

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

FACILITACION DE LA DOSIFICACION PEDIÁTRICA EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

PURIFICACIÓN MEDRANO

Profesión

PEDIATRA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

CENTRO DE SALUD ANDORRA

Sector de SALUD:

ALCAÑIZ

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 842106

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 JAVIER GUTIERREZ	PEDIATRA	CS HÍJAR
2 MARIA ARANZAZU GARCIA COLINAS	FARMACEÚTICA	D. ATENCION PRIMARIA
3 JOSÉ MARÍA TURÓN	MÉDICO DE FAMILIA	UNIDAD DE CALIDAD
4		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Cada día son más numerosas las consultas pediátricas que se realizan en las Urgencias de Atención Primaria, generalmente a cargo de médicos de familia, que cada vez ven menos niños en la consulta ordinaria. El manejo de las dosis pediátricas de fármacos implica habitualmente la consulta de la dosis y la realización de cálculos matemáticos lo que se traduce en consumo de tiempo, y muchas veces en inseguridad de la dosis manejada. La utilización de un programa informático, que proporcione la dosis pediátrica de los fármacos más usuales, a partir de la introducción del peso del niño puede facilitar la labor de los médicos de familia.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Incrementar la seguridad de los médicos de familia al atender a la población pediátrica.
Incrementar la adecuación de las dosis de fármacos en función de la patología del niño.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración de un programa que calcule la dosis de los fármacos más habituales en las urgencias pediátricas de Atención Primaria.

1. Identificación de los fármacos más habituales en las urgencias de A. Primaria y sus indicaciones
2. Elaboración del programa
3. Pilotaje en las consultas de pediatría del sector
4. Extensión al sector.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Encuesta de satisfacción de los profesionales con el programa. Se valorarán los ítems de satisfacción global, seguridad del profesional y utilización del programa.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo: Elaboración del programa
Abril: pilotaje
Mayo: difusión

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<u>ELABORACIÓN DE PROGRAMA INFORMÁTICO</u>	1000
TOTAL	1000

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

RECETEMOS CON EFICIENCIA (2ª PARTE)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MIGUEL ANGEL DE MINGO USON

Profesión

MÉDICO DE FAMILIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

CONSULTORIO DE FORTANETE CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA (TERUEL)

Sector de SALUD:

SECTOR DE ALCAÑIZ

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

Mademingo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978-778127 (FORTANETE)

964-185252 (CANTAVIEJA)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1MIGUEL ANGEL SERRANO GODOY	MEDICO	C.S.CANTAVIEJA
2CONCHA GARCIA ROBRES	ENFERME	C.S. CANTAVIEJA
3EUSEBIO APARICIO ROS	ADMINIST	C.S. CANTAVIEJA
4		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El proyecto es la continuación del comenzado el año pasado, en el que se pretendía mejorar la prescripción médica, mejorando la eficiencia de la misma, basándose en unos indicadores recibidos mensualmente por la farmacia del sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Se realizaron sesiones clínicas para formar al personal acerca de los dos indicadores sobre los que en ese momento se podría obtener una mayor rentabilidad de mejora, y que eran los dos en los que el equipo obtenía peores resultados. Estos indicadores eran el DHD ajustado de antibióticos sistémicos, en el que se pasó de un 30´4% con una puntuación de 0, a un 25´6%, lo que supone un aumento de 4´2 puntos. El otro indicador era el % de simvastatina en relación al resto de estatinas. En este, se ha mejorado, pero no lo suficiente, pasando de un 29´2% a un 31´5%, lo que en términos

absolutos supone pasar de 2`78 a 3`20 puntos.

Está pendiente realizar una reunión para difundir estos resultados entre el personal, en la que se hará de nuevo hincapié en las propuestas hechas.

Además, se va a trabajar este año sobre otros dos indicadores con oportunidad de mejora vistos el año pasado, y que este año siguen siendo un objetivo a mejorar. Estos indicadores van a ser el % de Metformina en relación al conjunto de antidiabéticos orales; y el % de antidepresivos de primera elección en relación con el total de antidepresivos prescritos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar aún más los porcentajes en los dos indicadores a evaluar, y seguir trabajando con ellos durante este año.

Mejorar los dos nuevos indicadores a introducir, cuyos porcentajes de base son:

Para la Metformina de un 34% (10`4) y para los antidepresivos de elección, de un 61`3% (3`8)

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En base a los resultados del equipo que proporciona mensualmente la Dirección de Atención Primaria del Sector, se realizarán sesiones bimensuales para comentar los resultados obtenidos, y así poder corregir posibles desviaciones del objetivo.

Se realizarán actividades formativas para dejar palpable la conveniencia de un cambio en la prescripción en los dos indicadores sobre los que este año se van a incidir por primera vez.

Se comunicará a la dirección cualquier discordancia con respecto a los indicadores encontrada en las reuniones de equipo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Monitorización mensual de la evolución del indicador sintético de calidad de la prescripción en Atención Primaria, y sobre todo de los 4 indicadores que forman parte de nuestro proyecto de mejora:

DHD ajustado de antibióticos sistémicos.

% de metformina/antidiabéticos orales.

% simvastatina/estatinas

% Antidepresivos de primera elección/Antidepresivos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

MARZO 2009 Reunión de evaluación de resultados del año pasado

MARZO 2009 Reunión para perfilar los nuevos objetivos de este año

ABRIL 2009 Reunión de formación sobre el tema de la Metformina y antidiabéticos.

ABRIL 2009 Reunión de formación sobre los antidepresivos de primera elección.

Bimensualmente (excepto los 4 meses de verano) reunión para ver la marcha del proceso de mejora.

