
Abril 2010. Estudio de nivel de calidad basal. Medición de los indicadores.
Abril 2010. Análisis y discusión en Equipo de los resultados obtenidos. Propuesta de medidas correctoras
Mayo-Junio. Puesta en marcha de las medidas correctoras: sesiones, taller, etc.
Noviembre. Reevaluación de indicadores
Diciembre 2010. Presentación al Equipo de los resultados y del grado de mejora obtenido. Propuesta de nuevas medidas correctoras
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 107

RACIONALIZACION DEL EMPLEO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) PRESCRITOS DESDE ATENCION PRIMARIA

· Material informático	900 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

011

MEJORA CONTINUA DEL BANCO DE INFORMACION DE RECURSOS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS DE NUESTRO AMBITO

2. RESPONSABLE ANGEL LUIS ARRIVITA AMO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDO GRIMAL ALIACAR-TÉCNICO DE SALUD-DIRECCIÓN AP.HUESCA
JOSE ZAMORA-INFORMÁTICO-CAU (WALQA)
CARLOS CALVO VILA-SUBDIRECTOR DE SUMINISTROS-DIRECCIÓN
ELENA PÉREZ TURRAU-TRABAJADORA SOCIAL-EAP JACA
DOLORES RODRIGUEZ PÉREZ-TRABAJADORA SOCIAL- EAP PIRINEOS
PEDRO SÁNCHEZ LÁZARO-TRABAJADOR SOCIAL-EAP PERPETUO SOCORRO
BLANCA HUALDE-TRABAJADORA SOCIAL-H.S.JORGE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el ámbito sanitario la información se convierte en fundamental tanto para el profesional como para el usuario. Considerando la Atención Primaria de Salud como la puerta de entrada al sistema sanitario se hace necesario conocer el conjunto de recursos sociosanitarios y sanitarios de los que dispone el profesional para mejorar su actuación y práctica diaria con el usuario. Así como herramienta de utilidad para los servicios sociosanitarios y sanitarios y de atención al paciente.

De esta manera estamos siguiendo la estrategia número once del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: "Utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos"- Con el fin de generalizar el uso de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario para mejorar la atención a pacientes y a ciudadanos, se promoverá su uso desde los niveles más básicos de asistencia hasta las estructuras y dispositivos de mayor complejidad. En este marco, resulta de gran utilidad disponer de un Banco de información de recursos sociosanitarios y sanitarios, que se convierta en una herramienta accesible para el profesional y eficaz para la correcta información del usuario del Sistema Aragonés de Salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Aumento del número de recursos incluidos en el banco.

Reordenación de los campos.
Realización de dípticos y difusión entre los profesionales.
Difusión en EAP: Almudévar y Jaca.
Difusión en Comisión Técnico Asistencial.
Comunicación en congreso de Trabajo Social y Salud. Oviedo. (Noviembre 2009)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mantenimiento del banco de recursos.

Aumento del número de recursos.
Explotación de indicadores en tiempo real

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Incorporación al grupo de todos los trabajadores sociales de AP y del HSJorge del sector. Esto mejorará la difusión y el contenido del banco.
Traslado a EAP para la difusión

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de consultas realizadas al banco.
Cuantificación de los recursos más buscados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Continuado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

324

MEJORA DEL PROYECTO DE FORMACION EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión MEDICO
· Centro CS SANTO GRIAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLORES IDÁÑEZ RODRÍGUEZ-MÉDICO-CS SANTO GRIAL DE HUESCA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
ÁNGEL LUIS ARRICIVITA AMO-TRABAJADOR SOCIAL-CS SANTO GRIAL DE HUESCA-TRABAJADOR SOCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA
MANUEL GARRIDO GONZÁLEZ-MÉDICO-CS SANTO GRIAL DE HUESCA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
MARIA TERESA GARCÍA RUIZ-MÉDICO CS SANTO GRIAL DE HUESCA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
JOSÉ RAMÓN DE JUAN ASENJO-MÉDICO-CS SANTO GRIAL DE HUESCA-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el centro de Salud Santo Grial desde hace una década, se vienen realizando actividades de formación, como muestra de la inquietud de los profesionales del equipo, éstas quedan reflejadas en las memorias anuales de la Unidad Docente. A partir del año 2000, coincidiendo con la acreditación del centro para impartir docencia postgrado a residentes de MFyC, se consolida esta actividad, incrementando el número de actividades formativas, pasando de 19 sesiones en el año 2000 a 48 en el 2005 y a 72 en el 2009. Este incremento significativo se ha producido en primer lugar gracias al proyecto de calidad presentado y subvencionado en el 2007 que permitió además de renovar el ordenador portátil, la elaboración, maquetación y publicación de un libro digital de las sesiones clínicas impartidas en el centro, libro que al tener depósito legal e ISBN, cuenta para el currículo de los autores. Se ha detectado que la publicación de dicho libro, ha constituido un elemento fundamental para el estímulo y compensación del esfuerzo realizado por los ponentes. Además ha permitido la participación en el proyecto de especialistas externos al centro, que han permitido la actualización y puesta al día en los distintos campos de la medicina (endocrinología, reumatología, medicina interna, oncología, salud pública, traumatología, medicina militar, farmacología y genética, estadística, nefrología, ...)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mantener la calidad de las sesiones del centro de salud.
- Aumentar el número de sesiones al año con el fin de llegar al mínimo exigido como centro docente, 80 sesiones al año.
- Implicar al mayor número de los miembros del EAP en la exposición de sesiones, al menos el 50%.
- Mejorar la asistencia a las sesiones por parte de los miembros del equipo (conseguir un mínimo del 50% de asistentes entre los miembros del equipo a los que va dirigida la sesión clínica).
- Que los miembros del equipo acudan al menos a un 40% de las sesiones impartidas.
- Que al menos un 40% de los profesionales lleguen a un 40% de asistencia.
- Seguir invitando a ponentes ajenos al centro de forma personal, sin precisar de la colaboración de la industria farmacéutica.
- Realizar revisiones bibliográficas.
- Publicación de un libro de diapositivas con las mejores sesiones impartidas en el centro

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Aumentar el número de sesiones semanales (pasando de 1 a 2 ó 3 semanales): Responsables -Dra Clemente, Dr Garrido.
-Invitar personalmente a ponentes de otros centros de la provincia o de fuera, que puedan aportar sus experiencias o conocimientos sobre temas concretos, pudiéndoles ofrecer la participación en la publicación del libro electrónico, sin necesidad de recurrir a la industria farmacéutica, para la financiación de dicha docencia. Responsables -Dra Idáñez, Dr Garrido.
-Comunicar el horario, tema y ponente de las sesiones de la semana a través del correo electrónico y en papel (cartel-anuncio en los casilleros del centro) con el fin de asegurar la información y mejorar la asistencia. Angel Luis Arrecivita,
-Diseñar una hoja de registro de las actividades docentes, ponente, lugar de trabajo y titulación del mismo, duración de la actividad, número de asistentes a

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 324

MEJORA DEL PROYECTO DE FORMACION EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE

la sesión y vinculación o no de la industria farmacéutica. Dra Idáñez.
-Editar un libro con las sesiones impartidas a lo largo del año que sirva de consulta y recuerdo de la sesión de actualización impartida, así como estímulo y recompensa de los ponentes por el esfuerzo realizado. Responsables -Dra. Clemente, Dr García.
-Solicitar nº de depósito legal y nº ISBN para el libro. Dra Teresa GarciaCon todo ello nos planteamos como objetivos:
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados.
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas.
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos.
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación del proyecto se realizará mediante el registro de las sesiones realizadas, ponentes (intra y extra centro), y número de asistentes. Indicadores:
-Nº de sesiones impartidas.
-Nº de profesionales del centro que imparten sesiones.
-Nº de asistentes a las sesiones.
-Edición de un libro electrónico.
-Porcentaje de sesiones a las que acude cada profesional.
-Porcentaje de profesionales que acuden al menos al 40% de las sesiones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:
Fecha de inicio: 1 - marzo- 2010;
Fecha de finalización: 28 - febrero - 2011
1 al 7 de marzo:
-Diseñar una hoja de registro de las actividades docentes, ponente, duración de la actividad, número de asistentes a la sesión y vinculación o no de la industria farmacéutica.
-Diseñar el cartel anunciador de las sesiones clínicas que se colocará en los casilleros.
-Semanalmente a lo largo de todo el año 2010:
*Se impartirán 2 - 3 sesiones clínicas en el centro.
*Se registrarán semanalmente en la hojas previamente diseñadas para ello:
Febrero 2011:
-Recopilación de las sesiones clínicas impartidas.
-Repaso ortográfico, morfológico y del contenido de las sesiones antes de ser incluidas en el libro.
-Colocar en orden las sesiones para estructurar el libro.
-Realizar el libro compendio del material formativo del año 2010-11.
-Solicitar el nº de depósito legal e ISBN para el libro de diapositivas.
-Publicación definitiva del libro

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición y publicación del libro	1.800 €
Total	1.800 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

MEJORA CONTINUADA EN LA RECEPCION Y ENTREGA DE RECETAS DE TRATAMIENTO CRONICO

2. RESPONSABLE LOURDES DUASO ALLUE
- Profesión ADMINISTRATIVO
 - Centro CS SANTO GRIAL
 - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- M*JOSE SANTOLARIA USIETO-ADMINISTRATIVO-CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL
RAMON CAMPOS REIG-MEDICO-CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la detección de algunos aspectos deficitarios en la organización de la entrega y recogida de las recetas: horarios restringidos, materiales precarios, sistemas de identificación poco claros, se decidió tomar por parte del Servicio de Admisión, un serie de medidas con el objetivo de subsanar dichas deficiencias para facilitar y mejorar el servicio que se presta al usuario

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1) Etiquetado de bolsas de recogida de recetas (% bolsas mal etiquetadas=0.92%); 2) Renovación de los cajetines para depositar las bolsas de recetas (puesta en uso a la entrada del CS de un nuevo mueble ad hoc); 3) Entrega de recetas crónicas por lotes de OMI (1 cupo médico de MG de 12 cupos de MG en total, se adscribe al proyecto y utiliza dicho procedimiento); 4) Mantenimiento de las bolsas en buen estado (80% de las bolsas están en buen estado); 5) Mantener el circuito de recogida de bolsas de recetas sin incidencias (nº reclamaciones en relación a la entrega y recogida de recetas= 0); 6) Pacientes que utilizan el procedimiento de entrega de recetas por lotes de OMI (15 % de los pacientes del cupo médico incluido en el proyecto; tamaño del cupo: 1720 usuarios, de los que 578 reciben receta de crónicos)

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
1. Mejorar la identificación de los objetos y materiales empleados en el circuito de recogida y entrega de recetas.
 2. Facilitar el servicio a los usuarios, mejorando la accesibilidad con la ampliación del horario tanto en su entrega como en la recogida de las recetas.
 3. Mantenimiento y conservación de los materiales implicados.
 4. Al estar correctamente identificado cada paciente con su bolsa se agiliza la entrega de recetas, evitando su extravío.
 5. Disminuir la frecuencia con la que el paciente solicita las recetas intentando que acuda por este motivo una vez al mes.
 6. Instaurar el proceso de entrega de recetas por lotes de OMI

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. A cada paciente que demanda recetas se le entrega una bolsa con su identificación personal y con una pegatina con color y un número representativo del cupo y fecha de nacimiento del paciente.
 2. Redacción de un folleto informativo para incluir en las bolsas, con las normas para solicitud de las recetas.
 3. Se colocan unos cajetines que protejan la privacidad del usuario, con la identificación del médico correspondiente para depositar las cartillas de largo tratamiento.
 4. Una vez depositadas en el cajetín correspondiente, el administrativo recoge las recetas y se citan en la agenda con una cita administrativa para facilitar el trabajo.
 5. Repasar de forma periódica las recetas archivadas para evitar que haya recetas caducadas.
 6. Mantener las bolsas de recetas en un buen estado y perfectamente identificadas.
 7. Ampliación del horario de entrega y recogida para evitar aglomeraciones en el espacio de admisión.
 8. Reunión con Enfermería y Medicina para conseguir que el paciente solicite recetas una vez al mes, ya que el paciente crónico puede prever la medicación que precisa.
 9. Iniciar el circuito de impresión y entrega de recetas por lotes desde Admisión.
 10. Registro a través de la hoja de prescripción de los pacientes que reciben lotes de recetas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Etiquetado de bolsas de recogida de recetas (% bolsas mal etiquetadas: muestreo por corte transversal: bolsas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

129

MEJORA CONTINUADA EN LA RECEPCION Y ENTREGA DE RECETAS DE TRATAMIENTO CRONICO

mal etiquetadas/total bolsas de ese día); 2) Entrega de recetas crónicas por lotes de OMI (1 cupo médico de MG de 12 cupos de MG en total, se adscribe al proyecto y utiliza dicho procedimiento); 3) Mantenimiento de las bolsas en buen estado (muestreo por corte transversal: bolsas en mal estado/ total bolsas de ese día); 4) Mantener el circuito de recogida de bolsas de recetas sin incidencias (nº reclamaciones en relación a la entrega y recogida de recetas); 5) Pacientes que utilizan el procedimiento de entrega de recetas por lotes de OMI (% de los pacientes del cupo médico incluido en el proyecto/ usuarios de recetas crónicas desde listado de OMI)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
1. Revisión de las bolsas semanalmente.
 2. Revisión de las recetas archivadas cada 15 días para retirar las que hayan caducado.
 3. Reunión con Enfermería y Medicina una vez al trimestre para conseguir que el paciente solicite recetas una vez al mes.
 4. Revisión del tratamiento de larga duración de los pacientes apropiados para pasarlos a lotes de recetas, durante el 2009.
 5. Pactar con un cupo médico el trabajo por lotes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Nos gustaría recibir alguna acreditación, certificado ó Diploma de haber trabajado en este proyecto de calidad, tanto al responsable del proyecto como los otros componentes del equipo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

263

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERSONAL SANITARIO. ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS Y USO DE RECURSOS DISPONIBLES PARA SU APLICACION EN LA PRACTICA CLINICA DIARIA

2. RESPONSABLE BEATRIZ FONCILLAS SANZ
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CS SANTO GRIAL
 - Servicio/Unidad .. PEDIATRIA ATENCION PRIMARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SONIA ABIO ALBERO-PEDIATRA-CENTRO SALUD SANTO GRIAL-PEDIATRIA ATENCION PRIMARIA
ANA BELEN SOLANAS GALINDO-MATRONA- ATENCIÓN PRIMARIA-HUESCA
CELIA NAVARRO GIL-MATRONA-CONSORCIO HOSPITALARIO DE JACA-UNIDAD DE PARTOS
ANA GONZALEZ URIARTE-PSIQUIATRA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS-UNIDAD SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL
MARIA DOLORES LEDESMA ROMANO-MEDICO DE FAMILIA-CENTRO DE SALUD SARIÑENA-MEDICO DE ATENCION PRIMARIA
CARMEN CAMPOS AVELLANAS-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD GRAÑEN-PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
NATIVIDAD TAJADA CEBRIAN-PEDIATRA-HOSPITAL SAN JORGE-SERVICIO DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Siguiendo recomendaciones de la OMS, la lactancia materna se considera el alimento idoneo de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y formando parte de una dieta diversificada hasta los 2 años de edad. En la asistencia y apoyo de esta tarea a las madres lactantes estan implicados directamente matronas, pediatras y enfermeras de pediatria, asi como ginecologos, medicos y enfermeras de atención primaria. En diciembre de 2006 se puso en funcionamiento la Comisión de Lactancia Materna del Sector de Huesca. Dentro de los objetivos para el 2010 se incluyen el impulsar una estrategia de mejora en la asistencia maternoinfantil, mediante la capacitación y motivación del personal implicado en la promoción de la lactancia materna

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Dar a conocer la Comision de Lactancia del Sector de Huesca en los diversos centros de salud pertenecientes a dicho sector. Intentar obtener la capacitación y motivacion del personal sanitario. Favorecer destrezas en el uso de herramientas informaticas donde obtener información sobre lactancia materna basada en la evidencia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Programación de charlas para dar a conocer la Comisión y sus objetivos, dandoles continuidad con sesiones clinicas divulgativas sobre la lactancia materna y sobre herramientas informaticas de utilidad en la practica diaria, itinerantes en los diversos centros de atención primaria y especializada del sector

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de centros en los que se ha realizado la sesion, numero de profesionales a los que se ha llegado tras el programa de sesiones. Encuestas de satisfaccion. Establecer una hoja de registro en cada sesion que permita una valoracion objetiva de los conocimientos sobre el tema antes y despues de la implantacion del programa de sesiones asi como del numero de asistentes y de la satisfaccion de los mismos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer semestre de 2010: Organización del programa y las sesiones. Segundo semestre de 2010: Realización de las sesiones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 263

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERSONAL SANITARIO. ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS Y USO DE RECURSOS DISPONIBLES PARA SU APLICACION EN LA PRACTICA CLINICA DIARIA

· Documentacion y soporte informatico	300 €
· Desplazamiento a los centros de salud	300 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 279

PROYECTO DE FORMACION PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN METODOLOGIA DE REGISTRO EN OMI-AP EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

2. RESPONSABLE TERESA GARCIA RUIZ
· Profesión MEDICO
· Centro CS SANTO GRIAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOURDES CLEMENTE JIMENEZ-MÉDICO-EAP SANTO GRIAL-ATENCIÓN PRIMARIA
VICTORIA RAMIREZ ALESON-DIRECTORA AP-HUESCA-DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cuando hace algo más de 6 años se implantó en el Centro de Salud Santo Grial la utilización del aplicativo OMI-AP como herramienta de historia clínica informatizada obligó a los profesionales a un cambio en su metodología de trabajo, ya que llevaban varios años utilizando otra herramienta informática (SIAPWIN). El cambio de programa originó en los profesionales reticencias para su uso asociado todo ello a déficits en la formación del nuevo programa. A pesar de llevar más de 6 años utilizando esta herramienta, con los datos obtenidos en la actualidad por la Dirección de Atención Primaria en la Evaluación de Cartera de Servicios del equipo, creemos que se pueden mejorar estas cifras porque hemos detectado errores en el registro de las actividades realizadas o un infraregistro de tales actividades

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Unificar criterios de registros para evitar variabilidad en el análisis de los resultados de las actividades. Resolución de dudas en el manejo del aplicativo OMI-AP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones formativas presenciales para todos los profesionales sanitarios del equipo, de periodicidad mensual y una hora de duración, encaminadas a las siguientes actividades:
- Prevención de enfermedades cardiovasculares y cálculo del Riesgo cardiovascular
- Registro adecuado del hábito tabáquico y Protocolo de tabaco en planes personales.
- Protocolo prevención Cáncer cervix, endometrio y mama en la mujer.
- Otras actividades: patologías crónicas (HTA y Diabetes), protocolo anciano, etc,...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de Historias Clínicas en pacientes >14 años con dichos registros en OMI antes de la intervención/ Número Tarjetas Sanitarias del Centro >14 años.
- Número de Historias Clínicas >14 años con registro correcto/ Número de tarjetas sanitarias de cada profesional según CIAS.
Los datos se obtendrán a través de las sentencias SQL en OMI desde Servicios Centrales y Dirección Atención Primaria del Sector

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una sesión mensual desde enero de 2010 hasta diciembre de 2010, en horario de 14-15 h

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· material informático para el centro 300 €
Total 300 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 050

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

2. RESPONSABLE PILAR GOMEZ GIL
· Profesión MEDICO
· Centro CS SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M. TERESA PARALED CAMPOS- DUE- CENTRO DE SALUD MONEGROS
SALOMÉ PILARCÉS VIRGILI- AUXILIAR CLÍNICA- CENTRO DE SALUD MONEGROS
M. PILAR BLECUA BASOLS- AUXILIAR ADMINISTRATIVO- CENTRO DE SALUD MONEGROS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL ALARMANTE AUMENTO DE LA OBESIDAD EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE NUESTRO PAÍS, Y CONCRETAMENTE EN NUESTRA CC.AA DE ARAGON, PARACE OBLIGADO ABORDAR ESTA PATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL NO SÓLO SUPONE UNA PREVENCIÓN PRIMARIA DE PATOLOGÍAS EN EL ADULTO, SINO QUE HAY QUE HACER UNA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LAS COMPLICACIONES QUE PROVOCA LE OBESIDAD EN LOS NIÑOS. EL ACERCAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA POBLACIÓN INFANTIL, CREA UN MEDIO FAVORABLE PARA ABORDAR ESTA PATOLOGÍA

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - EN EL AÑO 2008 SE IMPLANTÓ EL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN NUESTRO CENTRO DE SALUD.
- SE HA REALIZADO UNA BASE DE DATOS PARA EL REGISTRO DE LOS NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA.
- ANUALMENTE, SE REALIZA UNA CHARLA FORMATIVA EN EL COLEGIO DE SARIÑENA PARA FOMENTAR HÁBITOS SALUDABLES DE ALIMENTACIÓN.
- SE FOMENTA, DESDE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA, LA PRÁCTICA HABITUAL DE EJERCICIO FÍSICO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - QUE EL 80% DE LOS NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA HAYAN RECIBIDO Eps SOBRE LOS RIESGOS DE LA OBESIDAD INFANTIL.
- QUE EL 80% DE LOS NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA HAYAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS QUE GENERA LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO FÍSICO.
- QUE LOS NIÑOS MAYORES DE 8 AÑOS SEPAN DIFERENCIAR LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRITIVO Y LOS QUE NO LO SON

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - ENTREGAR HOJA INFORMATIVA SOBRE LOS RIESGOS DE LA OBESIDAD INFANTIL EN LA SEGUNDA CONSULTA CONCERTADA Y REGISTRARLO EN LA HISTORIA DEL NIÑO EN OMI-AP (ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE PEDIATRÍA- Eps: E.S. OTROS)
RESPONSABLE: PILAR GOMEZ

- ENTREGAR HOJA INFORMATIVA SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA HABITUAL DE EJERCICIO FÍSICO Y REGISTRARLO EN LA HISTORIA DEL NIÑO EN OMI-AP (ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE PEDIATRÍA- Eps: E.S. OTROS)
RESPONSABLE: TERESA PARALED

- REALIZAR UNA CHARLA FORMATIVA SOBRE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLES EN LOS CURSOS DE TERCERO Y CUARTO DE PRIMARIA EN EL COLEGIO DE SARIÑENA.
RESPONSABLE: TERESA PARALED

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- N° DE NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA QUE ESTE REGISTRADA LA Eps SOBRE LOS RIESGOS DE LA OBESIDAD INFANTIL/N° DE NIÑOS TOTALES INCLUIDOS EN PROGRAMA

2.- N° DE NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA QUE ESTÉ REGISTRADA LA Eps SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA PRÁCTICA HABITUAL DE EJERCICIO FÍSICO/ N° TOTAL DE NIÑOS INCLUIDOS EN PROGRAMA

3.- HABER REALIZADO LA CHARLA FORMATIVA EN EL COLEGIO DE SARIÑENA

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 050

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

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FEBRERO DE 2010: PRESENTAR EL PROYECTO AL RESTO DEL EAP.
FEBRERO DE 2010: REGISTRAR EL LA HISTORIA DEL NIÑO LA EpS SOBRE LOS RIESGOS DE OBESIDAD INFANTIL Y SOBRE LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO.
OCTUBRE DE 2010: CHARLA FORMATIVA EN EL COLEGIO DE SARIÑENA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· MATERIAL DE EpS	100 €
· FORMACIÓN	300 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 029

1. TÍTULO

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PILAR GOMEZ GIL-PEDIATRA-CS SARIÑENA
 - MARIA VICTORIA SERRANO CORTES-AUXILIAR ADMINISTRATIVA-CS SARIÑENA
 - MARIA JESUS ULLOD BORRUEL-DUE-CS SARIÑENA
 - MARIA ISABEL GABAS LARRUY-DUE-CS SARIÑENA
 - SARA BORNAO CASAS-DUE-CS SARIÑENA
 - MARIA VICTORIA BURGOS DIAZ- MEDICO-CS SARIÑENA
 - NURIA AZON-MATRONA-CS SARIÑENA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LOS MOVIMIENTOS POBLACIONALES DE LOS ULTIMOS HAN AÑOS HAN SUPUESTO UN CAMBIO EN EL TIPO DE USUARIO QUE ACUDE A LAS CONSULTAS DE NUESTRO CENTRO DE SALUD. POR TANTO:
- EXISTE UN DESCONOCIMIENTO DEL ESTADO INMUNITARIO DE LOS NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS QUE INMIGRAN A NUESTRA ZONA DE SALUD.
 - EXISTE UN DESCONOCIMIENTO DEL ESTADO INMUNITARIO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL E INCLUSO MUJERES EMBARAZADAS QUE INMIGRAN A NUESTRA ZONA DE SALUD.
 - EXISTE UN DESCONOCIMIENTO DEL ESTADO DE INMUNIZACION ANTITETÁNICA DE LA POBLACION ADULTA QUE INMIGRA A NUESTRA ZONA DE SALUD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. LOS INDICADORES EVALUADOS EN EL PROYECTO PRESENTADO EN EL AÑO 2009 FUERON LOS SIGUIENTES:
- A EL 98% DE LOS NIÑOS, QUE SE HICIERON NUEVA TIS EN NUESTRA ZBS, SE LES REVISÓ Y REGISTRO EL CALENDARIO DE VACUNACION INFANTIL.
 - SE REGISTRO EL 42% DE LAS VACUNAS DE HB DE ADULTO CON FACTOR DE RIESGO ADMINISTRADAS EN EL CENTRO DE SALUD Y SOLICITADAS AL SERVICIO DE SANIDAD DE HUESCA. EN ENERO DE 2009, SE INTRODUCE EN NUESTRA ZBS EL PROGRAMA INFORMÁTICO OMI-AP. LA EVALUACION DE LA CARTERA DE SERVICIOS SE HIZO A TRAVÉS DE ESTE PROGRAMA, CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:
 - SE ALCANZÓ UNA COBERTURA EN EL PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL DEL 61,64%
 - SE ALCANZÓ UNA COBERTURA EN PROGRAMA DE LA PREVENCION DE RUBEOLA CONGÉNITA DE 1,87%.
 - LA COBERTURA DE LA VACUNACION ANTIGRI PAL EN MAYORES DE 65 AÑOS FUE: 54,81%
 - LA COBERTURA DE LA VACUNACION ANTIGRI PAL EN MENORES DE 65 AÑOS CON FACTOR DE RIESGO FUE: 0.85%
 - LA COBERTURA DE LA VACUNACION ANTITETÁNICA FUE DE : 11,29%
 - LA COBERTURA ALCANZADA EN LA VACUNACION DE HB A GRUPOS DE RIESGO FUE: 183,22%
- EXCEPTO LA VACUNACION DE HB A GRUPOS DE RIESGO, EL RESTO DE LAS COBERTURAS ESTÁ POR DEBAJO DE LOS OBJETIVOS. PARADÓJICAMENTE, HAY UNA ALTA COBERTURA DE LA VACUNACION DE HB EN GRUPOS DE RIESGO PERO UN MAL REGISTRO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - REGISTRAR Y REVISAR LOS CALENDARIOS DE VACUNACION INFANTIL DEL 95% DE LOS NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS DE NUESTRA ZONA DE SALUD.
- CAPTAR AL 90% DE LOS NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS QUE SE HAGAN NUEVA TIS EN NUESTRA ZBS Y REGISTRAR SU ESTADO INMUNITARIO EN LA HISTORIA INFORMATIZADA DEL PROGRAMA OMI-AP.
 - REGISTRAR Y ACTUALIZAR EL ESTADO DE INMUNIZACION DE RUBEOLA DEL 80% DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CAPTADAS.
 - REGISTRAR EL 80% DE LAS VACUNAS DE HB A GRUPOS DE RIESGO QUE SE ADMINISTRAN EN NUESTRA ZBS Y QUE SE SOLICITAN AL SERVICIO DE SANIDAD DE HUESCA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - ASIGNAR CALENDARIO DE VACUNACION INFANTIL EN LA HISTORIA INFORMATIZADA EN EL PROGRAMA OMI-AP DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 029

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

A LA CONSULTA DEL NIÑO SANO DE 0 A 14 AÑOS.

RESPONSABLE: M^ª TERESA PARALED

- REVISAR EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL NIÑO SANO DE 0 A 14 AÑOS.

RESPONSABLE: PILAR GOMEZ GIL

- REGISTRAR EN LA HISTORIA INFORMATIZADA DEL PROGRAMA OMI-AP EL ESTADO INMUNITARIO DE RUBEOLA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CAPTADAS.

RESPONSABLE: NURIA AZON

- REALIZAR 2 SESIONES CLÍNICAS AL AÑO PARA MEJORAR EL REGISTRO DE LAS VACUNAS DE HB A GRUPOS DE RIESGO.

RESPONSABLE: TERESA PARALED

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- N° DE NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS CON ASIGNACIÓN DE CALENDARIO DE VACUNAS INFANTIL EN OMI-AP/N° TOTAL DE NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS CON TIS EN LA ZBS

2.- N° DE MUJERES EMBARAZADAS CAPTADAS CON REGISTRO EN OMI-AP DEL ESTADO INMUNITARIO DE LA RUBEOLA/N° TOTAL DE MUJERES EMBARAZADAS CAPTADAS

3.- N° DE VACUNAS DE HB DE GRUPOS DE RIESGO REGISTRADAS EN OMI-AP/N° DE VACUNAS DE HB DE GRUPOS DE RIESGO SOLICITADAS A SAINDAD DE HUESCA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FEBRERO DE 2010: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A EL RESTO DEL EAP.

MARZO DE 2010: SESIÓN CLÍNICA: "REGISTRO DE VACUNAS EN OMI-AP"

DESDE ENERO A DICIEMBRE DE 2010:

- REGISTRAR Y REVISAR LOS CALENDARIOS DE VACUNAS DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE NIÑO SANO DE 0 A 14 AÑOS.

- REGISTRAR Y REVISAR EL ESTADO INMUNITARIO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CAPTADAS EN NUESTRA ZBS

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· CURSO DE FORMACIÓN	300 €
· GASTO ADMINISTRATIVO	100 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

213

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

2. RESPONSABLE MARIA ELFAU MAIRAL
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro DAP HUESCA
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA DE ATENCION PRIMARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FERNANDO ARANGUREN MARTINEZ-MORENTIN-MÉDICO- CENTRO SALUD GRAÑÉN-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
DANIEL ESCRIBANO PARDO-MÉDICO-CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIVINA DOSTE-PEDIATRA-CENTRO SALUD SANTO GRIAL-MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
ANA CALVO-ENFERMERA-CENTRO SALUD SANTO GRIAL
VICTORIA RAMÍREZ ALESÓN- MÉDICO- DIRECTORA ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR HUESCA
FERNANDO GRIMAL ALIACAR- MÉDICO - DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR HUESCA-TECNICO DE SALUD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento en la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que están influyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud .Los ancianos son una población especialmente vulnerable, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones.Conforme se van añadiendo fármacos al esquema terapéutico, con diferentes dosis y momentos de administración, con recomendaciones específicas para tomarlos con / sin alimentos, va siendo más probable que aparezcan olvidos o confusiones en la toma de los medicamentos. Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tratamiento, sobre todo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapéutico se sitúa entorno al 30-50%. La falta de adherencia se considera un problema relacionado con medicamentos con entidad propia estando considerado por la OMS como un tema prioritario de salud pública.

La polimedicación favorece la aparición de RAM e interacciones medicamentosas. En una reciente revisión de resultados de salud en ancianos, se observó que la polimedicación es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. Algunos autores han indicado que cuando se utilizan 10 medicamentos el riesgo de sufrir una RAM llega casi al 100%. También se estima que entre un 5-17% de los ingresos hospitalarios en ancianos son debidos a problemas relacionados con el uso de medicamentos.El Sistema Nacional de Salud Británico ha incluido en su cartera de servicios la revisión anual de tratamientos en los pacientes con más de 75 años, siendo al menos semestral cuando toman cuatro o más medicamentos.El seguimiento farmacoterapéutico viene recogido en la Resolución del Consejo de Europa del año 2001, como un elemento esencial de prevención y limitación de los riesgos iatrogénicos .

OPORTUNIDAD DE MEJORA: La revisión de tratamientos en los pacientes ancianos polimedicados es una de las estrategias más efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento y detectar posibles incidentes relacionados con la utilización de los medicamentos (duplicidades, reacciones adversas, interacciones farmacológicas, etc).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Diseño y desarrollo del programa:

- selección de población diana, número de fármacos y número de pacientes por médico
- establecimiento de las pautas de adecuación de las prescripciones en OMI para la obtención inicial de datos y para la medida de resultados
- metodología de registro de la actividad de la revisión de tratamientos en OMI
- selección de los tests más adecuados a aplicar en este programa (se han elegido dos tests de adherencia al tratamiento - test de Morinsky-Green-Levine y cuestionario de valoración global
- diseño de una consulta para obtener informáticamente la relación de pacientes de 75 años o más y en tratamiento con 6 o más fármacos por médico para proporcionarlo a los prescriptores correspondientes
- el diseño e integración informática de los tests arriba mencionados
- presentación del programa en una reunión a todos los coordinadores médicos y de enfermería de los equipos de Atención Primaria.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

213

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO

- Se ha empezado a implantar el programa en los cupos de los médicos y enfermeras del grupo de trabajo que forman parte de la comisión de uso racional del medicamento.

INDICADORES UTILIZADOS

- Porcentaje de pacientes =75 años y que toma 6 ó más principios activos que tienen abierto el episodio correspondiente en OMI-AP (incluidos en el programa): 5%
 - Porcentaje de pacientes incluidos en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morinsky): No se ha medido todavía
- PENDIENTES: Implantación del programa en el resto de los profesionales sanitarios de atención primaria del sector

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar la Seguridad del Medicamento en el paciente polimedcado mediante la detección y resolución de incidentes relacionados con la utilización de medicamentos (duplicidades, reacciones adversas, interacciones farmacológicas).

-Mejorar la gestión de prescripciones en OMI-AP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PROFESIONALES PARTICIPANTES: profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: La población diana es pacientes mayores 75 años que tomen seis o más principios activos diferentes

- Difusión del programa a todos los profesionales sanitarios. Responsable farmacéutica de atención Primaria.

Actividades de los profesionales sanitarios:

- captación del paciente, a los pacientes candidatos se les informa del programa y se les cita para una próxima visita a la que acudirá con toda la medicación que está tomando
 - comprobación de si los medicamentos que aporta el paciente coinciden con los recogidos en la historia clínica, y adecuación de la historia clínica, si procede.
 - realización de una primera valoración del conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación (test de Morisky-Green-Levine).
 - revisión del tratamiento (medicamentos potencialmente no adecuados en ancianos, adherencia, duplicidades, interacciones farmacológicas, reacciones adversas...).
- Como herramientas de apoyo a esta revisión se podrá consultar el BotSalud y la consulta al farmacéutico de Atención Primaria.
- entrega al paciente una hoja de medicación crónica
 - apertura del episodio correspondiente en OMI-AP para que quede constancia de que se ha revisado la medicación del paciente

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de médicos de AP del sector de Huesca que han empezado a trabajar con el programa de seguridad del paciente anciano polimedcado

- Porcentaje de pacientes =75 años y que toma 6 ó más principios activos que tienen abierto el episodio correspondiente en OMI-AP (incluidos en el programa)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-mayo 2010: Difusión a todos los equipos de atención primaria del programa

Junio-diciembre 2010: Revisión de tratamientos crónicos en pacientes = 75 años con seis o más fármacos

Diciembre 2010: Medida de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

016

IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE HUESCA

2. RESPONSABLE FERNANDO GRIMAL ALIACAR

- Profesión MEDICO
- Centro DAP HUESCA
- Servicio/Unidad .. TECNICO DE SALUD
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTIAGO MARTELES CASAJUS-DIRECTOR ENFERMERÍA AP-SECTOR HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La relativa frecuencia con que se producen errores y consecuencias adversas durante o a causa de la asistencia sanitaria recibida, ha provocado que, durante las dos últimas décadas del siglo xx, surgiese una preocupación excepcional por paliar o minimizar este riesgo, por gestionarlo, configurándose una nueva línea de trabajo que, enmarcada fundamentalmente entre las estrategias y políticas de calidad, se dirige a mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente se refiere.

Se acepta universalmente que el principio *primum non nocere* es aún más pertinente actualmente, puesto que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja y entraña más riesgos potenciales. Las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, toman como punto de partida común el reconocimiento y aceptación de la existencia de estos problemas. La seguridad es, de este modo, un componente esencial del sistema de calidad que debe sustentar la mejora de la calidad, que compete a todos los niveles asistenciales y que abarca la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria afectan cada año a millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia no deseada de la atención sanitaria y, con frecuencia, causa de afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas, discapacidades de larga duración e incluso mortalidad y, además, suponen una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.

La higiene de las manos es uno de los procedimientos esenciales para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Aunque se trata de una acción sencilla, eficiente y efectiva para la prevención de infecciones, su incumplimiento entre el personal sanitario es un problema generalizado en todo el mundo. Factores como la falta de tiempo, la escasez de puntos de lavado, la irritación de las manos que supone el lavado de manos frecuente, han ido dificultando la práctica adecuada.

La Atención Primaria de salud está experimentando continuos cambios, proporcionando cuidados cada vez más complejos y técnicos. Las preferencias de los pacientes, los avances de la tecnología y la sostenibilidad de los servicios han contribuido a este cambio. Habitualmente se considera que el riesgo de infecciones en AP es bajo, pero existen pocas investigaciones que apoyen esta afirmación. En este sentido, el estudio APEAS ha abordado el análisis de la frecuencia y tipo de los efectos adversos (EA) en atención primaria. Se trata de uno de los primeros estudios que se ocupa de esta problemática en los centros de salud. Destaca que en el 25,7% de los casos los factores causales del EA estaban relacionados con los cuidados. La consecuencia más común es un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, y no es nada despreciable la infección relacionada con los cuidados en Atención Primaria: 8,4%.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo se adhirió al reto lanzado por la OMS y desde el año 2006 promueve, dentro de las líneas estratégicas del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, la implantación de prácticas seguras, entre las que se incluye la utilización de soluciones hidroalcohólicas para una adecuada higiene en las manos de los profesionales sanitarios, estableciendo convenios específicos con las Comunidades Autónomas para el desarrollo de acciones concretas. Para llevar a cabo estas acciones, en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) existe un coordinador autonómico del Proyecto "Mejora de higiene de manos en personal sanitario", que a su vez se encargó de identificar e involucrar a colaboradores en diferentes centros asistenciales hospitalarios y de atención primaria de la Comunidad Autónoma, constituyendo un grupo de trabajo.

En España, otros grupos de trabajo han determinado que posprocedimientos detectados de mayor riesgo para al infecciones asociadas a la asistencia en Atención Primaria son las curas, la cirugía menor, las suturas y el sondaje urinario. A su vez las áreas de mayor riesgo son las salas de urgencias y la atención domiciliaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 016

IMPLEMENTACION DE LA HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE HUESCA

disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.

Generar cultura de seguridad.

Implantación de prácticas seguras.

Prevenir la infección (medidas de protección personal, higiene de manos, uso racional antibióticos...)

Facilitar el acceso y la utilización de soluciones hidroalcohólicas para la higiene de las manos en los equipos de Atención Primaria del Sector de Huesca (Servicio Aragonés de Salud)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Hasta el momento se han realizado sesiones formativas y talleres:

Difusión de la cultura de seguridad.

Prácticas seguras.

2.Así mismo se ha difundido la estrategia seleccionada: "La higiene de manos", (siguiendo la estrategia marcada por la OMS y desplegada en nuestro país por la Agencia de Calidad del SNS, ver documento: "Implantación de las recomendaciones sobre higiene de manos").

3. Difusión documento: "Manos limpias: Recomendaciones sobre la higiene de manos al personal sanitario de Atención Primaria y a los servicios de salud de España". Grupo de mejora de la seguridad del paciente de SEMFYC.

