

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 3 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector OTROS**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
OT	HOSP	H SAN JUAN DE DIOS	GOMEZ RIVAS PAULA	471	PREVENCIÓN DE ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR COMPATIBILIDAD DE CONEXIONES DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA DIFERENTES VÍAS
OT	HOSP	H SAN JUAN DE DIOS	PALMERO PEREZ FRANCISCA	249	MEJORA EN LA ESTRUCTURA COMUNICATIVA DEL INFORME DE ENFERMERIA, SOPORTE DOCUMENTAL DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE HOSPITAL DE CONVALECENCIA-ATENCION PRIMARIA
OT	OTROS	CASAR FRAGA	CALLAO BUATAS JOSE	463	PROTOCOLIZACIÓN DEL USO DE LA VMNI EN EL PACIANTE ANCIANO

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

**PREVENCIÓN DE ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR COMPATIBILIDAD DE CONEXIONES DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA DIFERENTES VÍAS**

2. RESPONSABLE ..... PAULA GOMEZ RIVAS
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... H SAN JUAN DE DIOS
  - Localidad ..... ZARAGOZA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
  - Sector ..... OTROS

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FALCES AÑON EVA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. HOSPITALIZACION
  - SISAS RUBIO RAQUEL. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. CUIDADOS PALIATIVOS
  - SANCHO ALCAZAR MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. NEFROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de medicamentos por vías incorrectas constituye un tipo de error objeto de atención especial por las organizaciones dedicadas a la seguridad del paciente, debido al elevado riesgo de causar efectos adversos graves en los pacientes. En este sentido se han comunicado en España varias alertas, como por ejemplo errores de administración de salbutamol para nebulización por vía intravenosa o errores de administración de nutrición enteral por vía intravenosa. Los diferentes organismos que trabajan en la seguridad del paciente (OMS, SNS, ISMP, NQF) recomiendan utilizar sistemas con conexiones incompatibles para las diferentes vías de administración (oral/enteral y parenteral) para prevenir estos errores de medicación por una vía incorrecta. Por ejemplo se pueden usar jeringas no compatibles con los sistemas de administración intravenosa y conexiones específicas en sistemas de infusión de nutrición enteral. Además también se recomienda revisar los procedimientos de administración e implantar prácticas seguras para prevenir estos errores.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Identificar los riesgos existentes en la administración de medicamentos por una vía incorrecta en el centro hospitalario.

- Diseñar soluciones y estrategias para minimizar los riesgos identificados
- Implantar dichas estrategias y darles difusión entre todo el personal del centro
- Re-evaluar los riesgos existentes tras la implantación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Identificación de todas las especialidades farmacéuticas incluidas en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital que pueden ser administradas en forma líquida para vía oral o vía nebulizada

- A partir de esa selección de medicamentos revisar su acondicionamiento para evaluar si éste constituye un riesgo de error para la administración.
- Revisar si los envases de estos medicamentos van provistos de algún dispositivo de dosificación o administración.
- Revisar los equipos de administración de medicamentos disponibles en el Hospital.
- Realizar una evaluación conjunta de los equipos de administración y los dispositivos que acompañan a los envases para identificar aquellos que suponen un riesgo potencial.
- Revisar los actuales procedimientos enfermeros de administración de medicamentos para detectar situaciones que puedan suponer un riesgo potencial de error y cuáles son una barrera efectiva ante estos errores.
- Una vez detectados los riesgos potencial diseñar estrategias para minimizar el riesgo
- Implantar y difundir dichas estrategias
- Re-evaluar los riesgos para conocer el impacto de la implantación de estas estrategias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de especialidades farmacéuticas líquidas y nebulizadas disponibles, evaluadas y revisadas

- % de productos sanitarios para administración disponibles, evaluados y revisados
- N° de riesgos identificados al inicio del proyecto
- N° de estrategias diseñadas para minimizar los riesgos identificados
- N° de estrategias implantadas para minimizar los riesgos identificados
- N° de riesgos identificados al final del proyecto tras implantación de estrategias

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer trimestre: revisión y evaluación de especialidades farmacéuticas y productos sanitarios y detección de riesgos

- Segundo trimestre: evaluación de los procedimientos enfermeros de administración de medicamentos
- Tercer trimestre: diseño de estrategias de minimización de riesgos
- Cuarto trimestre: implantación de estrategias y reevaluación

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. Seguridad del paciente

## POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

471

## 1. TÍTULO

**PREVENCIÓN DE ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR COMPATIBILIDAD DE CONEXIONES DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA DIFERENTES VÍAS**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Errores de medicación