FEBRERO 2010 Evaluación de resultados.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
MEJORA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS CARDIOVASCULARES

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a Rosa Pujol Obis
Profesión Medico de Atención Primaria
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Centro de Salud de Caspe
Sector de SALUD: Alcañiz
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico:
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 876636007 - extensión 14

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Alberto Galarza	Medico	Caspe
2 Carolina Abadía	ATS	Caspe
3 M ^a Dolores Vidal	ATS	Caspe
4		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
En la autoevaluación EFQM del año 2008 hemos detectado un problema de déficit de registro de las actividades preventivas cardiovasculares, que pensamos puede estar relacionado con la variabilidad en el registro de las mismas. Asimismo podría haberse reducido el volumen de dichas actividades en relación con el incremento de la presión asistencial

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Incrementar la cobertura de los parámetros incluidos en el servicio de prevención cardiovascular.
- Incrementar el registro del riesgo cardiovascular en la historia clínica informatizada

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Formación en manejo de planes personales OMI
- Elaboración de una estrategia de evaluación oportunista de pacientes que acudan a consultas por cualquier motivo (procedimiento médico-enfermera)
- Formación en evaluación e intervención sobre el manejo del riesgo cardiovascular
- Medición de indicadores antes-después de la intervención

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- % de pacientes mayores de 18 años con registro de: presión arterial, peso, talla y hábito de fumar
- % de pacientes mayores de 18 años con RCV calculado
- Ratio simvastatina/total estatinas x 100

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Formación planes personales: Febrero 2009
- Elaboración de estrategias: Marzo-Abril 2009
- Formación en riesgo cardiovascular Mayo-Junio 2009

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Portátil para conectar a cañón proyector en las sesiones de formación	1000 Euros
TOTAL	1000 Euros

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA ZONA DE SALUD RURAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE MANUEL CUCALÓN ARENAL

Profesión

MÉDICO EAP

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

C.S. HIJAR

Correo electrónico:

jmcucalon@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978820725

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JAVIER GUTIERREZ	PEDIATRA	HÍJAR
JERÓNIMO ROLDÁN	MÉDICO	HIJAR
M ^a PILAR ROMERO	MÉDICO	HIJAR
ANTONIO MARTINEZ BARCELO	MÉDICO	HIJAR
AHMAD MOUSA EL KHATIB	MÉDICO	HIJAR
ALFREDO PERCHES	MÉDICO	HIJAR
JUAN PEÑALVER	MÉDICO	HIJAR
JESUS ZUMETA	MÉDICO	HIJAR
MARIA ARANZAZU GARCÍA	FARMACEUTICA	DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA ALCAÑIZ
JOSÉ MARÍA TURÓN ALCAINE	MÉDICO	CS ANDORRA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La utilización inadecuada de antibióticos conlleva un aumento progresivo de las resistencias de los microorganismos, facilita la aparición de un mayor número de efectos indeseables e incrementa el gasto farmacéutico.

Se detecta uso inadecuado de la prescripción de antibióticos en la zona básica de salud mediante los indicadores de calidad de prescripción que informa el SALUD, posiblemente en relación con problemas de formación actualizada, y las expectativas de una población demandante de antibióticos ante problemas banales.

Reunido el equipo se decide centrar los esfuerzos en la mejora de este indicador.

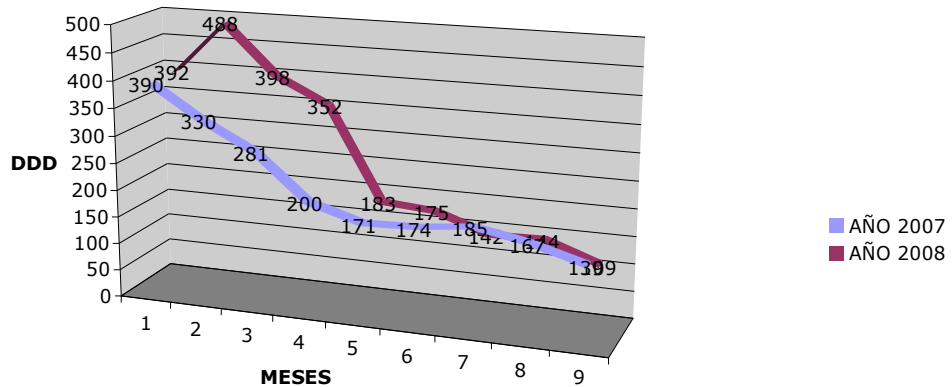
5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

Uno de los problemas detectados con mayor intensidad, medido por el índice sintético de nuestro Centro, han sido el desorbitado consumo de cefalosporinas de 3ª generación que estaba suponiendo un problema en la ZBS con una tendencia cada año en aumento. Para este año nos propusimos disminuir esta tendencia y corregir el desequilibrio existente entre la prescripción de este grupo antibiótico existente comparándolo con el índice del sector de Alcañiz y de la CA de Aragón (ver tablas). En este año de actuación se ha conseguido parar el incesante crecimiento prescriptivo de este grupo. Ahora, al finalizar el año hemos conseguido reducir la tendencia por debajo ligeramente del año anterior. No obstante y tras el estudio detallado de los datos obtenidos del año de seguimiento se aprecia que no se han conseguido con holgura los objetivos propuestos al inicio del programa debido a la falta de compromiso con el programa de dos miembros del equipo de mejora, puesto que sacando a estos miembros de la evaluación sí se aprecia un cuantitativa mejoría de los indicadores planteados. Entendemos que la decisión de un miembro del equipo no debe desvirtuar el esfuerzo del resto de integrantes del equipo de mejora por lo que consideramos positiva la evaluación, teniendo que asumir como reto para el próximo año, intentar reconducir la política de prescripción de antibióticos de estos dos compañeros no colaboradores en el presente ejercicio. No obstante lo anterior se ha hecho un notable esfuerzo por contener la prescripción de un grupo de antibióticos que tiene un papel definido y específico en Atención Primaria y que por su novedad, la presión de la industria farmacéutica y el desconocimiento de los profesionales está disparando su consumo, como es el de las cefalosporinas de 3º generación. Hemos comprobado que existe un marcado comportamiento estacional en la prescripción de cefalosporinas de 3º generación, en línea con el perfil estacional del resto de antibióticos. Se adjuntan diferentes gráficas que explican el comportamiento prescriptor de cefalosporinas en el equipo de mejora en el año 2007 y en el 2008, así como ratios cefas de 2º y de 3º generación, que están revertiendo en un mejor uso racional de los antibióticos. Para el año próximo nos plantearemos seguir bajando la prescripción de cefas de 3ª G. con un ratio cefas 2ª y 3ª más favorable así como estudiar el comportamiento de los demás grupos antibióticos.

En la primera gráfica se aprecia el descenso en la tendencia alcista prescriptiva que se venía manteniendo año a año.