4. Difusión del díptico/cartel: ¿Cómo realizar la higiene/lavado de manos?

5. Jornada de presentación de la estrategia: "Higiene de manos en AP".

6. Taller de lavado de manos:

7. Reconocimiento como centro acreditado "manos limpias".

8. Realización de encuesta de uso de hidroalcoholes.

9. Recogida de la medición de indicadores planteados: cobertura y volumen de consumo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El desarrollo del plan de seguridad del paciente se basa fundamentalmente en la formación de una red de profesionales implicados, difusores a su vez de la estrategia a nivel de cada equipo de atención primaria.

Se valorará el cumplimiento de las actividades formativas y de difusión al profesional así como la implantación de una línea estratégica en el sector, que implique al mayor número de EAP posible.

Se realizará la evaluación de indicadores y de la encuesta de uso de hidroalcoholes.

Indicadores:

Nº talleres de higiene de manos realizados en los EAP

Nº encuestas respondidas sobre consumo.

Volumen solución hidroalcohólica consumida/suministrada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. CONTINUADA DURANTE 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· INFORMÁTICO	750 €
Total	750 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

012

PROYECTO DE MEJORA PARA LA DIFUSION DEL PLAN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR BESCOS OROS
- Profesión MEDICO
 - Centro ESAD HUESCA
 - Servicio/Unidad .. ESAD HUESCA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ANA CRISTINA ZAMORA MOLINER-ENFERMERA-ESAD HUESCA
FERNANDO GRIMAL ALIACAR-TÉCNICO DE SALUD-DIRECCIÓN AP-S.HUESCA
VICTORIA RAMIREZ ALESON-DIRECTORA AP-S.HUESCA
CARMEN QUINTANA VELASCO-SUBDIRECTORA MÉDICO AP-S.HUESCA
SANTIAGO MARTELES CASAJUS-DIRECTOR ENFERMERÍA AP-S.HUESCA
MARIA DOLORES RODRIGUEZ PEREZ-TRABAJADORA SOCIAL-EAP PIRINEOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente el ESAD depende del Hospital San Juan de Dios. El equipo de Huesca está compuesto por una médico y una enfermera, desempeñando su trabajo en todo el sector sanitario de Huesca. Tras detectar una posible acción de mejora en el conocimiento por parte de los profesionales respecto al plan de voluntades anticipadas del Gobierno de Aragón, nos planteamos la difusión del mismo a los profesionales, así como conocer el uso real que se está realizando. Estimamos que son muy pocos los profesionales que conocen y hacen uso del registro de voluntades anticipadas. Así mismo la difusión al usuario pensamos que es mejorable. La legislación vigente sobre voluntades anticipadas se recoge en: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. Además, la CARTA DE COMPROMISOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO CON LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN, en su primer punto también señala:

- Garantizar el ejercicio del derecho a la expresión de las voluntades anticipadas,

Es por tanto de especial interés para nuestro ejercicio profesional que los profesionales y usuarios conozcan el documento de voluntades anticipadas y su actuación adecuada al respecto

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Difusión del plan de voluntades anticipadas a los sanitarios de Atención Primaria del sector Huesca.
- Conocer el uso que se está realizando por parte del profesional
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesiones de difusión en los 14 EAP del sector, haciendo especial hincapié en el personal de refuerzo.
- Gestión del cronograma de sesiones desde gerencia de AP.
- Realización de una encuesta de uso pre/post difusión
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº sesiones realizadas/planificadas
- % Respuesta encuesta (objetivo >30%)
- Medición encuesta
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. A lo largo de 2010:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 012

PROYECTO DE MEJORA PARA LA DIFUSION DEL PLAN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS A LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR

- encuesta pre: Mayo
- sesiones: Junio
- encuesta post: Octubre
- medición: Diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Material informático		750 €
	Total	750 €

11. OBSERVACIONES.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 048

MEJORA DE LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CANDIDIASIS ORAL EN LOS PACIENTE TRATADOS POR EL ESAD

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA ZAMORA MOLINER
· Profesión ENFERMERIA
· Centro ESAD HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESAD
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
M^a DEL MAR BESCÓS ORÓS-MEDICO-ESAD HUESCA
PILAR CALVO MATA-SECRETARIA-C S PIRINEOS
MIGUEL FERRERO CANCER-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE
ANA MILAGRO BELMONTE-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE
ISABEL FERRER CERON-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE
PILAR MAIRAL CLAVER-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE
FERNANDO GRIMAL ALIACAR-TÉCNICO DE SALUD-DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la atención y seguimiento al paciente visitado por el ESAD de Huesca hemos detectado entre otras áreas de mejora que la detección y seguimiento de la candidiasis oral no se realiza de forma correcta. La candidiasis oral es frecuente en este tipo de pacientes como consecuencia de su enfermedad, sus cuidados y del tratamiento pautado. Todo ello hace necesaria la exploración sistemática de la cavidad bucal, su tratamiento y seguimiento, así como indicar a paciente y cuidadores los cuidados necesarios. Esperamos detectar el mayor porcentaje de casos posible, pero fundamentalmente prevenir su aparición

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Detectar el mayor porcentaje de casos posible, pero fundamentalmente prevenir su aparición. Informar a pacientes y cuidadores acerca de la importancia de la higiene y el cuidado de la boca

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Exploración y toma de muestra sistemática. Registro en la hoja de seguimiento de candidiasis oral a todo paciente visitado por nuestro equipo. Control por el servicio de Microbiología de todas las muestras tomadas. Tratamiento y control de evolución

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de exploraciones bucales/n° pacientes
N° candidiasis oral confirmadas
% de personas informadas de la prevención de patología oral secundaria a tratamientos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante 2010, de forma sistemática, se realizan los registros en una base de datos creada al efecto y en 2011 se realiza el análisis de resultados y se aportan las conclusiones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Congreso Calidad 600 €
Total 600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE ONCO/HEMATOLOGICO

2. RESPONSABLE BEATRIZ ABAD BAÑUELOS
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PILAR AMADOR RODRÍGUEZ-FARMACEUTICA-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE HUESCA-FARMACIA
CARMEN VIÑUALES ARMENGOL-FARMACEUTICA-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE HUESCA-FARMACIA
MIGUEL ANGEL CORDERO-MEDICO-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE HUESCA-ONCOLOGIA
IÑAKI ALVAREZ BUSTO-MEDICO-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE HUESCA-ONCOLOGIA
RODRIGO LASTRA DEL PRADO-MEDICO-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE HUESCA-ONCOLOGIA
JESÚS SERENA GONZALEZ-MEDICO-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE HUESCA-HEMATOLOGIA
LOURDES CAVERO MARTINEZ-ENFERMERA-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE HUESCA-FARMACIAONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La seguridad es algo que muchas veces no demanda el paciente porque no siempre es consciente de ello. Actualmente la terapia del cáncer cuenta con fármacos muy eficaces pero que pueden llegar a ser peligrosos. Los errores de medicación en quimioterapia pueden tener consecuencias graves para los pacientes debido al estrecho margen terapéutico de los antineoplásicos. En nuestro medio, estos errores se ven facilitados por un volumen de actividad creciente debido al aumento del número de pacientes, a la creciente complejidad de los tratamientos y a la tendencia a la medicina ambulatoria.

Cada una de las fases que se mencionan a continuación presenta un elevado número de circunstancias que pueden dar lugar a potenciales errores:

- Prescripción.
- Validación.
- Preparación, incluyendo almacenamiento y dispensación.
- Administración.

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

Asimismo, una labor que tiene que asumir todo el equipo de profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermeras y farmacéuticos, es la toma de medidas para prevenir y tratar la aparición de los efectos adversos del tratamiento. Es importante la necesidad de proporcionar información suficiente a los pacientes porque los tratamientos van a producir muchos efectos, algunos positivos y otros no tanto, y necesitan conocerlos con detalle para que cuando aparezcan sepan a qué atenerse y sepan cuándo es algo esperable o cuándo tienen que avisar al hospital. Además, en el caso del paciente extrahospitalario, que se administra él mismo la medicación en su domicilio, tiene que tener todos los datos para hacerlo correctamente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora en la seguridad de la administración de los medicamentos citostáticos y medicaciones de soporte y detección de posibles problemas relacionados con los medicamentos.

Mejora en la información de medicamentos.

Coordinación del equipo asistencial y optimización de la comunicación entre Oncólogos, Enfermería y Farmacia

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 245

ESTRATEGIAS PARA LA SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE ONCO/HEMATOLOGICO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1) Informatización de la orden médica: Instalación de nueva versión del programa informático con posibilidad de integración de datos analíticos de pacientes.
2) Incorporación del farmacéutico en Hospital de Día para validación de tratamientos, información de medicamentos y atención farmacéutica al paciente, dispensación de tratamientos de soporte, tramitación de usos compasivos, medicamentos extranjeros u otros medicamentos especiales.
3) Seguridad en la administración: orden médica informatizada e incorporación de lectores de código de barras en la administración de las preparaciones elaboradas por el Servicio de Farmacia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de tratamientos dispensados para administración ambulatoria, tanto tratamientos de soporte como citostáticos.
Número de pacientes a los que se aporta información sobre medicamentos.
Número de problemas relacionados con los medicamentos.
Número de reacciones adversas detectados.
Número de notificaciones comunicadas a Farmacovigilancia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Implantación nueva versión programa informático: febrero-marzo.
- Elaboración de información escrita al paciente: febrero-marzo.
- Atención farmacéutica desde Hospital de Día: marzo en adelante
- Formación en admin. mediante código de barras: mayo.
- Implantación de PDAs para la administración: junio en adelante

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Soporte informático, con conexión a datos de analíticas	3.000 €
· Módulo para la lectura de código de barras y PDAs	2.000 €
· Impresora de etiquetas con código de barras	400 €
Total	5.400 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEJORA A LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON ICTUS EN EL SECTOR HUESCA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARÍA BESTUÉ-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE-NEUROLOGÍA
ANA LATORRE-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE-NEUROLOGÍA
CARLOS TORDESILLAS-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE-NEUROLOGÍA.
MARISA GRACIA-MEDICO-HOSPITAL SAN JORGE-ENDOCINOLOGÍA
ANA LÓPEZ-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-URGENCIAS
SONIA BARCOS-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-NEUROLOGÍA
CARMEN URZOLA-SUPERVISORA ENFERMERÍA-HOSPITAL SAN JORGE-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se denomina "Ictus" al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente a función de una determinada región del encéfalo. El Ictus es una enfermedad de gran impacto en al vida personal y social. Constituye la primera causa de defunción entre las mujeres y la segunda en el total de la población, siendo además, la primera causa de discapacidad en personas adultas y la segunda causa de demencia. La atención al ictus requiere procedimientos diagnósticos y terapéuticos que deben llevarse a cabo en el hospital en unidades o áreas específicas, con personal médico y de enfermería específicamente formado y con el manejo de protocolos de atención actualizados que permitan unificar y sistematizar las prácticas clínicas mas frecuentes. En la últimas décadas el número de defunciones por enfermedad cerebrovascular ha descendido en toda España en relación a un mejor y pronto diagnóstico así como control terapéutico en fase aguda y subaguda, así como un mejor control en prevención primaria. En Aragón actualmente la probabilidad o riesgo de morir por Ictus en ambos sexos y ajustado por edad es superior a la media de España (fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III datos 2006). En 2008 se crea la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud que promueve la realización de programas de actuación al Ictus a nivel autonómico surgiendo así el " Programa de Atención al Ictus en Aragón". Este programa aborda de forma multidisciplinar las actuaciones que pueden influir en la instauración de la enfermedad y su desarrollo o secuelas posteriores. Siendo el objetivo mejorar la atención a lo largo del proceso asistencial al ictus en todo el territorio aragonés, con el fin de disminuir la incidencia y morbimortalidad de la enfermedad, así como mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectas.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

Creación de un programa de actuación multidisciplinar de atención al paciente con Ictus adaptado a nuestro hospital que nos permita mejorar la asistencia al paciente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la atención integral al paciente con Ictus:
- 1- Disminuir los tiempos diagnóstico-terapéutico en urgencias.
 - 2- Mejorar el control de la fase aguda de ictus en hospitalización de Neurología.
 - 3-Disminuir la morbilidad hospitalaria.
 - 4- Disminuir la mortalidad.
 - 5- Disminuir la discapacidad.
 - 6- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
 - 5-Favorecer la comunicación interdisciplinar.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

220

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEJORA A LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON ICTUS EN EL SECTOR HUESCA

6- Favorecer la comunicación con los pacientes y familiares.

7- Mejorar el conocimiento en al población sobre el Ictus y su prevención a través de la divulgación en especial a traves de AIDA (asociación de Ictus de Aragón)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MÉTODO

1-Creación de un equipo multidisciplinar para la implantación del proceso Ictus en el Sector Huesca..

2- Acreditación de los facultativos de la unidad de Neurología de la escala NIH.

2- Realización de protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos para la atención al paciente con ictus en urgencias.

3-Realización de protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos para la atención al paciente con ictus en área de ictus y planta de neurología.

4- Informatización del los protocolos de actuación en fase aguda del ictus.

5-Realización de cursos de formación para la atención al ictus para el personal Facultativo del área de Urgencias, Medicina Interna, Especialidades médicas, UCI, MIR así como para el personal de enfermería implicado en la atención a pacientes con ictus en urgencias y plantas médicas.

6- Puesta en marcha del plan de actuación integral al ictus con el empleo de los protocolos realizados.

7- Preparación para la implantación del tratamiento fibrinolítico y teleictus.

8- Realización de sesiones informativas en el hospital en colaboración con AIDA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES

1- Creación Del grupo interdisciplinar (S/N). n° de reuniones (estándar 4/año).

2- % de los facultativos de la unidad de Neurología con acreditación concedida de la escala NIH (estándar 100%)

3-Realización de protocolos de actuación para urgencias.(S/N).

4- Realización de protocolos de actuación para área de Ictus y planta de Neurología.(S/N).

5- Protocolos informatizados. (S/N)

6- Protocolos implantados en fecha prevista (S/N)

7- Cursos de formación realizados en fecha prevista. (S/N).

8- % de facultativos del área médica que realizan el curso. (estándar >75%).

9- % de personal de enfermería que realizan el curso. (estándar >75%).

10- Mortalidad por Ictus.

11- % de Ictus tratados en área de monitorización durante el ingreso.

12- Implantación de tratamiento fibrinolítico (S/N).

13- Implantación del Teleictus (S/N).

14- N° de conexiones realizadas mediante teleictus.

15- % de ictus isquémico tratados en las 3 primeras horas tras el inicio de los síntomas.

16- Sesión informativa con AIDA realizada (S/N)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-Febrero de 2010: Realización de protocolos de actuación en urgencias/área de monitorización/hospitalización.

2- Febrero-Marzo 2010: acreditación escala NIH.

3-Febrero-Marzo 2010: Realización de cursos de formación para la atención al ictus para el personal Facultativo del área de Urgencias, Medicina Interna, Especialidades médicas, UCI, MIR así como para el personal de enfermería implicado en la atención a pacientes con ictus en urgencias y plantas médicas.

4- Marzo-Abril: Puesta en marcha del área de Ictus.

5-Abril de 2010: Puesta en marcha de los protocolos de actuación en urgencias.

6- Abril de 2010: Puesta en marcha de los protocolos de actuación y monitorización en área específica de los pacientes con ictus.

7- Abril- Mayo de 2010: evaluación de los posibles problemas en la implantación del plan del ictus con urgencias (facultativos, enfermería) y hospitalización (facultativo y enfermería).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 220

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE MEJORA A LA ATENCION MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON ICTUS EN EL SECTOR HUESCA

8- Mayo de 2010: valoración de situación y viabilidad de inicio de fibrinólisis y teleictus

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material didáctico	150 €
· Ordenador portátil	600 €
· Material técnico de apoyo	400 €
Total	1.150 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 013

REGISTRO INFORMATIZADO DE INGRESOS Y CUIDADOS A PACIENTES DE NEONATOLOGIA

2. RESPONSABLE CARMEN AZANZA MONTULL
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. MATERNO-INFANTIL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANA BOTAYA ESTAUN-ENFERMERA MATERNO INFANTIL-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
MONTSERRAT REDOL LABARTA-AUXILIAR DE ENFERMERIA-MATERNO INFANTIL-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Que los diferentes ítems que la matrona introduce pasen directamente a la historia de R.N
Aumentar seguridad Digitalización de los datos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios mejorar en el conjunto de su ámbito de trabajo; etc.
En la actualidad todos los registros del Servicio de Neonatología del Hospital están en formato papel .Consideramos necesaria la informatización de todos estos datos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 100% de registro de la actividad realizada con los R.N. del Hospital. Minimizar errores de transcripción. Adaptación al nuevo sistema de almacenamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Adiestramiento del personal implicado en el proyecto en la informatización

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Seguimiento mensual de los registros:
- 100% de registro de la actividad realizada con los R.N. del Hospital
- Minimizar errores de transcripción
- Adaptación al nuevo sistema de almacenamiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha de inicio: año 2010
- Fecha de finalización: año 2010
- Fecha de finalización: año 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Un equipo informático y el softwar necesario para crear una base datos 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

518

PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA

2. RESPONSABLE VANESA BERNAL MONTERDE
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSÉ MIGUEL CHOPO-CARDIÓLOGO-HOSPITAL SAN JORGE
LUIS CORTÉS-DIGESTÓLOGO-HOSPITAL SAN JORGE
SANDRA GARCÍA-BIOQUÍMICA-HOSPITAL SAN JORGE
MARÍA JOSÉ NASARRE-BIOQUÍMICA-HOSPITAL SAN JORGE
MIGUEL MONTORO-DIGESTÓLOGO-HOSPITAL SAN JORGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cirróticos tienen un corazón anormal. Su circulación se vuelve hiperdinámica y manifiestan un aumento del ritmo cardiaco y una reducción de la resistencia vascular periférica y de la presión arterial. En estas circunstancias, el corazón no puede responder de forma normal a los estímulos y a las diferentes situaciones de estrés. También se producen alteraciones en la función sistólica y diastólica. Todos estos signos se engloban en la denominada cardiomiopatía cirrótica. Los pacientes cirróticos que desarrollan esta complicación, presentan una elevada incidencia de insuficiencia cardiaca descompensada y de arritmias mayores que provocan un aumento de la morbimortalidad. Entre los mecanismos desencadenantes se encuentran: la inserción de un shunt portosistémico intrahepático transyugular, el trasplante hepático, la sobrecarga de volumen y las infecciones, entre otros. Además, la cardiomiopatía también puede jugar un papel importante en la patogénesis de las complicaciones de la cirrosis.

Sin embargo, dado que nos enfrentamos a un síndrome relativamente nuevo, en la mayoría de los centros no se realiza un programa de detección sistemático de esta entidad y su diagnóstico se realiza en el momento de la descompensación cardiaca, aumentando considerablemente la morbimortalidad. Tampoco se realiza una evaluación coordinada con las Unidades de Cardiología para plantear una estrategia diagnóstico-terapéutica conjunta. Hasta la fecha, el mejor procedimiento de cribado para el diagnóstico de la cardiomiopatiacirrótica sigue siendo la ecocardiografía. Recientemente, se ha sugerido que la cardiomiopatiacirrótica podría detectarse de una forma más coste-efectiva, mediante la determinación del péptido natriurético cerebral (BNP) entre otros biomarcadores, ya que la concentración plasmática de estos péptidos se correlacionan con los índices de disfunción diastólica y sistólica.

Al tratarse de una entidad relativamente nueva, todos los especialistas implicados (cardiólogos, hepatólogos, internistas, bioquímicos) y personal de enfermería, precisan de una formación continuada mutua para conocer las habilidades básicas de cada disciplina en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y para facilitar un abordaje integral y efectivo.

La implantación de un programa multidisciplinar de detección y tratamiento de la cardiomiopatía cirrótica, el primero en nuestra Comunidad Autónoma, permitirá disminuir la incidencia y morbimortalidad de esta enfermedad o de sus complicaciones, así como mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las personas afectas.

Oportunidad de Mejora

- Creación de un proceso de evaluación conjunta entre las unidades de digestivo y cardiología de pacientes diagnosticados de cirrosis hepática
- Mediante la coordinación entre ambos recursos asistenciales, optimizar la asistencia clínica a esta población, favoreciendo una mejor evolución de los pacientes:
 - o Identificando de forma precoz la cardiomiopatía cirrótica mediante la realización de pruebas cardiológicas no invasivas (Ecocardiografía, holter 24 horas, ECG, Radiografía de tórax) y biomarcadores cardiovasculares.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

518

PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA

- o Identificando y tratando los factores de riesgo cardiovascular.
 - o Previniendo el desarrollo de insuficiencia cardiaca descompensada y/o arritmias.
 - o Disminuyendo el numero de ingresos hospitalarios por patología cardiaca en pacientes cirróticos y realizando una asistencia coordinada en el caso de que se produzcan.
 - o Mejorando la calidad de vida de los pacientes cirróticos con cardiomiopatía.
 - o Mejorando la comunicación con los pacientes y familiares sobre todos los aspectos de su enfermedad.
 - o Realizando una atención individualizada con tiempo y espacio adecuado.
 - o Incrementando los índices de satisfacción de los pacientes y familiares.
- Minimizar los costes sanitarios directos e indirectos derivados, al favorecer la estabilización clínica del paciente, su recuperación y su reincorporación sociolaboral

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la asistencia del paciente con cirrosis hepática:

- Implantar una estrategia de cribado para el diagnóstico de la cardiomiopatía cirrótica, disminuyendo el tiempo diagnóstico-terapéutico.
- Disminuir el número de complicaciones derivadas de la cardiomiopatía cirrótica gracias a su diagnóstico precoz y a la identificación de factores desencadenantes y agravantes de la misma.
- Identificación y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular y de la enfermedad renal crónica, que pudieran empeorar la cardiomiopatía cirrótica.
- A través de los puntos previos, disminuir la mortalidad.
- Mejorar la atención al paciente, disminuyendo el número de visitas y/o ingresos hospitalarios a través de consultas ambulatorias, mediante la coordinación de los diferentes servicios implicados.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con cardiomiopatía cirrótica
- Aumentar la satisfacción con la asistencia recibida y mejorar la comunicación con los pacientes y familiares.

2. Mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios favoreciendo la comunicación interdisciplinar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se realizará un registro de todos los pacientes existentes en el Sector de Huesca diagnosticados de cirrosis hepática y en seguimiento en consultas externas de la unidad de gastroenterología y hepatología.

2. Se creará un equipo multidisciplinar para la detección y tratamiento de la cardiomiopatía cirrótica.

3. Se realizará el protocolo diagnóstico-terapéutico de la cardiomiopatía cirrótica.

4. Se realizará una guía informativa para los pacientes sobre su proceso y la necesidad de una evaluación multidisciplinar.

5. Se realizará una reunión con todos los componentes del grupo de mejora para explicar el proyecto y realizar la distribución de los pacientes de acuerdo con los criterios del protocolo.

6. Se establecerá una evaluación continuada de los pacientes por los servicios de digestivo y cardiología según el siguiente programa:

a. Visita inicial en digestivo en la que se realizará la historia clínica y la exploración física y se solicitará una analítica para la evaluación de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica y determinación de biomarcadores.

b. Se realizará una segunda visita con cardiología para evaluación clínica, realización de pruebas (electrocardiograma, toma de tensión arterial, ecocardiograma y Holter-24h) y confirmar/descartar la presencia de cardiomiopatía cirrótica.

c. Finalmente, se realizará una tercera visita en digestivo para la comunicación de resultados al paciente y establecer las medidas terapéuticas y de seguimiento clínico oportunas.

7. Se realizará una ficha clínica resumida para su inclusión en la historia clínica. Además, la actividad del programa será registrada en una base de datos informatizada en la que serán incluidos todos los pacientes registrados, las pruebas realizadas, el tratamiento administrado y su evolución.

8. De forma trimestral se reunirá el equipo de mejora para evaluar los indicadores de calidad del proceso asistencial y analizar los posibles puntos de mejora

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 518

PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CARDIOMIOPATIA CIRROTICA EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPATICA

en la coordinación

9. Al año se realizará una evaluación global de la implantación del programa de evaluación multidisciplinar de la cardiomiopatía cirrótica

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Creación del grupo multidisciplinar. Nº Reuniones/año (estándar =3 reuniones/año)
- 2. Protocolo diagnóstico-terapéutico de cardiomiopatía cirrótica elaborado (S/N).
 - 3. Guía de información para los pacientes elaborada (S/N).
 - 4. Porcentaje de pacientes con cirrosis hepática a los que se diagnostica de cardiomiopatía cirrótica.
 - 5. Porcentaje de pacientes con cardiomiopatía cirrótica que reciben tratamiento específico.
 - 6. Porcentaje de pacientes con factores de riesgo cardiovascular (diagnóstico según las recomendaciones de las sociedades científicas)
 - 7. Porcentaje de pacientes cirróticos con factores de riesgo cardiovascular que reciben tratamiento específico.
 - 8. Tiempo medio de supervivencia desde el diagnóstico y tratamiento de la cardiomiopatía cirrótica.
 - 9. Tasa de ingresos hospitalarios en pacientes diagnosticados de cardiomiopatía cirrótica.
 - 10. Tasa de descompensaciones cardiacas y mortalidad en pacientes diagnosticados de cardiomiopatía cirrótica.
 - 11. Tiempo transcurrido desde la inclusión en el programa del paciente hasta la finalización de la evaluación cardiológica.
 - 12. Repercusión en la calidad de vida y actividad laboral de los pacientes diagnosticados de cardiomiopatía cirrótica.
 - 13. Satisfacción del paciente con la atención recibida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Marzo 2010: registro de todos los pacientes existentes en el sector de Huesca con cirrosis hepática.
- 2. Marzo 2010: reunión del equipo de mejora para evaluación inicial del proyecto y distribuir las tareas de cada miembro en la creación del protocolo diagnóstico-terapéutico de la cardiomiopatía cirrótica, de la ficha clínica resumida y de la base de datos informatizada del programa.
 - 3. Marzo-Abril 2010: creación del protocolo diagnóstico-terapéutico de la cardiomiopatía cirrótica, de la ficha clínica resumida, de la base de datos informatizada del programa y de la guía informativa de los pacientes.
 - 4. Abril 2010: implantación del protocolo diagnóstico-terapéutico de la cardiomiopatía cirrótica.
 - 5. Mayo 2010: reunión del equipo de mejora para la detección de los posibles problemas en la implantación del protocolo.
 - 6. A partir de Mayo 2010, el equipo de mejora se reunirá de forma trimestral para monitorizar los indicadores y validación del proceso.
 - 7. Al año se realizará una evaluación global de la implantación del programa de evaluación multidisciplinar de la cardiomiopatía cirrótica

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material fungible y de papelería ... (1)	200 €
· Material técnico de apoyo diagnóstico ... (2)	1.400 €
· Test calidad de vida genéricos (Euroqol-5D) y específicos ... (3)	400 €
Total	2.000 €

11. OBSERVACIONES. (1) Material fungible y de papelería (impresión de guías informativas, fichas de evaluación, encuestas ...
(2) Material técnico de apoyo diagnóstico (principalmente biomarcadores cardiovasculares; pulsioxímetro, ...
(3) Test calidad de vida genéricos (Euroqol-5D) y específicos de pacientes con insuficiencia cardiaca ...

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 223

MEJORA EN LA ACOGIDA AL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGÍA

2. RESPONSABLE DOLORES BLASCO YEBRA
· Profesión ATR
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA-CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALICIA ERESUÉ ERESUÉ-AUXILIAR NEUROSONOLOGÍA
MARIBEL CLAVER-AUXILIAR NEUROLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estudio Neurosonológico es una técnica realizada para evaluar el estudio del flujo sanguíneo cerebral. Desde el año 2007 este estudio se realiza por los neurólogos de la unidad de neurología a los pacientes que lo precisan. Hasta el momento actual el estudio se solicita en la consulta de Neurología, se explica por parte del facultativo y la auxiliar de la misma cita al paciente que acude el día indicado a la realización de la prueba. El principal problema actualmente es que el paciente no conoce con exactitud qué es lo que se le va a realizar ya que las explicaciones se realizan en la consulta por parte de facultativo y en muchas ocasiones cuando acuden a la prueba tienen dudas y no recuerdan exactamente qué es lo que se va a realizar debiendo repetir de nuevo el facultativo en el momento de la exploración en qué consiste la prueba. Creemos que la realización de un documento con material iconográfico aportado en la consulta de neurología en el momento de la citación, explicando qué es la prueba, cómo se realiza, y las respuestas a las principales dudas que nos plantean los pacientes mejoraría la satisfacción con la atención recibida y la adherencia a la realización de la misma.
Oportunidad de mejora:
? Elaboración de un documento de "acogida" al laboratorio de Neurosonología

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Realizar el documento de acogida al laboratorio de neurosonología
2. Mejorar la asistencia al paciente
3. Mejorar la comunicación con los pacientes
4. Mejorar la satisfacción con la asistencia recibida

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se realizará un documento escrito con toda la información sobre la prueba, iconografía y las dudas más habituales sobre la misma.
2. Se realizarán las reuniones del grupo de mejora para planificar los objetivos del documento, las partes del mismo y el reparto de tareas.
3. Se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes sobre la información recibida para poder monitorizar a final de año si la información recibida es útil y qué aspectos de mejora se pueden incluir para mejorar el documento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° Reuniones año (estándar =5)
2. Documento de acogida elaborado (SI/NO)
3. Documento de acogida implantado (SI/NO)
4. Encuesta de satisfacción elaborada (SI/NO)
5. % pacientes satisfechos con la información recibida (estandar >90%)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el mes de marzo se reunirá el grupo de mejora para establecer los objetivos del documento y el reparto de tareas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

223

MEJORA EN LA ACOGIDA AL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE NEUROSONOLOGIA

2. En mayo se finalizará el documento de acogida
3. En mayo se elaborará la encuesta de satisfacción
4. En junio se iniciará la implantación del documento y de la encuesta de satisfacción
5. En diciembre se realizará la evaluación de los resultados obtenidos y las acciones de mejora para 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· formación	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 272

PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO

2. RESPONSABLE ROSA CALVO CIRIA
· Profesión ENFERMERA
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROSA CALVO CIRIA-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA-ENFERMERA
MARÍA JESÚS MARTÍN ARNAL-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA-ANESTESIÓLOGA
ALFREDO BONDÍA JIMENO-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA-ANESTESIÓLOGO
JUAN CARLOS CARRION PAREJAHOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA-ANESTESIÓLOGO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detección del problema. El programa de analgesia postoperatoria ha entrado en una fase de consolidación. Las áreas de mejora que se plantean serían, por un lado monitorizar la accesibilidad de los pacientes al programa, aumentar el cumplimiento de algunos aspectos del proceso y por otro impulsar o desarrollar nuevas pautas y técnicas analgésicas. Situación inicial. Esta sería la cuarta convocatoria a la que se presenta el programa (Ver documentación anterior) El programa está funcionando y los objetivos iniciales se han cumplido. Causas. El exceso de trabajo puntual, rotación del personal de enfermería, falta de programación para revisar las pautas y protocolos con periodicidad y la inercia de la rutina, así como el tiempo necesario para los registros y su análisis son las causas señaladas sobre las que habría que actuar para mejorar. El propio seguimiento del proceso consume muchos recursos debido a las dificultades para automatizar el registro de todas las variables con la PDA. Importancia de la mejora. Vigilar, controlar el proceso y los resultados de la analgesia postoperatoria, además de evitar el sufrimiento innecesario, supone reducir la morbimortalidad directamente relacionada con el dolor. Fuentes y modelos. Elección de un modelo con eficacia y eficiencia contrastada. Se monitorizan una serie de indicadores clave seleccionados y los resultados se tratan por el grupo de mejora y los miembros del SAR y TD, Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. Pain. 1994 Apr;57(1):117-23

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Objetivos esperados Valor de Indicadores

Implantación del registro informático (Sí)	Sí	
Accesibilidad al programa de analgesia. > 95%	1ª s: 96.8%. 2ºs. 96.2%. Promedio: 96.5%	
Utilización de analgesia multimodal. > 7.1%	1º s. 4%. 2º s. 5.6%. Promedio 4.8%	
Utilización de PCA. > 0.5%	1º s. 0.5%. 2º s. 0.52%. Promedio 0.5%	

s: semestre.

Análisis y revisión de los resultados. Los resultados del proceso demuestran estabilidad, si bien persisten algunos defectos en el mismo que ya se habían detectado en evaluaciones anteriores y que son relativos al registro. Estos son: 1- Se ha implantado un nuevo sistema informático de registro exhaustivo de las analgesias. 2- No se logra incrementar el número de analgesias controladas por el propio paciente, aunque se alcanza el objetivo. 3- No se logra incrementar el número de analgesias multimodales, no alcanzándose el objetivo

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Consolidar el nuevo sistema de registro.
Obtener los indicadores de manera más válida y eficiente.
Aumentar la analgesia multimodal.
Obtener datos sobre seguridad en la analgesia de determinadas intervenciones quirúrgicas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificar las causas que impiden aumentar el número de analgesias multimodales. Metodología: encuesta abierta a los miembros del SAR y TD

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

272

PROGRAMA DE ATENCION ANALGESICA POSTOPERATORIA EN CIRUGIA CON INGRESO

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se seguirán utilizando los mismos indicadores.
Se obtienen del registro informático diario de las analgesias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Medida de indicadores del primer semestre en julio - agosto de 2010.
Medida de indicadores del segundo semestre en diciembre de 2010.
Realización de la encuesta antes de Julio de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Este año no se precisan recursos para las actividades de mejora previstas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

273

PROGRAMA PARA LA DIFUSION E IMPLANTACION DE LA INTUBACION TRAQUEAL FIBRO-ÓPTICA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS CARRION PAREJA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA, REANIMACION Y TTº DEL DOLOR
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- EMILIO MORROS DÍAZ-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA
ALFREDO BONDÍA JIMENO-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA- ANESTESIÓLOGO
PILAR MUR CAMPOS-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA- ANESTESIÓLOGO
ENRIQUE SÁNCHEZ JIMÉNEZ-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA- ANESTESIÓLOGO
JESÚS ANTÓN QUIROGA.-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA- ANESTESIÓLOGO
JUAN LÓPEZ CEBOLLADA.-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA- ANESTESIÓLOGO
ROSA CIRAC PÉREZ-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA, BLOQUE QUIRÚRGICO- ENFERMERA
BELEN HERNANDO HERNANDO-HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA, BLOQUE QUIRÚRGICO- AUXILIAR DE ENFERMERÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Introducción.La intubación de la tráquea (IT) es una técnica rutinaria en la práctica de la anestesia general necesaria, entre otras cosas, para la seguridad del paciente. Por otro lado y aunque de forma poco frecuente pueden presentarse situaciones de dificultad para la IT . La importancia de ello no es tanto por la frecuencia de presentación- incidencia de imposibilidad de intubar la tráquea ente 0.05 - 0.5% 1- como por la importancia de los resultados adversos2. La vía aérea difícil (VAD) constituye la principal causa de morbi - mortalidad directamente relacionada con la administración de la anestesia2 . La intubación traqueal fibro - óptica (ITF) se considera la técnica de referencia3 para el manejo de la VAD, pero tiene el inconveniente de las restricciones que se dan para adquirir las habilidades necesarias para su práctica.Detección del problema. En reiteradas ocasiones surgen dificultades, incluso previstas, para la IT sin disponibilidad en el momento de un profesional con experiencia con la técnica de ITF. Hay una opinión unánime entre los miembros del servicio sobre la necesidad de implantar de forma extensa la técnica de ITF y ordenar el uso de las numerosas y diversas técnicas alternativas y dispositivos disponibles en el SAR y TD.Situación inicial.Menos del 25% de los anestesiólogos del SAR y TD del HSH tienen una experiencia mínima para poder realizar la técnica de ITF con garantías de eficacia. Causas.La baja incidencia de VAD hace que se presenten pocas ocasiones para la práctica de ITF, tanto durante el periodo de formación como durante el periodo profesional de los anestesiólogos.Las características de la técnica de ITF tampoco la hacen adecuada para practicarla sin más preparaciones de manera rutinaria.Importancia de la mejora.Disponer en cualquier momento de la ITF para hacer frente a situaciones clínicas que comprometen la seguridad de los pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se han conseguido los objetivos propuestos.
La única actividad reseñable ha sido la formación de otro miembro del servicio en el manejo de la vía aérea difícil en un curso acreditado

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obtener información sobre los conocimientos y habilidades de los miembros del SAR y TD, respecto a la intubación fibróptica.
Metodología: Realización de una encuesta estructurada.
Planificar un nuevo método de aprendizaje de habilidades en el propio servicio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Metodología: Realización de una encuesta estructurada entre los miembros del servicio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de las actividades planificadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización de la encuesta antes de septiembre de 2010.
Análisis y consecuencias de los resultados de la encuesta en diciembre de 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 273

PROGRAMA PARA LA DIFUSION E IMPLANTACION DE LA INTUBACION TRAQUEAL FIBRO-OPTICA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Este año no se solicitan recursos, dadas las actividades programadas

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA ENCEFALOPATIA HEPATICA MINIMA EN PACIENTES CIRROTICOS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE LUIS CORTES GARCIA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- VANESA BERNAL MONTERDE-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE-DIGESTIVO
MIGUEL MONTORO HUGUET- MÉDICO- HOSPITAL SAN JORGE-DIGESTIVO
OLALLA ALBERTI GONZALEZ- MÉDICO- HOSPITAL SAN JORGE-NEUROLOGIA
MARIA BESTUÉ CARDIEL- MÉDICO- HOSPITAL SAN JORGE-NEUROLOGIA
MARIA JESÚS PABLO- MÉDICO- HOSPITAL SAN JORGE-NEUROFISIOLOGÍA
MARÍA ISABEL BENAVENTE AGUILAR- MÉDICO- HOSPITAL SAN JORGE-NEUROFISIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Antecedentes:

Una de las principales complicaciones evolutivas en la cirrosis hepática (CH) es el desarrollo de encefalopatía hepática (EH) dado que condiciona un mal pronóstico evolutivo, estimándose que la supervivencia a los 3 años de haber sufrido un primer episodio clínico de EH se sitúa en torno a un 25%. Debido a esta situación es importante la identificación de formas precoces de dicha entidad conocidas como encefalopatía hepática mínima (EHM), dado que la mayoría de los pacientes que desarrollan EH presentan previamente EHM.

La EHM es una patología presente en aproximadamente un 25-30% de los pacientes con CH compensada en la cual están presentes una serie de alteraciones neuropsicológicas que provocan un fuerte impacto en la calidad de vida así como en las actividades básicas de la vida diaria, especialmente en aquellas relacionadas con la atención, la interacción social, el ocio y el trabajo (sobre todo en aquellas que requieren una destreza manual), habiéndose descrito un aumento del número de accidentes de tráfico, traumatismos y mayor tasa de bajas laborales entre los pacientes cirróticos con EHM. Sin embargo esta condición pasa desapercibida en la práctica clínica habitual, ya que muestran una exploración neurológica normal, requiriendo test psicométricos y estudios neurofisiológicos específicos para su correcta identificación.

Por todo ello, un reconocimiento precoz de las alteraciones neuropsicológicas que pudieran predecir el desarrollo de la EHM es fundamental en la evaluación y seguimiento habitual del paciente cirrótico para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

Problemas actuales

En la actualidad los pacientes con CH son valorados en las consultas de digestivo para la prevención y tratamiento de las descompensaciones de su hepatopatía crónica, no obstante no es posible la realización de un diagnóstico de EHM dada la ausencia de pruebas diagnósticas en la comunidad autónoma de Aragón encaminadas al diagnóstico precoz de dicha entidad y a su consecuente tratamiento. Por todo ello estos pacientes sufren un deterioro en su calidad de vida personal y laboral así como un mayor riesgo de accidentes tal como hemos comentado previamente. Para evitar estas situaciones es necesaria la evaluación conjunta por parte de los servicios de neurología y digestivo, así como la realización de test psicométricos y exploraciones neurofisiológicas, para poder establecer el diagnóstico de EHM y, por lo tanto, iniciar un tratamiento específico encaminado a la mejoría en la calidad de vida de los pacientes y a la disminución de episodios de EH.