OTRA PALABRA CLAVE 2. Productos sanitarios

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

249

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA ESTRUCTURA COMUNICATIVA DEL INFORME DE ENFERMERIA, SOPORTE DOCUMENTAL DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE HOSPITAL DE CONVALECENCIA-ATENCION PRIMARIA**

## 2. RESPONSABLE ..... FRANCISCA PALMERO PEREZ

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H SAN JUAN DE DIOS
- Localidad ..... ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ..... OTROS

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LORENTE SERRANO CARMEN. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 1. DIRECCION DE ENFERMERIA
- FRANCES PINILLA MARINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 2. DIRECCION DE ENFERMERIA
- SARASA CRISTINA. ENFERMERO/A. DAP ZARAGOZA 3. DIRECCION ENFERMERIA
- FALCES AÑON EVA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
- SISAS RUBIO RAQUEL. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
- FLORENTIN EVELYN. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
- LOBERA TERESA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
- MOLINA ANA ROSA. ENFERMERO/A. H SAN JUAN DE DIOS. ENFERMERIA
- CASTILLO ILDEFONSO. TECNICO/A DE INFORMATICA. H SAN JUAN DE DIOS. INFORMATICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde que la ley General de Sanidad, estableciera la atención Sanitaria en 2 niveles de intervención, la continuidad de cuidados entre ambos niveles es uno de los retos a los que nos enfrentamos todos los profesionales. En el ámbito de los cuidados, la comunicación Enfermera-enfermera se hace prioritaria a través de un Informe de Continuidad.

En el año 2011 dentro de los proyectos trabajamos junto a la enfermera de Enlace un circuito de envío/recepción y control de dichos informes con la finalidad de que llegasen a cada profesional receptor del paciente. También mejoramos el propio informe incorporando el modelo de V. Henderson en la Valoración al ingreso y de ahí los informes de alta.

El proyecto actual, pretende mejorar la comunicación entre enfermeras responsables de cuidados entre niveles asistenciales, a través de la mejora en el envío, el cambio de receptor de dicho informe y la modificación informática que permite el cumplimiento exhaustivo de la LPD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el proyecto anterior, conseguimos un 100% de ICC al alta, elaborados , de ellos fueron enviados a la Enfermera de Enlace el 98%. este envío se hizo a través de correo encriptado para cumplir la LPD.

Los indicadores fueron

- nº de icc realizados sobre nº de altas= % de cumplimentación = 100%
- nº de envíos sobre nº de altas= porcentaje de envío= 98%
- Mejora del icc a través de reuniones interdisciplinarias=4
- Presentación del nuevo informe 2, en AP y en HSJD

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Necesitamos abrir nuevas vías de comunicación y para ello hemos creado un grupo de trabajo de Enfermería que determine el mejor sistema para hacer llegar a la enfermera que recibe al paciente el ICC. No siempre la enfermera de su centro de salud de origen. En este proceso contamos con la colaboración y compromiso en el proyecto de las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria, de gran importancia para resaltar lo que necesita la Enfermera de AP cuando recibe un informe de un paciente dado de alta y la colaboración de todas ellas para direccionar el informe a la persona adecuada, condición indispensable para asegurar la continuidad de cuidados, especialmente en grupos de pacientes vulnerables.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reunión con AP. Determinar necesidades

Reunión con Primaria para recoger información de correos electrónicos

Trabajo con nuestros informáticos para el despliegue de los distintos correos

Compromiso de Enfermeras de Hospital para el envío de dichos Informes.

Charlas conjuntas Primaria y Hospital para informar del nuevo sistema y adjudicar las claves del encriptado e implementación

Recoger incidencias

Inicio del proyecto/seguimiento y control de indicadores. Informe del Plan a Calidad

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -nº informes enviados/nº de altas&gt; 90%

-nº Centros de primaria/nº de correos encriptados >1

- Nº de reuniones interniveles>2

- Informe de comunicación telefónica entre enfermeras responsables del paciente

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fechas de Inicio y finalización: Febrero 2014-Diciembre 2014

Marzo.- primera reunión de equipo interniveles asistenciales

Mayo.- Disponibilidad de correos. Trabajo informático

Julio.- Inicio del envío ICC de acuerdo al proyecto

Noviembre.- Revisión de datos e informe

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

POBLACIÓN DIANA

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

249

**MEJORA EN LA ESTRUCTURA COMUNICATIVA DEL INFORME DE ENFERMERIA, SOPORTE DOCUMENTAL DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE HOSPITAL DE CONVALECENCIA-ATENCION PRIMARIA**