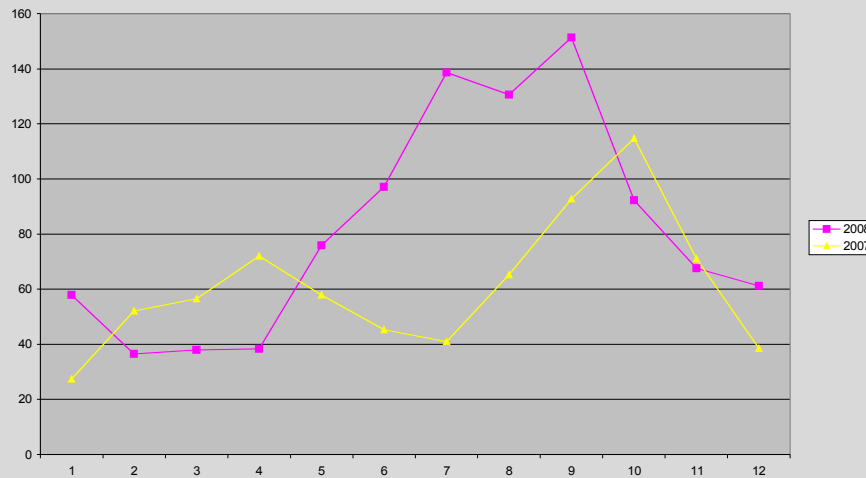
COMPARATIVA EVOLUCION PRESCRIPCION CEFAS 3º G. ZBS.



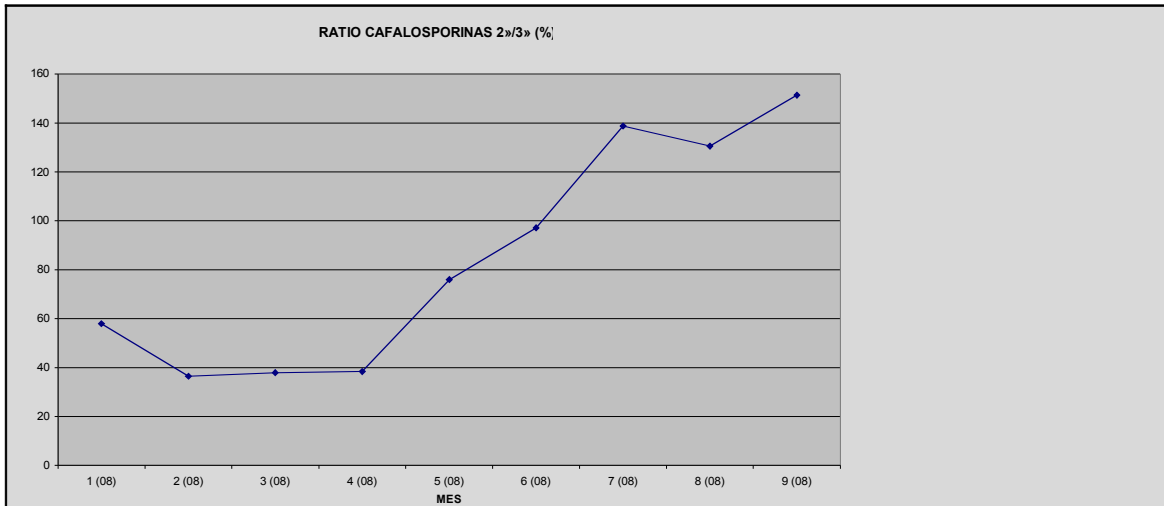
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
AÑO 2007	390	330	281	200	171	174	185	167	139
AÑO 2008	392	488	398	352	183	175	142	144	109

En esta segunda gráfica se pone de manifiesto el descenso de la relación cefas 2ª/cefes 3ª G. A lo largo del año y que esperamos mejore hasta situarse por debajo del año 2007, invirtiendo la tendencia anterior.

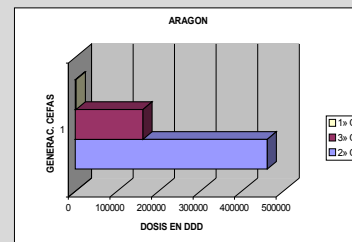
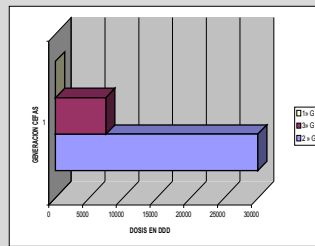
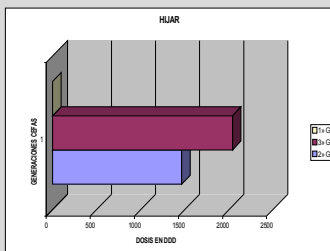
RATIO CEFAS 2ª/3ª



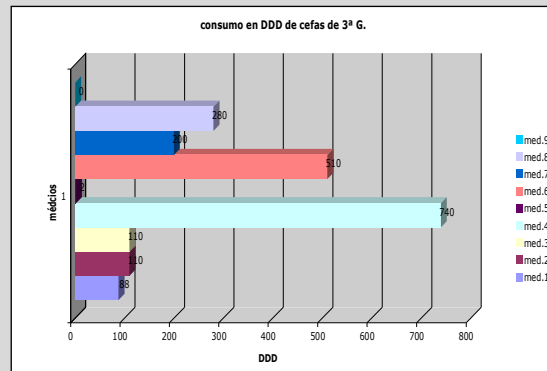
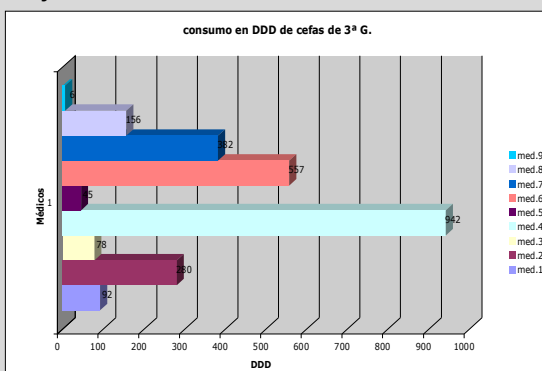
En esta gráfica exponemos el aumento significativo que la ratio cefas 2ª/3ª se mantiene a lo largo del año 2008.



Consumo de cefalosporinas en Hija (1), Alcañiz (2) y Aragón (3). En esta gráfica se aprecia la mala situación de partida del perfil prescrito de nuestro ZBS, invirtiendo lo que ocurre en el sector de Alcañiz y el la CA de Aragón durante el año 2007. El problema se objetiva y se hacen necesarias políticas de actuación directa como la implantación de este trabajo de calidad.



Consumo de cefalosporinas de los miembros del Equipo durante el año 2007 (Primera gráfica) y 2008 (segunda gráfica) que explica el comentario de la poca colaboración de dos miembros del equipo que desvirtúan los buenos resultados del resto del equipo de mejora.



Después de las gráficas que se muestran se hace necesario insistir en una adecuada política de uso correcto de antibióticos en nuestra ZBS. Las políticas a llevar a cabo seguirán siendo las sesiones clínicas formativas y la concienciación entre los distintos profesionales implicados en el ciclo de mejora.