Oportunidad de Mejora

- Creación de un proceso de evaluación continúa al paciente con encefalopatía hepática entre los servicios de Digestivo y Neurología-Neurofisiología.
- Mejorar la asistencia del paciente:
- Coordinando la atención entre Digestivo y Neurología- Neurofisiología
- Identificación precoz de la encefalopatía hepática mínima mediante la realización de pruebas test psicométricos (PHES), pruebas neurofisiológicas (cuantificación de frecuencia mínima de parpadeo) y evaluación neurológica.
- Previniendo el desarrollo de encefalopatía hepática clínica.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 477

1. TÍTULO

CRIBADO DE LA ENCEFALOPATIA HEPATICA MINIMA EN PACIENTES CIRROTICOS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- Disminuir el numero de ingresos hospitalarios por encefalopatía hepática
- Mejoría de la calidad de vida de los pacientes cirróticos con encefalopatía mínima
- Disminuir el riesgo de accidentes de tráfico, laborales y traumatismos en los pacientes con encefalopatía hepática mínima
- Mejorando la comunicación con los pacientes y familiares sobre todos los aspectos de su enfermedad.
- Realizando una atención individualizada de los pacientes con EHM.
- Incrementando los índices de satisfacción de los pacientes y familiares

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la asistencia del paciente con Cirrosis Hepática:

- Implantar una estrategia de cribado para el diagnóstico de la encefalopatía hepática mínima
- Atención al paciente (disminuir el número de visitas y/o ingresos hospitalarios a través de consultas ambulatorias)
- Prevención de complicaciones
- Mejorar la supervivencia y calidad de vida
- Aumentar la satisfacción con la asistencia recibida

2. Mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios

3. Mejorar la comunicación con los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se realizará un registro de todos los pacientes existentes en el sector I con cirrosis hepática en seguimiento en consultas externas de la unidad de gastroenterología y hepatología

2. Se realizará el protocolo de diagnóstico de encefalopatía hepática mínima en paciente con diagnóstico de cirrosis hepática.

3. Se realizará una guía para los pacientes que contenga información sobre su patología y la necesidad de una evaluación multidisciplinar.

4. Se realizará una reunión con todos los componentes del grupo de mejora para explicar el proyecto y realizar la distribución de los pacientes de acuerdo con los criterios del protocolo.

5. Se establecerá una evaluación continuada de los pacientes por los servicios de digestivo y neurología mediante una visita inicial en digestivo, una segunda visita con neurología para el cribado diagnóstico mediante evaluación neurológica y la realización de pruebas psicometricas y neurofisiológicas, y finalmente una tercera visita en digestivo para valorar los resultados y establecer las medidas terapéuticas y de seguimiento clínico oportunas.

6. Se recogerán los datos de las pruebas realizadas en cada visita: test psicométricos y pruebas neurofisiológicas.

7. De forma trimestral se reunirá el equipo de mejora para evaluar el proceso asistencial de los pacientes de la unidad y analizar los posibles puntos de mejora en la coordinación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. N° Reuniones/año (estándar =3 reuniones/año)

2. Proceso cribado de encefalopatía hepática mínima elaborado (SI/NO).

3. Guía de información para los pacientes elaborada (SI/NO).

4. Porcentaje de pacientes a los que se indica tratamiento de encefalopatía hepática mínima.

5. Tiempo medio de Supervivencia desde el diagnóstico y tratamiento de encefalopatía hepática mínima.

6. Tasa de ingresos hospitalarios en pacientes diagnosticados de encefalopatía hepática mínima

7. Tasa de accidentes de tráfico, laborales y traumatismos en los pacientes con encefalopatía hepática mínima

8. Repercusión en la calidad de vida y actividad laboral de los pacientes diagnosticados de encefalopatía hepática mínima

9. Satisfacción del paciente con la atención recibida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante los meses de marzo y abril se realizará un registro de todos los pacientes existentes en el sector I con cirrosis hepática en seguimiento clínico en consultas de digestivo

2. Se realizará el protocolo de actuación sobre el manejo de estos pacientes para la realización del diagnóstico de EHM por parte de los servicios de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 477

CRIBADO DE LA ENCEFALOPATIA HEPATICA MINIMA EN PACIENTES CIRROTICOS MEDIANTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

neurología y digestivo

- 3. Durante el mes de marzo se realizará una reunión con todos los componentes del grupo de mejora para explicar el proyecto y realizar la distribución de los pacientes de acuerdo con los criterios del protocolo.
- 4. De forma trimestral se establecerá una consulta específica con neurología en la que se evaluarán a estos pacientes mediante test psicométricos, valoración neurológica y realización de pruebas neurofisiológicas. Posteriormente acudirán a consultas de neurología y digestivo para establecer el diagnóstico y la necesidad de instaurar tratamiento específico
- 5. De forma trimestral se reunirá el equipo de mejora para analizar la asistencia de los pacientes de la unidad y los posibles puntos de mejora en el protocolo diagnóstico
- 6. Al año se realizará una evaluación de la implantación del programa de detección de EHM

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Aparato para realizar frecuencia mínima de parpadeo (Hepatonorm® Analyzer)	2.200 €
· Test psicométricos EHM	200 €
· Material iconográfico/informático para pacientes	100 €
Total	2.500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 021

RESULTADOS ENCUESTAS DE SATISFACCION MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE JESUS ESCOS ORTA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. UNIDAD MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUSANA BUESA-ENFERMERA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
LORENZO LABARTA MONZÓN-MEDICO-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
YOLANDA PARDILLOS-ENFERMERA--MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
JOSE ANTONIO FRANCO-ENFERMERO-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
AMPARO VILLAMANDOS-AUXILIAR-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
MATILDE BARA-AUXILIAR-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
ISABEL MONTAÑANA-AUXILIAR-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La situación actual es que no tenemos una valoración mínimamente objetiva de la calidad de nuestra asistencia desde el punto de vista de satisfacción de los pacientes como de los familiares de los mismos. Con este propósito realizamos un estudio piloto de carácter interno llevado a cabo por un grupo de profesionales de nuestro servicio integrado por Facultativos, DUE y auxiliares de enfermería y compuesto por una muestra suficiente para tener una visión global de la situación.
En general el grado de satisfacción mostrado por pacientes y familiares era bastante alto si bien consideramos mejorable en determinados ítems

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Consideramos fundamental conseguir el mayor grado de participación tanto de pacientes como de familiares.
- Mejorar el grado de satisfacción de usuarios y familiares no sólo en lo relacionado con las instalaciones: limpieza, comodidad, adecuación sino sobretodo en la calidad de la relación con el personal que integra la plantilla de la unidad.
- Mejora de la información tanto médica como de procedimientos y de atención de enfermería en términos de calidad y cantidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Repartir formulario de encuesta a pacientes y familiares con estancia en UCI superior a 24 horas por parte de enfermería y auxiliares de enfermería y si fuera posible recordatorio verbal por parte del médico en el momento de la información para que no existan dudas por parte de los encuestados, tanto del interés que para nosotros tiene obtener dicha encuesta, como el lugar habilitado para depositarla

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Recoger todas las encuestas contestadas dividiendo en 2 grupos según se trate de encuestas de paciente o de familiar y expresando los resultados de las variables cualitativas mediante porcentaje y las escalas de puntuación referentes a la asistencia de los distintos profesionales

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo de 2010 Iniciar entrega y recogida de encuestas según método acordado
Noviembre de 2010 Finaliza plazo de recogida de datos. Diciembre de 2010
Análisis de resultados y presentación de los mismos a los integrantes de la plantilla

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|-----------------------|---------|
| · 3 televisores | 1.000 € |
| · aparato HiFi | 200 € |
| Total | 1.200 € |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

021

RESULTADOS ENCUESTAS DE SATISFACCION MEDICINA INTENSIVA

11. OBSERVACIONES. Los recursos solicitados son para mejorar la calidad de asistencia hostelera en la UCI, con tres televisiones que se colocarán en tres boxes aislados, fundamentalmente para pacientes que se encuentran con buen nivel de conciencia y un aparato de hifi para crear un ambiente musical acompañante para el resto de los pacientes.

Esta misma petición se hace en otro proyecto de calidad para poder completar el pago de los equipos audiovisuales, entre ambos proyectos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

424

MEJORA DEL PROGRAMA DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

2. RESPONSABLE MARTA FERRER LOZANO

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL SAN JORGE
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALFREDO LACASA ARREGUI-MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL SAN JORGE
NATIVIDAD TAJADA CEBRIÁN-MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL SAN JORGE
FERNANDO VERA CRISTÓBAL-MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL SAN JORGE
MARIA JESÚS OLIVÁN DEL CACHO-MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL SAN JORGE
EDUARDO UBALDE SAINZ-MÉDICO PEDIATRA-HOSPITAL SAN JORGE-HUESCA
M CARMEN AZANZA MONTULL-SUPERVISORA DE ENFERMERÍA DE PEDIATRÍA-HOSPITAL SAN JORGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La hiperbilirrubinemia neonatal es la causa más importante de reingreso tras el alta neonatal temprana en los recién nacidos sanos. Así, la identificación de neonatos en riesgo de desarrollar una hiperbilirrubinemia importante (con riesgo de encefalopatía) constituye una prioridad en la unidad de neonatos.

La medición de la bilirrubina total y fraccionada en suero es la única manera que tenemos en nuestra unidad de descartar la hiperbilirrubinemia patológica. Dicha técnica es cruenta y consume tiempo, y además en nuestro centro requiere la punción venosa ya que no se dispone de micrométodo para su determinación en sangre capilar. En muchas ocasiones hay que realizar varias determinaciones al mismo recién nacido para ver la tendencia de las cifras.

Por estos motivos en la mayoría de las unidades de neonatos la determinación en sangre venosa ha sido suscitada por la medición de la bilirrubina transcutánea, método sencillo, rápido e incruento que ha demostrado su exactitud en la estimación de la concentración de bilirrubina en neonatos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el programa diagnóstico de la hiperbilirrubinemia neonatal, mediante su detección más precoz.

Disminuir el número de extracciones de sangre al recién nacido, con la consiguiente mejora en la atención y disminución del gasto.

Disminuir el número de reingresos por hiperbilirrubinemia.

Disminuir el número de recién nacidos en riesgo de encefalopatía bilirrubínica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Adquisición del bilirrubinómetro transcutáneo.

Entrenamiento del personal médico y de enfermería del servicio en su utilización.

Realización de una determinación de bilirrubina transcutánea a todos los RN a las 48 horas de vida, antes del alta.

Determinación de bilirrubina transcutánea a todos los RN que presenten ictericia independientemente de su edad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disminución del número de extracciones sanguíneas para determinación de bilirrubina sérica respecto al ejercicio precedente.

Disminución del número de reingresos de RN por hiperbilirrubinemia respecto al ejercicio precedente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Adquisición del bilirrubinómetro transcutáneo: Abril 2010

Entrenamiento del personal médico y de enfermería del servicio en su utilización: Abril 2010

Inclusión de la realización de una determinación de bilirrubina transcutánea a entre las pruebas que se le hacen a todos los RN a las 48 horas de vida, antes del alta precoz: Mayo 2010.

Evaluación del proyecto: Diciembre de 2010

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 424

MEJORA DEL PROGRAMA DE DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

.....	4.750 €
Total	4.750 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LAS GESTANTES QUE PRESENTAN UN PLAN DE PARTO

2. RESPONSABLE ANA GAZO ORTIZ DE URBINA

- Profesión ATR
- Centro HOSPITAL SAN JORGE
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE PARTOS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARÍA JOSÉ BONED GALÁN-MATRONA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
JOSÉ MARIA MÁS FORTUÑO-MATRONA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
ANA PASCUAL GONZÁLEZ-MATRONA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
MARIA JESÚS ARNAL BESCÓS-MATRONA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
VANESSA TEBAN PONCE-MATRONA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
NURIA PUIG COMAS-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Sistema Nacional de Salud proyectó desarrollar la Estrategia de Atención al Parto Normal en respuesta a una demanda colectiva de mejora de la asistencia al nacimiento, en aspectos como la envoltura emocional que conlleva éste proceso y la participación y protagonismo de las mujeres durante el mismo. Este proyecto se aprobó en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en octubre de 2007, y pretende incluir a todas las personas, profesionales y colectivos implicados para consensuarlo, elaborarlo y concretarlo. En nuestros días, la participación activa de las mujeres para que tengan poder de decisión en cuanto a su salud implica que éstas y sus familias conozcan en profundidad el periodo reproductivo por el que atraviesan, se involucren en los cuidados que reciben y participen activamente en el momento del parto. Este conocimiento les permitirá consensuar con los profesionales las conductas y cuidados a seguir, seleccionando de acuerdo a sus preferencias, creencias y pautas culturales. Es necesario crear mecanismos institucionales adecuados para la participación efectiva de las mujeres, lo que implica un cambio sustantivo en los modelos actuales de atención. El acceso a la información es un derecho respaldado por el marco legal vigente (Ley 41/2002, de autonomía del paciente). Esta información debe ser: a) completa considerando las razones, los beneficios, los riesgos y los resultados; b) oportuna a las necesidades de las mujeres; c) comprensible con relación al lenguaje y al momento en que se da la información; y d) disponible en el formato adecuado. La participación de las mujeres en la toma de decisiones es un criterio de calidad en la asistencia al parto y es básico para ejercer el principio de autonomía que implica la toma de decisiones conjuntas mediante un proceso en el cual, usuaria y profesional comparten información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado. Algunas comunidades autónomas, como Cantabria y Andalucía, disponen de cartillas de Salud del Embarazo que contemplan el Plan de Parto. El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, ha publicado con el consenso de las Sociedades Científicas y representantes de las Asociaciones de Mujeres, el "Protocolo para la asistencia natural al parto normal" y un Plan de Nacimiento, con el objetivo de incluir la asistencia natural al parto normal en la cartera de servicios de los hospitales del sistema sanitario público. El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón pretende diseñar un modelo excelente de atención perinatal que se aplique en todo el territorio aragonés y que conjugue el uso apropiado de la tecnología, con el respeto por la fisiología y la participación en la toma de decisiones de las parejas que afrontan la llegada de un hijo, de modo que se aborde los cuidados del proceso del nacimiento desde una amplia perspectiva que integre conceptos como la maternidad/paternidad y la crianza. Tres matronas de la Unidad participan en actividades financiadas por la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, una participa en un programa de formador de formadores diseñado por el Observatorio de Salud de la Mujer y amparado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y otras dos han realizado rotaciones externas por el Hospital 12 de octubre de Madrid y por el Hospital de la Plana en Castellón. Por lo tanto varias matronas creen que ha llegado el momento de llevar a la práctica asistencial algunos de los conocimientos y habilidades que han adquirido con estas actividades, y que el sistema rentabilice los recursos de formación que se han puesto a su disposición

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ofrecer una atención de calidad, basada en la evidencia científica disponible, que garantice los derechos de las usuarias, mejore la seguridad clínica y fomente la satisfacción de las mujeres y las familias que precisan de cuidados durante el proceso de parto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 023

ATENCIÓN A LAS GESTANTES QUE PRESENTAN UN PLAN DE PARTO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El Servicio de Atención al Paciente informará de Los Planes de Partos presentados a la Supervisora de la Unidad de Partos. Para no forzar a aquellos profesionales que no han recibido formación al respecto, al inicio de éste proyecto la participación será voluntaria. Esperamos que al ir alcanzando los objetivos e integrando y normalizando una práctica asistencial basada en las necesidades de las usuarias y sus familias, sin renunciar a una asistencia segura, todas las matronas del equipo se integraran al proyecto. En un principio se han presentado como voluntarias un grupo de matronas que, mediante una rueda de localizaciones, puedan prestar atención a las gestantes que hayan presentado un Plan de Parto cuando ingresen en el hospital. Estas profesionales son:

Ana Pascual González
Ana Gazo Ortiz de Urbina
Vanessa Teban Ponce
Nuria Puig Comas

Al inicio del proyecto, sus responsables, programaran reuniones con las matronas de los distintos centros de salud del sector de Huesca, para informarles del inicio del proyecto y para que transmitan la información a las mujeres que asistían a los programas de atención a la gestante (consulta embarazo, educación maternal, se entregaron trípticos informativos para repartir entre los usuarios del sistema

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de Planes de Parto Presentados/año
N° usuarias que han presentado Planes de Parto que han recibido una asistencia acorde con sus necesidades y demandas asistenciales/año.
N° de encuestas con respuestas positivas con respecto a la asistencia recibida durante el parto/año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 enero de 2010
Calendario: A partir del 1 de enero de 2010 se elaborarán las encuestas y se contactará con el responsable del Servicio de Atención al Paciente para comunicarle nuestro proyecto.
La atención efectiva está sujeta a la presentación de los Planes de Parto que presenten las gestantes atendidas en el hospital San Jorge de Huesca. El 31 de diciembre de 2010 se realizará una evaluación global de la puesta en marcha del proyecto.
Fecha de finalización: si logramos implantar esta mejora deberá permanecer en el tiempo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1000 Trípticos informativos para las usuarias	300 €
· Desplazamientos a CS Jaca, Sabiñánigo y Sariñena para informar a sus matronas ...	300 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 022

GRUPO DE TRABAJO CONTROL INFECCION MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE MARIA ARANTZAZU LANDER AZCONA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD MEDICINA INTENSIVA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ROSA NAVARRO-ENFERMERA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
 - JOSE CARLOS LOPEZ CLAVER-MÉDICO-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
 - CARMEN REULA-ENFERMERA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
 - CONCHA ESPORRÍN-ENFERMERA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
 - MARTA LAIRLA-ENFERMERA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
 - MARIA JOSE SOBREVÍA-AUXILIAR TERESA USÓN-AUXILIAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los Servicios o Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se diagnostican entre la cuarta y la quinta parte de todas las infecciones nosocomiales del hospital, en especial aquéllas que tienen mayor impacto en la evolución de los pacientes, como son las neumonías y las bacteriemias. La mayoría de las infecciones detectadas en las UCI se relacionan con la utilización de dispositivos que alteran las barreras defensivas naturales y favorecen la transmisión cruzada de los agentes patógenos. En ocasiones las infecciones se presentan en forma de brotes epidémicos, cuyos orígenes son la presencia de reservorios inanimados (ventiladores mecánicos, nebulizadores, sistemas de monitorización) y/o de portadores crónicos entre los trabajadores sanitarios. Paralelamente, en las UCI se observa la aparición de microorganismos patógenos con elevados patrones de resistencia, asociados a la presencia simultánea de numerosos factores que facilitan la multiresistencia. La vigilancia de las infecciones nosocomiales constituye en estos servicios un objetivo esencial, tan importante como la obtención de otros indicadores asistenciales de impacto administrativo (estancias medias, índices de ocupación y mortalidad cruda). La información obtenida con los sistemas de vigilancia de infección, sea cual sea el método empleado, va a facilitar al personal del hospital, médicos, enfermeras y administradores, el conocimiento de la evolución de las tasas de estas infecciones, así como los cambios en los patrones de sensibilidad-resistencia de los agentes patógenos endémicos de cada UCI. La comparación secuencial de las tasas de infección nosocomial en cada UCI permite realizar una valoración de la calidad asistencial, introducir medidas de corrección y evaluar las medidas que se emplean para su control

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados
- Conocer las tasas de infecciones nosocomiales
 - Incidencia acumulada y densidad de incidencia
 - Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas
 - Conocer los factores de riesgo asociados
 - Factores de riesgo asociados a cada infección

Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos

- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado
- Microorganismo y resistencia del microorganismo
- Conocer los microorganismos prevalentes y la evolución de su resistencia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Información al profesional: Se informará a todos los médicos, enfermeras y auxiliares que integran el proyecto de las tasas actuales en nuestra UCI de neumonía asociada a ventilación mecánica, infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral y bacteriemias primarias y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 022

GRUPO DE TRABAJO CONTROL INFECCION MEDICINA INTENSIVA

secundarias y bacteriemias por cateter, tambien se informara de la etiologia de estas infecciones y de la evolucion de la resistencia de los microorganismos prevalentes. Asimismo comparamos nuestros datos con los datos del ENVIN (ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCION NOSOCOMIAL) y se informara al grupo de trabajo.

2.- Diseño de un cuestionario Se diseñara un cuestionario en el que se recogeran los siguientes datos: edad, sexo, causa de ingreso, factores de riesgo de infeccion, para cada paciente se recogerá dia de colocacion y dias de mantenimiento de cateter, intubacion y sonda urinaria, asimismo para cada una de las manipulaciones se recogerá todos los factores que estan demostrados en la literatura que disminuyen la incidencia de infeccion (en vias centrales: utilizacion de via subclavia, lavado de manos, tecnica esteril, cubrir completamente al paciente , cuidados de mantenimiento del cateter, en ventilacion mecanica: cama a 30°, aspiracion cerrada....)

3.- Control de cada paciente con factores de riesgo por parte del equipo coordinador El equipo de enfermeria y auxiliares participantes en el proyecto se encargaran de rellenar el cuestionario.

4.- Registro: Cada semana se valoraran los cuestionarios y su cumplimiento y se iran analizando las evoluciones de las tasas de infecciones.

5.- Reunion mensual de todo el equipo coordinador para analizar el cumplimiento de las medidas estandarizadas y la evolucion de las tasas de infecciones

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Tasa, incidencia y densidad de incidencia de infecciones nosocomiales

-Factores de riesgo asociados a cada infección

-Microorganismos prevalentes y la evolucion de su resistencia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Enero 2010
Finalizacion Diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Asistencia a curso	400 €
· material informatico	1.000 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

ACREDITACION NORMA ISO15189 EN LOS LABORATORIOS CLINICOS DEL SECTOR HUESCA. LA GESTION CON PROGRAMAS INFORMATICOS ADECUADOS

2. RESPONSABLE ANA MILAGRO BEAMONTE
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- M^a JOSÉ LÓPEZ LONGO-FEA-RC DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS HSJ
CONCHA LAVIÑA FAÑANÁS-ENFERMERA HSJ
PATRICIA LAPLANA CHICO-TEL HSJ
M^a DOLORES GARUZ-ADMINISTRATIVA HSJ
SILVIA PALACIN-ADMINISTRATIVA HSJ
M^a JOSÉ NASARRE JORDAN-JEFE DE SERVICIO-DIRECTORA DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
MIGUEL FERRERO CANCER-FEA-DIRECTOR DEL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el HSJ de Huesca estamos inmersos en la acreditación por la Norma ISO15189 en dos Laboratorios, Análisis Clínicos y Microbiología. Esta Acreditación supone dos partes fundamentales, la parte técnica y la parte de gestión, y estas partes son asumidas por el personal de los laboratorios que además ejercen su función asistencial. En la parte de gestión de la documentación se detectan problemas importantes como son, entre otros, la gestión de las incidencias y no conformidades. En uno de los laboratorios se registran en un cuadernillo y se anotan "a mano", y en el otro se realizan en un soporte informático. Después de casi 2 años de implantación, es exigencia de la norma analizar estas incidencias, encontrándonos con los siguientes problemas:

1. En el Laboratorio que se registran "a mano" hay que introducirlos en un formato informático para analizarlas.
2. En el Laboratorio que se registran en soporte informático, no se crea una base de datos homogénea, el personal se extiende en explicaciones y para poder analizarlas hace falta retocarlas. También hay problemas para gestionar la documentación relativa a personal, debido a la gran cantidad de bajas y nuevos contratos subsiguientes, contratos de verano, guardias,.....que se realizan. Adicionalmente son requisitos de la norma el control de los mantenimientos de los equipos, material volumétrico, temperaturas, etc. El poseer un programa de gestión de la documentación facilitaría el trabajo diario a todo el personal de los 2 laboratorios favoreciendo la ampliación del alcance de la Acreditación ya que dispondríamos de más tiempo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se solicitan programas de gestión para los dos laboratorios implicados en la acreditación, que podrán ser ampliados con la tramitación de la correspondiente licencia, conforme vayan sumándose al proyecto el resto de los laboratorios. Con el programa de gestión de documentación, esperamos agilizar sobre todo la parte relativa a incidencias, no conformidades, personal, mantenimientos de equipos, verificaciones, intercomparativos,.....

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
1. Se solicita el programa de gestión de documentación para su utilización en los 2 laboratorios del hospital. Equipo de mejora.
 2. Se instalará el programa con sus respectivas licencias en los 2 laboratorios
 3. Asistencia a los cursos de formación del programa de gestión de la documentación (Responsables de Calidad de los respectivos laboratorios, M^a José López y Ana Milagro)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 406

ACREDITACION NORMA ISO15189 EN LOS LABORATORIOS CLINICOS DEL SECTOR HUESCA. LA GESTION CON PROGRAMAS INFORMATICOS ADECUADOS

4. Una vez instalados y realizados los correspondientes cursos de formación, se implantará en los laboratorios. (Equipo de mejora)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Gestión de las incidencias en la recepción de muestras: >20/mes
Registro: Concha Laviña (Enfermera) y Patricia Laplana (TEL)
Análisis de las incidencias: M^a José López (FEA-RC laboratorio de Análisis Clínicos) y Ana Milagro (FEA-RC laboratorio de Microbiología)
2. Gestión de No Conformidades (NC): <15/mes sin resolver
En Análisis Clínicos: M^a José López (FEA-RC) y M^a José Nasarre (Directora del Laboratorio de Análisis Clínicos)
En Microbiología: Ana Milagro (FEA-RC) y Miguel Ferrero (Director del Laboratorio de Microbiología)
3. Gestión del personal: 80% personal con todos los documentos que exige la norma actualizados
M^a José López (FEA-RC laboratorio de Análisis Clínicos) y Ana Milagro (FEA-RC laboratorio de Microbiología)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer semestre
- Solicitud del proyecto de mejora
- Instalación de los programas
- Cursos de formación
Segundo semestre
- Implantación de los programas
- Análisis de los indicadores propuestos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Programa de Gestión de Documentación "sacilab" de Vitro	7.500 €
· Licencia de utilización laboratorio de Análisis Clínicos	3.300 €
· Licencia de utilización laboratorio de Microbiología	3.300 €
Total	14.100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

235

CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

2. RESPONSABLE FELIPE NUÑO MORER
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIA JESUS MIRAVETE VALIENTE-D.U.E.-H.SAN JORGE HUESCA-S° RADIODIAGNOSTICO
ANGEL ORDUNA ONCO-D.U.E.-H.SAN JORGE HUESCA-S° RADIODIAGNOSTICO
DANIELA NAVAS PIEDRAFITA-D.U.E.-H.SAN JORGE HUESCA-S° RADIODIAGNOSTICO
JAVIER MONGE MIRALLAS-D.U.E.-H.SAN JORGE HUESCA-S° RADIODIAGNOSTICO
PILAR ALASTRUEY LASOBRAS-D.U.E.-H.SAN JORGE HUESCA-S° RADIODIAGNOSTICO
PEDRO JESUS PEREZ SOLER-D.U.E.-H.SAN JORGE HUESCA-S° RADIODIAGNOSTICO
MIGUEL ANGEL TORRES PALACIN-D.U.E.-H.SAN JORGE HUESCA-S° RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Si bien las encuestas de opinión a usuarios muestran una gran satisfacción de éstos con la información recibida, hemos detectado que un número importante de pacientes acuden a nuestro servicio desconociendo buena parte de la naturaleza, las características y el procedimiento de la exploración radiológica que se les va a realizar. Ello, no sólo entra en contradicción con el artículo 4 de la Ley de autonomía del paciente sino que en muchos casos genera situaciones de temor y ansiedad ante la exploración que se le va a realizar. Experiencias llevadas a cabo en otros centros hospitalarios demuestran la eficacia y la eficiencia de la implantación de una consulta de Enfermería en Servicios de Radiodiagnóstico, tanto en lo que respecta a la mejora de la información a los usuarios, como en la detección y solución de las necesidades planteadas por nuestros pacientes o como en la identificación de problemas y riesgos relacionados con su seguridad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. •Se ha logrado la implicación y participación activa de todos los enfermeros de la Unidad en el diseño de la Consulta de Enfermería Radiológica (CER).

•Se ha incrementado el nivel de información y seguridad de los pacientes sometidos a exploraciones radiológicas, ya que:

1.Se han distribuido carteles informativos sobre la alerta de metformina.

2.Hemos recogido el listado de enfermedades incompatibles con la utilización de contrastes yodados.

3.Se ha obtenido de Farmacia un listado de productos farmacéuticos que contienen Metformina.

4.Se ha incorporado a la preparación previa, que precisan los pacientes que precisan contrastes yodados, el aviso de suspender la toma de metformina 2 días antes y 2 después de la administración del contraste.

5.Se ha confeccionado una hoja de valoración e información de Enfermería para pruebas con contrastes yodados que creemos aportará seguridad al paciente.

Del método y actividades para mejorar, creemos que se han cumplido:

- Recabar toda la información posible respecto a la implantación y funcionamiento de otras Consultas de Enfermería Radiológica fuera de nuestro ámbito y sobre las cuales ya existen datos publicados.
- Diseño de una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida en la Unidad y definición del circuito de recogida de la información.
- Creación de pequeños grupos de trabajo que han definido aspectos específicos.
- Puesta en común y discusión de las diferentes aportaciones de los grupos.
- Presentación del Proyecto al Jefe del Servicio y a la Dirección de Enfermería.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

235

CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

Hay que señalar que no se dispone de resultados de los indicadores porque todavía no se ha realizado la implantación física de la Consulta. También indicar que estamos en proceso de elaboración del manual de funcionamiento de la Consulta. Queda por definir las competencias que debe desarrollar la enfermera-o responsable de la Consulta.

Queda por desarrollar:

- Diseño de dípticos informativos para pacientes y usuarios.
- Elaboración de un manual de funcionamiento de la Consulta de Enfermería Radiológica que recoja el tipo de pacientes susceptibles de ser atendidos en dicha consulta, el contenido de la misma y las competencias que ha de desarrollar el enfermero responsable.
- Implantación física de la Consulta de Enfermería Radiológica.
- Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con la atención dispensada en la Unidad.
- Evaluación de la utilidad y funcionamiento de la Consulta por parte de los propios enfermeros de la Unidad y por otros miembros de la organización.

Del presupuesto de 300 euros adjudicados al Proyecto, debo informarle que no se ha gastado en su totalidad debido a no haber podido desarrollarlo en su ejecución práctica

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. •Diseño de dípticos informativos para pacientes y usuarios.
- Elaboración de un manual de funcionamiento de la Consulta de Enfermería Radiológica que recoja el tipo de pacientes susceptibles de ser atendidos en dicha Consulta, el contenido de la misma y las competencias que ha de desarrollar el enfermero responsable.
 - Implantación física de la Consulta de Enfermería Radiológica.
 - Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con la atención dispensada en la Unidad.
 - Evaluación de la utilidad y funcionamiento de la Consulta por parte de los propios enfermeros de la Unidad y por otros miembros de la organización

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El objetivo principal de este proyecto es definir e implantar una Consulta de Enfermería en el Servicio de Radiodiagnóstico Como objetivos específicos de establecen:

- Lograr la implicación y participación activa de todos los enfermeros de la Unidad en el diseño e implantación de la Consulta de Enfermería Radiológica (CER).
- Definir las competencias que debe desarrollar la enfermera-o responsable de la Consulta.
- Incrementar el nivel de información y seguridad de los pacientes sometidos a exploraciones radiológicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluará el nivel de implantación de la Consulta en función del porcentaje de pacientes atendidos sobre el total de los posibles:

$$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos en Consulta de Enfermería Radiológica}}{\text{Total de pacientes susceptibles de ser atendidos}} \times 100$$

Total de pacientes susceptibles de ser atendidos

Se evaluará el grado de satisfacción de los usuarios en función de los resultados obtenidos a través de las encuestas:

$$\frac{\text{Nº de encuestas de satisfacción recibidas}}{\text{Nº de encuestas de satisfacción entregadas}} \times 100$$

Nº de encuestas de satisfacción entregadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

235

CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

ACTIVIDAD	FECHA	
1.- Recogida de información	Marzo 2010	
2.- Formación grupos de trabajo, diseño del manual	Abril 2010	
3.- Trabajo de los grupos	Abril 2010	
4.- Puesta en común. Elaboración del manual y dípticos	Mayo 2010	
5.- Presentación del manual a la Dirección	Junio 2010	
6.- Implantación de la CER	Junio 2010	
7.- Monitorización de indicadores, obtención de resultados y evaluación del proceso.	Octubre 2010 (Primer corte)	
	Diciembre 2010 (segundo corte)	
8.- Comunicación de resultados a la organización	Enero 2011	
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· PC PORTÁTIL PARA BASE DE DATOS Y TRABAJO EN PLANTAS		600 €
· MATERIAL DE ESCRITORIO		300 €
	Total	900 €
11. OBSERVACIONES.		

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

419

PREVENCION EFECTOS ADVERSOS: PREVENCION ULCERAS POR PRESION EN FRACTURAS DE CADERA

2. RESPONSABLE MARTA POLO TOLOSANA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CARMEN TOSAT MANCHO- SUPERVISORA DE CALIDAD Y FORMACIÓN
PALOMA LÓPEZ CASTERAD- SUPERVISORA DE TARDES Y NOCHES
MONTSERRAT MARQUÉS GUARDIOLA- ENFERMERA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN, MIEMBRO DE LA COMISIÓN DE CUIDADOS DEL HOSPITAL
BELÉN FERNÁNDEZ PALMA- SUPERVISORA UNIDAD MÉDICA
ANA ISABEL LAGUARTA- SUPERVISORA DE TRAUMATOLOGÍA
MARÍA PICÓ PICÓ- SUPERVISORA DE CIRUGIA Y ONCOLOGÍA
MERCEDES ORDÁS BITRIÁN- SUPERVISORA DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud considera las úlceras por presión como un efecto adverso especialmente importante en nuestro sistema sanitario. La ocurrencia de úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados es una complicación frecuente en pacientes inmovilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo y a menudo produce prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costes sanitarios. Las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas con adecuados cuidados enfermeros.

Entre los objetivos de la Dirección de enfermería del Hospital San Jorge, y desde hace muchos años, se encuentra el de reducir la incidencia de UPP, disminuir la variabilidad en el tratamiento y garantizar la continuidad de cuidados del paciente que pasa de Atención Primaria a Atención Hospitalaria y viceversa. Para ello se diseñó un protocolo estandarizado que permite identificar pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, con la aplicación de la escala NORTON, y que también describe específicamente las medidas clínicas necesarias para impedir su presentación (colchón antiescaras, cambios posturales, etc.). Dicha escala es aplicada a todos los pacientes en el momento de su ingreso y de forma regular durante el mismo, así como las medicad a tomar.

Así mismo, se elaboró un protocolo unificado de tratamiento en UPP.

El 19,07 de los pacientes ingresados en nuestro hospital tienen NORTON < o igual a 14.

El 3,17 de los ingresados tiene lesión

El 1,56 de los ingresados hace en el hospital lesión por presión. (El mismo dato en el 2008 fúe de 2,5%)

Del total de pacientes ingresados que tienen NORTON < de 14, el 7,8% hace lesión en el hospital (Dato del 2008 13%)

Colchones de aire alternante: 19 colchones más 4 cojines (Dato del 2008: 10 colchones)

Lo que ocurre es que se ha incorporado como paciente susceptible de colchón a fracturas de cadera aun teniendo el NORTON > de 14, con lo cual, el número de disponibles para el resto ha disminuido, siendo necesarios más colchones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Garantizar el uso de medidas preventivas en los pacientes con riesgo de padecer UPP que son atendidos en el Hospital
2. Aumentar el número de COLCHONES DE AIRE ALTERNANTE disponibles en el Hospital

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formación del grupo de trabajo de seguimiento del proyecto integrado por:
- o Responsable de Calidad de Enfermería
 - o MiembroS de la Comisión de Cuidados del Sector que pertenezca al Hospital.
 - o Supervisoras de unidades implicadas

- Continuación con la estimación del número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de un colchón de aire alternante por

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 419

1. TÍTULO

PREVENCIÓN EFECTOS ADVERSOS: PREVENCIÓN ULCERAS POR PRESIÓN EN FRACTURAS DE CADERA

no haber ninguno disponible en el Hospital. Este dato se obtendrá a través del estudio mensual de prevalencia que se realiza en el hospital desde hace muchos años pero con existencia de datos desde hace 8. Dichos datos se recogen en las cuatro unidades de hospitalización y en la Unidad de Cuidados Especiales. La escala de valoración de riesgo será la de Norton modificada.

- Elaboración de un algoritmo de actuación para la distribución de colchones de aire alternante en el Hospital, según el riesgo de padecer UPP medido con la escala de valoración Norton y otras cuestiones (fracturas de cadera, por ejemplo).
- Adquisición de Colchones y cojines de aire alternante para el Hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Evaluación del proyecto:

- o En el sucesivos cortes mensuales de prevalencia se comprobará el número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de un colchón de aire alternante por no haber ninguno disponible en el Hospital Este corte se realizará en las cuatro unidades de hospitalización de adultos, nueve meses después de haber implementado el algoritmo de actuación.
- o Se medirá el número de pacientes con UPP incidentes en el Hospital y la severidad de las mismas según la escala de Estadios del I al IV propuesta por el GNEAUPP. (Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de UPP y heridas crónicas).
- o Se considerará como Indicador de estructura el aumento del número de colchones de aire alternante adquiridos en el hospital

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Formación del grupo de trabajo: Un mes (Mayo 2010). Persona responsable: Responsable de Calidad de Enfermería.