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Crónicos/Convalecencia

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Informe Continuidad de Cuidados

OTRA PALABRA CLAVE 2. Enfermería

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

463

**PROTOCOLIZACIÓN DEL USO DE LA VMNI EN EL PACIANTE ANCIANO****2. RESPONSABLE** ..... JOSE CALLAO BUATAS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CASAR FRAGA
- Localidad ..... FRAGA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... OTROS

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

- ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA. MEDICO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ. MEDICO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- REYES AGUADO MIGUEL. MEDICO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- TRENC ESPAÑOL PATRICIA. MEDICO/A. CASAR EJEJA. URGENCIAS
- ALBA ESTEBAN PATRICIA. MEDICO/A. CASAR EJEJA. URGENCIAS
- PUEYO LALIENA SILVIA. ENFERMERO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- MONTILLA DURAN LORENA. ENFERMERO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- REYES PARDO SARA. ENFERMERO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- SANZ ARMUNIA MANUEL. ENFERMERO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- SANCHEZ RIVAS VANESA. ENFERMERO/A. CASAR FRAGA. URGENCIAS
- LACRUZ LOPEZ ELENA. MEDICO/A. CASAR FRAGA. MEDICINA INTENSIVA

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El progresivo envejecimiento de la población provoca que debamos replantearnos la asistencia de los pacientes con insuficiencia respiratoria y no candidatos a medidas agresivas como la intubación orotraqueal (IOT).

La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), mediante el uso de la BiPAP o la CPAP, ha experimentado un crecimiento muy importante en los servicios de Urgencias de todo el mundo, mostrando sus grandes ventajas al evitar ingresos prolongados y reduciendo el número de IOT que precisan los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada

Son escasos y muy limitados los estudios existentes sobre el uso de la VMNI en el paciente anciano, aunque nuestra experiencia en este tipo de pacientes nos sugiere que puede tener un efecto muy beneficioso al mejorar el pronóstico, reducir el tiempo de hospitalización y la situación basal del paciente tras el alta.

En los centros de Alta Resolución de Ejeja y Fraga, el paciente que ingresa en Urgencias suele ser un paciente anciano y pluripatológico, con patología respiratoria muy frecuentemente. Es por ello que creemos que una protocolización para el uso de la VMNI en este grupo de pacientes puede tener un efecto muy favorable para mejorar el pronóstico y reducir el tiempo de hospitalización

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** El proyecto busca protocolizar la asistencia al paciente anciano en situación de insuficiencia respiratoria para conseguir:

- 1.- Mejorar el confort y reducir la necesidad de sedaciones paliativas
- 2.- Reducir el tiempo de estancia media del paciente que ingresa con clínica de insuficiencia respiratoria
- 3.- Mejorar la situación basal al alta del paciente
- 4.- Reducir el coste global de hospitalización del paciente anciano

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** El proyecto de Calidad se centralizará en los Servicios de Urgencias de los centros CASAR Ejeja (siendo el Dr. Reyes el principal responsable) y CASAR Fraga (Dr. Callao).

Los pacientes susceptibles de VMNI serán asignados mediante las indicaciones de las Guías Clínicas internacionalmente reconocidas (pH < 7.35, pCO<sub>2</sub> >50, taquipnea...), iniciándose de forma temprana la VMNI mediante BiPAP y según valores previamente establecidos. Serán incluidos también pacientes en situación paliativa que precisen apoyo respiratorio o con bajo nivel de consciencia.

La experiencia de estos últimos años nos demuestra que la respuesta del paciente anciano tratado con VMNI es muy rápida, y en la mayor parte de las ocasiones más satisfactoria que en el paciente más joven

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** Se buscará evaluar los siguientes puntos:

- 1.- Mejora de los valores gasométricos a los 60 min, a las 6h, a las 24h y al alta
- 2.- Mejoría subjetiva y clínica del paciente a las 24h
- 3.- Situación basal del paciente previo al ingreso (Pfeiffer y Barthel) y tras el alta
- 4.- Situación basal del paciente a los 3 meses y número de reingresos

**9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.** El proyecto ya está preparado.

Las indicaciones del uso de VMNI están recogidas en las diferentes guías, si bien su uso en el paciente anciano no está tan claro.

En el año 2014 se iniciaría el estudio, hasta recoger un mínimo de 75 pacientes (los estudios similares a nuestro proyecto no superan los 50-85), lo que esperamos alcanzar en 8-9 meses

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

463

**PROTOCOLIZACIÓN DEL USO DE LA VMNI EN EL PACIANTE ANCIANO**

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Ancianos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Paciente con insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada, independientemente de la causa

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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