Para el próximo año se analizarán las mejoras en este grupo terapéutico ampliándose con los otros grupos de antibióticos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminución de la DDD de antibióticos
- Mejorar/Optimizar el perfil prescriptivo de antibióticos
- Concienciar a la población sobre el uso correcto de antibióticos
- Mejorar la formación en antibióticos a los integrantes del EAP
- Fomentar el trabajo en equipo

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión en reunión de equipo con carácter mensual, y registro en acta, de los indicadores de antibióticos con carácter mensual. Análisis de causas.
- Realización de sesiones clínicas sobre diferentes indicaciones de antibióticos. Las sesiones serán coordinadas por D. José Manuel Cucalón y serán impartidas por los miembros del equipo, la farmacéutica de área u otros expertos en el tema, con la colaboración de la dirección de Atención Primaria y del Sector Alcañiz. Su contenido se adaptará a la evolución de los indicadores de prescripción de antibióticos que se monitorizarán mensualmente
- Actividades de concienciación a la población (cartelería, folletos...)

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se realizará monitorización mensual de los siguientes indicadores:

- Dosis diaria definida por EAP en conjunto
- Perfil prescriptivo por grupos de antibióticos

Se realizará gráfico de control tipo "p" a partir de los indicadores referidos desde Enero de 2007, monitorizando las tendencias y observando la variabilidad.

- Finalmente se comparará el perfil y la dosis DDD de antibióticos de los años 2007 y 2008 antes y después de la intervención

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: FEBRERO 2008

Fecha de finalización: FEBRERO 2009

Calendario:

- FEBRERO 2008: Elaboración de gráfico de control tipo "p" con los indicadores referidos
- Mensualmente: reunión de equipo para evaluar las tendencias
- Marzo: Recopilación de material informativo para el usuario
- Sesiones clínicas programadas a lo largo del primer semestre del año, y también reactivas a nuevos problemas identificados en los indicadores
- Febrero 2009: Reevaluación de resultados

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
CÁMARA DIGITAL	300
TOTAL	300

Lugar y fecha:

HÍJAR, 21 DE FEBRERO DE 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Estableciendo un programa de Calidad en la mujer embarazada de la ZBS de Hijar. Una mejora en la hoja de ruta.

- 1.- Captación de la mujer embarazada en la zona básica de salud de Hijar.
- 2.- Regularización de la mujer embarazada inmigrante.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Manuel Cucalón Arenal

Profesión

Médico AP

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Centro de salud de Hijar (Teruel)

Sector de SALUD:

ALCAÑIZ

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

jmcucalon@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978-820725

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José Manuel Cucalón Arenal	Médico F.	HIJAR
2 Monserrat	Matrona	HIJAR
3 Juan Peñalver Pardo	Medico F.	HIJAR
4 Jerónimo Roldán	Medico F.	HIJAR
5 Pilar Romero	Medico F.	HIJAR
6 Antonio Martínez Barseló	Medico F.	HIJAR
7 Ahmed Mousa El Katib	Medico F.	HIJAR
8 Alfredo Perches Falcó	Medico F.	HIJAR
9 Jesús Zumeta Fustero	Medico F.	HIJAR
10 Javier Gutierrez Blasco	Pediatra	HIJAR

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Desde la implantación del programa de la mujer en la ZBS y la presencia de una matrona en el equipo no se ha establecido con rigor un sistema de captación de la mujer embarazada por parte del Equipo que permita cuantificar correctamente el número de embarazadas de la ZBS y su distribución en los núcleos que componen la misma. Además la matrona no recibe las altas de los embarazos con la consiguiente pérdida de control de los mismos. Como agravante se aprecia una alta asistencia a mujeres inmigrantes que o bien no están censadas o bien están de paso, con los consiguientes problemas de control sanitario a esta población. EXISTE LA CONCIENCIA COLECTIVA DE QUE SON MUCHAS LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE NO ESTÁN CORRECTAMENTE CONTROLADAS. Muchas mujeres deciden realizar los controles periódicos en la Medicina privada o en otros centros fuera del sector con la consiguiente pérdida de información sobre este colectivo. Dado que se está completando el programa de la mujer con la asistencia una vez a la semana de la matrona, creemos prioritario realizar una mejor captación de los embarazos de la ZBS para que, como mínimo, sean atendidas en una primera visita por la matrona del centro a fin de monitorizar su seguimiento, aún a pesar de que las mujeres deseen dar a luz en cualquier centro, público o privado, del sector o de fuera de este. Como principal fuente de información se utilizará la declaración por escrito del médico que atiende (capta) un embarazo, informando a la matrona de los datos personales de la mujer para poder ponerse en contacto con ella, y realizar un correcto seguimiento de su embarazo. Se establece un protocolo de actuación ante la captación de un embarazo (queda reflejado más abajo).

Creemos que es importante realizar una correcta captación del embarazo en nuestra ZBS, con un seguimiento adecuado y con las derivaciones oportunas al nivel especializado, respetando siempre la voluntad de la mujer en cuanto al lugar donde prefiere controlar su embarazo y dar a luz.-

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- CAPTACIÓN DEL 100% DE EMBARAZOS EN LA ZBS Y QUE LA MATRONA REALICE UNA PRIMERA VISITA AL 100% DE LOS CAPTADOS.
- 2.- EL 100% DE LOS EMBARAZOS CAPTADOS CUMPLAN LA HOJA DE RUTA PREVISTA (ANALITICA-SEGUIMIENTO-DERIVACIÓN A OBSTETRICIA)
- 3.- MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS EMBARAZADAS
- 4.- REGULARIZAR A LAS MUJERES EMBARAZADAS INMIGRANTES CAPTADAS
- 5.- INCREMENTAR EL REGISTRO DE RECIEN NACIDOS INMIGRANTES Y CON ELLO IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN INFANTIL EN UNA POBLACIÓN CON DÉFICIT DE REGISTROS QUE LOS INDICADORES DE COBERTURA USUAL NO PUEDEN DETECTAR

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Creemos que si tras la captación inicial del embarazo en las diferentes consultas de los facultativos de la ZBS se pasan los datos fundamentales a la matrona y que ésta realice una visita de control inicial, se puede conseguir un mejor control sanitario de los embarazos detectados, así como aclarar cualquier duda que se produzca en la mujer, tanto a nivel de circuito sanitario como de su propio embarazo. Por tanto el eje fundamental del programa será la captación de la mujer embarazada y enviar a la matrona para esa primera visita. Para ello se establece un sistema de registro de datos fundamentales recogidos en la visita de captación que se mandan a la matrona, que realizará una llamada para concertar la visita, antes de la

derivación a obstetricia para la realización de la primera ecografía a las 12-14 semanas. La regularización de las mujeres inmigrantes que no posean TIS serán enviadas con carácter preferente a los Servicios Sociales de base o a la trabajadora social del Centro de Salud para iniciar los tramites que sean necesarios.