- Estimación del número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de un colchón de aire alternante por no haber ninguno disponible en el Hospital. Mensual (Mayo-Junio de 2010). Persona responsable: Miembro de la Comisión de Cuidados del Hospital
- Elaboración de un algoritmo de actuación para la distribución de COLCHONES DE AIRE ALTERNANTE en el Hospital según el riesgo de padecer UPP medido con la escala de valoración Norton: Dos meses (Mayo-Junio de 2010). Personas responsables: Grupo de trabajo.
- Adquisición de COLCHONES DE AIRE ALTERNANTE : Un mes (Julio 2010).
- Implementación del algoritmo: 9 meses (Julio 2010- Marzo 2011). Personas responsables: Grupo de trabajo.
- Evaluación del proyecto: un mes
- o Corte para comprobar el número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de un colchón de aire alternante por no haber ninguno disponible en el Hospital: Abril 2010. Persona responsable: Miembro de la Comisión de Cuidados
- o Se medirá el número de pacientes con UPP incidentes en el Hospital y la severidad de las mismas según la escala de Estadios del I al IV propuesta por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de UPP y heridas crónicas): Abril 2010. Persona responsable: Responsable de Calidad de Enfermería

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 10 COLCHONES AIRE ALTERNANTE	12.000 €
Total	12.000 €

11. OBSERVACIONES. La media de pacientes con NORTON < 14 es de unos 30 pacientes/día (según estudio de Prevalencia 2009) sin contar con las fracturas de carera que tengan un NORTON > de 14. las cuales hemos incorporado este año como población diana de los colchones

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 025

MEJORA DEL PROCESO DE IDENTIFICACION DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PARTOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2. RESPONSABLE NURIA PUIG COMAS
· Profesión ATR
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE PARTOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA JESÚS ARNAL BESCÓS-MATRONA, HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
ANA GAZO ORTIZ DE URBINA-MATRONA-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
MARIA ROSARIO GIMÉNEZ NAVASCÚEZ-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
MARIA JOSÉ BELLOC GARCÍA-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
CARMEN NAVARRO CASTÁN-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-UNIDAD DE PARTOS-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Probablemente el recién nacido es el usuario de la sanidad más vulnerable en cuanto a fallos en la identificación e intercambio de individuos, ya no solo por nacer tan desvalido, sino por qué es un ser desconocido, incluso para sus padres, en el momento de nacer. Será después de permanecer juntos por un tiempo y haber fijado, los adultos de referencia, en su mente las características físicas de su hijo, cuando será difícil que se produzca un cambio de bebé. La identidad personal es un derecho humano fundamental contemplado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en los artículos 7, 8 y 9 de la Convención sobre los Derechos del Niño. El Artículo 220 apartado 5 del Código Penal, dice: "Las sustituciones de un niño por otro que se produjeran, en centros sanitarios o socio-sanitarios, por imprudencia grave de los responsables de su identificación, y custodia, serán castigados con la pena de prisión de seis meses a un año." Y en el Art. 222, puntualiza: "El educador, facultativo, autoridad o funcionario público que en el ejercicio de su profesión o cargo realice las conductas descritas, en el artículo anterior incurrirá en la pena señalada, y además en la inhabilitación especial, para empleo o cargo público, profesión u oficio, de dos a seis años". Desde hace aproximadamente una década se implantó en las maternidades un sistema de identificación de los recién nacidos basado en la toma de huellas digitales con tinta especial y papel adecuado, la toma de la impresión plantar cayó en desuso. La toma de huellas digitales es un método universal de identificación humana, se forman a los 120 días de vida intrauterina, por lo tanto están presentes en el momento de nacer y permanecen inalterables durante toda la vida. La colocación de las pulseras de identificación en un recién nacido no es un método seguro ya que se caen con mucha facilidad, procurar un mayor ajuste no es recomendable, pues son frecuentes las laceraciones de la piel en las zonas de rozamiento de las pulseras, debido a los movimientos continuos de las extremidades que realizan los recién nacidos y a la especial fragilidad de la dermis neonatal. Debido a las dificultades que entraña la toma de huellas de los dedos en un recién nacido, ya que los relieves digitales del niño son muy diminutos y de difícil fijación, y por la tendencia del bebé a apretar el puño, han aparecido nuevos métodos de identificación, igualmente basados en la individualidad de la huella digital, como son el escaneado de las huellas digitales y la informatización de todo el proceso de cumplimentación de datos y estampación de huellas en el Documento de Identificación Materno-Filial. Durante el año 2009 se ha realizado en la Unidad de Partos del Hospital San Jorge de Huesca un trabajo de investigación (ver anexo), en colaboración con la Policía Científica del la Comisaría Provincial de Huesca, en el que se constata que tan solo un 1,7% de las huellas de los recién nacidos atendidos en nuestra unidad permiten su correcta identificación. Por lo tanto creemos conveniente presentar un Plan de Mejora de la Calidad Asistencial que favorezca las acciones necesarias para mejorar el proceso antes referido. El personal de la Unidad ha participado en el estudio científico, es conocedor de los resultados y consideran prioritario mejorar éste aspecto de su ámbito de trabajo. Los resultados de nuestro estudio se pueden transferir a todos los hospitales que usan el mismo método, que en nuestra comunidad autónoma son siete de las ocho maternidades públicas que tiene el sistema

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Preservar el Derecho Humano a la identidad personal en todos los recién nacidos atendidos en la Unidad de Partos. Mejorar la seguridad clínica al garantizar la correcta identificación y el emparejamiento con sus respectivos padres en el 100% de los recién nacidos. Fomentar la cohabitación conjunta de la madre y el recién nacido durante la estancia en la maternidad

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 025

MEJORA DEL PROCESO DE IDENTIFICACION DE LOS RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE PARTOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La puesta en practica de éste Proyecto de Mejora pasa por valorar otros métodos de identificación de recién nacidos. Hemos realizado varias gestiones para hacer un trabajo comparativo que valide el método de identificación que usan en el paritorio del de Barbastro, pero hasta el momento de presentar éste Proyecto de Mejora no lo hemos conseguido. Si dispusiéramos de datos sobre éste sistema que se basa en el escaneado de la huella digital podríamos valorar éste método como una alternativa. Los responsables de las tareas de identificación del recién nacido son todo el equipo de Enfermería de la Unidad, las tareas destinadas a la mejora tendrían que ver con la adquisición de destrezas en el manejo del nuevo sistema de identificación implantado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todos los recién nacidos son identificados mediante un sistema que garantiza su identidad. Todos los recién nacidos se entregan a sus padres correspondientes correctamente identificados, con la garantía de que las huellas que se custodian en la historia clínica de la madre están tomadas debidamente y permitirían una hipotética comprobación posterior. Nº de recién nacidos sanos que permanecen las 24 horas en la habitación de su madre. Si el sistema de identificación que se implantara estuviera basado en la huella digital se podría evaluar periódicamente analizando las huellas mediante la técnica de dactiloscopia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: depende de la valoración de otro método de identificación y del tiempo que cueste implantarlo. Fecha de finalización: al cambiar por un método más eficaz la duración de la mejora tendrá carácter indefinido. Calendario: sin determinar a partir de la fecha de entrega de este Proyecto de mejora

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. En breve, se enviarán por correo electrónico varios documentos que queremos adjuntar, uno es un trabajo de investigación que ha validado la eficacia del método de identificación mediante estampación de huellas digitales, y el otro es un presupuesto del método que usan en el hospital de Barbastro, aunque no lo presentamos como alternativa ya que consideramos que previamente se debería validar su eficacia. Consideramos, que este proyecto de mejora debería implantarse en toda la comunidad autónoma de Aragón, ya que salvo, en el hospital de Barbastro, en el resto de maternidades los metodos de identificación usados se basan en la toma de huella digital del recién nacido

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

DISEÑO DEL PROCESO DE LA ATENCION AL PACIENTE EN PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR DE HUESCA (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

2. RESPONSABLE JOSE PUZO FONCILLAS
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA-UNIDAD DE LIPIDOS
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARIA JOSÉ AGUARELES PIRACES-ENFERMERA-UNIDAD DE LIPIDOS Y RCV
MARÍA BESTUÉ CARDIEL-MÉDICO-NEUROLOGÍA
JUAN BLAS PEREZ LORENZ-MÉDICO- UNIDAD DE LIPIDOS Y RCV
CARLOS SERÓN ARBELOA-MÉDICO-UCI
JAVIER ESCOTA VILLANUEVA-MÉDICO-CARDIOLOGÍA
IGNACIO BERNUES GIMENEZ-MÉDICO-C.S.PIRINEOS
ENCARNA SARRATO FELICES-ENFERMERA-C.S. PIRINEOS
JOSÉ MANUEL ALDAMIZ ECHEVARRIA-MÉDICO- SERVICIO DE INFORMÁTICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Consideramos que las unidades funcionales de arterioesclerosis y los programas de prevención secundaria son prioritarios para el seguimiento de los pacientes por las siguientes razones:

1. En España, los enfermos del aparato circulatorio son la primera causa de mortalidad y de hospitalización y la segunda en años potenciales de vida perdidos. Una de cada cien personas ingresan en hospitales cada año por la patología circulatoria, la cual supone el 11,8% del total de ingresos hospitalarios, y es el segundo motivo de consulta en atención primaria.
2. La mayoría de los enfermos isquémicos reingresan y mueren debido a las recurrencias de su enfermedad. Casi el 50% de los ingresos por enfermedad coronaria en la UCI del HSJ se dan en pacientes previamente isquémicos.
3. La práctica totalidad de los pacientes isquémicos presentan uno o más factores de riesgo cardiovascular corregibles, los cuales determinan de forma intensa el riesgo para padecer nuevos episodios isquémicos y de morir por esta causa
El control de los factores de riesgos disminuye la mortalidad global y la morbilidad cardiovascular, mejora la calidad de vida y tiene una relación coste-efectividad favorable en los pacientes isquémicos.

Por lo tanto, la identificación y el control de los factores aterogénicos en los pacientes isquémicos tiene una gran trascendencia clínica y socio-sanitaria. El Servicio Aragonés de la Salud considera que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es uno de los hechos principales a partir de los cuales se ha de adecuar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Para contribuir a la disminución de la morbimortalidad en enfermos del aparato circulatorio, se proponen intervenciones que se basan en las medidas de eficacia probada existentes y se deben a la disminución y el control de los principales factores de riesgos identificados, entre los que destacan la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo. A pesar de estas recomendaciones y de otras sociedades científicas, en la gran mayoría de pacientes no se ha seguido un control adecuado de los factores aterogénicos.

La unidad funcional de Lípidos y Riesgo Cardiovascular ofrece una atención diferenciada y multidisciplinaria de los factores etiológicos de la arteriosclerosis mediante la modificación de los hábitos de vida y el tratamiento farmacológico. En la actualidad esto se realiza en pacientes con dislipemias graves o genéticas. Esta atención se puede ofertar a pacientes isquémicos que ingresan en el Hospital San Jorge de forma sistematizada en el marco del programa de prevención secundaria.

El desarrollo de esta actividad requiere la actuación integrada de los facultativos y del personal de enfermería y dietética, agrupados en un equipo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

DISEÑO DEL PROCESO DE LA ATENCION AL PACIENTE EN PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR DE HUESCA (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

multidisciplinar con capacidad de abordar el amplio ventanal de problemas clínicos relacionados con la arteriosclerosis y asumir los objetivos terapéuticos fijados por las instituciones y sociedades científicas. Llegar a estos objetivos tiene una alta efectividad y eficiencia para prevenir las enfermedades isquémicas y genera un gran ahorro de recursos económicos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El desarrollo y puesta en marcha de un proceso de atención de los pacientes que han sufrido patología vascular en los que intervenga todo el proceso asistencial de recursos de centros de atención especializada y de primaria lograran mejorar los resultados en salud en esta patología tan prevalente. Los programas hospitalarios de prevención cardiovascular permiten un mejor control de los factores aterogénicos al ofrecer una atención protocolizada y multidisciplinaria en la que se integran las tareas de enfermería, dietética y de las diferentes especialidades médicas. Estos programas hacen posible que la identificación y el tratamiento de los factores aterogénicos se pueda iniciar durante el mismo ingreso hospitalario, haya sido debido a un episodio isquémico agudo o a otros problemas clínicos. Esto puede suponer una ventaja, ya que es durante el ingreso hospitalario cuando el paciente y su familia están más receptivos a introducir cambios en su estilo de vida, entre los cuales hace falta destacar el de dejar de fumar o mejorar sus hábitos alimentarios. De la misma manera, se recomienda que los hospitales, a través de sus profesionales, han de ir asumiendo cada vez más un papel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este planteamiento exige una relación activa entre los servicios hospitalarios y Atención Primaria, dado que el proceso asistencial sigue un desarrollo globalizador. La enfermera del programa desempeñará una tarea fundamental en las relaciones Primaria-Hospital al integrarse en equipo con las enfermeras de los Centros de Asistencia Primaria del Sector que participan en el programa.

Este programa de prevención secundaria se centralizará en la Unidad de lípidos y arterioesclerosis del Hospital San Jorge. Debe integrarse también las acciones que realizan de la sección de hipertensión arterial de Nefrología, de la clínica de tabaquismo de Neumología y los servicios de Cardiología, Neurología, Angiología y Análisis Clínicos (Bioquímica), de acuerdo con las directrices de las sociedades científicas y grupos de trabajo sobre este tema.

Además de la Unidad de Lípidos y riesgo cardiovascular se espera integrar las acciones y actividad asistencial de los centros de Salud. En un principio esta actividad se coordinará con el Centro de Salud Pirineos de Huesca.

La disminución de la enfermedad cardiovascular si se aplican medidas preventivas, enfatiza la importancia de conseguir un control adecuado de los factores aterogénicos para mejorar el pronóstico de las enfermedades coronarias. Este concepto se sustenta en un gran número de estudios epidemiológicos y de intervenciones.

En concreto se espera conseguir:

1.- Puesta en marcha del programa de prevención secundaria cardiovascular con la intervención de recursos del Hospital San Jorge y los Centros de Salud de Atención Primaria del Sector de Huesca.

2.- Realización del proceso completo de atención en prevención secundaria a este tipo de pacientes utilizando los recursos de atención disponibles en primaria y especializada.

3.- El principal objetivo asistencial es el diagnóstico de los factores aterogénicos con la intención de disminuir el riesgo cardiovascular global (proceso). La finalidad última es disminuir la morbimortalidad cardiovascular, mejorar la calidad de vida y ahorrar gastos sanitarios.

4.- Esta actividad asistencial se llevará a cabo de una forma integrada e integradora, en la que la enfermera del programa actuará como la iniciadora y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

DISEÑO DEL PROCESO DE LA ATENCION AL PACIENTE EN PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR DE HUESCA (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

coordinadora de las tareas a desarrollar dentro de una asistencia cualificada, especializada y multidisciplinaria. La enfermería desarrollará un papel central en el proceso de valoración e instrucción sobre los hábitos de vida saludables.

5.- El programa de Prevención Secundaria de las Enfermedades Cardiovasculares del Hospital San Jorge seguira un modelo que:

- Se orientará hacia el paciente.
- Se orientará hacia los procesos de atención.
- Tendrá como atribución básica la calidad asistencial.
- Se corresponsabilizará de su funcionamiento.
- Demostrará eficiencia en la utilización de sus recursos.

La finalidad que se persigue con la participación de una persona diplomada en enfermería es la de mejorar el conjunto de las actividades y del funcionamiento del programa, mejorando la implicación activa y el trabajo en equipo de los profesionales relacionados con el proceso isquémico y sus factores etiológicos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Criterios de inclusión en el programa.

1. Cardiopatía isquémica en sus diferentes manifestaciones: angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca. También los pacientes que hayan recibido un tratamiento repermeabilizador percutáneo o hayan sido sometidos a cirugía de revascularización.
2. Enfermedad vascular cerebral isquémica o hemorrágica de origen ateromatoso.
3. Insuficiencia arterial de las extremidades inferiores.
4. Otras complicaciones isquémicas de la arterioesclerosis: Amaurosis fugaz, isquemia mesentérica.

Desarrollo del Proceso Asistencial

1. Selección / derivación de pacientes. Los pacientes ingresados en los Servicios de Cardiología, Neurología, Cirugía Vasculat a causa de un episodio isquémico agudo serán identificados por la enfermera del programa a partir de los listados de ingresos de cada servicio.
2. A los pacientes que sean incluidos en el programa se les informará de las actuaciones que se llevarán a término y de sus objetivos. De la misma manera, se tendrá el primer contacto con el paciente para iniciar la educación sanitaria de los hábitos de vida durante el ingreso hospitalario.
3. Seguirá el proceso asistencial y coordinará la citación del paciente en consultas externas del programa una vez haya sido dado de alta, con la intención de reducir al máximo el tiempo transcurrido entre el alta hospitalaria y la primera visita ambulatoria del programa. Esta visita se realizará en la Unidad de Lípidos y riesgo Cardiovascular del Hospital San Jorge (Consultas de Cardiología) con el soporte de la enfermera que intervendrá en la educación sanitaria conjuntamente con el personal adscrito de la Facultad de Ciencias de la Salud de la diplomatura de Dietética y Nutrición Humana (Programa Universa).
4. Los pacientes serán seguidos en el programa hasta la consecución de los objetivos terapéuticos, a los cuales se intentará llegar en un término de tiempo razonable. Una vez conseguidos estos objetivos el paciente será dado de alta para su seguimiento en el ámbito de la atención primaria, a cargo del médico y la enfermera. La enfermera del programa llevará un registro de los pacientes dados de alta y con una periodicidad bianual se registrará su evolución clínica (Atención Primaria). Serán dados de alta del programa los pacientes que hayan conseguido sus objetivos:
 - a. Abstinencia de tabaco.
 - b. Actividad física moderada al menos 3 horas a la semana.
 - c. Dieta equilibrada y adaptada a su alteración metabólica .
 - d. Colesterol-LDL < 2,6 mmol/L (100 mg/dL); Triglicéridos < 2,21 mmol/L (200 mg/dL) y c-HDL > 1,1 mmol/L (40mg/dL). (Valorados según riesgo cardiovascular)
 - e. Presión arterial < 140 / 90 mmHg.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

DISEÑO DEL PROCESO DE LA ATENCION AL PACIENTE EN PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR DE HUESCA (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

- f. HbA1c < 6,5%.
- g. IMC<24 Kg/m² o disminución de más de un 5% del peso corporal en caso de obesidad.
- 5. La actividad del programa será registrada en una base de datos en la que serán incluidos todos los pacientes registrados, su evolución y el grado de control de los factores aterogénicos. Esta base de datos se integrara en la Intranet para que sea accesible desde los diferentes ámbitos de actuación en los que interviene el programa. El Servicio de Informática del Sector elaborará una base de datos clínica accesible desde los dispositivos portátiles en la intranet.

En concreto se realizarán las siguientes tareas:

1.- Diseño proceso clínico.

Maria José Agualeles Piraces-Enfermera-Unidad de Lipidos y RCV/ María Bestué Cardiel-Médico-Neurología/ Juan Blas Perez Lorenz-Médico-Unidad de Lipidos y RCV/ Javier Escota Villanueva-Médico Cardiología/ Ignacio Bernues Gimenez-Médico-C.S. Pirineos/Encarna Sarrato Felices-Enfermera- C. S. Pirineos. José Puzo (Unidad de Lipidos y RCV) /José Manuel Aldamiz Echevarria-Médico- Servicio de Informática.

2.- Diseño ficha clínica y base informatizada integrada.

Maria José Agualeles, Juan Blas Perez Lorenz, Javier Escota, José Puzo.
Intervención del Servicio de Informática del Hospital (J.M. Aldamiz).

3.- Elaboración folletos pacientes.

Maria José Agualeles, Juan Blas Perez Lorenz, Javier Escota, Ignacio Bernues, José Puzo.

4.- Realización del Plan de Prevención Cardiovascular Secundaria.

Maria José Agualeles, Juan Blas Perez Lorenz, Javier Escota, Ignacio Bernues, Encarna Sarrato Felices, José Puzo.

5.- Monitorización de indicadores y validación proceso.

Maria José Agualeles, José Puzo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Grado de control de los factores de riesgo cardiovascular:

Porcentaje de pacientes con una concentración de colesterol-LDL < 100 y < 70 mg/dL
Porcentaje de pacientes con una concentración de colesterol-HDL > 35 y 40 mg/dL.
Porcentaje de pacientes con una concentración de triglicéridos < 200 mg/dL y 150 mg/dL.

- Tabaquismo: porcentaje de pacientes fumadores y ex-fumadores.
- Hipertensión arterial: porcentaje de pacientes que consiguen un buen control de la hipertensión.
- Diabetes mellitus: porcentaje de pacientes con un control metabólico adecuado (HbA1c < 6,5%).
- Sobrepeso y obesidad: porcentaje de pacientes con un IMC < 25 Kg/m², 25-30 Kg/ m² y > 30 Kg/m².
- Porcentaje de pacientes que siguen recomendaciones dietéticas y de actividad física.

2.- Repercusión de la actividad asistencial sobre la calidad de vida del paciente valorada con el cuestionario SF-36.

3.- Porcentaje de pacientes isquémicos que completan los criterios de inclusión en el programa y que son finalmente incluidos en el mismo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

146

DISEÑO DEL PROCESO DE LA ATENCION AL PACIENTE EN PREVENCION SECUNDARIA CARDIOVASCULAR EN EL SECTOR DE HUESCA (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

- 4.- Tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta el alta del programa.
5.- Recurrencias isquémicas y mortalidad largo plazo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario previsto.

Finalización

Diseño proceso clínico.		06- 2010
Diseño ficha clínica y base informatizada integrada.	06- 2010	
Elaboración folletos pacientes.		06- 2010
Comienzo plan de prevención secundaria.	09- 2010	
Monitorización de indicadores y validación proceso.	12- 2010	
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· Sistema informático portátil (tablet PC). (2)		800 €
· Elaboración de folletos pacientes (impresión) ... (*)		400 €
Total		1.200 €

11. OBSERVACIONES. (*) Elaboración de folletos pacientes (impresión). Elaboración de folletos pacientes (impresión)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 049

MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE

2. RESPONSABLE JUAN RODRIGUEZ GARCIA
 · Profesión MEDICO
 · Centro HOSPITAL SAN JORGE
 · Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
 · Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 SALAVERRI NALDA, M^a JOSE-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-MEDICINA PREVENTIVA
 GARCES CATALAN, YOLANDA-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La Infección Nosocomial (IN) es reconocida como un problema crítico que afecta a la calidad de la asistencia en Hospitales. Los estudio demuestran como 1/3 de todas las IN pueden ser prevenidas. Una gran proporción de todas la IN son transmitidas por contaminación cruzada cuyo principal vector de transmisión son las manos del personal sanitario. Previendo la contaminación de flora bacteriana transitoria de la piel mediante la higiene de las manos, podemos prevenir la contaminación cruzada disminuyendo la tasa de IN en los pacientes, de hecho, la higiene correcta de las manos ha sido reconocida como la principal medida para prevenir la Infección Nosocomial. Las últimas recomendaciones del HICPAC, en 2002 apoyan la sustitución del lavado con agua y jabón por la descontaminación frotando con alcohol antes y después del contacto con cada paciente, esta recomendación se basa sobre todo en estudios que demuestran menor tasa de alteraciones dermatológicas en profesionales y mayor adhesión a las normas de higiene. Esta recomendación tiene un nivel de evidencia (IA) . Esta recomendación es apoyada por la mayoría de los organismos internacionales y nacionales. Dentro de los objetivos en " estrategias de seguridad del paciente" de la WHO para 2005/2006, el primer objetivo escogido para 2005 -2006 es la prevención de las infecciones nosocomiales que se focaliza en la acción de promover higiene de la manos con el lema: " el cuidado limpio es un cuidado más seguro". En este contexto, durante 2006 fue concedida una subención a través de los fondos de la estrategia de seguridad del paciente del MSC al hospital para la implantación de los productos de base alcohólica para la higiene de manos. Desde entonces la adhesión de los profesionales ha ido aumentando (medición indirecta a traves de consumo), sin embargo, los estudios sobre adhesión a profesionales mediante observación directa no superan el 40% basal (sin estrategia ni campaña). El rango de mayor efectividad de los hidroalcoholes se situa cuando las tasas de adhesión superan el 65%

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde 2007 viene desarrollándose en el hospital el proyecto de implantación cuyas acciones y resultados hasta la fecha se muestran: Acciones 2007-2009: 2007: •Elaboración Programa de implantación higiene de manos •Revisión adaptación y aprobación : " protocolo higiene manos personal sanitario" •Realización de "instrucciones higiene Manos" •Selección del producto: (Col.S.Dermatología, Col.UBPRL, Col.Suministros, Col C.Unidad Docente, Col profesionales n=293) •1ª. Revisión de la Literatura sobre los distintos productos. •2º Realización de un estudio en el Hospital, siguiendo las recomendaciones de HICPAC y otros, para solicitar información a los profesionales sobre características percibidas del producto, además se estimó la tolerancia dermatológica para poder comparar los productos seleccionados. El informe se envió a S Suministros para el concurso. •Informe técnico de valoración y Concurso compra del producto. (Col S Suministros) •Informe e Instalación del producto en puntos seleccionados (Col.Supervisoras, Col. S. Mantenimiento) 2008: •Elaboración programa formativo (Col. Casa comercial) •Desarrollo del programa formativo y evaluación de indicadores 2009: •Ampliación de puntos de uso en áreas ambulatorias (Col.Supervisoras, Col. S. Mantenimiento) •Campaña Higiene de la tos. Cartelería (Col.S. Recursos materiales) •Desarrollo y evaluación del programa formativo (Col S. Microbiología) •Evaluación de indicadores 2010 (Acciones previstas): •Campaña manos limpias salvan vidas. Cartelería (Col.profesionales) •Premio pintura ATADES. "Manos Limpias" (Col. SIAP) •Desarrollo y evaluación del programa formativo (Col S. Microbiología) •Evaluación de indicadores (Col. S. Suministros)

Resultados evaluación Programa 08-09:

Nº	INDICADOR	Doc.de Apoyo	2008	2009
1	Proceso de selección del producto		Estudio Higiene Manos profesional sanitario=SI	
2	Encuestas al personal (valoración usuario)		Informe Selección y valoración del producto=SI(n=297 prof.)	
3	Protocolo escrito de Higiene de Manos del personal disponible para todos los profesionales			Protocolo Higiene manos y utilización de Guantes HSJ Aprobación y difusión en intranet.=SI/SI

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE

4Dispensadores en el cabecero de la cama.(N° funcionantes)Check list Dispensadores plantas=NO/NO
6Cremas para el cuidado de la piel.Adquisición por el Hospital de Crema Hidratante (UBPR) =NO/SI
8Se debe poner en marcha un programa activo y estructurado de higiene de manos Programa higiene manos profesional sanitario HSJ evaluado=SI/SI
9Programa Formativo.Programa formativo (Asistencia)=289/137
10Adhesión del personal mediante observación directaEstudio adhesión manos profesional sanitario=NO/NO
11Supervisión de la cantidad de hidrogel usado Consumo (L/1000estancia.día)=570/(no eval. por problemas con SERPA)
12Reducción de tasas de IN y de infección cruzada (MRSA, VRE).Incidencia Aislamientos OMR (N° Aislamientos OMR/N° pacesados*)=0.53/0.57
13Índices de infección específicos (catéteres periféricos o centrales), (EPINE)
Bacteriemia=0/0.47
Bacteriemia asoc.cateter central =0/0
Bacteriemia asoc.cateter central UCI=0/0
Bacteriemia en pac Qco. =0/0

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El principal objetivo del Proyecto es el de aumentar la adhesión a la practica de la higiene de manos en los profesionales del hospital disminuyendo así la infección cruzada y por tanto las tasas de IN.

Tomando la realización correcta de la higiene de manos entre pacientes y entre procedimientos en un mismo paciente como base para la reducción del riesgo de transmisión de infecciones: 1.Aumentar la seguridad de los pacientes ingresados: El mecanismo de transmisión principalmente identificado en la producción de brotes infecciosos nosocomiales son las manos del personal sanitario (responsable en más del 80%). La medida demostrada como más eficaz para evitar la aparición de brotes nosocomiales es la higiene correcta de manos por el personal sanitario.2. Aumentar la satisfacción percibida por los pacientes: La aparición de enfermedad infecciosa nosocomial repercute negativamente sobre la satisfacción del paciente debido a las medidas específicas instauradas para su control (asilamiento en habitación individual, tratamiento antibiótico, reintervención etc) así como a las complicaciones debidas a la infección: exitus, amputación, queloides etc.3. Aumentar la eficiencia: La infección Nosocomial es el Efecto Adverso de la Hospitalización más frecuente en los Hospitales de nuestro país. Conlleva un aumento de la estancia media entre 2-21 días según el tipo, con el consiguiente aumento del gasto sanitario, además de las medidas específicas de aislamiento, personal específico etc.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Además de continuar con las acciones desarrolladas hasta ahora formación, sesiones etc, así como la evaluación final del programa, se incluyen como nuevas acciones a desarrollar durante 2010:1.Para garantizar la accesibilidad del producto:Evaluación del número de dispensadores funcionantes mediante observación directa: Se pedirá la colaboración de las Supervisoras. Realizarán la evaluación de una muestra representativa de su Unidad cada 6 meses, según los resultados, se establecerán las acciones correctoras necesarias. Esto permitirá garantizar la accesibilidad del personal a los dispensadores del producto.2. Campaña de difusión a la sociedad y a los profesionales: Convocatoria de un premio de pintura con el título: Manos limpias para la asociación ATADES. Los dibujos serán utilizados para la campaña de difusión en el hospital. Se realizará una jornada el día 5 de mayo con exposición de los dibujos y entrega de premios.Elaboración de pósters: Bajo el lema: " Manos limpias salvan vidas", utilizando las imágenes del premio de pintura y de los talleres realizados en HSJ elaborará cartelería para colocar en zonas comunes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.Convocatoria premio y jornada entrega 5 mayo (=si) (100 E)
2. Carteles realizados y colocados. 1 Responsable /punto de colocación (= si)
3.N° Dispensadores funcionantes= N° de dispensadores funcionantes en planta X / N° instalados en esa planta.
4.%Asistencia formación = N° asistentes de estamento X /N°personas de estamento X e el Hospital.
5.Satisfacción media Programa formativo = N° de bueno+muy bueno en item satisfacción general / N° de encuestas contestadas
6. Moitorización de la cantidad de hidrogel consumido=(Litros de producto consumidos /año) / dias de estancia.
7.Incidencia estimada de Aislamientos gérmenes multirresistentes =N° aislamientos OMR /(n° altas año + n° pac. Ingresados a 30 dic)
8.Prevalencia de Bacteriemia por localizaciones específicas (Primaria, C. Central, en UCI,en IQ).9. Tasas de Incidencia de Infección Nosocomial de Herida Quirúrgica (INHQ) por servicios.= N° de INHQ/N° pac. Intervenidos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

049

MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL SAN JORGE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Convocatoria Premio=<15 abril
2. Entrega premio y jornadas manos limpias 5 mayo<5 mayo
2.Elaboración y colocación de pósters, calendariosabril-septiembre
3.Programa Formativo:junio y noviembre
4.Evaluación del número de dispensadores funcionantes mediante observación directa:julio y diciembre
5.Monitorización del consumo de hidrogel mensual y por plantas/areas hospitalarias:mensual/julio/diciembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL (CARTELERIA)	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. El Proyecto se desarrollará con el presupuesto adjudicado durante el año anterior en el que se solicitaban 2500E para un tablet y se adjudicaron 1000E por lo que no se pudo comprar el tablet. Durante este año serían necesarios 500E para completar el presupuesto de cartelería. EL PRESUPUESTO TOTAL ASCENDERÍA (JUNTO A LO RECIBIDO EN 2009 A 1000E DE 2009 + 500E DE 2010)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 020

PROTOCOLO ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

2. RESPONSABLE CARLOS SERON ARBELOA
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. UNIDAD MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAZ SERRANO LUESMA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
TERESA MORA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
AURORA CALVO-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
MARIA EUGENIA CRISTINA-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
TERESA GARCÉS-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
DOLORES CISUELO-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
JOSEFINA RAUSSEL-MEDICINA INTENSIVA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El duelo se define como "Una reacción afectiva dolorosa ante la pérdida de un objeto o persona amada ". Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. "Como personal sanitario es nuestra obligación de atender esta situación, que puede presentar en ciertas situaciones, desarrollos patológicos o poco adaptativos. Es evidente que un entorno de intimidad y atención a la familia es necesario y prioritario para el inicio de un desarrollo del duelo adecuado.El problema que se ha detectado desde hace años, es la falta de un lugar específico para el desarrollo del duelo de la familia de los pacientes que fallecen en UCI. Dada la dificultad de realizarse en la propia UCI por la evidente falta de intimidad y la presencia de otros enfermos en la misma, la familia solo puede "despedirse" con contacto físico en el pasillo de la Unidad, porque tampoco la zona del tanatorio presenta una situación aceptable para este menester. La oportunidad de mejora que se plantea es la realización de un "protocolo" o una forma de actuación definida en la situación de fallecimiento de un paciente en la Unidad de Medicina Intensiva.Se plantea la creación de un grupo de mejora de calidad, entre los miembros de la Unidad, que estudie el problema, describa los problemas actuales y proponga las medidas correctoras, así como la forma de actuación.Las posibles soluciones de plantearán a la dirección del hospital y a la gerencia del sector, para la solución de este grave problema de atención "humanitaria

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. aumentar los beneficios de la atención y garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El grupo de trabajo, que incluye personal médico, de enfermería y auxiliar, se reunirá de forma periódica para realizar los objetivos reseñados:

- Descripción de la actuación actual en caso de fallecimiento de paciente en UCI
- Descripción de los problemas detectados
- Estudio de posibles soluciones
- Propuesta final de funcionamiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los coordinadores dirigirán y controlaran la realización de las reuniones de forma periódica, bimensual. La evaluación final será la realización de una propuesta final a la dirección del hospital y gerencia del sector

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Febrero 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

CONCURSO DE IDEAS PARA LA CONCIENCIACION DE COSTES Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS MATERIALES

2. RESPONSABLE CARMEN TOSAT MANCHO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL SAN JORGE
- Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTA POLO TOLOSANA-SUPERVISORA RECURSOS MATERIALES-HOSPITAL SAN JORGE
JULIA CANO-JEFE DEL SERVICIO DE SUMINISTROS-HOSPITAL SAN JORGE
CARLOS CALVO VILA-SUBDIRECTOR DE GESTIÓN-SECTOR HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Todos los profesionales, desde nuestro puesto de trabajo, podemos enumerar una, dos y más acciones para maximizar muchos de los recursos que tenemos a nuestra disposición para trabajar (material fungible, papel, toner, material de curas, instrumental, energía....) Somos poco conscientes del precio que tiene muchos de estos materiales, que aunque en su unidad son baratos, el derroche de muchos hace que el gasto sea importante, y en muchos casos, innecesario

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Concienciación de costes
Uso responsable de los bienes comunes
Uso responsable de los recursos materiales
Optimización de material fungible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Formación de un grupo de trabajo para la elaboración de las bases del Concurso de Ideas.
Difusión del mismo
Apoyo a los grupos de ideas seleccionadas para la implementación de las mismas.
Premios a las 3 mejores ideas implementadas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de ideas aportadas: > 10
Implementación: 80% de las seleccionadas
Disminución de gasto en materiales por apartados: > 3%

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo: Formación de grupo para las bases del concurso
Abril: Difusión
Mayo-Junio: recepción de ideas
Junio: Selección
Junio- diciembre: Implantación
Febrero 2011: Resultados de la implantación y entrega de premios

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Los datos de ahorro son aproximativos. Se ha tenido en cuenta la disminución del gasto en algunos materiales en los que se ha iniciado alguna medida

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 009

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR (CONTINUACION PROYECTO 2009)

2. RESPONSABLE PASCUAL VAL ADAN
· Profesión MEDICO
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA/NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA BESTUE CARDIEL-MEDICO-H.SAN JORGE
MARIBEL CLAVER- AUXILIAR ENFERMERÍA-H.SAN JORGE
NIEVES INGLÁN-ENFERMERA NEUROLOGÍA-H.SAN JORGE
ROSA BIESCAS-ENFERMERA PRUEBAS FUNCIONALES-H.SAN JORGE
ISABEL BENAVENTE-NEUROFISIÓLOGO-H.SAN JORGE
PILAR POVEDA-MIR FAMILIA-H.SAN JORGE
ANA EIZMENDI-SECRETARIA NEUROLOGÍA-H.SAN JORGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una enfermedad neurológica progresiva, de evolución fatal, que ataca a las células nerviosas encargadas de controlar los músculos voluntarios. Ocasiona debilidad con un rango amplio de discapacidades. Se afectan todos los músculos bajo control voluntario (extremidades y musculatura bulbar) y los pacientes pierden su fuerza y la capacidad de mover sus brazos, piernas y cuerpo. La debilidad muscular en las extremidades es el síntoma inicial en el 60-80% de los pacientes. El curso es progresivo sin periodos de remisión. Son raras las fases de estabilización. Casi todos los sistemas se afectan con el tiempo, excepto el control de los esfínteres y el movimiento ocular que suelen estar respetados. Cuando fallan los músculos del diafragma y de la pared torácica, los pacientes pierden la capacidad de respirar sin un ventilador o respirador artificial.

La mayoría de las personas con ELA mueren de fallo respiratorio, generalmente entre 2,5-3 a 5 años a partir del comienzo de los síntomas. Aunque alrededor del 8-16% de los pacientes sobreviven 10 años o más. La introducción en los últimos años de medidas de soporte respiratorio como la ventilación no invasiva (VNI) y la ventilación mecánica invasiva por traqueostomía ha mejorado la supervivencia de estos pacientes, ha mejorado su calidad de vida al disminuir la sintomatología atribuida a la debilidad respiratoria y ha disminuido el número de ingresos al disminuir la morbilidad (el 57% de los ingresos de estos pacientes son por patología respiratoria intercurrente, un 32% por una infección respiratoria y un 25% por un fallo respiratorio que podía haberse evitado).

El principal problema en la indicación de estas medidas de soporte es que no hay acuerdo sobre el momento ideal de su instauración. Según las indicaciones de la Academia Americana de Neurología la VNI debería aplicarse cuando la FVC fuese < 50% o existieran síntomas de hipoxemia, sin embargo en las mayoría de los estudios recientes se objetiva que cuando un paciente tiene una Pimax<60cmH2o debería ya realizarse una indicación de la misma y que esto ocurre unos 6,5 meses antes de alcanzar una FVC<50%. Estos datos sugieren que si nos atenemos a las cifras de FVC para indicar la VNI, en la mayoría de las ocasiones cuando se indica ya existe una debilidad muscular respiratoria importante. Por otra parte los síntomas clínicos de debilidad muscular son sutiles para utilizarlos como criterio precoz (64% de pacientes con exploración respiratoria clínica normal presentaban una FVC<50%).

La PImax y la SNIP se configuran cada vez en la mayoría de los estudios como los principales indicadores de la debilidad muscular respiratoria precoz. El diafragma es el principal músculo implicado en la respiración, especialmente durante el sueño y el reposo (momento en el que se producen desaturaciones de oxígeno nocturnas cuando el diafragma empieza a fallar por la ausencia de actividad de los músculos intercostales y accesorios inspiratorios especialmente en la fase REM) es por esto que algunos estudios indican que con FVC>75% y datos de los estudios de I.respiratoria nocturna pueden ser un criterio para establecer una indicación de VNI.

Sería interesante determinar el momento en que el diafragma comienza a afectarse y si esa determinación se correlaciona con las medidas de presión respiratoria, estudios nocturnos o son más precoces, ya que podría evitar la realización de pruebas seriadas en todas las visitas. En este aspecto la determinación del potencial motor del diafragma evocado por estimulación del nervio frénico podría ser de utilidad si se correlaciona de forma precoz con la debilidad respiratoria.

Dentro del programa de implantación del proceso ELA iniciado hace 10 meses con el Objetivo general de mejorar la asistencia a este proceso, se plantea la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

009

IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR (CONTINUACION PROYECTO 2009)

continuación del mismo que se establece en varias fases y que finalizará su implantación durante el año 2011 con la incorporación el próximo año del aspecto de la nutrición y las técnicas para aplicar la alimentación con la incorporación al grupo de mejora de los servicios de digestivo y endocrino.

Problemas actuales:

Con el inicio del grupo de mejora en 2009 se ha conseguido una mejora evidente en la asistencia de estos pacientes tal y como figura en la memoria del año 2009. Sin embargo todavía quedan acciones pendientes a nivel de mejora del proceso diagnóstico y en especial del diagnóstico precoz de la debilidad muscular respiratoria, en el manejo de la información al paciente y la familia, en la relación con la asociación ARA-ELA y en los documentos de voluntades anticipadas.

Oportunidad de mejora:

- ? Finalizar la implantación del proceso ELA
- ? Mejorar la asistencia al paciente:
- ? Diseñar completamente el proceso general: "Plan de atención a la ELA en el Hospital San Jorge", incluyendo todos los componentes que van a intervenir en los próximos años y las actividades que van a realizarse dentro del plan.
- ? Establecer los criterios de aplicación de ventilación no invasiva
- ? Establecer los métodos diagnósticos más fiables para la detección de la debilidad muscular precoz con la mayor eficiencia.
- ? Disminuir la morbilidad hospitalaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes
- ? Mejorar la comunicación con los pacientes y familiares, favoreciendo la aplicación de directrices previas por parte del paciente y apoyando la toma de decisiones con respeto a la autonomía del paciente.
- ? Mejorar los índices de satisfacción del paciente y sus familias
- ? Establecer relaciones fluidas con la asociación de enfermos para facilitar a los pacientes el uso de recursos que esta asociación proporciona y servir de apoyo a la misma para información, formación etc

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Se ha mejorado la asistencia al paciente:

- ? Se ha explicado a los pacientes susceptibles la puesta en marcha de esta consulta y la posibilidad de ser atendidos en ella
- ? Al disminuir el número de desplazamientos (el mismo día se hacen al paciente las pruebas necesarias y se realiza la consulta con los dos facultativos, el Neumólogo y el neurólogo)
- ? Se ha instaurado Bypap a todos los pacientes con criterios para la misma y se ha valorado la situación respiratoria de todos los pacientes con diagnóstico de ELA)
- ? Se ha mejorado la comunicación con el paciente y se ha disminuido la variabilidad en la información al estar la consulta coordinada con ambos especialistas).
- ? Se ha facilitado la introducción de conversaciones sobre el final de la vida y la aplicación de directrices previas.
- ? Las familias y el paciente han hecho constatar su satisfacción por la atención recibida.