Ciclo de detección/captación:

1. Detección de embarazo mediante: Predictor/ consulta/ analítica rutinaria
2. Informe para matrona / analítica embarazo (según protocolo) / recabar información (Hª CIª- Detección de embarazo de riesgo) / derivación a Obstetricia (ecografía a las 10-14 semanas).
3. En el caso de mujeres inmigrantes, además: Regularización de su situación de alta en Seguridad social- TIS / Información del circuito adecuado para recibir una adecuada atención al embarazo.

Tras poner el marcha el ciclo de captación del embarazo y posterior control por matrona para recabar toda la información necesaria de la mujer se podrán implantar ciclos de mejora en la atención a la mujer embarazada, así como conocer donde deciden dar a luz nuestras embarazadas, y saber donde realizan sus controles periódicos.

Así mismo se puede prever el número de RN que se producirán en la ZBS y la adecuada atención pediátrica a estos niños RN en la ZBS por parte del pediatra del Centro.

Como segundo objetivo (indirecto) se pretende "legalizar" a las mujeres inmigrantes, fundamentalmente magrebíes, que ahora se sabe están sin la documentación adecuada (sin TIS) y que desconocen las vías/ circuitos normales de nuestro sistema sanitario.

El coordinador del proyecto (Dr. Cucalón) y la matrona (Montse) intercambiarán periódicamente información con el resto de profesionales de la ZBS para obtener información puntual de los problemas que se planteen, así como del seguimiento del programa.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Como indicadores básicos se utilizarán:

- Nº total de embarazadas captadas de la ZBS / Nº total de embarazadas vistas por la matrona.
- Nº total de embarazadas captadas de la ZBS / Nº total de RN en la ZBS
- Nº total de mujeres inmigrantes captadas
- % de mujeres embarazadas sin TIS
- Nº de mujeres embarazadas con TIS regularizada

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

La Evaluación del programa se ejecutará al final del año en curso (Inicio del programa 01/01/2009. Final: 01/01/2010.

El programa durará un año natural. Este programa podrá mantenerse en años sucesivos si se detecta una mejoría de la calidad en la atención a las mujeres embarazadas.

- 01/01/09. Se presenta al EAP el programa de captación del embarazo cumpliendo el ciclo de captación y seguimiento propuesto más arriba.

- Trimestralmente se hace un corte para evaluar lo conseguido y analizar problemas planteados.

- El coordinador del programa y la matrona supervisarán la marcha del programa con frecuentes recordatorios al EAP, incluyendo la preparación de al menos dos sesiones clínicas.

- Al final del año de seguimiento del programa debemos cuantificar los embarazos de la ZBS y ser capaces de haber detectado el 100% de los mismos. Del mismo modo debemos haber mejorado la captación de la mujer embarazada inmigrante y haberle proporcionado TIS.

- Al finalizar el año (enero de 2010) se deberán presentar los resultados al Equipo y a la Comisión de Calidad del sector.

Anexo

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)**

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>COLPOSCOPIO</u>	XXXXXXXXXX
<u>ECÓGRAFO</u>	XXXXXXX
TOTAL	XXXXXX

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE POLIMEDICADO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

MIREN ARANTZAZU. GARCIA. COLINAS

Profesión

FARMACÉUTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sector de SALUD:

ALCAÑIZ

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

magarciaco@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 834485

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José M ^a Turón	Responsable Calidad	Gerencia Sector Alcañiz
2 Angel Faure	Médico	CS Alcañiz
3 M ^a José Ferri	Enfermera	CS Alcañiz
4 Raquel Ayora	Enfermera	CS Alcañiz
5		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El envejecimiento de la población en España, y principalmente en zonas rurales como la nuestra, sobrepasa ya el 17%. Además la esperanza de vida también se ha elevado, y con ello la proporción de personas de edad más avanzada dentro del grupo de mayores de 65 años. Esto implica directamente el aumento de recursos sanitarios y sociales de este grupo de población. Actualmente consumen más del 50 % de los fármacos prescritos en Atención Primaria y son responsables del 70% del gasto farmacéutico total.

Hay numerosos estudios en España que nos indican la problemática de la polimedicación (uso de cinco o más medicamentos durante un mínimo de seis meses), Es necesario destacar que las personas mayores tienen generalmente una pluripatología crónica, que exige una poliprescripción, un mayor consumo y duración de los tratamientos, con la aparición de numerosos problemas relacionados con los

medicamentos (reacciones adversas de alto riesgo, duplicidades de tratamiento, regímenes de dosificación no debidamente ajustados, interacciones farmacológicas clínicamente significativas, incumplimientos, etc.).

En relación a la calidad de la prescripción hay que resaltar además que no todos los fármacos prescritos tienen una indicación que justifique su uso, muchos fármacos no tienen una eficacia demostrada (fármacos de baja utilidad terapéutica) y muchos pacientes consumen un fármaco inapropiado o inadecuado.

Las peculiaridades en los tratamientos farmacológicos hacen, por tanto, necesaria una estrecha vigilancia de los tratamientos por los equipos de atención primaria. De esta manera se persigue mejorar la calidad de la prescripción de la población desde el punto de vista sanitario.