2. Se ha mejorado la eficiencia al disminuir el número de vistas inadecuadas e ineficaces. Así como la realización de pruebas no indicadas, y se han disminuido el número de gasometrías realizadas a los pacientes.

3. ha realizado un registro en una base de datos de todos los pacientes con ELA existentes en nuestro Sector.

4. Se ha realizado el protocolo de actuación una vez que es diagnosticado el paciente con ELA (Se adjunta el diagrama de flujo como anexo)

5. Una vez al mes (desde el mes de abril) se ha realizado la consulta de alta resolución atendiendo a tres pacientes en cada visita según los criterios de protocolo (Realización de pruebas funcionales, y visita posterior por el Neurólogo y Neumólogo implicados en el proceso)

6. Se han recogido los datos de pruebas y situación clínica en cada visita

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 009

IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR (CONTINUACION PROYECTO 2009)

7. Los coordinadores del proyecto se han reunido mensualmente para discutir los casos clínicos y los problemas de la consulta y se han establecido nuevas líneas futuras de mejora, todo ello ha repercutido sobre la calidad científico-técnica

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Finalizar la implantación proceso ELA:
- ? Diseñar completamente el proceso general: Plan de atención a la ELA en el Hospital San Jorge
 - 2. Mejorar la asistencia al paciente
 - ? Diagnóstico precoz de la debilidad respiratoria
 - ? Manejo adecuado la sintomatología
 - ? Disminución comorbilidad respiratoria
 - ? Mejora calidad vida
 - ? Aumentar la satisfacción asistencia recibida
 - 3. Mejorar la eficiencia recursos sanitarios
 - 4. Mejorar la comunicación con los pacientes y la sociedad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Continuar con la consulta mensual de alta resolución (Pruebas funcionales /consulta Neurología-Respiratorio)
- 2. Finalizar todo el plan de atención a la ELA de los pacientes del SECTOR HUESCA
 - 3. Se realizará una guía de información al paciente.
 - 4. Se realizarán las reuniones del grupo de mejorar para evaluar los resultados de los primeros meses y las acciones a seguir.
 - 5. De forma mensual los coordinadores se reunirán para revisar la evolución de los pacientes y las acciones a seguir.
 - 6. Recogida de los datos clínicos y de laboratorio para poder establecer concordancia en el diagnóstico de la debilidad respiratoria y monitorizar la actividad (Dra Poveda)
 - 7. Se realizará información adecuada sobre el uso de las directrices previas y la conveniencia de incluirlas en la historia clínica.
 - 8. Este año se analizarán los indicadores de supervivencia
 - 9. Se realizará estudio de potencial diafragmático a todo paciente con nuevo diagnóstico y cuando la clínica o la PIMax indique una afectación respiratoria para valorar la correlación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº Reuniones año (estándar =6)
- 2. Plan atención ELA elaborado (SI/NO)
 - 3. Guía de información al paciente elaborado (SI/NO)
 - 4. Total de pacientes atendidos en CAR (> año 2009)
 - 5. % pacientes con pruebas funcionales realizadas (>90%9
 - 6. Tasa de pacientes con ventilación no invasiva
 - 7. % pacientes con bypap conforme a criterios (PImax < 60 cc H2o o SNIP < 40 cc H2o)
 - 8. % pacientes a los que se indica bypap con signos tardíos de I.respiratoria
 - 9. Tiempo medio desde supervivencia desde el diagnóstico
 - 10. Tiempo medio de supervivencia desde el inicio de la I.respiratoria
 - 11. Tiempo medio de supervivencia desde el inicio de la Bypap
 - 12. Tasa de exitus
 - 13. % pacientes con directrices anticipadas en su historia clínica
 - 14. %pacientes con ENG diafragmático alterado en el momento del diagnóstico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Durante el mes de marzo se reunirá al grupo de mejora para explicar los resultados obtenidos durante el año 2009, las actividades pendientes y las nuevas acciones para 2010 y las que se realizarán para 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 009

IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR (CONTINUACION PROYECTO 2009)

2. Se realizará el plan de atención a la ELA en el Sector Huesca (finalizado en Noviembre de 2010) (con todos los subprocesos).
3. De forma mensual se realizará la consulta específica (CONSULTA DE ALTA RESOLUCION)
4. De forma semestral se reunirá el equipo de mejora para analizar la asistencia de los pacientes de la UNIDAD.
5. En diciembre se realizará la evaluación de los indicadores del proyecto, los resultados obtenidos y las acciones de mejora para 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Monitor transcutáneo de dióxido carbónico/Neumología	1.500 €
· formación/didáctico(libro)/Neumología	150 €
· formación (libro) Neurología	100 €
Total	1.750 €

11. OBSERVACIONES. Estamos pendientes de la confirmación definitiva del precio del monitor transcutáneo. El que hemos puesto es un modelo básico. Querriamos saber si este proyecto que continuará el próximo año pudiera llevar financiación para dos años si el monitor tiene un precio mayor ya que es posible que según las características de otro que hemos pedido precios, tengamos mayores prestaciones futuras

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA TECNICA FISH PARA MEJORAR EL DIAGNOSTICO DEL MELANOMA MALIGNO

2. RESPONSABLE JESUS VERA ALVAREZ
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- M^a DOLORES GARCÍA PRATS-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE- SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
MIGUEL MARIGIL GÓMEZ-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE- SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
MANUEL ABASCAL AGORRETA-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE- SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
M^a JOSÉ ROCA GUARDIOLA-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE- SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
YOLANDA GILABERTE CALZADA-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE-UNIDAD DE DERMATOLOGÍA
CARMEN COSCOJUELA SANTALIESTRA-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE- UNIDAD DE DERMATOGÍA
RODRIGO LASTRA DEL PRADO-MÉDICO-HOSPITAL SAN JORGE-SECCIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Realizar un correcto diagnóstico de los tumores melanocitarios benignos (nevus melanocíticos) o malignos (melanomas) es crucial para realizar un adecuado tratamiento y dar un correcto pronóstico a los pacientes. En el melanoma maligno se han identificado varias aberraciones cromosómicas que no están presentes en los nevus melanocitarios y que por tanto permitirían realizar un diagnóstico de certeza, especialmente en aquellos casos en los que la histología convencional no lo permite. Dichos marcadores genéticos se pueden determinar mediante la técnica de hibridación in situ por fluorescencia (FISH). Esta técnica permite determinar 3 genes RREB1 (6p25), MYB (6q23), y CCND1 (11q13) (Vysis). Existen trabajos que demuestran la utilidad de esta prueba diagnóstica en melanomas malignos (Morey AL et al. Pathology 2009,41:383-7; Gerami P, et al. Am J Surg Pathol 2009;33:1146-1156) con una sensibilidad del 87% y una especificidad del 95% (Newman MD, et al. Mod Pathol 2009;41:383-7). En el momento actual el laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital San Jorge está realizando la técnica FISH en el diagnóstico del cáncer de mama y estómago, pues se trata de una prueba fundamental para orientar el tratamiento y establecer el pronóstico. Nuestro laboratorio es en este momento referencia en Aragón para esta técnica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aplicar la técnica FISH en el diagnóstico del melanoma ayudará a diagnosticar con precisión a los pacientes con melanoma, especialmente aquellos casos cuyo resultado histológico es incierto con las técnicas convencionales. Además, la realización de esta técnica servirá para establecer una línea de investigación con el objetivo de correlacionar la expresión de estos genes con la respuesta al tratamiento y la evolución de la enfermedad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. OBJETIVOS

1. Aplicar la técnica FISH en aquellas lesiones melanocitarias cuyos criterios clínicos y/o histológicos sean dudosos de malignidad.
2. Correlacionar los resultados de la técnica FISH con los inmunohistoquímicos de las lesiones melanocitarias estudiadas
3. Establecer la correlación entre el resultado del FISH, el pronóstico y la respuesta al tratamiento en los casos de melanoma.

MEDIDAS PROPUESTAS

1. Determinar de aquellos tumores que desde el punto de vista clínico tengan un comportamiento y aspecto incierto.
Responsables: Carmen Coscojuela, Yolanda Gilaberte
2. Seleccionar y estudiar en todos sus parámetros desde el punto de vista histológico las lesiones que desde el punto de vista clínico o en el análisis histológico presenten alguna ambigüedad en el diagnóstico de lesión maligna o benigna.
Responsables: Jesús Vera, M^a Dolores García Prats, Miguel Marigil, Manuel Abascal, Carmen Coscojuela y Yolanda Gilaberte

1. TÍTULO

UTILIZACION DE LA TECNICA FISH PARA MEJORAR EL DIAGNOSTICO DEL MELANOMA MALIGNO

3. Realizar el análisis inmunohistoquímico de las lesiones seleccionadas e incluir también en el estudio aquellas lesiones inciertas desde el punto de vista inmunohistoquímico.

Responsables: Jesús Vera, M^a Dolores García Prats, Miguel Marigil, Manuel Abascal, M^a José Roca.

4. En las lesiones seleccionadas en los apartados anteriores realizar la técnica FISH para ayudar a realizar el diagnóstico de melanoma.

Responsables: Jesús Vera, M^a Dolores García Prats, Miguel Marigil, Manuel Abascal, M^a José Roca

5. Hacer una correlación de los datos clínicos, histológicos e inmunohistoquímicos del melanoma con la expresión FISH.

Responsables: Jesús Vera, M^a Dolores García Prats, Miguel Marigil, Manuel Abascal, Carmen Coscojuela y Yolanda Gilaberte

6. Seguir a los pacientes con diagnóstico FISH positivo y negativo para establecer si tiene un significado pronóstico.

Responsables: Rodrigo Lastra, Carmen Coscojuela y Yolanda Gilaberte

7. Estudiar el papel que puede tener el FISH en predecir la respuesta al tratamiento en los pacientes con melanoma.

Responsables: Todo el equipo

8. En pacientes que han sido intervenidos con intención curativa: determinar el intervalo libre de recaída o enfermedad (objetivo primario) y supervivencia global (objetivo secundario) en función de la presencia o no de la expresión de los genes a estudio. Tb se realizará ese mismo subanálisis en los pacientes, que además, han recibido tratamiento adyuvante con interferón. Se documentará el lugar de la recaída (cutánea, ganglionar, ósea, visceral) y se buscará la posible correlación con la expresión génica.

Responsables: Rodrigo Lastra, Jesús Vera, Yolanda Gilaberte

9. En los pacientes metastáticos o irresecables: determinar el tiempo a la progresión (objetivo primario) y supervivencia global (objetivo secundario) en función de la presencia o no de la expresión de los genes a estudio. Tb se recogerá el tipo de tratamiento oncológico administrado y la respuesta al mismo en función de los criterios habituales de evaluación de tumores sólidos (criterios RECIST) y su correlación con la expresión génica.

Responsables: Rodrigo Lastra

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Diagnóstico de melanoma con la prueba FISH comparado con los diagnósticos de melanoma mediante la histología e inmunohistoquímica convencional.

2. Evolución del paciente con diagnóstico FISH positivo y negativo para melanoma:

- a. Periodo de tiempo libre de enfermedad, desarrollo de metástasis o exitus.
- b. Respuesta al tratamiento realizado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio se iniciará en el momento en el que se disponga del reactivo para la determinación FISH de melanoma. De momento se solicita reactivo para 20 determinaciones, lo que nos permitirá establecer la utilidad de esta técnica en la práctica clínica habitual del diagnóstico y manejo de las lesiones pigmentadas malignas.

Considerando que el servicio de anatomía patológica del Hospital San Jorge es de referencia para la técnica FISH en el diagnóstico de cáncer de mama y estómago en Aragón, es probable que disponer de esta técnica para el melanoma hará que tumores pigmentados de diagnóstico difícil puedan ser remitidos a este servicio de otros centros de nuestra Comunidad Autónoma para realizar un correcto diagnóstico. Por ello, pensamos que es muy probable que en el periodo de tiempo de 1 año se realicen el total de las determinaciones presupuestadas.

El cronograma se realizaría de la siguiente forma:

- 1-2 mes: Puesta a punto de la técnica
- 2-10 mes: Realización de determinaciones FISH
- 10-12 mes: Análisis de los resultados y conclusiones preliminares.

No obstante, este proyecto persigue correlacionar el resultado con la evolución y la respuesta al tratamiento de los pacientes con melanoma diagnosticados mediante FISH, por lo tanto esto abre una línea de investigación en melanoma con proyección de futuro

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Ref 01N89-020 Melanoma Multiprobe-LSI RREB1 ... (*) 4.005 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 225

UTILIZACION DE LA TECNICA FISH PARA MEJORAR EL DIAGNOSTICO DEL MELANOMA MALIGNO

Total 4.005 €

11. OBSERVACIONES. (*) Ref 01N89-020 Melanoma Multiprobe- LSI RREB1 SpRed/LSI MYB SpGold/LSI CCND1 SpGreen/CEP (VYSIS)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

216

SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO: CONCILIACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO E INFORMACION DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE. PROYECTO PILOTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL INTERNIVELES

2. RESPONSABLE CARMEN VIÑUALES ARMENGOL
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL SAN JORGE
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PILAR AMADOR RODRIGUEZ -FARMACEUTICA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA-JEFE DE SECCION FARMACIA
 - BEATRIZ ABAD BAÑUELOS-FARMACEUTICA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA-FARMACIA
 - ALBERTO DE DIOS ROMERO -MEDICO- HOSPITAL SAN JORGE HUESCA-MEDICINA INTERNA
 - MARIA LUISA GRACIA RUIZ -MEDICO-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA-ENDOCRINOLOGÍA
 - ELENA BRIZ MUÑOZ -MEDICO-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA-NEUMOLOGÍA
 - FRANCISCO JAVIER PEREZ RUIZ-MEDICO-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA-GINECOLOGIA
 - MARIA ELFAU -FARMACEUTICA-HOSPITAL SAN JORGE HUESCA-FARMACEUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La utilización de medicamentos es un proceso complejo que, implica a varios profesionales sanitarios. Este proceso puede dar lugar a errores de medicación, con la posible repercusión sobre la evolución clínica del paciente y sus correspondientes consecuencias económicas sobre el sistema sanitario. El carácter prevenible de este tipo de errores hace imprescindible el estudio de las diferentes etapas asistenciales para la detección de los puntos de actuación, junto con la implementación de los procesos adecuados para la prevención y corrección de estos. La conciliación del tratamiento farmacológico tendrá como uno de sus principales objetivos evitar que se produzcan estos errores. Las distintas actividades que tienen lugar durante las transiciones asistenciales (ingreso, transferencia de un nivel asistencial a otro, pacientes quirúrgicos, alta) suelen ser complejas, y en la mayoría de las ocasiones conllevan un cambio del régimen farmacoterapéutico del paciente. La conciliación ha de ser un proceso diseñado para asegurar la correcta prescripción de la medicación habitual del paciente junto con la que requiera durante la transición asistencial, y prevenir así los errores que se puedan producir, velando por la seguridad clínica del paciente. La conciliación adquiere máxima importancia en pacientes crónicos pluripatológicos y polimedicados.

El proceso de conciliación del tratamiento farmacológico consta de 4 etapas:

- 1.- Registro y verificación de los tratamientos habituales del paciente. Para ello se utilizará la información obtenida de distintas fuentes de información que se analizarán previamente. Esta fase se produce al ingreso hospitalario o en la primera visita de una consulta externa.
- 2.- Validación de los tratamientos valorando la adecuación y pertinencia (dosis adecuadas, interacciones, alergias, efectos adversos y evidencia).
- 3.- Realización de las adaptaciones necesarias debidas a la situación actual del paciente y a la medicación disponible en el centro y según la guía hospitalaria y los programas de intercambio terapéutico.
- 4.- Asegurar la continuidad del proceso al alta o derivación a su médico habitual.

La conciliación del tratamiento requiere una labor de equipo, involucrando al paciente y a distintos profesionales sanitarios para poder llevar a cabo el proceso satisfactoriamente.

Otro aspecto importante, es la implantación de estrategias educativas orientadas a mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Estas estrategias deben integrarse en un marco más amplio que el meramente educativo, y englobar objetivos de salud, como la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la calidad de la asistencia prestada. Dentro de la educación sanitaria se encuentran los programas de información de medicamentos al paciente.

Los objetivos del programa de información de medicamentos al paciente en el momento del alta hospitalaria son aumentar el conocimiento que tienen los pacientes sobre su tratamiento farmacológico y, de esta manera, garantizar una correcta administración, mejorar la adherencia, disminuir los errores de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

216

SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO: CONCILIACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO E INFORMACION DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE. PROYECTO PILOTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL INTERNIVELES

medicación y, en definitiva, aumentar la seguridad del paciente. Para ello, se recomienda combinar tanto la información oral como la escrita. Para elaborar la información escrita se dispone de un programa informático específico (Infowin) que permite editar un folleto informativo que consta de dos apartados diferenciados. El primero está formado por un cuadro horario donde se indican los medicamentos que el paciente debe tomar, la dosis, la frecuencia, el modo de administración y la duración del tratamiento. El segundo apartado contiene información específica para cada fármaco (indicación, precauciones a considerar y efectos adversos) expresada en un lenguaje sencillo y fácilmente comprensible para los pacientes o no profesionales.

Al no ser posible realizar la conciliación en todos los pacientes y para todas las transiciones asistenciales ni elaborar la información para todos los pacientes al alta, se pretende iniciar un proyecto piloto con 2 a 3 pacientes a la semana seleccionados por los facultativos que participan en este proyecto. Los criterios utilizados para la selección de los pacientes serán:

- La polimedicación o el número elevado de medicamentos (más de 5 ó 6) en pacientes con elevada comorbilidad y pluripatología.
- La dificultad de comprensión por el paciente.
- Ingresados en la Unidad de Medicina Interna.

El proceso de conciliación y la información de medicamentos en los pacientes seleccionados, se realizará tanto al ingreso, en aquellos casos en los que sea solicitado por los facultativos, como en el momento del alta hospitalaria para garantizar así la continuidad asistencial interniveles (especializada-primaria-residencia).

Fuentes de información:

- Olga Delgado Sánchez, Laura Anoz Jiménez, Amparo Serrano Fabiá y Jordi Nicolás Pico. Conciliación de la medicación. Med Clin (Barc). 2007;129(9):343-8

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) Disminuir los errores de medicación producidos en las distintas transferencias asistenciales. Evitar discrepancias.
- 2) Asegurar una atención sanitaria continua, segura y de calidad.
- 3) Favorecer la continuidad asistencial interniveles (especializada-primaria) de los pacientes.
- 4) Aumentar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento farmacológico aumentando de este modo su adherencia cumplimiento al mismo.
- 5) Disminuir los efectos adversos.
- 6) Disminuir las interacciones farmacológicas.
- 7) Evitar intolerancias y alergias medicamentosas.
- 8) Respetar los horarios de las tomas y mejorar las interacciones con la dieta.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la consecución de los objetivos marcados se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- 1)- Análisis de las distintas fuentes de obtención de la información farmacológica de los pacientes: Farmasalud, OMIG ...
- 2)- Establecimiento del circuito de conciliación y asignación de responsabilidades.
- 3)- Definición y clasificación de discrepancias.
- 4)- Establecimiento de recomendaciones frente a las discrepancias observadas.
- 5)- Revisión de la información de medicamentos que se facilitará al paciente.
- 6)- Registro de la conciliación como intervención farmacéutica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 216

SEGURIDAD EN EL PACIENTE INGRESADO: CONCILIACION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO E INFORMACION DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE. PROYECTO PILOTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL INTERNIVELES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores que se obtendrán a partir de los registros que se generen serán:

- 1) Número de medicaciones conciliadas sobre el total de pacientes dados de alta en Medicina Interna .
- 2) Porcentaje de pacientes conciliados al alta (del total de altas): nº pacientes conciliados al alta / nº total de altas en Medicina Interna
- 3) Porcentaje de discrepancias detectadas al alta totales y por tipo de discrepancia: nº discrepancias detectadas totales o por tipo / nº total de medicamentos conciliados.
- 4) Número y % de errores cuantificados y por tipo de error: nº errores totales o por tipo cuantificados / nº total de medicaciones conciliadas.
- 5) Consecuencias de los errores: efectos adversos prevenibles en morbilidad y mortalidad según clasificación CIE.

Discrepancias (Med Clin (Barc). 2007;129(9):343-8)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Análisis fuentes información: Enero-Febrero

Definición y clasificación discrepancias: Febrero-Marzo

Recomendaciones frente discrepancias: Febrero-Marzo

Circuito conciliación: Marzo

Revisión de la información de medicamentos: Marzo y resto de meses de 2010. (Proceso continuo).

Abril

Registro de la conciliación: Abril

Inicio de la actividad:

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Actualizaciones y mantenimiento del programa informático Infowin	2.000 €
· Material fungible (cartuchos tinta color....)	200 €
· Asistencia a cursos y congresos relacionados con este tema	800 €
Total	3.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

158

IMPLANTACION DE CARTILLAS DE INICIO Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACION EN EL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE CARLOS VIÑUALES PALOMAR
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL SAN JORGE
· Servicio/Unidad .. COORDINACION DE CUIDADOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOLORES AGUILA VILLACAMPA-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-HOSPITAL DE DÍA
BELEN FERNÁNDEZ PALMA-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE
E.LORENA MAIRAL SALINAS-ENFERMERA-CS PIRINEOS II-ENFERMERA DE ENLACE AP HUESCA
ALFONSO MONTAÑANA GUZMAN-CIRUJANO-HOSPITAL SAN JORGE
MARÍA PICÓ PICÓ-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE
MERCEDES SERRANO BITRIÁN-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE
PAZ SERRANO LUESMA-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-SUPERVISORA UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro ámbito sanitario cada vez es mayor el número de pacientes a los que se les coloca un catéter venoso central de larga duración. Garantizan el acceso venoso y disminuyen las complicaciones derivadas de administrar ciertas sustancias por vía periférica, contribuyendo así a aumentar la seguridad y calidad de vida de los pacientes. Aún llevando tiempo trabajando en el diseño de protocolos de cuidados de estos catéteres y en la continuidad de cuidados entre el Hospital y los Centros de Salud, pensamos que es posible seguir implementando medidas que contribuyan a mejorar la calidad del servicio. El hecho de que haya varios servicios hospitalarios y profesionales implicados en la indicación, colocación, manejo y cuidados de dichos catéteres hace que sea difícil unificar los cuidados y el registro. El establecimiento de un registro único de seguimiento que sea entregado al paciente en el momento de la colocación del dispositivo contribuirá a mejorar la seguridad del usuario y a garantizar la continuidad de los cuidados. Dicha herramienta cumplirá con los siguientes cometidos:
1. Reflejar los datos básicos del catéter y de su implantación (tipo de catéter, modelo, localización, fecha de implantación...)
2. Ser una guía de autocuidados para el usuario.
3. Actuar como vehículo de difusión de las normas básicas de cuidados consensuadas en los protocolos del Sector, aportando seguridad a los profesionales.
4. Documentar las actuaciones (curas y sellados) y eventuales complicaciones que se produzcan (signos de obstrucción, infección...)
5. Facilitar direcciones de contacto para consulta de dudas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.Unificación de cuidados de catéteres venosos centrales en los diferentes servicios y niveles del Sector Huesca.
2.Reducción de complicaciones asociadas a los accesos venosos centrales de larga duración.
3.Mejora en la seguridad y confianza de los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones con los servicios y profesionales implicados para consensuar el protocolo de actuación y el sistema de registro. Responsable: Carlos Viñuales Palomar.
Diseño de las cartillas. Responsable: Carlos Viñuales Palomar y E. Lorena Mairal Salinas.
Implementación del sistema de cartillas: definición de población diana, momento, lugar y responsables de la entrega. Responsable: todos los integrantes del equipo de mejora.
Seguimiento de la implementación. Responsable: Carlos Viñuales Palomar, E. Lorena Mairal Salinas y Dolores Aguila Villacampa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 158

IMPLANTACION DE CARTILLAS DE INICIO Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE CATETERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACION EN EL SECTOR DE HUESCA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de pacientes que acuden al Hospital de día para extracción sanguínea, tratamiento o sellado del dispositivo tipo reservorio con su cartilla debidamente actualizada / Número de pacientes que acuden al hospital de día para extracción sanguínea, tratamiento o sellado del dispositivo tipo reservorio.

2. Número de pacientes que acuden al Hospital de día para extracción sanguínea, tratamiento o sellado del dispositivo tipo Hickman y PICC con su cartilla debidamente actualizada / Número de pacientes que acuden al hospital de día para extracción sanguínea, tratamiento o sellado del dispositivo tipo Hickman y PICC.

A los 6 meses del inicio de la implementación del programa y en el hospital de día se evaluarán dichos indicadores

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo y Abril 2010: reuniones con los servicios implicados, consenso y diseño de las cartillas.

A la recepción del presupuesto asignado: inicio de la entrega de las cartillas (cartilla cuidados reservorio, cartilla cuidados Hickman y cartilla cuidados PICC).

A los 6 meses del inicio de la entrega de cartillas: monitorización de los indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición de las cartillas	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 318

1. TÍTULO

RECURSOS CULTURALES PARA FOMENTAR LA AUTONOMIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

2. RESPONSABLE INMACULADA ASCASO PEREZ
- Profesión ATR
 - Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BÁRBARA MOLES ARCOS-PSIQUIATRA-HDPSQ
ELVIRA VENTURA RUBIO-PSICÓLOGA-HDPSQ
PATRICIA SANCHEZ PRIETO-ENFERMERA HDPQ
ARTURO BIARGE RUIZ-ENFERMERO-HDPSQ
AURORA PEREZ FAUS TERAPEUTA OCUPACIONAL-HDPSQ
PILAR AUSED LANAU-AUX DE ENFERMERIA-HDPSQ
MARIA ANTONIA CARNICER QUILEZ-AUX DE ENFERMERIA-HDPSQ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Una de las dificultades en general que tienen los pacientes que asisten al hospital de día es la ocupación del tiempo de ocio de forma saludable y educativa. Nos encontramos con pacientes aislados socialmente, que pasan la mayor parte del tiempo aislados en su domicilio y que carecen de las habilidades necesarias para buscar recursos de ocio adecuados. Si nos referimos al Plan de Salud mental de Aragón 2002-2010 cuando hablamos de la población diana dice: "Este dispositivo está destinado a pacientes graves que hayan perdido temporalmente la capacidad de desarrollar vida autónoma, con la consiguiente tendencia hacia una situación de cronicidad definitiva. El periodo terapéutico finalizará al restaurar las posibilidades de una vida aceptable dentro de la comunidad". Bajo esta perspectiva el ofrecer programas para aprender a utilizar los recursos comunitarios de ocio y tiempo libre que ofrece la ciudad de Huesca es una forma de trabajar la adquisición de autonomía para su inclusión en la sociedad de una forma activa y participativa

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La promoción de búsqueda activa de alternativas de ocio y tiempo libre para los pacientes que se hace de manera informal y a través de la prensa y otros folletos que llegan al hospital demuestra que los pacientes van tomando conciencia de los recursos culturales de la comunidad y van tomando en habito de incluirlos en la planificación del tiempo libre

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Se pretende conseguir que los pacientes ingresados integren en sus costumbres el hábito de buscar de forma periódica, en los diversos medios de información, las actividades de ocio y que les ayude a programar aquellas que mas les interesen.

2. Durante el ingreso en el Hospital de día, se incluye como actividad complementaria que los pacientes y los trabajadores participen de forma activa en la búsqueda de información escrita, carteles, folletos, para colgar en el tablón de anuncios, la información que tengan acceso de interés que se encuentre en la Comunidad.

3. Evitar el aislamiento a los que las personas con enfermedad mental se ven sometidos en su día a día por carecer de las habilidades necesarias para participar y buscar actividades de ocio de forma saludable en su comunidad.

4. Encontrar recursos de ocio normalizados en base a sus intereses personales, no obstante también se puede contar con recursos de ocio y tiempo libre para personas con enfermedad mental

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Las actividades de difusión:

1. Sesiones a nivel individual para conocer cuales son los intereses de las personas con enfermedad mental y la estructuración del ocio y tiempo libre a través de escalas y entrevistas de valoración de ocio y tiempo libre.
2. Sesiones a nivel grupal donde se trabajará que se entienda por tiempo libre, como se ocupa tiempo libre,...
3. Revisión de la programación mensual del Ayuntamiento de Huesca tanto de actividades (Radar) : ,música ,Teatro ,Exposiciones ,Actividad literaria ,Varios

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 318

RECURSOS CULTURALES PARA FOMENTAR LA AUTONOMIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Actividades culturales de otros colectivos ,Ciudades 3.0

- 4. Revisión de las programaciones de centros culturales ibercaja, multicaja, CAI, etc
- 5. Programaciones de actividades de asociaciones de barrio, ONG,
- 6. Actividades específicas como feria de teatro, del libro, festival de cine, etc.
- 7. uso de bibliotecas municipales
- 8. difusión de la tarjeta cultural

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Registro de las actividades de cada paciente por semana que permitirá evaluar el grado de satisfacción y mejora en la ocupación del tiempo así como la iniciativa en aportar información al grupo.

- Entrevista inicial de motivación y seguimiento.
- Evaluación de participación en el grupo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. desde marzo hasta diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Impresora multifunción	250 €
• Material de oficina: folios de diferentes tamaños, pinturas, bolígrafos, tijeras	150 €
• Material desechable impresora	100 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

054

SESIONES SEMANALES DE CONTINUIDAD PARA LA MEJORA EN EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

2. RESPONSABLE ARTURO BIARGE RUIZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BÁRBARA MOLES ARCOS-PSIQUIATRA-HDPSQ DE HUESCA
PILAR AUSED LANAU-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HDPSQ DE HUESCA
LUIS HIJOS LARRAZ-ENFERMERO-ATENCIÓN PRIMARIA CS GRAÑÉN
ELVIRA VENTURA RUBIO-PSICÓLOGA-HDPSQ HUESCA
MARIA ANTONIA CARNICER QUILLEZ-AUXILIAR DE ENFERMERÍA HDPSQ
PATRICIA SANCHEZ PRIETO-ENFERMERA-HSPSQ HUESCA
INMACULADA ASCASO FAUS-T.SOCIAL-HDPSQ HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Día de Psiquiatría pertenece al Servicio Aragonés de la Salud del G.A. y está ubicado en el edificio anexo del H. Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

Se creó el 1 de Junio de 1.999 tras ser trasladada la U.C.E. del Hospital Provincial al Hospital San Jorge (7º planta).

Más bien correspondió a una reestructuración de la plantilla que a una planificación global de los recursos de Salud Mental.

Se han ido produciendo profundos cambios en el dispositivo hasta el 1 de Marzo de 2.000 que quedo estructurado definitivamente. Para su estructuración definitiva se ha tenido en cuenta la guía de Hospitales de Día del antiguo INSALUD y el Plan Estratégico de Atención a La Salud Mental 2.002 - 2.010.

El horario de atención es desde las 9.00 horas hasta las 16.00 horas de Lunes a Viernes y donde se incluye la comida.

Actualmente tiene 15 plazas de atención continuada más otras 15 en condición de seguimiento de Apoyo, es decir de atención puntual o parcial.

El Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca es un recurso intermedio de hospitalización parcial con abordajes terapéuticos multidimensionales:

- psicofarmacológicos.
- psicoterapéuticos.
- rehabilitadores.

Cuyos pilares de funcionamiento son:

- trabajo en equipo interdisciplinar.
- participación coordinada de todos los profesionales.
- planes terapéuticos individualizados.
- sistema de tutorías.

Y objetivos Generales:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

054

SESIONES SEMANALES DE CONTINUIDAD PARA LA MEJORA EN EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

- Prestar atención integral a los enfermos mentales.
- Atención médica continuada a los enfermos que no precisen su ingreso en una unidad cerrada por tener un apoyo familiar o social de contención
- Ser paso intermedio terapéutico entre la U.C.E. y la comunidad en ambos sentido.
- Además es un dispositivo de apoyo a las familias.
- Permite un apoyo a las personas sin perder el contacto con el medio familiar

Dentro de las actividades proponemos la continuación del Proyecto de Mejora del año anterior para dar continuidad al programa de intervención dirigido a aquellas personas que padecen de trastornos ansiosos con autonomía personal suficiente para vivir en la comunidad, con o sin apoyo familiar, y desplazarse al centro por sus propios medios y que participaron en el mismo el año pasado, dado la acogida y utilidad recogida según los criterios de los profesionales, medidos por los test de valoración test-retest Stai estado/rasgo, manifestada la utilidad por los propios pacientes, recogida en una encuesta de satisfacción y evidenciado por la contención ante otros posibles ingresos.

Destacar que dicho proyecto lleva dos años en marcha dando buenos resultados y solicitando la continuidad por los propios usuarios evaluados por una encuesta de satisfacción al final del proyecto.

Para la continuidad de este tercer año consecutivo y dada la demanda habida proponemos hacer dos grupos de 15 pacientes más homogéneos y con una frecuencia quincenal para ir alternando los dos grupos y dar más servicio a más usuarios.

Matizar que además de la buena acogida por dichos usuarios no ha habido ningún reingreso en la U.C.E. y han frecuentado en menor cuantía el CSM de referencia, sirviendo dichas sesiones de contención, además del objetivo principal ya enunciado

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se realizó todo el programa con 20 sesiones teórico prácticas de psicoeducación sobre estrés y control de la ansiedad y técnicas de afrontamiento, en grupo, en el Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca a la vez de aprendizaje de varios métodos de relajación según el cronograma.

Se elaboraron de un protocolo de actuación ante el paciente con trastorno ansioso y se dio a los pacientes junto con otro material (CD con música y técnicas de relajación...) para poner en práctica en su propio entorno.

Se ha mejorado los procesos organizativos y administrativos en el abordaje multidisciplinar (psicología, enfermería, terapia ocupacional, auxiliar enfermería...) ante este tipo de pacientes. Para lo cual, nos marcamos, de una forma más implícita, la creación de un grupo de trabajo para la mejora de la calidad que aumente en lo posible la consistencia del equipo.

Los resultados son evidentes ya que seguimos en contacto con los pacientes solicitando una sesión de grupo a la semana para dar continuidad, lo cual queda reflejado en el retest Stai estado rasgo y en la encuesta de satisfacción y lo que es más importante, ninguno de estos enfermos ha precisado de un nuevo ingreso en un ámbito hospitalario, UCE,

De todo el material recogido y evaluado se le hizo llegar a la comisión de calidad del Sector para evidenciar que el programa se había llevado a cabo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

1. TÍTULO

SESIONES SEMANALES DE CONTINUIDAD PARA LA MEJORA EN EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

Del grupo de trabajo se recogió información para la realización de un trabajo científico cuyo resultado queda reflejado al ser premiado con el tercer puesto en el Certamen de investigación del Colegio de Enfermería de Sevilla y 1er Accésit del XXVI Congreso Nacional de la AESM.

Los resultados de los indicadores utilizados son los siguientes:

Indicador 1: Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo,

Aclaración: estar implicado en el proyecto se considera la realización de las actividades según el cronograma del proyecto

Fórmula / formato :
$$\frac{\text{Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo}}{\text{Número de personas del equipo multidisciplinar}} \% = \frac{7}{9} = 77.77 \%$$

Indicador 2: Pacientes psiquiátricos acogidos en el estudio con valoración de la ansiedad postratamiento.

Aclaración: El estado de la ansiedad se evaluara mediante el Test STAI-estado.

Fórmula / formato :
$$\frac{\text{Número de pacientes del estudio con valoración de ansiedad postratamiento}}{\text{Número de pacientes acogidos en el estudio}} \% = \frac{11}{14} = 78.57 \%$$

El programa ha sido finalizado por completo pero se cree necesario dar la continuidad haciendo dos grupos de 15 pacientes con una frecuencia quincenal alternando dichos grupos con los pacientes que participaron por criterios profesionales y a petición de los propios usuarios incluidos en el programa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Establecer un "continuo" entre el HD y el seguimiento ambulatorio
- Mantener la estabilidad conseguida en el HD por medio del programa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

SESIONES SEMANALES DE CONTINUIDAD PARA LA MEJORA EN EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

- Evitar las recaídas y las crisis a través de un seguimiento más continuado del que se puede ofrecer en los CSM.
- Incidir en los programas de psicoeducación iniciadas con el anterior proyecto de calidad
- Beneficio del aprendizaje de las sesiones de relajación ya que a través de u estudio con estos pacientes se vio la directa relación entre esta y los niveles de ansiedad
- Beneficiarse de una actividad grupal ya que creemos que la mejoría está directamente relacionada con "los otros"
- El grupo en su dimensión biopsicosocial enriquece en cuanto a comprensión de uno mismo y de los demás y aporta herramientas para las relaciones interpersonales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La actividad consistiría en dar continuidad al proyecto con una sesión diaria, los jueves de 11.30 a 12.30 horas)

El responsable del proyecto será el enfermero del HD (Arturo Biarge Ruiz) supervisado y participando directamente en el mismo el Psicólogo del mismo centro (Elvira Ventura Rubio), con la colaboración del equipo multidisciplinar (psiquiatra y Auxiliares de Enfermería)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo,
Aclaración: estar implicado en el proyecto se considera la realización de las actividades según el cronograma del proyecto

Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo
Fórmula / formato : $\frac{\text{Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo}}{\text{Número de personas del equipo multidisciplinar}} \%$

Indicador 2: Pacientes psiquiátricos acogidos al programa con valoración de la ansiedad postratamiento y que no han precisado de otros dispositivos de SM
Aclaración: El estado de la ansiedad se evaluara mediante el Test STAI-estado.

Número de pacientes del estudio con valoración de ansiedad postratamiento sin hacer uso de otros dispositivos de SM
Fórmula / formato : $\frac{\text{Número de pacientes del estudio con valoración de ansiedad postratamiento sin hacer uso de otros dispositivos de SM}}{\text{Número de pacientes acogidos en el estudio}} \%$

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las actividades serían para dos grupos con una frecuencia quincenal el HD de 11.00 a 12.30 horas con el compromiso de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 054

SESIONES SEMANALES DE CONTINUIDAD PARA LA MEJORA EN EL ABORDAJE DE ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRES EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

hacer una evaluación de la utilidad del Programa para alcanzar los objetivos marcados a finales de Diciembre del 2010.

El grupo se ha iniciado como experiencia piloto en Diciembre del 2007 viendo la necesidad de continuidad del Proyecto de Calidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIALES DIDACTICOS. PROYECTOR.....	600 €
· MATERIALES PRACTICOS. CD.....	200 €
· LIBROS FORMATIVOS Y FOTOCOPIAS	100 €
· ACTIVIDADES RELACIONADAS Y MATERIALES	200 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES. PREVISIÓN DE RECURSOS

Material/Servicios

Medios, materiales didácticos e informáticos Soporte para la psicoeducación (un proyector, con la ayuda del proyecto anterior se realizó la compra de un ordenador portátil)..... 600 €

Materiales necesarios para el desarrollo de las sesiones prácticas (equipo CD- reproductor,...)..... 200 €

Libros y otros materiales de apoyo didáctico (CD para grabar, folios...)100 €

Actividades formativas relacionadas con el proyecto.....200 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 206

1. TÍTULO

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE ITINERARIOS INDIVIDUALIZOS DE INSERCIÓN LABORAL Y ACTIVIDAD GRUPAL PARA MEJORAR Y FACILITAR LA BÚSQUEDA DE EMPLEO.

2. RESPONSABLE ALMUDENA BOROBIO LAZARO
· Profesión ATR
· Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SONIA SANZ MALUENDA-TERAPEUTA OCUPACIONAL-C.R.P "STO. CRISTO DE LOS MILAGROS"-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE SALUD MENTAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los objetivos fundamentales de las Unidades de Media Estancia en Salud Mental es la inserción laboral/ocupacional de los usuarios, como parte esencial y básica de su integración social, y este tipo de pacientes tiene una carencia de habilidades en la búsqueda de empleo, así como falta de información.
Por otra parte, las dificultades de los usuarios para su integración laboral son múltiples, y requieren de un proyecto específico en el que se puedan valorar y trabajar de forma más pormenorizada.
Por este motivo nos planteamos diseñar itinerarios individualizados de inserción laboral, en el marco global del Programa Individualizado de Inserción de cada usuario, para trabajar de manera más amplia y directa las posibilidades de inserción laboral, así como desarrollar una actividad grupal para fomentar el desarrollo de estas habilidades.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-Mejorar el proceso de inserción laboral/ocupacional de los usuarios.
2.-Mejorar las capacidades y habilidades de los usuarios para su inserción laboral/ocupacional.
3.-Fomentar la autonomía de los usuarios a través de su participación e implicación en sus propios itinerarios de inserción laboral/ocupacional y fomentar sus habilidades para buscar empleo
4.-Ampliar información a los pacientes sobre los recursos existentes para buscar empleo
5.-Capacitarlos en la búsqueda de empleo
6.-Adecuar sus expectativas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.-Realizar las valoraciones por parte de terapia ocupacional y de trabajo social en relación al área laboral. Estas valoraciones se realizarán a la semana del ingreso del paciente.
2.-Elaborar un itinerario individualizado de inserción por cada uno de los usuarios que se haya valorado previamente que tienen posibilidades de inserción laboral. La elaboración de estos itinerarios de inserción se realizarán conjuntamente entre trabajo social, terapia ocupacional y el propio usuario, y tanto los objetivos propuestos como las actuaciones se irán revisando y modificando o ampliando mensualmente.
3.-Trabajo en grupo
4.-Actividades de información y orientación en la búsqueda de empleo
5.-Acompañamiento al empleo
6.-Rol playing sobre situaciones cotidianas en la búsqueda de empleo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Numero de valoraciones realizadas por terapia ocupacional al ingreso.
2-Numero de valoraciones realizadas por trabajo social al ingreso.
3-Numero de itinerarios individualizados de inserción elaborados.
4-Número de pacientes que asiste al grupo

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 206

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE ITINERARIOS INDIVIDUALIZOS DE INSERCIÓN LABORAL Y ACTIVIDAD GRUPAL PARA MEJORAR Y FACILITAR LA BÚSCUDA DE EMPLEO.

- 5-El grado de participación e implicación de los usuarios tanto en su itinerario de inserción como en el grupo.
- 6-El grado de inserción laboral/ocupacional conseguido en cada caso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.-DE ELABORACIÓN DE ITINERARIOS:

Fecha de inicio: Marzo 2010

Fecha de finalización: Sin fecha prevista.

Cronograma:

Tanto las valoraciones como los itinerarios individualizados de inserción se irán elaborando a medida que vayan ingresando cada usuario.

Durante las dos primeras semanas de ingreso se realizarán las valoraciones, y en las dos siguientes se elaborará el diseño del itinerario individualizado y posteriormente se irá revisando mensualmente con el usuario

- 2.-DE LA ACTIVIDAD GRUPAL: de marzo 2010 a junio 2010 y de septiembre 2010 a marzo 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material Bibliografico	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 217

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACOGIDA E INFORMACION Y ENCUESTAS DE SATISFACCION EN EL AMBITO DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

2. RESPONSABLE ELENA CARTIE LANGA
- Profesión ADMINISTRATIVO
 - Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD SALUD MENTAL
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BÁRBARA MOLES ARCOS - PSIQUIATRA HDP
ELVIRA VENTURA RUBIO- PSICÓLOGA HDP
ARTURO BIARGE RUIZ - ENFERMERO HDP
PATRICIA SÁNCHEZ PRIEGO - ENFERMERA HDP
MARÍA ANTONIA CARNICER QUILEZ - AUXILIAR DE ENFERMERIA HDP
PILAR AUSED LANAU - AUXILIAR DE ENFERMERIA HDP
AURORA PÉREZ FAUS - TERAPEUTA OCUPACIONAL HDP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Día de Psiquiatría se encuentra integrado dentro de la estructura del Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Hospital Provincial) - Paseo Lucas Mallada, 22 (22006) de Huesca. Es un centro de día, en el que los pacientes permanecen desde las 09:00 hasta las 16:00 horas, realizando diversas actividades terapéuticas relacionadas con la psiquiatría. En el mismo horario incluye un determinado tiempo para comer, mediante un sistema de autoservicio, servido por el personal del HDP, en las instalaciones adaptadas para ello, en las que a su vez, se administra la medicación pautaada para esta toma.

Por lo general, son pacientes que han estado ingresados en la UCE del Hospital General San Jorge y que por la mejoría conseguida en su salud, se decide continúen con un seguimiento en esta Unidad, como también son derivados pacientes de las Unidades de Salud Mental de los Centros de Atención Primaria y del Centro de Día de Arcadia, los que son remitidos por descompensación de su patología de base evitando de esta manera un ingreso en la UCE. Normalmente son pacientes que llegan desorientados, temerosos y desconfiados por sus malos recuerdos, traumas, carencias etc.

Todos estos temores son manifestaciones de desamparo e impotencia porque no pueden tener control sobre su situación.

Una buena actuación ante esta situación, es dar apoyo y confianza en el primer contacto del usuario con la Unidad, entonces es cuando desaparece o crece su confianza en los profesionales que le rodean.

Una adecuada acogida e información de las actividades y normas que rigen en el HDP, tanto para el paciente como para sus familiares permite tener una cercanía y una buena percepción de trato humano

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El 100% de los ingresados tendrán el folleto de información en el momento del ingreso y todo usuario hará la encuesta de satisfacción a su alta

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualizar el cuadernillo actual que se ha quedado obsoleto, inadecuado a las circunstancias actuales e introducir un anexo de encuestas de satisfacción, tanto para pacientes como para sus familiares, que permitan ampliar la información de calidad del servicio y dar soluciones a futuros problemas que pudieran surgir. Las encuestas de satisfacción y opinión de los usuarios sobre los servicios recibidos, constituyen un instrumento importante a la hora de valorar la calidad de la actividad realizada y programar posibles ajustes correctores

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 217

PROTOCOLO DE ACOGIDA E INFORMACION Y ENCUESTAS DE SATISFACCION EN EL AMBITO DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. = (Nº folletos repartidos / Nº ingresos) * 100
= (Nº encuestas realizadas / Nº usuarios involucrados en el proyecto) * 100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril: Creación del folleto de información y encuestas de satisfacción
Mayo: Comunicación con imprenta
Mayo-Junio: Difusión del folleto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material de Imprenta de folletos y encuestas	500 €
· Fax multifunción fotocopiadora (por necesidades del servicio)	400 €
· Destrucción de papel	100 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 535

REVISION Y ADECUACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARTA ELBOJ SASO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Servicio/Unidad .. DIRECCION DE ENFERMERIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BELÉN ARTERO GUILLÉN-ENFERMERA-ULE-PSICOGERIATRÍA
 - OLMOS BELÍO SEBASTIÁN-SUPERVISORA-CRP
 - RAQUEL COLL MATEOS-ENFERMERA-UME
 - CONCEPCION GRACIA BERCERO-SUPERVISORA-CRP
 - CONCEPCION RUBIO SORIANO-DIRECTORA DE ENFERMERIA-CRP
 - CARLOS JUNCOSA AÍN-ENFERMERO-ULE
 - CARMEN SALINERO SANTOLARIA-ENFERMERA-PSICOGERIATRÍA
 - M^a JOSÉ SANCHO LANZAROTE-ENFERMERA-UME

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2009 se incluyó como objetivo en el contrato de gestión, para el personal de enfermería del CRP Santo Cristo de los Milagros de Huesca, la revisión y mejora de los registros específicos de enfermería. Se creó un grupo de trabajo y se planteó trabajar inicialmente en las siguientes actividades:

- Elaborar un registro (registro general) que recogiese los datos necesarios de cada paciente identificados por el grupo como relevantes, como base para la aplicación del Proceso Enfermero.
- Diseñar una base de datos para introducir los registros de todos los pacientes de las tres unidades del CRP: ULE, UME y Psicogeriatría.
- Elaboración de dos planes de cuidados estandarizados.

Estas actividades fueron realizadas en 2009, y para este año nos planteamos cumplimentar el registro diseñado en todos los pacientes, directamente en la base de datos, y trabajar en un nuevo registro

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de unos registros de enfermería adecuados y adaptados a las necesidades reales, para facilitar y garantizar la aplicación del Proceso Enfermero.

- Introducir y acceder fácilmente a información actualizada de los pacientes ingresados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Cumplimentación en la base de datos del registro con los datos relevantes de cada paciente (registro general). Las enfermeras del Equipo de Mejora de cada Unidad serán las responsables de esta actividad, mediante el apoyo de un Tablet PC que permita el acceso y registro de la información en los diferentes espacios en que se realizan las intervenciones de enfermería.

- Revisión y diseño de un nuevo registro informatizado.
- Prueba piloto del registro diseñado

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1- Pacientes con registro general cumplimentado:

Nº de pacientes ingresados con registro general cumplimentado % / Nº de pacientes ingresados.

Indicador 2- Existencia de un nuevo registro informatizado: SI

Indicador 3- Prueba piloto realizada: SI

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo a junio de 2010: cumplimentación del registro general en todos los pacientes ingresados

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 535

REVISION Y ADECUACION DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA

- Octubre y noviembre: revisión y diseño del nuevo registro
- Diciembre: prueba piloto

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 3 Tablet PC	1.800 €
Total	1.800 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE URGENCIAS E INCIDENCIAS EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA GARCIA PARDOS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Servicio/Unidad .. ULE/PSICO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ISABEL CASASUS ESCUER-DUE-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-UME
CONCEPCIÓN GRACIA BERCERO-DUE SUPERVISORA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
BELÉN ARTERO GUILLÉN-DUE-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-ULE
MARIA JOSÉ SANCHO LANZAROTE-DUE-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-UME
CONCEPCION RUBIO SORIANO-DIRECTORA DE ENFERMERÍA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
OLMOS BELIO SEBASTIAN-DUE SUPERVISORA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-ULE
TERESA VIGO FEIXA-AUXILIAR DE ENFERMERIA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-PSICOGERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La atención continuada del CRP recae sobre el personal Diplomado en Enfermería del centro: una DUE en cada edificio (UME y ULE-PSICOGERIATRIA) para las tardes, fines de semana y festivos y una DUE de guardia para las noches que cubre todo el CRP. Ante una situación de urgencia u otro tipo de incidencia, las primeras medidas de soporte vital y de seguridad, siempre van a ser decisión de la DUE puesto que:

- La atención por parte del psiquiatra se realiza por el sistema de guardia localizada.
- Alejamiento del núcleo urbano de nuestro centro.

En este contexto detectamos los siguientes problemas:

1. Falta de unificación de criterios al intervenir ante distintas urgencias e incidencias que puedan surgir durante los turnos mencionados anteriormente.
2. Existen pautas de actuación no escritas que deberían formalizarse a través de un documento escrito.

Como solución para estos problemas pensamos en la elaboración de un documento de apoyo ante incidencias que se puedan ocasionar así como situaciones de urgencia, que evite la variabilidad y que sea ágil en situaciones que requieren una respuesta rápida y concreta

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Obj. Gral.:

-Elaboración de una Guía de procedimientos de Enfermería ante situaciones de urgencia e incidencias.

Objetivos específicos:

- Actualizar conocimientos y habilidades del equipo de enfermería en intervenciones en situaciones de urgencia e incidencias
- Unificar criterios de actuación
- Elaborar una herramienta escrita de apoyo, con estructura unificada.
- Identificar y priorizar situaciones de urgencia e incidencias más frecuentes.
- Elaborar formato unificado de procedimientos
- Asignar responsable para cada procedimiento
- Elaborar procedimientos seleccionados

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Identificación de las situaciones de urgencia e incidencias más frecuentes y priorización.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 408

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SITUACIONES DE URGENCIAS E INCIDENCIAS EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. Elaboración de un formato unificado para todos los procedimientos.
3. Asignación de un responsable para cada procedimiento.
4. Búsqueda bibliográfica y elaboración de cada procedimiento.

Las actividades se realizarán mediante reuniones de seguimiento programadas del equipo de mejora, en las que se acordará el trabajo de sus miembros

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivos e Indicadores:

Obj. Gral.:

Elaboración de una Guía de procedimientos de Enfermería ante situaciones de urgencia e incidencias SI/NO

Objetivos específicos:

- Actualizar conocimientos y habilidades del equipo de enfermería en intervenciones en situaciones de urgencia e incidencias .
- Unificar criterios de actuación
- Elaborar una herramienta escrita de apoyo, con estructura unificada. SI/NO
- Identificar y priorizar situaciones de urgencia e incidencias más frecuentes. Listado de procedimientos priorizados. SI/NO
- Elaborar formato unificado de procedimientos. SI/NO
- Asignar responsable para cada procedimiento. SI/NO
- Elaborar procedimientos seleccionados. Nº de procedimientos elaborados.

1. A través de las actas de las reuniones
2. En los documentos elaborados por el equipo de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: MARZO 2010 Fecha de finalización:2011

Calendario:

Marzo-abril 10:

- puesta en común de los diferentes procedimientos y elección de los mismos
- estructura del procedimiento

mayo-diciembre 10:

- elaboración de los procedimientos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL FUNGIBLE	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

296

REEVALUACION Y MEJORA DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)

2. RESPONSABLE SILVIA LOU MUR

- Profesión MEDICO
- Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Servicio/Unidad .. ULE
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DANIEL PEREZ TAUSIA-MEDICO-CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
CARLOS JUNCOSA-ENFERMERO-CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
CARMEN SALINERO-ENFERMERA- CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
INMACULADA ASCASO-TRABAJADORA SOCIAL-CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"
LAURA GUTIERREZ-MEDICO- CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT) ES UNA HERRAMIENTA DE TRABAJO QUE PRETENDE REALIZAR REVISIONES PERIODICAS Y GLOBALES DE LA SITUACION DEL PACIENTE PSIQUIATRICO CRÓNICO. EN EL SE TIENEN EN CUENTA TANTO LOS ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS COMO LOS ORGANICOS, SOCIALES, OCUPACIONALES, FAMILIARES... POR LO QUE SE REALIZA DE MANERA CONJUNTA POR TODO EL EQUIPO TERAPEUTICO. HASTA LA ACTUALIDAD SE HA VENIDO USANDO UN MODELO CREADO EN ESTE CENTRO HACE CUATRO AÑOS, EN EL QUE SE PLASMA LA SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE Y LAS INTERVENCIONES A REALIZAR EN EL FUTURO EN TRES AREAS: CLINICA, OCUPACIONAL Y SOCIOFAMILIAR, PERO SIN ESPECIFICAR NI CONCRETAR MAS. COMO MEJORA PLANTEAMOS LA NECESIDAD DE REVISAR EL FORMATO ACTUAL PARA CONSEGUIR QUE EN LA REALIZACION DEL PIT SE REFLEJE MAS FIELMENTE EN UNA MEJOR ATENCION AL PACIENTE INGRESADO. CONSIDERAMOS QUE HABRÍA QUE DEFINIR CON MAYOR PRECISIÓN LAS AREAS A VALORAR Y EN LAS QUE REALIZAR FUTURAS INTERVENCIONES, ASÍ COMO DETERMINAR RESPONSABILIDADES PARA CADA UNA DE LAS MISMAS Y MARCAR PERIODOS DE TIEMPO EN EL QUE DEBEN REALIZARSE DICHAS INTERVENCIONES. POR OTRO LADO CREEMOS QUE SERIA INTERESANTE PARA FACILITAR LA TRASMISIÓN DE INFORMACION ENTRE LOS PROFESIONALES, COMENCAR A COMPAGINAR EL ACTUAL FORMATO DEL PIT EN PAPEL CON OTRO EN SOPORTE INFORMÁTICO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1/MEJOR ATENCIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO CRÓNICO JUNTO CON UN CONOCIMIENTO GLOBAL DEL MISMO MÁS PROFUNDO POR PARTE DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO TERAPEUTICO
2/INTERVENCIONES TERAPEUTICAS MAS EFECTIVAS DE LAS QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE RESPONSABILICEN SEGÚN SU NIVEL DE COMPETENCIAS.
3/USO MAS EFICIENTE DE ESTA HERRAMIENTA DE TRABAJO QUE YA ESTÁ INCLUIDA EN EL CONTRATO DE GESTIÓN DE NUESTRO CENTRO.
4/MEJOR TRASMISIÓN DE LA INFORMACIÓN RESULTANTE DEL PIT Y QUE SEA MÁS ACCESIBLE A LOS PROFESIONALES, MEDIANTE EL USO DE SOPORTES INFORMÁTICOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PRETENDEMOS PRIMERO HACER UNA REVISIÓN CONJUNTA POR PARTE DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, DEL ACTUAL FORMATO DEL PIT PARA DETERMINAR CON MAYOR EXACTITUD LAS AREAS A MEJORAR E INCLUIR. POSTERIORMENTE REALIZAREMOS UNA REVISIÓN DE LOS DIFERENTES FORMATOS DE PIT UTILIZADOS EN OTRAS UNIDADES DE LARGA ESTANCIA DE ESPAÑA (ZARAGOZA, VITORIA, TERUEL...) PARA ESTUDIAR SU ADAPTACIÓN A LAS CARACTERISTICAS DE NUESTRO CENTRO O BIEN EN BASE A SU ESTRUCTURA DISEÑAR NUESTRO PROPIO FORMATO.
POR ÚLTIMO SERÍA ÚTIL PODER CONTAR CON UN ORDENADOR PORTATIL PARA LLEVAR A LAS REUNIONES DEL PIT Y RECOGER LOS DATOS ALLI MANEJADOS PARA POSTERIORMENTE EN ESE FORMATO INFORMÁTICO QUEDEN EN LOS ORDENADORES DE LOS DIFERENTES MIEMBROS DEL EQUIPO PARA SU RÁPIDA CONSULTA Y ASI NO PERDER INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE, FUTURAS INTERVENCIONES A REALIZAR, TIEMPOS Y RESPONSABLES DE LAS MISMAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. SE REALIZARÁ UNA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL NUEVO FORMATO DEL PIT TRAS SEIS MESES DE SU USO, PARA ELLO SE REVISARÁ Y SE RECOGERA SI SE HAN REALIZADO MAYOR CANTIDAD DE LA INTERVENCIONES PLANTEADAS EN EL PIT Y EN LOS TIEMPOS ADECUADOS Y SE COMPARARÁN LOS DATOS CON LOS OBTENIDOS CON EL USO DEL FORMATO ANTIGUO

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO EN MARZO DE 2010 CON LA REVISIÓN Y CREACION DE LA NUEVA ESTRUCTURA DEL PIT. EN ABRIL DE 2010 SE COMENZARÍA A USAR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

EVALUACION DEL RESULTADO DE LA APLICACION DE LA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN EL TRASTONRO MENTAL GRAVE EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA MARTINEZ LLORENTE

- Profesión PSICOLOGO/A
- Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LORENA CASTILLO GIMENEZ-PSIQUIATRA-UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. DETERMINAR EL GRADO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL TRAS EL ALTA Y A LOS 6 MESES DE LA MISMA DE LOS PACIENTES QUE HAN PERMANECIDO INGRESADOS EN LA UME DE HUESCA Y A LOS QUE SE LES HA REALIZADO PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN RECOMENDADOS EN LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (EDICIÓN 2009)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. VALORAR LA MEJORA ESTABLECIDA EN LOS PACIENTES TRAS LA INTERVENCIÓN REALIZADA SIGUIENDO LAS RECOMENDACIONES DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. REALIZAR UN ESTUDIO DESCRIPTIVO RESTROSPECTIVO (AL ALTA) Y PROSPECTIVO OBSERVACIONAL (A LOS 6 MESES DEL ALTA) DEL ESTADO GLOBAL DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA EN LA UME EN LOS AÑOS 2009 Y 2010

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. DETERMINAR Y COMPARAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS PACIENTES EN TRES MOMENTOS: INGRESO, ALTA Y SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES.

VARIABLES A VALORAR:

- ESTADO PSICOPATOLÓGICO DETERMINADO POR ESCALA HONOS Y VALORACION INDIVIDUAL
- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO VALORADO A TRAVÉS DE CUESTIONARIO Y ENTREVISTA CLINICA
- INSERCIÓN FAMILIAR, SOCIAL Y OCUPACIONAL/LABORAL VALORADO MEDIANTE COORDINACIÓN CON TERAPEUTA DE REFERENCIA (A LOS 6 MESES DEL ALTA)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO PREVISTO: MARZO DE 2010. ESTUDIO RETROSPECTIVO: RECOGIDA DE DATOS EN BASE DE DATOS EXCEL E INICIO DE ANALISIS ESTADISTICO CON SPSS VERSION 15.

JUNIO DE 2010: ESTUDIO PROSPECTIVO CONTACTANDO CON TERAPEUTAS ACTUALES DE REFERENCIA DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PRUEBAS DE EVALUACION	600 €
· MATERIAL BIBLIOGRAFICO	400 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

533

GRUPO DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN LA PSICOSIS, PSICOEDUCACIÓN EN LAS FASES TEMPRANAS DE LA ENFERMEDAD

2. RESPONSABLE BARBARA MOLES ARCOS

- Profesión MEDICO
- Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELVIRA VENTURA RUBIO-PSICÓLOGA-HOSPITAL DÍA PSIQUIATRÍA-HUESCA
ARTURO BIARGE RUIZ-ENFERMERO-HOSPITAL DÍA PSIQUIATRÍA
PATRICIA SÁNCHEZ PRIETO-ENFERMERA HOSPITAL DÍA PSIQUIATRÍA-HUESCA
AURORA PÉREZ FAUS-TERAPEUTA OCUPACIONAL-HOSPITAL DÍA PSIQUIATRÍA-HUESCA
INMACULADA ASCASO PÉREZ-TRABAJADORA SOCIAL-HOSPITAL DÍA PSIQUIATRÍA-HUESCA
MARIA ANTONIA CARNICER QUILEZ-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL DÍA PSIQUIATRÍA-HUESCA
PILAR AUSED LANAU-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL DÍA-PSIQUIATRÍA-HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital Día Psiquiatría de Huesca es un dispositivo integrado en la red de Salud Mental Aragón, desde el que se aborda de manera interdisciplinar el manejo de pacientes con Trastorno Mental Grave. Dentro de este grupo tan heterogéneo, destaca especialmente la atención y el tratamiento global del paciente joven en las primeras fases de desarrollo y manifestación clínica de la psicosis.

La intervención precoz puede contribuir a evitar el deterioro biológico, social y psicológico que, por lo general, puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico (Birchwood y Macmillan, 1993).

Así como la mejoría en la evolución y el pronóstico de la enfermedad, si se interviene de manera precoz con programas específicos, enfocados a trabajar la adherencia al tratamiento y la falta de conciencia de enfermedad.

Los beneficios potenciales de la intervención temprana incluyen:

- Disminución de la morbilidad.
- Recuperación más rápida.
- Mejor pronóstico.
- Conservación de las habilidades sociales.
- Conservación del apoyo social y familiar.
- Menor necesidad de hospitalización.

El curso precoz de la esquizofrenia y las psicosis afectivas es turbulento y proclive a las recaídas, con un 80% de pacientes que recaen dentro de un lapso de los primeros 5 años. La mayoría de los pacientes debe continuar el tratamiento psicofarmacológico durante al menos 12 meses después de la recuperación del primer episodio psicótico.

La prevención de las recaídas no es el único aspecto a tomar en consideración en el tratamiento. La adaptación a la enfermedad constituye un reto y una tarea abrumadora para estos jóvenes que, por lo general, necesitan tiempo y una ayuda especial para llegar a aceptar la necesidad del tratamiento de mantenimiento.

Nuestro proyecto propone, un plan de actuación, encaminado a mantener un vínculo asistencial de apoyo a este tipo de pacientes, una vez establecida el alta médica del HD; a través de una intervención grupal, que facilite trabajar la falta de conciencia de enfermedad de estos pacientes y el frecuente abandono del tratamiento tras la remisión parcial de los síntomas. Así como crear un medio terapéutico grupal, de apoyo y psicoeducación que favorezca la detección precoz de síntomas de recaída, con el fin de poder actuar o saber que hacer ante la reaparición de los síntomas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Favorecer el proceso de adaptación y afrontamiento de la enfermedad en estos pacientes.
-Trabajar la falta de conciencia de enfermedad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 533

GRUPO DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN LA PSICOSIS, PSICOEDUCACIÓN EN LAS FASES TEMPRANAS DE LA ENFERMEDAD

-Reforzar la importancia del tratamiento de mantenimiento, para evitar las recaídas y frenar los ingresos en las unidades de hospitalización de agudos. Lo que supone un recorte de gasto en la atención de estos pacientes.
-Frenar el deterioro biológico, cognitivo y social que se produce en estas enfermedades, con los episodios de recaída.
-Contribuir a la rehabilitación y normalización del paciente (a través del conocimiento de las limitaciones y pródromos de recaída de la enfermedad), desviando la evolución hacia la rehabilitación y la reintegración social y laboral

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizarán sesiones quincenales de una hora de duración. Durante la media hora inicial, un profesional del equipo, que podrá ser el Psiquiatra, Psicólogo o Enfermero, hará una exposición proyectada, de un tema de psicoeducación concreto. Y la media hora posterior se dedicará a la terapia grupal. En otras ocasiones, se alternará la proyección psicoeducativa, con talleres (EJ: "Escuchando las voces") de reconocimiento de síntomas y la posterior sesión grupal

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. =Nº de pacientes que reciben la atención grupal por año/ nº de ingresos en UCE en ese año. Registro de reincorporación de pacientes a su vida normalizada, proyectos de tipo laboral y/o social que disminuyen el aislamiento y la estigmatización. Registro de reconocimiento de reagudización sintomatológica (pródromos de recaída), con derivación asistencial al psiquiatra de referencia, con la idea de intervenir de manera precoz y evitar la hospitalización y el deterioro funcional del paciente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Actividad grupal 1 vez cada 15 días. Sesiones de una hora de duración. Destinando media hora a la psicoeducación impartida por un profesional (Médico/Psicólogo/Enfermería), y media hora de participación grupal. Terapia grupal en pacientes con esquizofrenia

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Proyector	700 €
· material oficina	100 €
· material de imprenta para folletos	200 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

MEJORA DEL NIVEL DE ORGANIZACION Y DOCUMENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA-2ARIA PARTE

2. RESPONSABLE PRISCILA MONCLUS LLANAS
- Profesión MEDICO
 - Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Servicio/Unidad .. CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- SILVIA LOU MUR-PSIQUIATRA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
LAURA GUTIERREZ TALLÓN-MEDICO FAMILIA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
ANA ISABEL ROMERO RUIZ-ENFERMERA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
INMACULADA ASCASO PEREZ-TRABAJADORA SOCIAL-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
MARIA TERESA VIGO FEIXA-AUXILIAR DE ENFERMERIA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA
GUADALUPE VAZQUEZ GARCIA-AUXILIAR ADMINISTRATIVO-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SEGUN LA RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD CON FECHA 25/01/10 EN SUS APARTADOS:
- 1º "RESPALDAR A LOS EQUIPOS DE MEJORA QUE YA ESTAN INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE APOYO POR HABER SIDO SELECCIONADOS EN ALGUNA CONVOCATORIA ANTERIOR"
 - 2º "SELECCIONAR OPORTUNIDADES DE MEJORA"
 - 3º "SEGUIR EL CICLO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD BASADA EN LA MODALIDAD PDCA DE DEMING"
- SE CREE CONVENIENTE PARA EL EJERCICIO 2010 CONTINUAR CON EL TRABAJO PRESENTADO EN CONVOCATORIA ANTERIOR "MEJORA DEL NIVEL DE ORGANIZACION Y DOCUMENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA" CON EL OBJETIVO GENERAL DE CONTINUAR EN EL PROCESO DE REORGANIZAR Y ACTUALIZAR EL CONTENIDO DE LAS HISTORIAS CLINICAS PARA OBTENER LA MAXIMA EFECTIVIDAD EN LA PRACTICA ASISTENCIAL Y, ADEMÁS, UNOS OBJETIVOS ESPECIFICIOS EN FUNCION DE LAS DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN SUS DISTINTOS APARTADOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EN EL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA DURANTE LOS AÑOS 2008-2009 SE PRESENTO EL SIGUIENTE PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD "MEJORA DEL NIVEL DE ORGANIZACION Y DOCUMENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA", CON LA CREENCIA DE QUE LOS REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS PROPORCIONABAN
- UNA MEJORA DE LA VISION INTEGRAL DE LA ASISTENCIA MULTIDISCIPLINARIA QUE PRECISA EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)
 - UNA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y DE LARGA DURACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE CON TMG
 - UNA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE CON TMG
 - UNA MEJORA DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS AL SERVICIO DEL PACIENTE CON TMG
- COINCIDIENDO CON LA APERTURA DE UNA NUEVA UNIDAD ASISTENCIAL (UME) Y LA RECONVERSION DE OTRAS DOS (ULE Y PG); SE ADOPTO UN TIPO DE HISTORIA CLINICA QUE FUERA ACTIVA , PRÁCTICA, QUE PUDIERA RECOGER LA INFORMACIÓN VERTIDA POR LOS DISTINTOS PROFESIONALES EN UN MOMENTO PUNTUAL Y CON UNA VISION INTEGRAL DE TODOS ELLOS.
- EL DISEÑO CONTENIA LOS SIGUIENTES APARTADOS
1. INFORMACION GENERAL Y SOCIAL (I Y II)
 2. ANTECEDENTES MEDICO-PSIQUIATRICOS AUTONOMIA (I Y II)
 3. HISTORIA MEDICA Y PSIQUIATRICA
 4. HISTORIA ENFERMERIA
 5. HISTORIA SOCIAL
 6. TERAPIA OCUPACIONAL
 7. PAUTAS DE CONDUCTA
 8. EVOLUCION PSIQUIATRICA
 9. EVOLUCION MEDICA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

118

MEJORA DEL NIVEL DE ORGANIZACION Y DOCUMENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA-2ARIA PARTE

- 10. EVOLUCION DE ENFERMERIA
- 11. TRATAMIENTOS
- 12. INFORMES
- 13. ANALITICAS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

LOS RESULTADOS QUE SE OBTUVIERON EN EL 2008 REVELARON QUE LOS APARTADOS 6,7 Y 10 NO RECOGIAN INFORMACION. EN EL 2009 SE SUBSANÓ EL APARTADO 10 PERO SE DETECTARON DEFICIENCIAS RESPECTO A LA ACTUALIZACIÓN DEL APARTADO 1 (INFORMACION GENERAL Y SOCIAL I Y II) EN LO REFERENTE A DATOS DE ADMISION DE TIPO SOCIO Y FAMILIA (35 LA INFORMACION ES DEFECTUOSA O NULA) ; TIPO DE INGRESO Y SU SITUACION ACTUAL (78% NO EXISTEN DATOS); Y SITUACION ECONOMICA (31,33% LOS DATOS CON INCOMPLETOS) TODOS ESTOS RESULTADOS ESTABAN MOTIVADOS POR VARIAS RAZONES DENTRO DEL CONTEXTO DEL CAMBIO ARQUITECTONICO Y ASITENCIAL

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. PARA EL EJERCICIO DEL 2010 ESPERAMOS CONSEGUIR:

- MEJORAR EL APARTADO 1 (INFORMACION GENERAL Y SOCIAL I Y II) DE FORMA QUE SU CONTENIDO SEA VERAZ Y ACTUALIZADO DE FORMA PERMANENTE
- IMPLEMENTAR LOS APARTADOS 6 (TERAPIA OCUPACIONAL) Y 7 (PAUTAS DE CONDUCTA)
- INTRODUCIR OTROS PROTOCOLOS COMO CONSENTIMIENTO INFORMADO, INFORME DE ALTA...ETC

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. TENIENDO EN CUENTA :

- LA RESPONSABILIDAD DE RECOGER LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y DE TIPO DE INGRESO DE LOS PACIENTES QUE SON DERIVADOS DE LA COMISION DE INGRESOS Y SEGUIMIENTO PSIQUIATRICO DEL SECTOR
 - DE LA CUMPLIMENTACION DE LA APLICACION DRSM (DISPOSITIVOS DE REHABILITACION EN SALUD MENTAL) CON DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS, OCUPACIONALES, ETC TANTO AL INGRESO, ALTA Y CURSO EVOLUTIVO Y LA DERIVACIÓN TRIMESTRAL A LA DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION Y ASEGURAMIENTO (DGPA)
 - DE LA EVALUACION ANUAL DE INDICADORES ASISTENCIALES Y DE VALORACION DE PACIENTES (HONOS, CRONICIDAD, PIT ETC,) EN EL CONTRATO DE GESTION CLINICA QUE SE FIRMA CON LA DIRECCION GERENCIA DE SALUD
 - DE LA CONCORDANCIA Y EXACTITUD DE TODO ESTE TIPO DE DATOS EN LOS DOS ENTES GESTORES EVALUADORES (DGPA Y SALUD)
 - DE LA RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION DE CENTRO DE SU VERACIDAD, CUSTODIA, PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE TODOS LOS DATOS SEGUN LA LOPD
- SE HACE NECESARIO QUE EL APARTADO I (INFORMACION GENERAL Y SOCIAL I Y II) LA DIRECCION DEL CENTRO CON EL SERVICIO DE ADMISION Y EL RESTO DE PROFESIONALES DEL EQUIPO TRABAJEN CONJUNTAMENTE EN LA MEJORA CONTINUA DE LA DOCUMENTACION EN LA HISTORIA CLINICA
- AL MISMO TIEMPO SE COMPLETARA LA INFORMACION SOCIAL, OCUPACIONAL Y PAUTAS DE CONDUCTA SEGUN LA RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN DICHS PROTOCOLOS
- TODAS ESTAS INICIATIVAS A LA MEJORA DE CALIDAD QUE SE PROPONEN DESDE EL CRP NO SON CONTRADICTORIAS A LA NECESIDAD DE LA CREACION DE UNA COMISION DE HISTORIAS CLINICAS EN EL CENTRO QUE ACTUE COMO ORGANO ASESOR, DE CONSULTA E INFORMACION A LA DIRECCION SEGUN SE RECOGE EN LA LEY 6/2002 DEL 15/04/02 SALUD ARAGON CAPITULO 4 DE HISTORIAS CLINICAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - CUMPLIMENTAR EL APARTADO I (INFORMACION GENERAL Y SOCIAL I Y II) DE TODOS LOS PACIENTES DURANTE EL AÑO 2010

- INCORPORAR REGISTROS DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES
- INCORPORAR EL MODELO DE HERRAMIENTA DE TRABAJO PIT EN LA ULE-PG
- ELABORAR PROTOCOLOS E INCORPORARLOS EN HISTORIA CLINICA (CONSENTIMIENTO INFORMADO...ETC.)
- CUMPLIMENTAR INFORMES DE ALTA MEDICA EN HISTORIA CLINICA
- HACER SEGUIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE ENFERMERIA NECESARIOS EN HISTORIA CLINICA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA DE INICIO : FEBRERO 2010

CRONOGRAMA : 3 REUNIONES EVALUADORAS DE LA MEJORA CON EL SIGUIENTE CONTENIDO: EN JUNIO CON EL OBJETIVO DE QUE EL 50% DE LO PROPUESTO SE HAYA CUMPLIDO. OCTUBRE PARA DETECTAR ERRORES Y MODIFICACIONES AL DESARROLLO Y FINAL DEL AÑO PARA EVALUAR RESULTADOS.

FECHA DE FINALIZACION: DICIEMBRE 2010

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 118

MEJORA DEL NIVEL DE ORGANIZACION Y DOCUMENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA-2ARIA PARTE

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· MATERIAL DIDACTICO Y FORMACION		200 €
· CARPETAS Y MATERIAL DE HISTORIAS CLINICAS		100 €
Total		300 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 426

MEJORA EN LA GESTION DEL MEDICAMENTO, ROTACION DE STOCK Y CONTROL DE CADUCIDAD

2. RESPONSABLE VICTOR MANUEL MORLAN AVELLANAS
· Profesión MEDICO
· Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Servicio/Unidad .. BOTIQUIN DE LA U.L.E. Y PSICOGERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONCEPCIÓN RUBIO SORIANO - DIRECTORA DE ENFERMERÍA - C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
MARIA OLMO BELIO SEBASTIÁN - SUPERVISORA DE ENFERMERÍA - C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
MARTA ELBOJ SASO - SUPERVISORA DE ENFERMERÍA - C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
ANA ROMERO RUIZ - ENFERMERA - C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
CARLOS JUNCOSA AIN - ENFERMERO - C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
CARMEN SALINERO SANTOLARIA - ENFERMERA - C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cambio del mobiliario de selección de medicamentos por otro apropiado para favorecer la rotación y controlar la caducidad al ser cajetines con dos compartimentos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Indicadores correspondientes al año 2009
% Rotación de Especialidades Farmacéuticas 93,71%
% Medicamentos Caducados 0,078%
Nº Fármacos Desubicados 0

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuar el numero de cajetines al numero de especialidades farmacéuticas utilizadas.
Reducir la caducidad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Concienciar a los usuarios de seguir un circuito definido al reponer los medicamentos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los mismos que para el año 2009

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Del 01-04-2010 al 31-12-2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· 8 Modulos de 24 cajetines 3.390 €
Total 3.390 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 537

EVALUACION DE LA SATISFACCION DE PACIENTES Y FAMILIARES DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA

2. RESPONSABLE SEBASTIAN OLMOS BELIO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION ENFERMERIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONCEPCION RUBIO SORIANO-DIRECTORA DE ENFERMERIA-CRP
CONCEPCION GRACIA BERCERO-SUPERVISORA-CRP
URBITA CEBOLLERO GRASA-ADMINISTRADORA GENERAL-CRP
ANA GARCIA PARDOS-ENFERMERA-CRP
SILVIA LOU MUR-MEDICO-CRP
SUSANA MALON MARCO-AUX. ENFERMERIA-CRP
PRISCILA MONCLUS LLANAS-DIRECTORA DE HOSPITAL-CRP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La satisfacción del cliente es un resultado imprescindible a tener en cuenta para la mejora continua. En el SALUD, esta dimensión está monitorizada en la mayoría de los centros y niveles asistenciales, pero no es así en el CRP "Santo Cristo de los Milagros de Huesca"

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer el nivel de satisfacción de pacientes y familiares del CRP

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Recogida y análisis de la información obtenida en otras iniciativas anteriores (se realizó una encuesta hace unos años)
- Captación y valoración de encuestas realizadas en otros centros de características similares
- Diseño de una encuesta adaptada a nuestras unidades
- Definición de población diana
- Planificación y realización de la evaluación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1- Diseño de encuesta de satisfacción realizado: SI
Indicador 2: Pacientes que han recibido encuesta de satisfacción:
Nº de Pacientes con criterios de inclusión que han recibido encuesta de satisfacción % / Nº de Pacientes con criterios de inclusión

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo a mayo: recogida y análisis de otras encuestas
- Junio y octubre: diseño de encuesta
- Noviembre: planificación y envío de encuestas
- Diciembre: Recogida y tabulación de las encuestas recibidas

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos de imprenta	100 €
Total	100 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

094

RED MULTICENTRICA DE REHABILITACION Y ARTE

2. RESPONSABLE DANIEL PEREZ TAUSIA

- Profesión MEDICO
- Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
- Servicio/Unidad .. ULE/PSICOGERIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

INMACULADA ASCASO PÉREZ-TRABAJADORA SOCIAL-CRP HUESCA
MARTA ELBOJ SASO-DUE-CRP HUESCA
ALMUDENA MARTINEZ SOTO-TERAPEUTA OCUPACIONAL-CRP HUESCA
SILVIA LOU MUR-PSIQUIATRA-CRP HUESCA
CARMEN SALINERO SANTOLARIA-DUE-CRP HUESCA
ANA ROMERO RUIZ-DUE-CRP HUESCA
LAURA GUTIERREZ TALLÓN- MÉDICO-CRP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dónde no alcanza la palabra, el arte (bien en imagen, pintura o sonido) puede nombrar lo innombrable, describir lo indescriptible, proporcionar alivio y ofrecer una mirada a las profundidades de lo humano.