Para el adecuado control de la prescripción es necesario un trabajo asistencial coordinado entre todos los miembros del equipo de salud (médicos, enfermeras, farmacéuticos y cualquier otra categoría profesional que pudiera estar implicada).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Realizaremos una revisión sistemática de los tratamientos con la finalidad de optimizarlos:

- Comprobar la adherencia o cumplimiento del tratamiento y mejorarla, si procede.
- Duplicidad de tratamientos.
- Valorar la efectividad del tratamiento.
- Existencia de indicación justificada para cada medicamento.
- Comprobar si el medicamento pautado es de elección (ejemplo: Guía Semfyc, perfil coste/efectividad...)
- Régimen posológico y duración del tratamiento correcta en función de las características de los pacientes (ancianos, niños, embarazadas, insuficiencia renal...).
- Interacciones entre medicamentos sin justificación clínica y con justificación clínica.
- Utilización de medicamentos de baja utilidad terapéutica (UTB).
- Uso de medicamentos no apropiados en geriatría (ejemplo: antipsicóticos atípicos).
- Detección y registro de alergias de medicamentos.
- Contraindicaciones y reacciones adversas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se realizarán entrevistas clínicas para:

- Seleccionar el medicamento de elección según la patología y características del paciente (médico y farmacéutico)
- Suprimir una medicación no justificada (médico)
- Modificar posología o valorar retirada del medicamento (médico y farmacéutico)
- Modificar tratamiento en caso de interacciones clínicas significativas o contraindicaciones (médico)
- Seguimiento farmacoterapéutico estricto (farmacéutico)
- Educación sanitaria al paciente sobre su patología y tratamiento, y hábitos (tabaco, alcohol, nutrición, ejercicio físico) (farmacéutico y enfermería)
- Detección, registro y resolución de Errores de Medicación y de Reacciones Adversas (Farmacovigilancia). (médico y farmacéutico)
- Elaboración de Pictogramas (instrucciones gráficas de la medicación), utilización de pastilleros semanales y/o sistemas personalizados de dosificación (farmacéutico y enfermería)

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Adecuación del tratamiento
- Nº Fármacos no indicados / pacientes
- Nº Interacciones medicamentosas con significación clínica/pacientes
- Nº medicamentos no apropiados/pacientes
- Nº Pautas posológicas no adecuada/pacientes
- Nº Duración del tratamiento no adecuada/pacientes
- Nº Medicamentos de baja utilidad terapéutica/pacientes
- Nº Duplicidades/pacientes
- Adherencia al tratamiento: cumplimiento por medicamento
- Intervenciones realizadas:
 - Nº intervenciones totales
 - Intervenciones /paciente en seguimiento
 - Intervenciones aceptadas /intervenciones totales
- Valoración de las intervenciones: Administración, Dosificación, Interacciones, Efectos adversos, Indicación, M.N.I.G. Educación sanitaria, Otros
- Información sobre el uso de los medicamentos al profesional sanitario

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

1ª Fase: selección de pacientes tanto ambulatorios como de residencias: 2 meses.
Marzo – Abril 2009

2ª Fase: Entrevistas y Revisiones. Mayo – Diciembre 2009

3ª Fase: Evaluación. Enero – Febrero 2009.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Ordenador e Impresora de Color	1200 €
Sistemas personalizados de Dosificación (pastilleros, etc)	1500 €
Formación e Inscripciones	1000 €
TOTAL	3700 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Vigilancia activa de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (en residencias de ancianos)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JUAN SAHAGÚN PAREJA

Profesión

MICROBIÓLOGO

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)

HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Correo electrónico:

jsahagun@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LUIS TORRES SOPENA	Microbiólogo	Hospital Alcañiz
CARMEN NAVARRO PARDOS	Microbiólogo	Hospital Alcañiz
M ^a JOSE MARTINEZ FERRI	ENFERMERA	CS DE ALCAÑIZ
CARMEN BURGUES VALERO	ENFERMERA	CS DE ALCAÑIZ
RAQUEL AYORA RUBIO	ENFERMERA	CS DE ALCAÑIZ
ANGEL FAURE GRIMA	MEDICO	CS DE ALCAÑIZ
MIGUEL GUIU CAMPOS	MEDICO	CS DE ALCAÑIZ
JOSÉ MARÍA TURÓN ALCAINE	MED. FAMILIA	UNIDAD DE CALIDAD SECTOR ALCAÑIZ

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La colonización por SARM en ancianos residentes en centros de media y larga estancia (residencias) es una realidad. Hasta la fecha no existen estudios en los que conste la prevalencia de la colonización por este microorganismo. Esto es importante ya que muchos de ellos van a ingresar en un centro hospitalario y van a ser fuente de infección nosocomial. La detección de estos pacientes va a facilitar el tratamiento y alertar a los centros sanitarios para que se tomen las medidas oportunas para evitar su diseminación.

Desde la recepción de informes de continuidad de cuidados desde el hospital, se ha presentado algún incidente relacionado con la recepción de informes de pacientes infectados que en algunos casos han originado alarma y malestar entre responsables de residencias, por lo que hemos detectado necesidades de información en los responsables y trabajadores de las residencias.

Por todo ello planteamos la realización de un procedimiento de actuación ante la recepción de un paciente con informe de SARM en una residencia de ancianos para ser aplicado en las residencias de nuestro sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con la detección precoz de pacientes portadores de SARM y la introducción del procedimiento se espera poder aplicar las medidas higiénicas adecuadas y así reducir la tasa de portadores, tanto a nivel de residencias como a nivel hospitalario. Evitar la aparición de segregaciones de pacientes dentro de las residencias de anciano. Evitar alarmas innecesarias entre los trabajadores de las residencias de ancianos.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	100%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Realización de un procedimiento de actuación ante la recepción en la residencia de un paciente infectado/colonizado por SARM
2. Introducción y pilotaje de dicho procedimiento en una residencia de ancianos de Alcañiz
3. Medición de indicadores antes-después. La detección se va a realizar mediante el cultivo de muestras biológicas tomadas a este colectivo, en concreto, frotis nasales y frotis de las zonas que tengan solución de continuidad (heridas, úlceras, sondas...).
4. Una vez detectados los pacientes en las residencias se procederá a tratarlos con antibióticos susceptibles; en caso de ser portadores a nivel nasal se procederá a su descolonización mediante tratamiento tópico nasal, y en el caso de aislarse a otros niveles, tratamiento a ese nivel.
5. Difusión de los resultados del proyecto por los responsables, así como de la experiencia con el protocolo a por el responsable de la residencia de Alcañiz en un acto al que se convocarán a todos los responsables de residencias del sector
6. Implantación del protocolo en el sector

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Medición del estado de portadores al inicio (N° portadores SARM x 100/ N° residentes)

Medición del estado de portadores al final (N° portadores SARM x 100/ N° residentes)

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

1. Realización de un procedimiento de actuación ante la recepción en la residencia de un paciente infectado/colonizado por SARM (Realizado)
2. Introducción y pilotaje de dicho procedimiento en una residencia de ancianos de Alcañiz (Abril-Junio 2009)
3. Medición de indicadores antes (Abril-Junio 2009)
4. Medición de indicadores después (Febrero-Marzo 2010)
5. Difusión de los resultados del proyecto por los responsables, así como de la experiencia con el protocolo a por el responsable de la residencia de Alcañiz en un acto al que se convocarán a todos los responsables de residencias del sector (Mayo 2010)
6. Implantación del protocolo en el sector. Otoño 2010

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Placas de petri MRSA. Aproximadamente 6 cajas.	108 euros
Latex identificación S. aureus. 2 cajas.	124 euros
Hisopos con medio de transporte. Aproximadamente 150.	20 euros
Batas desechables 50	50
15 Mascarillas aislamiento respiratorio	70
TOTAL	372 euros

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

IMPLANTAR EL CRIBADO COMBINADO DE CROMOSOMOPATIAS DEL PRIMER TRIMESTRE EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR ALCAÑIZ

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr. Luis Alos Pueyo

Profesión

Medico especialista en Obstetricia y Ginecología

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital de Alcañiz

Sector de SALUD:

Alcañiz

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Servicio de Obstetricia y Ginecologia

Correo electrónico:

luis_alos@telefonica.net

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978830100

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Alberto Almeida Herranz	Ginecologo Jefe de Servicio	Hospital de Alcañiz
2 Julio Domínguez Fuentes	Ginecologo	Hospital de Alcañiz
3 Carlos Campo Lopez	Ginecologo	Hospital de Alcañiz
4 Isabel Negredo Quintana	Ginecologa	Hospital de Alcañiz
5 Pilar Garcia Enguita	Ginecologa	Hospital de Alcañiz
6 Beatriz Boned Juliani	Analisis Clínicos	Hospital de Alcañiz
7 Angeles Vera Ruiz	Analisis Clínicos	Hospital de Alcañiz

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En nuestro servicio, durante el año 2007 se realizaron 151 amniocentesis, y en el año 2008 fueron 178. De estas el 18,5% y el 16,3% respectivamente fueron indicadas por el screening bioquímico del segundo trimestre positivo.

En el año 2008 de los 330 screenings realizados, 29 fueron positivos (riesgo igual o mayor a 1/270) lo que supone el 8,78%. De los que el 100% resultaron ser falsos positivos. No hubo falsos negativos.

Las indicaciones de las amniocentesis (AC) fueron:

- Edad materna: 51,65% (2007), 51,12% (2008).
- Screening bioquímico positivo: 18,54 (2007), 16,29% (2008).
- Translucencia nucal aumentada: 3,31% (2007), 8,42% (2008).
- Ansiedad materna: 23,84% (2007), 20,24% (2008).
- Antecedente malformativo: 2,64% (2007), 3,93% (2008).

Se realizaron 151 amniocentesis en el 2007 y 178 en el 2008.

En el año 2007 se diagnosticó un anencéfalo en la semana 16 al ir a realizarle la amniocentesis por riesgo aumentado de defecto del tubo neural. Durante ese año no hubo abortos como complicación de la técnica. En el año 2008, se diagnosticaron 3 Sdms. Down (indicaciones de la AC: 2 por edad materna, 1 por translucencia nucal aumentada), y 1 Sdm. de Dandy-Walker (diagnóstico por ecografía, previa amniocentesis por sonolucencia nucal aumentada y cariotipo normal).

De las 329 amniocentesis realizadas en los años 2007 y 2008, se produjo 1 aborto (2008) como complicación de la técnica. Tasa de aborto 0,30%.

Durante los años 2007 y 2008 no nació ningún sdm. Down en nuestro hospital (1027 partos).

De todas las estrategias de screening de las que disponemos actualmente, el screening combinado del primer trimestre es el que mayores ventajas ofrece. Consiste en la aplicación sistemática de una prueba para identificar entre la población general de gestantes, aparentemente sanas, aquellas que tienen un mayor riesgo de que el feto sea portador de un cromosomopatía, en este caso la medición conjunta de la edad materna, la translucencia nucal (medida por ecografía entre las 11-14 semanas), la fracción libre del beta-HCG y la PAPP-A. Tiene una sensibilidad del 70-90% para una tasa de falsos positivos del 5%..

Su coste es menor ya que se prescindiría de la realización del screening del segundo trimestre, además del ahorro que supondría la reducción del número de amniocentesis y de los abortos como complicación de la técnica.

Esta prueba ofrece una disminución de los falsos negativos, evitando el importante impacto social y familiar que se genera cuando nace un niño portador de una cromosomopatía.

La determinación precoz del riesgo, permite anticipar las actitudes diagnósticas y propuestas terapéuticas y realizar técnicas invasivas más precoces (como la biopsia corial) con menor repercusión psicológica y morbilidad materna en el caso de realizar una interrupción voluntaria del embarazo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir el número de amniocentesis.
Disminuir la ansiedad materna.
Disminuir el número de abortos como complicación de la técnica.
Ofrecer un diagnóstico más temprano.
En caso de interrupciones voluntarias del embarazo, ofertarlas en edades mas tempranas.
Disminuir el coste del cribado actual.
Disminuir la tasas de falsos positivos y negativos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
Reuniones entre los coordinadores del Servicio de Ginecología y Analisis Clínicos.
Instauración de la nueva técnica que permita cuantificar la free-beta-HCG y la PAPP-A.
Instauración del programa informático de Diagnóstico Prenatal.
Presentación del protocolo de actuación y puesta en marcha del mismo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización
Numero de amniocentesis de 2009.
Número de screening bioquímicos de 2009.
Tasas de FP, FN, S y E del screening bioquímico.
Tasas de FP, FN, S y E del criterio "edad materna".

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero 2009, presentación del proyecto de mejora de la calidad en la Dirección médica del centro hospitalario.

Tras la instauración de la técnica de laboratorio, reunión con los responsables de la misma para su puesta en marcha inmediata.

Reunión con los médicos de Atención Primaria para remisión de las embarazadas a consultas antes de las 10 semanas de gestación.