En el año 2006, el CDAN (Centro de Arte y Naturaleza de Huesca) mostró un interés especial por acercar la cultura y el arte contemporáneo a la sociedad, incluyendo en este interés a grupos con necesidades especiales. De este interés se han beneficiado nuestros pacientes acudiendo de forma guiada a todas las exposiciones programadas por el CDAN con un alto grado de satisfacción, así como a la participación en 2 talleres (uno por año) correspondiendo al del presente curso el taller que lleva por título Arte y Hospital: dirigido a acercar el arte a aquellos cuyas limitaciones físicas o psíquicas se traducen en la imposibilidad de abandonar el Centro.

Entendemos por tanto que se nos plantea la posibilidad, dada la excepcional predisposición por parte del CDAN y la agradable acogida por parte de los pacientes, de crear una RED CULTURAL MULTICÉNTRICA (CDAN, Centre d'art La Panera de Lleida, Museo d'art Modern i contemporani de Palma, Es Baluard) así como MULTIDISCIPLINAR (fotografía, pintura, escultura,..) que nuestros pacientes puedan aprovechar como herramienta terapéutica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Un pilar básico en todo proceso rehabilitador centra su objetivo en la máxima normalización posible a nivel psicosocial. Hasta la fecha se han establecido numerosos contactos con el CDAN que se han traducido en visitas guiadas y dos talleres presenciales y donde nuestro papel ha sido únicamente el de beneficiario

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Uso del arte como herramienta a añadir como opción terapéutica.

-Movilización de pacientes largo tiempo institucionalizados.

-Establecimiento de una RED MULTICÉNTRICA con aquellos dispositivos con los que actualmente ya colabora el CDAN y de los que pueden beneficiarse nuestros pacientes (Red de intercambio entre programas de educación especial de centros de arte contemporáneo de la Euroregión Pirineos-Mediterráneo)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Talleres presenciales: dirigidos por un artista seleccionada por el CDAN y supervisados por psiquiatra/DUE/Terapeuta ocupacional del CRP como conductor de los emergentes psicopatológicos que se estén movilizando durante la actividad.

-Salidas a los Centros integrados en la Red

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Grado de Cumplimento: número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

-Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios)al inicio y al término de cada taller valorando expectativas, satisfacción y detalles a mejorar

-Escala Subjetiva Individualizada (por parte del personal y del artista) de aquellos aspectos psicopatológicos que han podido ir surgiendo: participación/exclusión, altruismo/egoísmo, Paranoia/melancolía, etc

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

513

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE HUESCA

2. RESPONSABLE CONCEPCION RUBIO SORIANO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Servicio/Unidad .. DIRECCION
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLMOS BELÍO SEBASTIÁN-ENFERMERA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
PILAR BLASCO GRAU-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD PIRINEOS-UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL
CARMEN CINCA MONTERDE-ENFERMERA-CENTRO DE SALUD DE JACA-UNIDAD DE SALUD MENTAL
MARTA ELBOJ SASO-ENFERMERA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
ALICIA GARCÍA LACASTA-ENFERMERA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-UASA
CONCEPCIÓN GRACIA BERCERO-ENFERMERA-CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS-UNIDAD DE MEDIA ESTANCA
M^a CARMEN MARCÉN SERAL-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-UCE
M^a JESÚS RIVARÉS MORCATE-ENFERMERA-HOSPITAL SAN JORGE-UCE
PATRICIA SÁNCHEZ PRIETO-ENFERMERA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Siguiendo el ciclo de mejora de la calidad (círculo Deming - PDCA), en febrero de 2006, se presentó al Gerente de Sector, el informe del Grupo de Mejora de Enfermería en Salud Mental del Sector de Huesca. El grupo está formado por enfermeros de los distintos niveles asistenciales de Salud Mental del sector de Huesca.

En una primera etapa, utilizamos la Técnica de Grupo Nominal para dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué necesidades / dificultades encuentra en relación a la prestación de cuidados enfermeros en su ámbito de trabajo? Los resultados se representaron y analizaron a través de un diagrama de Ishikawa agrupados en tres categorías: estructura, profesionales y organización. A continuación realizamos una priorización de las necesidades detectadas utilizando una parrilla de priorización, adaptación del método Hanlon. En la segunda etapa estudiamos posibles soluciones de cada necesidad / dificultad, siguiendo también la Técnica de Grupo Nominal. Posteriormente se han ido implantando las diferentes soluciones/acciones de mejora para las distintas necesidades priorizadas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En los últimos tres años se han ido implementando por orden de priorización las distintas soluciones para cada dificultad:

- Se ha mejorado la coordinación y agilidad de los informes de continuidad de cuidados enfermeros (ICCE) desde los distintos niveles asistenciales enviándolos a través de FAX y/o correo electrónico.
- Se ha unificado el ICCE para todos los recursos de Salud Mental del Sector, adaptando el nuevo ICCE del Hospital San Jorge, para salud mental.
- Envío de ICCE a las enfermeras de las USM y de Atención Primaria en el 100% de los pacientes dados de alta en la UCE.
- Aportar información útil y relevante en los ICCE, criterio que se ha tenido en cuenta en su diseño.
- Elaboración de todos los Planes de Cuidados según la metodología enfermera, utilizando la taxonomía Nanda, NOC, NIC; en la UCE y de 2 Planes de Cuidados estandarizados en la UME y ULE.
- Realización de sesiones de Planes de Cuidados con esta metodología con casos prácticos, en las reuniones del equipo de mejora (8 reuniones en 2008), para incorporar su utilización en el resto de los recursos.
- Realización de sesiones de Planes de Cuidados con esta metodología con casos prácticos, en las reuniones del equipo de mejora (8 reuniones en 2008), para incorporar su utilización en el resto de los recursos.
- Visitas del equipo de mejora (2/3 miembros) a 10 Centros de Salud del Sector de Huesca para reunirnos con profesionales de los 14 Centros de Salud que hay en el Sector. Estas visitas nos han permitido:
 - o Informar a los Equipos de Atención Primaria de los recursos de Salud Mental y sus características, criterios de ingreso, vías de acceso y los diferentes

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 513

MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE HUESCA

circuitos que puede por los que puede pasar un paciente en Salud Mental.

o Transmitir la importancia del seguimiento del paciente psiquiátrico, y de la visita domiciliaria.

o Establecer un acercamiento entre los equipos de Salud Mental y Atención Primaria, y transmitir apoyo y colaboración.

- En pacientes de riesgo ingresados, contactar con la enfermera de Salud Mental / Atención Primaria antes del alta.

- Visita al Hospital Psiquiátrico y de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava como actividad de Benchmarking para la coordinación entre niveles asistenciales, entre los diferentes profesionales y aplicación de metodología enfermera en Salud Mental

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se seguirá trabajando en la implantación y seguimiento de las distintas soluciones / acciones de mejora estudiadas. En 2010:

- Seguimiento específico de los pacientes de riesgo y del cuidador

- Seguimiento de los ICCE enviados a AP

- Elaboración de planes de cuidados individuales que sean efectivos, concretos y con la implicación del paciente

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Envios nominales de los ICCE a la enfermera de AP

- Realización de talleres de planes de cuidados individuales, buscando su efectividad y la implicación del paciente.

- Reuniones mensuales del equipo de mejora. Cada miembro del equipo (están representados todos los niveles asistenciales de Salud Mental) se responsabiliza de transmitir los resultados de las reuniones a su centro de trabajo y de trasladar las aportaciones de sus compañeros, así como desarrollar las tareas planificadas en cada reunión, relacionadas con el nivel asistencial en que trabaja

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: N° de altas con ICCE nominal a la enfermera de AP % / N° de altas

Lo obtendremos a través de la historia clínica y contactando con las enfermeras de AP

Indicador 2: N° de Talleres de planes de cuidados realizados

Indicador 3: N° de reuniones del equipo de mejora

Los dos últimos indicadores los obtendremos a través de las actas de las reuniones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las actividades se realizarán a lo largo de todo el año, mediante las reuniones con una periodicidad mensual eceptuando los meses de verano

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Bibliografía para elaboración de planes de cuidados de salud mental	1.600 €
Total	1.600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 072

1. TÍTULO

PSICOEDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUATRICOS CRONICOS DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

2. RESPONSABLE PATRICIA SANCHEZ PRIETO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BÁRBARA MOLES ARCOS-PSIQUIATRA-HDPSQ
 - ELVIRA VENTURA RUBIO-PSICÓLOGA-HDPSQ
 - ARTURO BIARGE RUIZ-ENFERMERO-HDPSQ
 - INMACULADA ASCASO PÉREZ-TRABAJADORA SOCIAL-HDPSQ
 - ELENA SÁNCHEZ MOYA-TERAPEUTA OCUPACIONAL-HDPSQ
 - PILAR AUDED LANAU-AUX DE ENFERMERIA-HDPSQ
 - MARIA ANTONIA CARNICER QUILEZ-AUX DE ENFERMERIA-HDPSQ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Día de Psiquiatria de Huesca es un dispositivo intermedio donde acuden pacientes remitidos de la UCE del Hospital General San Jorge como tambien pacientes derivados por sus Psiquiatras de referencia de las Unidades de Salud Mental respectivamente.

Por el tipo de estructura, forma de funcionamiento y servicio que ofrece a la comunidad, es importante la participación activa de los familiares de los pacientes ingresados, hacerles partícipes de la rehabilitación y reinsercción a la vida laboral o en su caso a la vida en sociedad.

Al tener la primera entrevista con dichas familias, valoramos las necesidades por su parte de información, estrategias de actuación, ante síntomas, habilidades de manejo ante la pérdida de hábitos higiénicos.

La necesidad de apoyo ayuda para soportar el estrés que supone llevar a su cargo un paciente crónico.

Como también nuestra necesidad de ofrecer

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Satisfacción por parte de las familias con respecto a la información impartida concerniente a Diagnósticos, habilidades de manejo tanto de síntomas como de medicación, uso de técnicas ante la pérdida de hábitos higiénicos.

Mejorar la relación terapéutica con las familias intercambiando información, ofreciendo un ambiente de confianza, apoyo y seguridad.

Lograr el enriquecimiento familiar animando a dedicarse tiempo así mismos atendiendo a sus necesidades consiguiendo una mejor disposición para atender a sus familiares

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mediante sesiones psicoeducativas a las familias en colaboración y asesoría de un equipo multidisciplinar del Hospital de Día de Psiquiatria de Huesca (Psiquiatra, Psicóloga, Personal de Enfermería, Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional), atendiendo a las demandas y necesidades de las familias, utilizando los recursos comunitarios como colaboradores en la rehabilitacion haciendo partícipes en todo momento a las familias.

Asesorando respecto a lo que es la enfermedad mental, medicación, explicando sobre su actuación y manejo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 072

PSICOEDUCACION A FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUATRICOS CRONICOS DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DE HUESCA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1 :

Número de enfermos que cumplen con los objetivos
marcados por sus familias en el domicilio
_____ x 100
Número de pacientes incluidos en el proyecto

Indicador 2 :

Número de familias que acuden con asiduidad a las
sesiones de psicoeducación
_____ x 100
Total familias incluidas en el proyecto

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las sesiones tendrían una duración de 1 hora aproximadamente de 11 a 12 horas con una periodicidad semanal.
El proyecto tendría una duración de 8 meses hasta final del 2010 (Abril - Diciembre)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático (proyectores)	600 €
· Material didáctico	200 €
· Material bibliográfico	100 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 453

ADQUISICION DE HABILIDADES PARA LA COMPRA Y ELABORACION DE UN MENU DE COMIDA

2. RESPONSABLE MARGARITA SANCHO PLANA
· Profesión ENFERMERIA
· Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIZ
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UME (HUESCA)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La situación de partida está en el Taller de Cocina que se viene realizando en la UME con periodicidad semanal, cuyo objetivo es que el paciente adquiera las destrezas y habilidades necesarias para la planificación y elaboración de menús sencillos que favorezcan su autonomía al alta.
El Taller de Cocina está planteado en dos niveles, Taller de Cocina I (iniciación, se plantea la elaboración de un plato de menú) y Taller de Cocina II (avanzado se elaboran los dos platos del menú)
Para la realización de este Taller los ingredientes y las raciones son calculados y proporcionados por la cocina del centro.
Desde la perspectiva de que la rehabilitación es proporcional a la autonomía en el manejo de las actividades cotidianas y del autocuidado, proponemos dar un paso más en el Taller de Cocina II, en el que, además de elaborar el menú, el paciente realice la compra de los ingredientes necesarios

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende que cada paciente que realice el Taller de Cocina II, además de ser capaz de elaborar un menú, elabore la lista de la compra, aprenda a distinguir los alimentos de temporada, caducidades, alimentos frescos o no, sepa calcular cantidades y proporciones, pagar y comprobar los cambios etc..., es decir, el proceso completo en la elaboración de una comida de poca dificultad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.
Proporcionar al paciente una formación teórica elemental (calculado de cantidades por ración, distinguir alimentos: pescado blanco-azul, carnes rojas-blancas, verduras, legumbres, alimentos con fibra etc... y su aplicación practica in situ al hacer la compra.
Se propone la misma dinámica utilizada hasta ahora en la que todos realizan las distintas tareas, pues se distribuyen en grupo mediante un listado rotatorio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Proponemos una valoración progresiva e individual, evaluable mensualmente mediante las hojas de registro de la actividad y a la finalización del Taller.

La evaluación se realizará mediante los siguientes indicadores:

1. N° de pacientes asignados al Taller de Cocina II que han realizado la compra %/ N° de pacientes asignados al Taller de Cocina II
2. N° de pacientes asignados al Taller de Cocina II que realizan correctamente las actividades planificadas para la compra % / N° de pacientes asignados al Taller de Cocina II

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
El Taller de Cocina I y II se programa trimestralmente exceptuando los meses de verano (Julio-Agosto-Septiembre).
Taller de cocina I y II -Otoño-; Taller de Cocina I y II -Invierno- ; Taller de Cocina I y II -Primavera

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
..... 700 €
Total 700 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

453

ADQUISICION DE HABILIDADES PARA LA COMPRA Y ELABORACION DE UN MENU DE COMIDA

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 459

1. TÍTULO

PROYECTO MULTICENTRO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD (CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA)

2. RESPONSABLE SONIA SANZ MALVENDA
- Profesión MEDICO
 - Centro CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 - Servicio/Unidad .. UME
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALMUDENA MARTÍNEZ SOTO-TERAPEUTA OCUPACIONAL-C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS- UNIDAD DE LARGA ESTANCIA Y PSICOGERIATRÍA DE HUESCA
AURORA PÉREZ FAUS- TERAPEUTA OCUPACIONAL -H. DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DEL Sº CORAZÓN DE JESÚS- HUESCA
ELENA SÁNCHEZ MOYA- TERAPEUTA OCUPACIONAL- H. DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DEL Sº CORAZÓN DE JESÚS- HUESCA
ANA CARMEN CANTERO LATORRE-TERAPEUTA OCUPACIONAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A lo largo de la experiencia profesional que se va teniendo desde la terapia ocupacional en el área de la salud mental, y más específicamente dentro de los servicios y unidades del SALUD, se ha venido observando la necesidad de unificar criterios de valoración, derivación, instrumentos,...

Ello dio lugar a la creación, durante el año 2009, de un modelo de valoración e historia de terapia ocupacional. Actualmente se ve necesaria continuar con la implantación de este modelo en la práctica, para confirmar su validez en nuestro trabajo diario, así como la necesidad de crear u obtener nuevos instrumentos que refuercen el trabajo de la terapia ocupacional en el área de la salud mental (como informes de derivación, alta, adaptación de escalas de valoración)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. A lo largo del año 2009 se han venido convocando diferentes reuniones en los sectores implicados en el presente proyecto:
- En Teruel el 23 de marzo de 2009
 - En Zaragoza el 6 de julio de 2009
 - En Huesca el 15 de enero de 2010
- Además se ha trabajado de manera individual y por grupos en el intervalo entre reuniones, con comunicación vía mail y telefónica entre los distintos grupos. Gracias a ello se logró confeccionar un modelo de valoración y de historia de terapia ocupacional que se ha empezado a poner en práctica en 2009.
- Resultados de los Indicadores:
- Número de reuniones 3
 - Creación de documento unificado de la Historia Ocupacional del paciente para incluirla en la Historia Clínica en las diferentes unidades de Salud Mental
 - Implantación del citado documento en las unidades de Salud Mental. Nº de servicios que han incorporado el documento a su práctica clínica: Todos.
 - Utilización del documento en las unidades de Salud Mental. Porcentaje de usuarios valorados con este documento en la UME, ULE y PSICOGERIATRÍA: El 100% de los nuevos ingresos del 2009
- En el sector de Huesca en el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros", este proyecto y los resultados obtenidos se indicaron en la memoria del proyecto

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Seguir aplicando el documento en las valoraciones de nuestra práctica diaria. Realizar las oportunas modificaciones en este instrumento de valoración según se vayan conociendo sus limitaciones, deficiencias y dificultades del instrumento. Confeccionar un nuevo dossier con todos los instrumentos nuevos que se creen. Adaptar algunas de las escalas seleccionadas a la población aragonesa/ revisar y adaptar el listado de la frecuencia de intereses de cara a la derivación de pacientes a recursos comunitarios externos. Realizar una búsqueda activa de instrumentos de evaluación de terapia ocupacional que cubra las diferentes áreas de intervención para poder realizar un previo coincidiendo con la entrada del paciente/ usuario en el recurso y un post tratamiento coincidiendo con la salida del paciente/ usuario del recurso que nos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 459

PROYECTO MULTICENTRO: MEJORA EN LA DOCUMENTACION CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO EN EL SALUD (CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS DE HUESCA)

permita ver cual a sido su evolución.
Crear y unificar nuevos documentos de derivación, alta

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para lograr los resultados planteados, se ha previsto continuar con las reuniones cuatrimestrales de terapia ocupacional, convocándose según el calendario propuesto a continuación.
Las fechas previstas de forma orientativa son:

Marzo 2010: reunión en Zaragoza
Junio 2010: reunión en Teruel
Octubre 2010: reunión en Huesca

Además del correspondiente trabajo de búsqueda de de documentación y seguimiento del instrumento de valoración que cada profesional deberá llevar a cabo en su unidad y que se abordará de forma conjunta en las diferentes reuniones que se han planteado.
De la misma forma que se creará un calendario de trabajo con las tareas a realizar en las reuniones previstas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Ir valorando con el instrumento de valoración en terapia ocupacional a los pacientes ingresados que no han sido valorados (sólo se habían valorado nuevos ingresos) en las diferentes unidades de salud mental de nuestro centro. Además de incluir dichas historias de terapia ocupacional en las correspondientes historias clínicas.
Revisión de las dificultades de la incorporación del documento a la práctica clínica.
Revisión de las escalas que se utilizan.
Valorar las áreas de Terapia Ocupacional en la que hay mas déficit teniendo en cuenta las características de los pacientes y el centro donde está.
Utilizar este documento para transmitir la información referente a Terapia Ocupacional en las derivaciones de pacientes entre los diferentes servicios del centro/s

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las fechas previstas de forma orientativa son:

Marzo 2010: reunión en Zaragoza
Junio 2010: reunión en Teruel
Octubre 2010: reunión en Huesca

Por tanto el proyecto comenzaría a ponerse en marcha en marzo del 2010 y se finalizaría en enero del 2011, con motivo de la presentación de la memoria

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· bibliografía	200 €
· copistería	100 €
· desplazamientos a Zaragoza y a Teruel ... (*)	400 €
· Media dieta para las reuniones en Zaragoza y Teruel de 2 terapeutas	113 €
Total	813 €

11. OBSERVACIONES. (*) Desplazamientos a Zaragoza y a Teruel para las reuniones para 2 terapeutas cada una con su vehículo

EXISTEN MÁS TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN EL GRUPO DE TRABAJO DE ZARAGOZA Y TERUEL

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

392

GUÍA DE PRACTICA EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRONICAS

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD BALLABRIGA ESCUER

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA-CONSULTAS EXTERNAS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMA GARCÍA ESPOT - ENFERMERA - H. SDO. CORAZÓN DE JESÚS
CLARA MAIRAL DOMINGUEZ - ENFERMERA - H. SDO. CORAZÓN DE JESÚS
LOURDES GALLEGO DOMEQUE - ENFERMERA - H. SDO. CORAZÓN DE JESÚS
MIGUEL A. ALLUÉ-ENFERMERA - H. SDO. CORAZÓN DE JESÚS
TERESA MOYA PORTÉ - ENFERMERA - H. SDO. CORAZÓN DE JESÚS
PILAR MALLOR BERNAD -ENFERMERA - H. SDO. CORAZÓN DE JESÚS
MERCEDES CLERENCIA SIERRA - GERIATRA - H. SDO. CORAZÓN DE JESÚS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. - LA INEXISTENCIA DE UNA GUÍA COMO HERRAMIENTA AL SERVICIO DE LA BUENA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES
- LA ALTA PREVALENCIA DE HERIDAS CRÓNICAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS Y LA EXISTENCIA DE UNA UNIDAD DE APOYO EN HERIDAS, OBLIGA A LA ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE TRATAMIENTO QUE PERMITA UNIFICAR CRITERIOS
- COMPLETAR LA GUÍA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ELABORADA POR LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN PACIENTES CON HÉRIDAS CRÓNICAS
- DISMINUIR LA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL
- AUMENTAR EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS OPCIONES QUE EXISTEN PARA EL TRATAMIENTO
- PROPORCIONAR UNA HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE PARA LOS PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN Y OTROS PROFESIONALES DEL SECTOR
- DISMINUIR LAS REPERCUSIONES SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS DE UNA PATOLOGÍA TAN PREVALENTE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
- RECOPIACIÓN DE GUÍAS EXISTENTES
- SELECCIÓN DE LAS MISMAS CON EL MÉTODO AGREE
- DOCUMENTOS DEL GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA ÚLCERAS POR PRESIÓN Y DOCUMENTO CONVEI
- EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES QUE CONSTITUYEN EL GRUPO DE MEJORA
- ELABORACIÓN DE UN BORRADOR DE LA GUÍA PARA SU PILOTAJE
- ELABORACIÓN DE LA GUÍA DEFINITIVA
- ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RESUMEN DE LA GUÍA, TAMAÑO BOLSILLO PARA FACILITAR LA UTILIZACIÓN

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - GUÍA ELABORADA: SI/NO
- DOCUMENTO RESUMEN ELABORADO: SI / NO
- DURANTE ESTE PRIMER AÑO NO SERÁ POSIBLE EVALUAR LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS RECOMENDADAS EN ESTA GUÍA, POR LO QUE LA EVALUACIÓN FUTURA SE PLANTEARÁ PARA AÑOS SUCEESIVOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL: MARZO, ABRIL, MAYO
- DIVISIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO POR GRUPOS DE HERIDAS

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

392

GUÍA DE PRACTICA EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRONICAS

- REUNIÓN MENSUAL DEL GRUPO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN COMÚN DEL TRABAJO REALIZADO.
- 4º TRIMESTRE DEL 2010, ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO
- DICIEMBRE 2010: VALIDACIÓN DE LA GUÍA
- ENERO 2011: DIFUSIÓN DE LA GUÍA DEFINITIVA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· GASTOS DE IMPRENTA	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

339

1. TÍTULO

AL FINAL DE LA VIDA: PROYECTO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DEL ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO EN LAS PERSONAS MORIBUNDAS Y SUS FAMILIAS, EN EL HOSPITAL SOCIO SANITARIO SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

2. RESPONSABLE MARIA BELLOSTA MARTINEZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GEMA AURÍA GENZOR - HOSPITAL SDO CORAZÓN DE JESÚS - ENFERMERA
LOURDES UBLETO COMENGE - HOSPITAL SDO CORAZÓN DE JESÚS - ENFERMERA
LORENA LAGLERA BAILO - HOSPITAL SDO CORAZÓN DE JESÚS - ENFERMERA
ANA LÓPEZ FORNIES - HOSPITAL SDO CORAZÓN DE JESÚS - MÉDICO
CARMEN GORGAS SORIA - HOSPITAL SDO CORAZÓN DE JESÚS - MÉDICO
PILAR MUR BESCÓS - HOSPITAL SDO CORAZÓN DE JESÚS - AUX. ENFERMERÍA
CLARA MARTINEZ OTAL - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER - PSICÓLOGA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2009 el número de personas fallecidas en el HSCJ de Huesca fue de -----. Sus correspondientes familiares han tenido que afrontar la pérdida de un ser querido, sobrellevando en momentos difíciles este acontecimiento sumamente estresante. La familia es sin duda, el apoyo fundamental de la persona enferma, la unidad de relación básica de la sociedad, primer y último eslabón de la estructura social de solidaridad durante todo el proceso de la enfermedad. Es por tanto objeto de una atención sanitaria importante, y que luego trasladará a su familiar enfermo a través de unos buenos cuidados. Tras este objetivo necesitará información, educación y también comprensión, para poder también seguir adelante una vez que se haya producido la pérdida, superando los mecanismos de defensa que suelen desarrollarse frente a la angustia generada por la muerte de familiar. Es en el espacio del hospital donde con frecuencia ocurre la muerte, y por tanto, donde tienen comienzo los procesos de duelo, que se prolongarán durante tiempos variables en el domicilio. Por tanto, es allí donde el equipo sanitario debe suministrar cuidados de forma temprana, acompañando la realidad de la muerte, identificando y conociendo en profundidad las necesidades de la persona moribunda y su familia.

En el HSCJ no existe actualmente protocolo alguno de actuación en el acompañamiento al duelo, ni se ha ofrecido formación alguna al respecto hasta ahora. La actividad sanitaria que se dispensa en él está centrada principalmente en el control de síntomas y no tanto en una atención integral de la persona enferma y su familia, lo que incluiría la dimensión psicológica del proceso de duelo. En general, el personal sanitario de este centro demanda día a día mayores conocimientos sobre el tema

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se trata de conseguir crear un clima de mayor acercamiento a la realidad de la muerte entre el personal sanitario del HSCJ. Para ello se trataría inicialmente de mejorar la formación del personal sanitario en relación al tema del duelo, contribuyendo también así a la mejora de sus habilidades prácticas para acompañar la muerte. Esto serviría como escenario para emprender acciones positivas en relación al duelo, siendo una de ellas la elaboración por parte de este equipo de mejora de un díptico informativo sobre el tema del duelo, y su distribución posterior a las familias que hayan perdido un familiar en el Hospital, cuando se aproxime el momento del alta, mediante su entrega por el personal sanitario de cada Unidad de trabajo. Los objetivos planteados serían los siguientes:

- 1-Mejorar el nivel de capacitación del personal sanitario del HSCJ de Huesca para el afrontamiento del proceso de duelo en el paciente terminal y familia.
- 2-Sensibilizar sobre la necesidad de acompañar el proceso de duelo del paciente terminal y familia en el HSCJ.
- 3-Elaboración de un díptico informativo que facilite el afrontamiento del duelo a las familias que han sufrido la pérdida de un ser querido en el HSCJ y su posterior distribución

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

339

AL FINAL DE LA VIDA: PROYECTO DE TRABAJO PARA LA MEJORA DEL ACOMPAÑAMIENTO AL DUELO EN LAS PERSONAS MORIBUNDAS Y SUS FAMILIAS, EN EL HOSPITAL SOCIO SANITARIO SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º-Promover la realización de una semana de formación en relación al duelo y su acompañamiento, como medio no sólo de formar al personal sanitario sin también como elemento sensibilizador para dotar de mayor sentido la distribución de los dípticos informativos, y por otro lado la elaboración propiamente dicha de un díptico informativo para las familias y su posterior distribución.

En relación a la semana de formación, las actividades planificadas serían las siguientes:

A-Charla-coloquio sobre la naturaleza del duelo psicológico y su acompañamiento.

B-Mesa redonda: El gran dilema: morir en casa versus morir en el hospital.

C-Videoforum. Proyección de película relacionada con la muerte y su acompañamiento familiar y sanitario, y posterior debate en grupo.

2º-Elaboración de un díptico informativo sobre el tema del duelo, llevando a cabo previamente una investigación de fuentes documentales por parte del grupo de mejora. También contar, como actividad formativa del grupo, con la asistencia al congreso anual de la sociedad aragonesa de cuidados paliativos (CUSIRAR) y al congreso anual de la SECPAL. Posteriormente y contando con el apoyo de un diseñador gráfico, se elaborará el díptico y se imprimirá digitalmente. Posteriormente se distribuirá entre las tres Unidades del Hospital para su reparto entre las familias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Nº familias receptoras del díptico informativo/ Nº de familias de pacientes fallecidos en el centro
2-Nº de asistentes a las actividades realizadas por categoría profesional

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Semana de formación:

A-Marzo- Junio 2010: contacto con los ponentes de las actividades y elección de la película a proyectar.

B-Día 15 de Noviembre 18.30: charla coloquio.

Día 16 de Noviembre 18.30: mesa redonda.

Día 17 de Noviembre 18.30: proyección de película.

2-Elaboración del díptico informativo:

A- Marzo Septiembre 2010: Revisión documental.

B- Octubre 2010 Marzo 2011:Elaboración e impresión dípticos.

C- Marzo 2011-Marzo2012:distribución dípticos

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PAGO A CONFERENCIANTES	200 €
· DERECHOS DE AUTOR DE PELÍCULA	20 €
· INSCRIPCIÓN A CONGRESOS	600 €
· DISEÑO GRÁFICO	150 €
· IMPRESION DIGITAL DEL DÍPTICO	250 €
Total	1.220 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 363

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO. REGISTRO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE CAIDAS

2. RESPONSABLE MERCEDES CLERENCIA SIERRA
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
 - Servicio/Unidad .. GERIATRIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GLORIA RICO MARTINEZ-ENFERMERA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
MARIA TERESA VIDAL LINÉS-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
ISABEL MOLINA TORMO-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
YOLANDA ASPIROZ GUILLEN-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
ANA JAIME CUELLO-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
ELENA ABAD ESTARAN-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
M. ANGEL LOSPAUS GARGALLO-AUXILIAR DE ENFERMERÍA-HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las caídas, debido a su elevada frecuencia y elevado riesgo de lesiones secundarias, son una de la principales causas de incapacidad, institucionalización e incluso muerte de los pacientes geriátricos. Por este motivo se consideran un marcador de fragilidad y constituye uno de los principales síndromes geriátricos. Cualquier caída en un anciano indica un problema médico / factor extrínseco no identificado o una necesidad no resuelta. En este hospital se realiza un registro sencillo, que consiste en la inclusión en el CMBD de la existencia o no de caída durante el ingreso hospitalario. Creemos que este síndrome geriátrico precisa de un registro de caídas más exhaustivo que permita una evaluación adecuada, para posteriormente iniciar estrategias multidisciplinares de prevención tanto primarias como secundarias y terciarias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Conocer la incidencia de caídas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús
- ? Identificar los factores de riesgo (problemas médicos y factores de riesgo extrínsecos)
 - ? Elaborar e implantar estrategias de mejora en la seguridad del paciente geriátrico hospitalizado
 - ? Crear un sistema de información ágil que permita intervenir en un tiempo lo mas próximo a la caída
 - ? Impulsar la prevención de las mismas, mediante intervenciones multidisciplinares

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de una hoja de registro de caídas (basada en la propuesta por el Grupo de Caídas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología) que sea fácil de cumplimentar y su puesta en marcha por la/s persona/s responsables en cada planta de hospitalización.
- Evaluación estadística de la incidencia de caídas y su relación con diversos factores de riesgo
- Elaborar e implantar estrategias de mejora de la seguridad del paciente geriátrico hospitalizado, incidiendo en los factores de riesgo de caídas (intrínsecos y extrínsecos).
- Monitorizar el proceso, mediante nueva evaluación estadística

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de la hoja de registro de caídas: SI/NO
Incidencia de caídas: N° de caídas/pacientes hospitalizados
Incidencia de caídas por sexo
Incidencia de caídas por situación funcional (I.Barthel)
Incidencia de caídas por situación mental (T. Pfeiffer/ ECRM)
Incidencia de caídas tras implantación de estrategias de mejora

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 363

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO. REGISTRO Y ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE CAIDAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMER TRIMESTRE (abril /2010)

- Elaboración de una hoja de registro de caídas que sea fácil de cumplimentar
- Validación de la hoja de registro durante un periodo de tiempo para detectar posibilidades de mejora en la misma
- Puesta en marcha de la hoja de registro. La/s persona/s responsables en cada planta de hospitalización la cumplimentaran en cada caída

SEGUNDO TRIMESTRE (junio/2010)

- Evaluación estadística de la incidencia de caídas y relación con diversos factores de riesgo (edad, sexo, patologías médicas, situación funcional y mental y factores de riesgo ambientales)

TERCER TRIMESTRE (septiembre - diciembre /2010)

- Elaborar e implantar estrategias de mejora de la seguridad del paciente geriátrico hospitalizado, incidiendo en los factores de riesgo de caídas:
- Proponer intervenciones a realizar en el entorno: suelos, mobiliario, baños, accesos, ascensores, escaleras, iluminación...
- Intervenciones a realizar en factores extrínsecos en el anciano: mediante información- formación a los pacientes y cuidadores del vestido y calzado adecuado, así como de las ayudas técnicas necesarias.
- Elaboración de un protocolo de intervenciones a realizar en factores de riesgo intrínsecos en el anciano, en dependencia del riesgo bajo/alto/muy alto de caídas y de su situación funcional.

CUARTO TRIMESTRE (diciembre/2010)

Monitorización mediante nueva evaluación estadística de la incidencia de caídas y de su relación con los factores de riesgo, tras la puesta en marcha del protocolo de intervención multidisciplinar

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Inscripción en Congreso Nacional de Calidad Asistencial (2)	800 €
Total	800 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

066

MANUAL DE ESTILO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

2. RESPONSABLE NIEVES DOZ SAURA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
- Servicio/Unidad .. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PILAR NAVARRO CAMEO-ADMINISTRADORA-H.SDO.CORAZON DE JESÚS
DORITA LACASA MOREU-ADMINISTRATIVA -H.SDO. CORAZON DE JESÚS
JOSE ANGEL ALBAS-ENFERMERO-H.SDO. CORAZON DE JESÚS
ANA COLL-ENCARGADA DE SERVICIOS-H.SDO. CORAZON DE JESÚS
AURORA CALVO PARDO-COORDINADORA DE CALIDAD-H.SDO. CORAZON DE JESÚS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En un centro sanitario muchas veces se hace bien lo más difícil pero se falla en algo tan asequible como la corrección en las maneras con que se hace. Unas elementales normas de estilo para los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario pueden mejorar el imprescindible clima de confianza que estos trabajadores deben ganarse ante sus pacientes.

La ropa institucional debidamente identificada (anagrama del SALUD, centro sanitario, nombre y categoría profesional) proporciona una imagen de orden y ayuda al usuario a identificar los diferentes grupos profesionales.

Además de aseado un hospital debe ser un lugar ordenado, tranquilo, silencioso, exento de malos olores, luminoso y agradable a la vista. La rutina en el día a día hace que en ocasiones las zonas de paso están llenas de objetos abandonados, aparcados o almacenados, aún los propios de la actividad hospitalaria (camillas, sillas de ruedas, soportes de gotero, carros, etc).

En las salas de espera, vestíbulos y demás zonas donde puedan concentrarse las personas se conversará en voz baja. Si fuera preciso los trabajadores recordarán a los usuarios esta necesidad.

El derecho a la privacidad, confidencialidad e intimidad de los pacientes está perfectamente reconocido y protegido por la legislación. Sin embargo, en el día a día de un hospital y más de una ciudad pequeña, donde se entremezclan profesionales, pacientes, acompañantes y visitantes (muchos conocidos por razones de vecindad o amistad) resulta muy difícil no quebrantar involuntariamente en algún momento ese derecho fundamental.

Por estas razones se decide elaborar un manual de estilo que marque las normas generales que regirán a todos los trabajadores del Hospital Sagrado Corazón de Jesús en su actividad diaria y en el trato con pacientes, familiares y usuarios en general

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un manual de estilo que recoja al menos, aspectos relacionados con la identificación de profesionales, la forma adecuada de proporcionar información a los usuarios, el obligado respeto a la privacidad y a la intimidad del paciente etc.

Difundir el contenido del manual entre todos los profesionales del centro para lograr una imagen adecuada del servicio que prestamos con lo que aumentará la satisfacción del usuario con nuestra atención

Incorporar el manual de estilo a la acogida que se proporciona a los trabajadores de nueva incorporación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El grupo de mejora incluye personas de distintos grupos profesionales, de manera que a la hora de elaborar el manual de estilo se tengan en cuenta todas las situaciones sanitarias, administrativas, de servicios que puedan darse en el hospital.

Una vez elaborado el manual y antes de darlo por definitivo se someterá a la opinión de todos y cada uno de los profesionales del centro. Las sugerencias recogidas serán analizadas por el grupo de mejora para decidir su inclusión o no.

La encuesta de satisfacción del usuario podrá reflejar los resultados esperados tras la difusión definitiva del manual, sobre todo en los aspectos relacionados con la identificación del profesional y con la información recibida por parte del personal sanitario

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 066

MANUAL DE ESTILO PARA LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Manual de estilo elaborado: si /no
2.- % de trabajadores del centro debidamente identificados antes de la difusión del manual
3.- % de trabajadores debidamente identificados tras 6 meses de poner en marcha las normas de estilo
4.- Aumento de la satisfacción en la encuesta de usuarios con la información recibida por parte del personal sanitario
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo/abril 2010: elaboración del borrador del manual por parte del grupo de mejora
Mayo /junio 2010: Difusión del manual entre todo el personal para recoger sugerencias
Julio: manual definitivo (podrá difundirse ya entre los trabajadores sustitutos de verano)
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|---------|
| · Impresora de etiquetas para textil | 1.510 € |
| · Tinta para la impresora de textil | 25 € |
| · Etiquetas para textil | 250 € |
| Total | 1.785 € |
11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

281

PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y LA U.A.S.A. HUESCA: ATENCION CLINICA INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL

2. RESPONSABLE ALFREDO GURREA ESCAJEDO

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
- Servicio/Unidad .. U.A.S.A. HUESCA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VANESA BERNAL MONTERDE- MÉDICO- UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA- H. SAN JORGE
LUIS CORTÉS GARCÍA- MÉDICO- UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA- H. SAN JORGE
MIGUEL MONTORO HUGUET- MÉDICO- UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA- H. SAN JORGE
CARMELO PELEGRÍN VALERO-MÉDICO- SERVICIO DE PSIQUIATRÍA- H. SAN JORGE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entre los pacientes atendidos en la U.A.S.A. Huesca por patología adictiva, principalmente en los que tiene relación con alcohol, existe una gran cantidad de patología médica susceptible de ser controlada por la unidad de gastroenterología y hepatología (UGH): hepatitis aguda y crónica, cirrosis, HT portal, HDA, varices esofágicas, pancreatitis, etc. De forma similar, entre los pacientes atendidos en la UGH existen frecuentemente problemas adictivos, principalmente por alcohol.

Hemos detectado que no existe una coordinación específica y protocolizada para la detección y seguimiento de estos pacientes con comorbilidad digestiva y adictiva. Así mismo, hemos observado que es muy frecuente que cuando se realiza la derivación de los pacientes a través del M.A.P., estos pacientes no llegan a acudir, y en caso de acudir muchas veces no se realiza una coordinación reglada con el otro servicio.

Esta falta de protocolización específica implica, entre otras consecuencias, una menor detección de problemática clínica comórbida, un menor índice de derivaciones, una menor coordinación de los casos susceptibles, una atención más fragmentada y no integral, un peor curso evolutivo de la patología adictiva y hepática, un mayor gasto de recursos sanitarios directos y un mayor gasto indirecto a nivel sociolaboral.

Es obvio, por tanto, que debe existir una relación estrecha entre estos dos servicios para poder realizar una asistencia clínica de mayor calidad, integral y coordinada, para de esta forma maximizar los resultados terapéuticos de ambos recursos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mediante la coordinación entre ambos recursos asistenciales, optimizar la asistencia clínica a esta población, favoreciendo una mejor evolución de los pacientes.

-Minimizar los costes sanitarios directos e indirectos derivados, al favorecer la estabilización clínica del paciente, su recuperación y su reincorporación sociolaboral.

-Reducir la prevalencia de los trastornos relacionados con sustancias adictivas, principalmente el alcohol, y las consecuencias que se derivan a múltiples niveles: médico, laboral, social, legal, psiquiátrico, etc.

-Normalizar e integrar el tratamiento de las conductas adictivas dentro de la red sanitaria, eliminando estigmas sociales y desvistiendo a la enfermedad de matices morales.

-Dotar a los pacientes de las habilidades necesarias para mantener una abstinencia continuada y ser capaces de afrontar situaciones de riesgo de forma satisfactoria y autónoma.

-Establecer un mecanismo de valoración y/o seguimiento especial en aquellos pacientes con cirrosis hepática alcohólica o mixta (en la que participe el alcohol) que presenten un grado de insuficiencia hepática avanzada y que vayan a ser valorados para su inclusión en un programa de transplante hepático, o bien se encuentren en lista de espera de transplante.

-Coordinación de ambas unidades médicas en aquellos pacientes con hepatopatía viral y adicciones respecto al momento óptimo de instaurar el tratamiento antiviral y establecer mecanismos de apoyo a lo largo del tratamiento dado que se ha demostrado una mejor adherencia al mismo y por lo tanto una mayor efectividad

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

281

PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y LA U.A.S.A. HUESCA: ATENCION CLINICA INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. De forma muy resumida, se realizarán las siguientes intervenciones, por parte del psiquiatra (Dr. Gurrea) en la U.A.S.A. Huesca y por parte de los hepatólogos (Dra. Bernal y Dr. Cortés) en la UGH:

1. Procedimiento de derivación desde la U.A.S.A. Huesca a la UGH:

- Se establecen unos criterios de derivación: para evitar derivaciones incorrectas
- Mediante una hoja de derivación específica y de forma directa vía fax: para obtener los datos más sensibles y evitar la pérdida del paciente
- Se enviará a los pacientes con una analítica sanguínea cuyos parámetros están protocolizados por la UGH según la patología presentada: para evitar la pérdida del paciente

2. Procedimiento de derivación desde la UGH a la U.A.S.A. Huesca:

- Se establecen unos criterios de derivación: para evitar derivaciones incorrectas
- Mediante una hoja de derivación específica y de forma directa vía fax: para obtener los datos más sensibles y evitar la pérdida del paciente
- Se utilizará un algoritmo específico que incluye pruebas psicométricas: para maximizar la detección de verdaderos positivos, la valoración de la motivación para la abstinencia y la idoneidad del momento de derivación

3. Coordinación con la unidad de agudos de psiquiatría:

- Se informará al personal del protocolo.
- En el caso de pacientes con patología digestiva que requiera intervención aguda se realizará interconsulta al servicio de digestivo. En caso contrario dichos pacientes se derivarán al alta a la U.A.S.A. Huesca, desde donde se iniciará el protocolo.

4. Coordinación con la unidad de agudos de la UGH:

- Se implementará un protocolo específico de desintoxicación de alcohol en pacientes ingresados, así como medidas de deshabitación farmacológica mediante interdictores de alcohol en casos concretos: para homogeneizar el tratamiento de desintoxicación, realizar profilaxis de la abstinencia de alcohol, favorecer el inicio de tratamiento precoz, favorecer la continuidad de tratamiento desde el hospital a la U.A.S.A. y evitar la pérdida de pacientes.

5. Intervención clínica:

En cada unidad la propia, mediante los protocolos clínicos utilizados de forma habitual en estos pacientes.

6. Coordinación:

- Aplicación del protocolo.
- Reuniones de coordinación cada 3 meses: para control clínico de los pacientes y para control de la aplicación del protocolo y de sus resultados.
- Coordinación telefónica cada vez que sea preciso.

7. Formación continuada:

- Formación continuada mutua: para conocer las habilidades básicas de cada disciplina en el tratamiento de estos pacientes comórbidos y facilitar un abordaje

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

281

PROTOCOLO DE COORDINACION ENTRE LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA/HEPATOLOGIA Y LA U.A.S.A. HUESCA: ATENCION CLINICA INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON COMORBILIDAD DIGESTIVA Y ADICTIVA A ALCOHOL

integral y efectivo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En la medición de resultados utilizaremos diversos indicadores para la valoración de:

1.Grado de coordinación:

- (Pacientes que acuden a la primera visita/ Total de pacientes derivados)X100
- (Pacientes derivados/Total de pacientes con comorbilidad digestiva-enólica)X100
- (Pacientes que continúan en tratamiento a los 3, 6 y 12 meses/Total de pacientes derivados)X100

2.Evolución clínica del abuso/dependencia de alcohol:

-Realización de diversas pruebas psicométricas al inicio del tratamiento y a los 6 y 12 meses, para valorar cambios: diagnóstico de alcoholismo (MALT), deseo de consumo (EVA), gravedad de la dependencia alcohólica (EIDA), impresión clínica general (CGI), escala de evaluación de la actividad global (EEAG), Cuestionario de salud EuroQol-5D

3.Evolución clínica de la patología digestiva:

- Cuestionario de calidad de vida de hepatopatía crónica (CLDQ) y de hepatopatías VHC (CLDQ-VHC)
- Nº ingresos hospitalarios por patología digestiva y mortalidad
- Episodios de descompensaciones tanto por eventos clínicos (ascitis, hepatitis alcohólica...) como progresión en su hepatopatía cuantificada por los estadios de Baveno) y nº de hepatocarcinomas diagnosticados gracias al seguimiento.
- nº reagudizaciones de pancreatitis crónica alcohólica (consumo alcohol activo vs abstinencia)
- nº de paciente que abandonan tratamiento de la cirrosis/antiviral, así como nº de pacientes que completan el tto (adherencia).
- % de entrega de hojas de información a pacientes sobre Cirrosis hepática y de hoja de información sobre "consumo de alcohol y sus consecuencias"
- Causa del fin de seguimiento: mortalidad, abandono de tratamiento o tratamiento finalizado, así como su cuantificación en meses.

Además realizaremos una encuesta de satisfacción al paciente a los doce meses de su inclusión en el programa

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Inicio de aplicación del protocolo de coordinación: 1 de abril de 2010

- Valoración de las medidas aplicadas: según lo indicado en el propio protocolo, se realizará una evaluación continuada, así como medición de indicadores al inicio, seis y doce meses de la puesta en marcha. Además, se realizarán reuniones de coordinación cada 3 meses.
- Valoración de la evolución de cada paciente: según lo indicado en el propio protocolo, se realizará una evaluación continuada, así como medición de indicadores al inicio, seis y doce meses desde la inclusión de cada paciente. Además, se realizarán reuniones de coordinación cada 3 meses.
- Finalización de aplicación del protocolo de coordinación: No existe una fecha de finalización, ya que se pretende la aplicación continuada. Eso sí, nos planteamos la revisión y valoración de su efectividad de forma anual

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 407

1. TÍTULO

"HUELLAS II"-CONCLUSIONES. PROYECTO DE ESTUDIO DE LA OBRA ARTISTICA COMO ELEMENTO DE INFORMACION PARA LA MEJORA DE LOS PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LORO LORO
- Profesión ADMINISTRATIVO
 - Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
 - Servicio/Unidad .. CENTRO DE DIA DE SALUD MENTAL ARCADIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- JAVIER OLIVERA - PSQUIATRA - COORDINADOR SALUD MENTAL
SERGIO BENABARRE CIRIA - PSICÓLOGO - CENTRO DE DÍA DE SALUD MENTAL ARCADIA
OLGA LAFUENTE PEÑA - EDUCADORA SOCIAL -CENTRO DE DÍA DE SALUD MENTAL ARCADIA
MAGDALENA GUERRA - PROFESORA TALLER - CENTRO DE DÍA DE SALUD MENTAL ARCADIA
PACO GRASA UBIETO - DINAMIZADOR-CENTRO DE DÍA DE SALUD MENTAL ARCADIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. APROVECHAR LA INVESTIGACIÓN Y EL MÉTODO DE TRABAJO LLEVADO A CABO CON HUELLAS I PARA ESTUDIO Y DIVULGACIÓN EN EL ÁMBITO PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL PARA UNA MEJOR INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. eSTE PROYECTO ES CONTINUACIÓN DEL PROYECTO HUELLAS I. SE SELECCIONARON CUADROS DE CINCO PACIENTES DE SALUD MENTAL QUE PARTICIPAN EN EL TALLER DE ARTES PLÁSTICAS. SE OBTUVO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES SE ELABORÓ UNA FICHA PERSONAL DE EVALUACIÓN DE LA OBRA ARTÍSTICA EN RELACIÓN CON SU ESTADO MENTAL EL GRUPO DE TRABAJO SE HA REUNIDO SEMANALMENTE PARA ESTA EVALUACIÓN SE HA OBJETIVADO UNA MEJORA DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE A TRAVES DE LA ASISTENCIA A LA ACTIVIDAD TERAPEÚTICA SE HA VALORADO LA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DE CARÁCTER TERAPEÚTICO REGISTRANDO EL NÚMERO DE INGRESOS DEL PACIENTE O EL NÚMERO DE CRISIS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO - GUÍA DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA. FORMATO ESCRITO Y AUDIOVISUAL. DIFUSIÓN DEL MISMO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL, A TRAVÉS DE EXPOSICIONES, EN JORNADAS CIENTÍFICAS O COMUNICACIONES EN CONGRESOS, TANTO A NIVEL NACIONAL COMO INTERNACIONAL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SEGUNDA FASE DE SEIS MESES DE DURACIÓN PARA ELABORAR LAS CONCLUSIONES Y DIVULGAR LA INVESTIGACIÓN.

- Reuniones de evaluación del equipo interdisciplinar con la intervención de artistas plásticos para el estudio artístico de las obras seleccionadas y visionando las grabaciones de las entrevistas a los usuarios
- Redacción y elaboración de una guía catálogo de los artistas seleccionados del taller de pintura

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores de la marcha y realización del proyecto lo constituyen la realización de la evaluación a través de las fichas de seguimiento de los pacientes/artistas.

- Elaboración del catálogo/guía: SI/NO
- N° de congresos y/o foros de Salud Mental donde se difunde

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 1ª fase: marzo, abril, mayo y junio
- 2ª fase: septiembre, octubre y noviembre

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- billetes de autobus a zaragoza para 5 pacientes y 4 profesionales 180 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

"HUELLAS II"-CONCLUSIONES. PROYECTO DE ESTUDIO DE LA OBRA ARTISTICA COMO ELELMENTO DE INFORMACION PARA LA MEJORA DE LOS PACIENTES CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE

· billetes de tren zaragoza/malaga para 5 pacientes y 4 profesionales	945 €
· habitaciones dobles en hotel para 3 noches para 5 pacientes y 4 profesionales ...	550 €
· dietas	350 €
· inscripciones al Congreso Internacional de Educación ... (*)	1.080 €
· gastos imprevistos	200 €
Total	3.305 €

11. OBSERVACIONES. (*) inscripciones al Congreso Internacional de Educación Artística y Visula para 5 pacientes y 4 ...

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

071

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA SANITARIA EN EL HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA: PROPORCIONAR FORMACION AL CUIDADOR TRAS EL ALTA

2. RESPONSABLE CARMEN LUESMA CASAÑOLA
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
 - Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARIA SOL BALLABRIGA - ENFERMERA - H. SDO CORAZÓN DE JESÚS
LOURDES MARTIN - TERAPEUTA OCUPACIONAL - H. SDO CORAZÓN DE JESÚS
M^o ANTONIA ROMERO GRANADO- FISIOTERAPEUTA - H. SDO CORAZÓN DE JESÚS
MARIA ANGELES ASENJO LOSPAUS -FISIOTERAPEUTA - H. SDO CORAZÓN DE JESÚS
JAVIER LERA DEL AMO FISIOTERAPEUTA - H. SDO CORAZÓN DE JESÚS
EVA LACAMBRA SANTOS - LOGOPEDA- H. SDO CORAZÓN DE JESÚS
ALMUDENA PUEYO ARTIEDA- ENFERMERA- H.SDO CORAZÓN DE JESÚS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los usuarios del Hospital Sagrado Corazón de Jesús son en su mayoría pacientes geriátricos que, una vez dados de alta, precisan continuidad en los cuidados que se les ha proporcionado durante el ingreso hospitalario. Estos cuidados se proporcionan en muchas ocasiones por familiares o personas no profesionales de la salud, que se beneficiarían de una formación breve, pero útil y práctica en aspectos relacionados con:
- alimentación
 - higiene
 - cuidado de la piel y prevención de úlceras
 - sueño
 - movilización
 - seguridad
 - prevención del síndrome del cuidador

EL Hospital Sagrado Corazón de Jesús establece alianzas con entidades formativas: Universidad de Zaragoza, Institutos de F.P. rama sanitaria, Educación de Adultos de la Comarca (cursos de ayuda a domicilio). El taller se ofrecerá también a los alumnos que realizan prácticas en este centro como complemento a su formación, ya que podrán ser cuidadores en domicilio de pacientes geriátricos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende la realización de un taller repetido de forma periódica, dirigido a cuidadores de pacientes que vayan a ser dados de alta en nuestro centro o que hayan sido dados de alta recientemente con objeto de que, al llegar a su domicilio ,mantengan las pautas de cuidados adecuadas para garantizar la continuidad asistencial y mantener la mayor independencia funcional y la mejor calidad de vida posible. Uno de los capítulos del taller se dirige a prevenir el síndrome del cuidador y a detectar signos de alarma antes de que se produzca.

Se pretende también elaborar un documento de recomendaciones y consejos para que los cuidadores puedan tenerlo a mano en su domicilio y recordarles lo aprendido en el taller presencial. También se entregará a cuidadores que no hayan acudido al taller

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El grupo de mejora lo constituyen profesionales distintos: enfermeras, terapeutas ocupacionales, logopedas, fisioterapeutas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 071

MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA SANITARIA EN EL HOSPITAL SDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA: PROPORCIONAR FORMACION AL CUIDADOR TRAS EL ALTA

El taller abarca distintos aspectos del cuidado, impartidos por el profesional mas adecuado:

- Alimentación e hidratación: recomendaciones generales, trastornos de la masticación/deglución, disfagia, suplementos nutricionales, alimentación por sonda NG y PEG
- Higiene: aseo diario y baño en cama, cuidado de cabello, pies, uñas, boca, prótesis dentales, afeitado
- Cuidado de la piel y prevención de úlceras: higiene e hidratación de la piel, cambios posturales, superficie para control de presión, incontinencia
- Sueño: recomendaciones para un buen descanso nocturno
- Movilización: movilización del encamado, transferencias, ergonomía
- Cuidado del cuidador.

Al final de cada taller se realizará una encuesta de satisfacción a los asistentes para evaluar el grado de utilidad del taller.

Se elaborará un documento práctico y manejable con los contenidos del taller para facilitar el seguimiento y para proporcionar la información y los consejos a personas que no han participado presencialmente

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Realización de 8 talleres a lo largo de 2010: SI/NO
- 2.- Satisfacción de los participantes >85%
- 3.- Elaboración de documento resumen del taller SI/NO

- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer trimestre del 2010: Preparación de los contenidos y de la metodología del taller
 - Segundo trimestre 2010: Impartir 1 taller/mes
 - Tercer trimestre 2010: Impartir 2 talleres
 - Tercer trimestre 2010: Impartir 1 taller/mes
 - Septiembre/ noviembre 2010: elaboración del documento de recomendaciones para entregar al alta a todos los pacientes.
- En cada taller se entregará una encuesta de satisfacción a los participantes que se analizará en el mes de diciembre del 2010

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
 - MATERIAL DE IMPRENTA 250 €
 - Total 250 €

- 11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

516

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

2. RESPONSABLE LUCIA MORLANS GRACIA

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA-HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMUDENA PUEYO ARTIEDA - ENFERMERA - HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
LOURDES MARTÍN GROS - TERAPEUTA OCUPACIONAL - HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
ITZIAR CARRERO BACIGALUPE- AUXILIAR DE CLÍNICA - HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
M^a JOSÉ GRASA FERNÁNDEZ - AUXILIAR DE CLÍNICA - HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
ALVARO PÉREZ CIRÉS - AUXILIAR DE CLÍNICA - HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La malnutrición es un diagnóstico poco reflejado en informes de alta de hospitalización y un problema prevalente en pacientes geriátricos.

El Hospital de Día geriátrico (HDG) es un nivel intermedio entre la hospitalización y el seguimiento ambulatorio, por lo que nos parece un nivel asistencial idóneo para realizar un cribado de desnutrición y una intervención adecuada.

Se pretende realizar un cribado de malnutrición y riesgo de padecerla en los pacientes recibidos en HDG, identificar causas tratables de desnutrición en el paciente geriátrico y realizar las intervenciones necesarias (consejos dietéticos, adaptación de las dietas, uso de suplementos nutricionales, reeducación de la actividad de la alimentación por terapia ocupacional y/o uso de fármacos adecuados según la causa a la que se atribuya la desnutrición)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos encontrar mejoría en los parámetros nutricionales (aumento de peso y conversión, según el índice CONUT, como mínimo de: desnutrición severa en moderada, moderada en leve y leve en ausencia de desnutrición).

Intentaremos también relacionar la ganancia funcional y/o cognoscitiva derivada del ingreso en HDG con la mejoría en los parámetros de desnutrición. Recogeremos datos de comorbilidad (reagudizaciones de patología de base y nuevos diagnósticos) para valorar si éste puede influir en la ausencia de mejoría nutricional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La población diana de este proyecto sería los pacientes derivados al Hospital de Día Geriátrico de Huesca desde el 08/02/10 con test de cribado del MNA (Mininutritional Assesment) menor de 12.

Todos los profesionales del HDG tienen su intervención en este proyecto y se responsabilizarán de la medida y el registro de los datos adecuados a su puesto de trabajo (geriatra, enfermera, terapeuta ocupacional y auxiliares de clínica)

Se pretende recoger los siguientes datos durante un año:

NHC

Edad

Sexo

Causa de la derivación (motivo del ingreso)

Procedencia (1 HSCJ, 2 ORTOGERIATRÍA, 3 UVSS, 4 C. EXT)

Índice de Barthel (situación funcional) al ingreso

MEC (Minimental test/ test de Lobo) al ingreso

MNA (cribado)

MNA (completo)

Datos antropométricos:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 516

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Peso al ingreso
Talla al ingreso
IMC al ingreso
Gasto energético basal al ingreso
Datos de laboratorio al ingreso y al alta (índice CONUT: diferencia tres grados de desnutrición según los niveles analíticos de albúmina, colesterol y linfocitos en leve, moderada o severa).
Causas tratables de desnutrición en el anciano ("meals on wheels")
1. Medication effects (MEDIC)
2. Emocional problems (EMOC)
3. Anorexia nerviosa, alcoholism (ANOR)
4. Late life paranoia (PARA)
5. Swallowing disorders (DEGLUC)
6. Oral factors (BOCA)
7. No money (DINER)
8. Wandering and other dementia related behaviours (VAGAB)
9. Hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoadrenalismo (HORM)
10. Enteric problems (INTEST: problemas digestivos como malabsorción)
11. Eating problems (DEPEND: dependencia funcional para alimentarse)
12. Low SALT, low cholesterol diets (DIET)
13. Social problems (SOCIAL: incluidas barreras arquitectónicas)
Reagudizaciones de su patología de base durante el ingreso (sí o no)
Nuevos diagnósticos salvo desnutrición durante el ingreso (sí o no)
Tipo de intervención:
1. Consejos sobre dieta tras realizar encuesta nutricional
2. Adaptación de la dieta (texturas, espesantes)
3. Suplementos nutricionales
4. Terapia ocupacional

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Índice de Barthel al alta > Índice de Barthel al ingreso
MEC al alta > MEC al ingreso
Peso al alta > Peso al ingreso
Datos de laboratorio al ingreso y al alta (Mejoría en índice CONUT: diferencia tres grados de desnutrición según los niveles analíticos de albúmina, colesterol y linfocitos en leve, moderada o severa)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Durante 1 año (del 8/02/2010 al 8/02/2011) se realizará el cribado en todos los pacientes que ingresen en HDG y se recogerán todos los datos.
- Tras el primer trimestre (abril/2010) el grupo de mejora analizará lo recogido hasta el momento y valorará la implantación de cambios en la forma o fondo de recogida de datos.
- Marzo de 2011: Valoración de resultados finales del cribado y la intervención posterior

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· ORDENADOR SOBREMESA 900 €
Total 900 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

516

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

542

ELABORACION DE LA VIA CLINICA: TRATAMIENTO REHABILITADOR EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA SALGADO GRACIA

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTIAGO MORALES-MEDICO REHABILITADOR- HOSPITAL SAN JORGE
MARIA ANTONIA ROMERO-FISIOTERAPEUTA- HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
JAVIER LERA-FISIOTERAPEUTA- HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
MARIA ÁNGELES ASENJO-FISIOTERAPEUTA- HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
SUSANA MALO-TERAPEUTA OCUPACIONAL- HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
ARANZAZU BLECUA-AUXILIAR CLÍNICA- HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura proximal del fémur (fractura de cadera-FC) representa la fractura osteoporótica más importante por su frecuencia, la pérdida de función que implica, sus complicaciones pre y postoperatorias y por la repercusión económica y el coste social que conllevan a la comunidad. Esta patología genera más muertes, discapacidades y gasto económico en el mundo occidental que las demás fracturas osteoporóticas juntas. En España se producen unas 511 FC por cada 100.000 habitantes por año. Las intervenciones sanitarias deben dirigirse tanto a su prevención como a disminuir la discapacidad que provocan mediante programas multidisciplinarios que incluyan a la rehabilitación (RHB). En el año 2009 137 pacientes con FC ingresaron en el hospital Sagrado Corazón (HCSJ) lo que representó el 15% de los ingresos. El fin primordial del tratamiento RHB en estos pacientes es mejorar la función. Dos son las motivaciones que nos han llevado a realizar este proyecto. En primer lugar creemos que dentro del proceso de la FC que se ha venido realizando en este sector el subproceso del tratamiento rehabilitador realizado en un hospital de convalecencia como es el HSCJ no se ha estudiado en profundidad. En segundo lugar es fundamental dar a conocer "lo que sucede durante la rehabilitación" y esta información expresada de forma narrativa en la historia clínica es de utilidad limitada. De ahí la necesidad de emplear escalas de valoración funcional

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos genéricos que se persiguen en las diferentes dimensiones de la calidad son los siguientes:

6.1 Aspectos estimados por los profesionales sanitarios:

? Protocolización de las acciones comunes dirigidas al perfil concreto del paciente con FC. Aunque la rehabilitación postquirúrgica debe ser individualizada y basada en la función premórbida del anciano, en el tipo de tratamiento quirúrgico y en la estabilidad de la fijación empleada hemos elaborado una vía clínica.

? Seguimiento documentado de las acciones propias de cada profesional implicado en la rehabilitación de la FC.

La valoración del nivel de funcionalidad física de un individuo es la piedra angular de la rehabilitación. La valoración inicial nos va a permitir establecer una descripción básica del paciente, identificar las áreas de deficiencia y definir unos objetivos terapéuticos. Las valoraciones posteriores nos van a medir los progresos y monitorizar el tratamiento rehabilitador.

? Oportunidad de mejorar el grado de coordinación entre los profesionales implicados.

6.2. Aspectos percibidos por los enfermos y familiares:

? Mejorar la información ofrecida al paciente y a su familia sobre el proceso asistencial.

6.3 Aspectos valorados por los gestores

? Mejorar en la eficiencia de los recursos. Las vías clínicas son instrumentos para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

542

ELABORACION DE LA VIA CLINICA: TRATAMIENTO REHABILITADOR EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE HUESCA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ? Puesto que la estancia media en el año 2009 para la FC fue de 26 días hemos establecido una matriz temporal que comprende un periodo total máximo de 15 días laborables que detalla la actividad de los diferentes profesionales que van a intervenir en el proceso. El tratamiento RHB tiene lugar de lunes a viernes, los días laborables, por lo que en el año 2009 descontando aproximadamente los 6 días festivos comprendidos en una estancia de 26 días se obtienen 20 días en los que realizar el tratamiento RHB .

Vamos a registrar las causas que motivan la prolongación del tratamiento y que hemos clasificado en 3 grupos:

Factores dependientes de las condiciones del enfermo (síndrome confusional, síndrome febril, TVP, úlceras por presión...)

Factores dependientes de la institución (ausencia de los miembros del equipo, problemas de organización como la coincidencia durante el horario de la RHB de una consulta médica, la realización de una prueba complementaria, etc).

Condiciones sociofamiliares que retrasan el alta (problemas en la ubicación al alta, enfermedad del cuidador principal...)

? Las repercusiones de la FC sobre la vida del paciente se orientan fundamentalmente en 3 aspectos: la recuperación de la marcha, la repercusión en las actividades básicas de la vida diaria, que se definen como aquellas funciones físicas básicas diarias o rutinarias necesarias para vivir (AVDB), y el retorno al domicilio. Para valorar esos aspectos se van a emplear las siguientes escalas: índice de Barthel para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (AVDB), escala FAC para la deambulacion (Functional Ambulatory Classification) y la escala de bipedestacion del hospital de Sagunto (BipHS) (Ver anexos). Con la primera de ellas el equipo ya tiene amplia experiencia mientras que con las otras dos se tendrá que ir familiarizando durante la puesta en marcha de este proyecto..

? La informacion a familiares y/o cuidadores, que se viene realizando hasta la actualidad a demanda, se va a realizar gracias a este proyecto de forma programada. Va a ser una auxiliar la que se encargue en la última semana de tratamiento de contactar con ellos y programar una cita con los miembros del equipo RHB para instruirles en higiene postural, movilizaciones, transferencias, deambulacion, ayudas técnicas, y demás recomendaciones de cara al alta hospitalaria. Lógicamente tendrá siempre un carácter voluntario.

? Hemos elaborado también una hoja de recogida de datos del medico rehabilitador que formará parte de la historia clínica del paciente y con la que se quiere disminuir la variabilidad en la informacion del paciente que accede al programa de rehabilitacion.

También hemos creado una hoja de prescripcion para las sillas de ruedas ya que el anexo II para la solicitud de material ortoprotésico del Servicio Aragonés de Salud deja muy poco espacio para definir las características de dicho material. Como la gran mayoría de pacientes eran independientes para la deambulacion antes de la fractura y no disponian lógicamente de silla de ruedas hay que describir todos sus elementos con la mayor precision posible.

? El grupo de trabajo va a mantener una sesion semanal multi e interdisciplinar entre los miembros del equipo de RHB, los médicos geriatras en cuyas plantas están ingresados los pacientes y el trabajador social del hospital, en la que se va a intercambiar y compartir informacion sobre los pacientes. El disponer de escalas de valoración funcional y de una matriz temporal creemos que va a mejorar la comunicacion.

? Los criterios de inclusion son todos los pacientes con FC intervenida remitidos al centro para tratamiento rehabilitador en los primeros días tras el postoperatorio. Ningún paciente va a quedar excluido. Si la comorbilidad del paciente o la existencia de deterioro cognitivo limitan o impiden la participacion en el programa se darán instrucciones a la familia sobre los cuidados y se prescribirán las ayudas técnicas necesarias. No se puede olvidar que la FC marca el fin de la vida independiente para algunos ancianos a pesar de que previamente muchos de ellos eran independientes tanto para la deambulacion como para las AVDB.

? La entrada en el programa se realiza en el momento que el médico rehabilitador realiza la primera valoración al paciente. Esta no se debe demorar más allá de las primeras 24 horas laborables tras la llegada de la hoja de consulta procedente de las plantas de geriatría. El tratamiento de fisioterapia y de terapia debe comenzar en las primeras 48 laborables tras la llegada de la hoja de consulta.

La finalizacion del programa será por haber conseguido los objetivos propuestos, ante la estabilizacion funcional del paciente que no alcanza la situacion prefractura, por éxito, o por traslado a otro centro

8. INDICADORES, EVALUACION Y SEGUIMIENTO. % de pacientes a los que se les ha valorado con todas las escalas (>90%)

% de pacientes que han finalizado el proceso de rehabilitacion en < = 15 sesiones de tratamiento

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

542

ELABORACION DE LA VIA CLINICA: TRATAMIENTO REHABILITADOR EN ANCIANOS CON FRACTURA DE CADERA EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE HUESCA

Factores por los que el tratamiento se ha prolongado: % dependiente del paciente, % dependiente de la institución y % dependiente de factores sociofamiliares.
% de cuidadores/familiares que han recibido información del equipo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante los últimos días de febrero terminaremos de elaborar el formato de los diferentes documentos empleados y se empezarán a emplear todas las escalas que hemos comentado.

Inicio de la puesta en marcha del programa durante el mes de marzo y continuación del mismo hasta el mes de noviembre.

En el mes de diciembre se realizará la evaluación de los indicadores del proyecto, los resultados obtenidos y las opciones de mejora para el año 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· (*) Bipedestador	2.500 €
· 2 andadores de apoyo antebraquial	800 €
· Libro formativo y memoria pendrive	100 €
Total	3.400 €

11. OBSERVACIONES. (*) Adquisición(de ayudas técnicas para la deambulaci3n:bipedestador

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 056

1. TÍTULO

DESARROLLO Y MEJORA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SECTOR DE SALUD DE HUESCA: MANEJO INTEGRAL DE LA SEDACION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

2. RESPONSABLE JUAN VALLES NOGUERO
- Profesión MEDICO
 - Centro HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
 - Servicio/Unidad .. Sº GERIATRÍA - UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA
 - Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- Mª DEL MAR BESCÓS ORÓS-MÉDICO-ESAD-SECTOR HUESCA
LORENA MAIRAL SALINAS-DUE-ENFERMERA DE ENLACE-DAP HUESCA
ISABEL PERALTA GASCÓN-DUE-UVSS (HSJ)
ALBERTO DE DIOS ROMERO-MÉDICO-S.MEDICINA INTERNA (HSJ)
TERESA MOYA PORTÉ-DUE-SUPERVISORA-(HSCJ)
ANA C. ZAMORA MOLINER-DUE-ESAD-(SECTOR HUESCA)
MARIA PILAR MUR CAMPOS-MÉDICO-Sº ANESTESIOLOGÍA (HSJ)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se estima que un 70% de los seres humanos que fallecen experimentan algún tipo de sufrimiento antes de morir. La medicalización progresiva de la vida y las dificultades para proporcionar cuidados domiciliarios adecuados han favorecido que alrededor de un 80% de las muertes tengan lugar en centros hospitalarios sin un proceso ordenado de anticipación o preparación.

La sedación es una maniobra no curativa, deliberada, sopesada y compartida para disminuir el nivel de conciencia del paciente de forma proporcionada ante una situación de sufrimiento no tratable, irreversible y de mal pronóstico a corto plazo. Puede ser paliativa o en la agonía, intermitente o continua y superficial o profunda. No es sinónimo de coma farmacológico ni tiene nada que ver con una práctica eutanásica. Su intención es aliviar un sufrimiento intolerable mediante administración de un fármaco.

Actualmente se disponen de suficientes medios para evitar este sufrimiento y no prolongar situaciones de agonía próximas al fallecimiento. Esta circunstancia ha de considerarse un derecho para el paciente y una obligación para los profesionales.

Por todo ello, se ha formado un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 16 profesionales para el sector de salud de Huesca con diversos objetivos a desarrollar: elaboración de documentos dirigidos al personal sanitario (manejo de la sedación para pacientes en situación terminal, proceso de comunicación con el paciente y la familia), diseñar acciones para el aseguramiento de recursos materiales en todos los niveles asistenciales y construcción del proceso para el sector. Simultáneamente realizar difusión del proyecto y educación del personal sanitario en todos los niveles y servicios del sector mediante edición de los documentos, sesiones interdisciplinarias y soporte a través de la intranet del sector

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Constitución del grupo de trabajo y reparto de tareas por líneas de trabajo.
- Preparación del borrador del documento para el manejo de la sedación paliativa

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Definir claramente que pacientes pueden ser tributarios de sedación.
- Proteger al paciente del sufrimiento que no se puede aliviar de otra forma que no sea disminuyendo su nivel de conciencia.
- Proporcionar información útil para facilitar la toma de decisiones al final de la vida, tanto para el paciente como para su familia y los profesionales sanitarios.
- Ayudar a evitar problemas legales.
- Ayudar mejorar la comunicación entre el profesional sanitario, el paciente y sus familiares o cuidadores

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Clasificación cuidadosa de paciente con diagnóstico de situación de final de la vida.
- Detección de síntomas o de sufrimiento físico o psíquico refractarios.
- Evaluación de la competencia del paciente para la toma de decisiones.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 056

DESARROLLO Y MEJORA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SECTOR DE SALUD DE HUESCA: MANEJO INTEGRAL DE LA SEDACION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

- Consentimiento explícito del enfermo o de la familia.
- Información clara y completa del proceso y registro en la historia clínica.
- Manejo adecuado de la sedación
- Indicar la suspensión de tratamientos fútiles y Orden de no RCP
- Protocolización de los cuidados de enfermería.
- Construcción de base de datos interniveles

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A- Pacientes con criterios de enfermedad terminal/total de pacientes valorados

B- Pacientes valorados con uno o más síntomas refractarios

C- Pacientes valorados con registro claro de información en la historia clínica:

-C.1: pacientes con orden de no reanimar (No RCP) escrita y firmada en historia clínica.

-C.2: pacientes informados de su situación o con voluntades anticipadas en los que consta dicha información por escrito en su historia clínica.

-C.2: familias informadas y que conste por escrito en la historia clínica.

D- Pacientes valorados a los que se aplican medidas adecuadamente:

-D.1: pacientes que reciben sedación terminal o cuidados adecuados

-D.2: pacientes cuyos cuidados paliativos resultaron efectivos.

-D.3: pacientes fallecidos que no recibieron pruebas y terapias fútiles.

-D.4: pacientes terminales que no fueron reanimados

E- Pacientes valorados derivados a ESAD-Atención Primaria

NOTA: el denominador es: nº de pacientes con criterios de enfermedad terminal excepto para A

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración y redacción del documento por grupo multidisciplinar: febrero 2010

- Edición del mismo, así como de un tríptico de bolsillo: marzo 2010

- Presentación en todos los servicios y niveles asistenciales: abril 2010

- Elaboración de otros documentos: abril-octubre 2010

- Diseño del proceso: abril-octubre

- Actividades de formación dirigidas a los profesionales sanitarios: a lo largo de 2010

- Evaluar el impacto inicial del proyecto a final de periodo: final de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· edición documentos (impresión)	1.000 €
· Actividades de formación - desplazamientos	500 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. los presupuestos solicitados para los apartados edición de documentos y formación son orientativos considerando la posibilidad de destinar más o menos recursos a uno u otro según necesidades

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

057

DISEÑO DE UNA UNIDAD DE DISFAGIA PARA EL SECTOR DE SALUD DE HUESCA

2. RESPONSABLE ANA LATORRE JIMENEZ

- Profesión MEDICO
- Centro HOSPITAL SAN JORGE
- Servicio/Unidad .. HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. NEUROLOGIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTA CHARTE GASCÓN-DIPLOMADA EN LOGOPEDIA-HOSPITAL Sº CORAZÓN DE JESÚS-HSCJ
JOSÉ ANTONIO CHENA ALEJANDRO-ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN-Sº DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN-HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
LUCÍA MORLANS GRACIA- ESPECIALISTA EN GERIATRA-Sº DE GERIATRÍA-HSCJ
ISABEL PERALTA GASCÓN-DUE-UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA (UVSS)-HSJ
CARMEN URZOLA CASTRO-DUE-SUPERVISORA-UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA-HSJ
JUAN VALLES NOGUERO-HOSPITAL Sº CORAZÓN DE JESÚS-HSCJ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se demuestra una prevalencia elevada de disfagia en población con episodios agudos de enfermedad y patologías neurológicas degenerativas de larga evolución. La mayoría son pacientes geriátricos con complejidad alta y múltiples problemas. Se estima que alrededor de un 50% de pacientes con ictus, demencia o enfermedad de Parkinson la presentarán de forma irreversible. Se trata, por tanto, de un problema de salud con una importancia con frecuencia infravalorada y gran riesgo de consecuencias graves a corto, medio y largo plazo si no se realiza un manejo correcto.

Es preciso realizar una valoración y exploración exhaustivas teniendo en cuenta las implicaciones nutricionales. Las pruebas complementarias y la indicación de procedimientos a realizar han de ser supervisados por personal experto para un diagnóstico y tratamiento adecuados. El seguimiento del paciente y la coordinación interniveles y entre servicios resulta imprescindible. Por todo ello se hace necesario disponer de una unidad específica interdisciplinar y multicéntrica disponible para todo el sector

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Detección activa de pacientes en Sº de Neurología del HSJ por UVSS.

- Evaluación , diagnóstico y seguimiento de pacientes en el Hospital Sº Corazón de Jesús y consultas de nutrición de servicio de Geriatria

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Sensibilizar a la población general y al personal sanitario sobre las implicaciones clínicas, funcionales y sociales de la disfagia

- Dar a conocer la disponibilidad de la unidad
- Protocolizar un diagnóstico y tratamiento que permitan conseguir la deglución más segura y eficaz posible o, en su defecto indicar las medidas correctoras más adecuadas
- Mejorar la educación para las familias
- Reducir el nº de complicaciones
- Establecer los canales para un seguimiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.Diseñar una metodología de trabajo para el manejo integral de pacientes con disfagia.

2.Realizar la detección, diagnóstico y tratamiento precoces, especialmente en hospitalización.

3.Colaborar estrechamente (detección activa de pacientes) con el área de ictus de del HSJ Huesca de inmediata creación.

4.Colaborar en la formación del personal sanitario a nivel de sector para conseguir un manejo homogéneo de este problema.

5.Crear las condiciones para dotar al sector de diagnóstico por videofluoroscopia como tecnología de referencia.

6.Elaboración de documentos informativos de educación para la familia

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Pacientes con disfagia/total pacientes valorados

- Pacientes detectados en por servicios/total pacientes valorados

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 057

DISEÑO DE UNA UNIDAD DE DISFAGIA PARA EL SECTOR DE SALUD DE HUESCA

- Pacientes valorados en menos de 48 horas en la unidad de ictus/total de pacientes ingresados en unidad de ictus
- Pacientes con diagnóstico y medidas correctoras realizadas/total pacientes valorados
- Pacientes con seguimiento organizado/pacientes con indicación de seguimiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Diseño de metodología y puesta en marcha: primer trimestre de 2010
- Desarrollar indicaciones y canalización para la videofluoroscopia: segundo trimestre de 2010
 - Detección activa de pacientes (unidad de ictus): tercer trimestre de 2010.
 - Colaborar en cursos de formación y divulgación a nivel de sector: a lo largo de 2010
 - Reevaluación del método, resultados e indicadores: diciembre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Edición documentos (imprenta)	350 €
· 6 pulsioxímetros	350 €
· Actividades de formación	600 €
· 1 videofluoroscopio	35.000 €
Total	36.300 €

11. OBSERVACIONES. IMPORTANTE: respecto de los 35000 euros para un videofluoroscopio, está previsto proponer a la gerencia del sector incluir dicho concepto en el presupuesto para el telemando con disco duro que el Sº de Radiología ha solicitado para el año 2010