Reevaluación de la técnica a los seis meses de su implantación.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Reactivos de laboratorio para la determinación de la PAPP-A	3000 E
Reactivos de laboratorio para la determinación de la fracción libre de la beta-HCG	3000 E
Asistencia de los profesionales a congresos y cursos de diagnóstico prenatal.	2000 E
TOTAL	8000 Euros

Alcañiz, 20 de febrero de 2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

GESTIÓN DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA PLANTA QUINTA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA VIDAL MESEGUER

Profesión

Enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Hospital de Alcañiz

Sector de SALUD:

Alcañiz

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

apvidal@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 830100 Ext 111

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Dolores Tena Ejarque	Enfermera	Hospital Alcañiz
2 Eva Gascón Foz	Enfermera	Hospital Alcañiz
3 Maria Carmen García Arbiol	Supervisora	Hospital Alcañiz
4 Eva Beltrán Monseguí	Auxiliar enfermería	Hospital Alcañiz
5 José Manuel Nebot Colom	Enfermero	Hospital Alcañiz
6. Turón Alcaine, José María	Médico	Unidad de Calidad

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La última auditoría docente señaló la debilidad del tejido de procesos de nuestra organización. Es una línea estratégica del hospital la introducción de la gestión de procesos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Identificación de los procesos y subprocesos relacionados
- Disminuir la variabilidad en la ejecución de las tareas
- Controlar los puntos importantes en el proceso
- Establecer un sistema de monitorización de indicadores básicos
- Extender la experiencia al resto de las plantas del hospital

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de un mapa de procesos (realizado)
- Elaboración de un manual de procedimientos (en ejecución)
- Valoración de la adecuación de los formatos existentes
- Designación de responsable del proceso
- Elaboración y medición de indicadores

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Los indicadores deberán priorizarse una vez finalizado el proceso de documentación, no obstante de entrada pretendemos crear:

- Un registro de ulceraciones por decúbito
- Un índice de utilización de soluciones hidroalcohólicas (Consumo mensual de s.h. en planta 5ª/Media de consumo mensual en resto de las plantas)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Marzo-Junio: elaboración de Manual de Procedimientos
- Marzo Junio: Actualización de Formatos
- Junio: elaboración de indicadores
- Posteriormente medición de indicadores con la periodicidad que se establezca

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ADECUANDO EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS A LAS NECESIDADES DE NUESTROS CLIENTES INTERNOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA VIDAL MESEGUER

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HOSPITAL ALCAÑIZ

Sector de SALUD:

ALCAÑIZ

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

apvidal@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 830100 extensión 111

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Victoria Corriol Pallás	Enfermera	Hospital Alcañiz
2 Susana López Sauras	Enfermera	Hospital Alcañiz
3 Maria Carmen Aragonés Villanueva	Supervisora	Hospital Alcañiz
4 Marina Bravo Bazán	Enfermera	Hospital Alcañiz
5 Marisa Tolos Escorihuela	Enfermera	Hospital Alcañiz
6 Marta Gonzalez Guijarro	Enfermera	Hospital Alcañiz
7. Ana García Lopez	Enfermera	Centro Salud Andorra
7JOSÉ MARÍA TURÓN ALCAINE	MEDICO	UNIDAD DE CALIDAD

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En los últimos años se están implementando cada vez con más frecuencia los informes de continuidad de cuidados al alta de los hospitales en toda España. Sin embargo no tenemos noticia de que se haya realizado ningún tipo de encuesta sobre los enfermeros de Atención Primaria, con la finalidad de conocer la utilidad que encuentran a dicho informe, o incluso si se recibe en el centro de Salud. En teoría, existe la posibilidad de que esta actividad tenga escasa repercusión al alta del paciente. Por ello planteamos

conocer la opinión de los enfermeros de atención primaria con la finalidad de mejorar el informe de continuidad de cuidados para adaptarlo a sus necesidades.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Adecuar el proceso de elaboración y distribución del informe de continuidad de cuidados a las necesidades de los enfermeros de Atención Primaria.

Conocer el grado de satisfacción de los enfermeros de Atención Primaria con el informe de continuidad de cuidados y mejorarlo si procede.

Incrementar la recepción de informes de continuidad de cuidados si procediera.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Entrevistas con informadores clave de enfermería de Atención Primaria
- Elaboración de encuesta de satisfacción
- Difusión, recepción, procesado y análisis de la encuesta
- Medición de indicador de recepción del informe de continuidad de cuidados en Atención Primaria. Elaboración de registro de informes emitidos. Se seleccionará un mes al azar y se comprobará la recepción de los informes por Atención Primaria (vía correo electrónico/telefónica)
- Establecimiento de acciones de mejora

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Porcentaje de enfermeros con puntuación de satisfecho/muy satisfecho en los ítems de la encuesta a realizar (antes y después de la actividad de mejora)
- Número de informes de continuidad de cuidados del mes de XXXXX recibidos en Atención Primaria x 100/ Número de informes de continuidad de cuidados del mes de XXXX emitidos por el Hospital. (antes y después de la actividad de mejora)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Entrevistas con informadores clave: Marzo 2009
- Elaboración encuesta: Abril 2009
- Difusión, recepción y análisis de resultados Mayo-Junio
- Julio- Febrero 2009 Planificación y ejecución de actividades de mejora
- Marzo: reevaluación de indicadores

La frecuencia de evaluación del indicador de recepción puede variar en función de la magnitud del problema detectado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA VIDAL MESEGUER

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

HOSPITAL ALCAÑIZ

Sector de SALUD:

ALCAÑIZ

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

apvidal@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 830100 extensión 111

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Victoria Corriol Pallás	Enfermera	Hospital Alcañiz
2 Susana López Sauras	Enfermera	Hospital Alcañiz
3 María Carmen Aragonés Villanueva	Supervisora	Hospital Alcañiz
4 Marina Bravo Bazán	Enfermera	Hospital Alcañiz
5 Marisa Tolos Escorihuela	Enfermera	Hospital Alcañiz
6 Marta Gonzalez Guijarro	Enfermera	Hospital Alcañiz

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En el hospital de Alcañiz tradicionalmente se viene utilizando la metodología de Gordon. Con la finalidad de homogeneizarnos con el conjunto del Servicio Aragonés de Salud, nos proponemos la introducción del método de Virginia Henderson.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Que se realice una valoración de enfermera basada en el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson (VH) a todos los pacientes ingresados en el Hospital de Alcañiz
- Que se aplique un Plan de Cuidados Estandarizado a todos los pacientes ingresados en el Hospital de Alcañiz.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de una hoja de Valoración de Enfermera según el modelo de VH, incluyendo una específica para Pediatría.
- Formación en la metodología de VH y en elaboración de planes de cuidados
- Monitorización de indicadores con carácter trimestral

Responsables: supervisora del área de calidad, supervisora de la 4ª planta, una enfermera por cada planta de Hospitalización y una de urgencias

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- % de pacientes correctamente valorados según la metodología de VH
- % de pacientes a los que se ha aplicado un Plan de cuidados estandarizado

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Mayo 2007: Curso de Planes de cuidados Estandarizados (realizado)

Junio 2007: Constitución del grupo de trabajo

Marzo-Mayo: Elaboración de planes de cuidados del Hospital

Mayo-Junio: Formación de las enfermeras en la cumplimentación de los planes de cuidados

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Hoja valoración enfermera en color	680
<i>Curso de planes de cuidados</i>	3200
TOTAL	3880