

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la calidad del Servicio de Extracciones del C. S. Aínsa.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^ª Pilar Gistau Torres

Profesión

ENFERMERA-D.U.E.

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

Correo electrónico:

mpgistaut salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 50 00 30

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Verónica Hidalgo	D.U.E.	Aínsa
Ana Salinas	D.U.E.	Aínsa
Pilar Perez Meliz	D.U.E.	Aínsa
Begoña Perez-Fajardo	D.U.E.	Aínsa
Angel Escuder	D.U.E.	Aínsa
M ^ª Angel Aguerri	D.U.E.	Aínsa

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...

Hemos detectado numerosas incidencias en el servicio de extracciones que se realiza los viernes, algunas de las cuales supone repetición de la prueba. A pesar de haber intentado adecuarlos a las normativas recibidas de laboratorio, se ha observado que parte de los errores obedecen a otras causas por lo que decidimos realizar un programa de calidad.

Incidencias internas son errores realizados por parte de los profesionales de enfermería, a la hora de la extracción y del a preparación del envío.

Incidencias externas son las que derivan de otros servicios y profesionales, incluyendo médicos de nuestro centro.

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

- Mejorar la calidad de atención en el momento de las extracciones y recogida de muestras.
- Adecuar los recursos y protocolos a la normativa actual.
- Disminuir el número de incidencias.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Mejorar el almacenaje de tubos y demás material necesario para las extracciones.
- Las caducidades las revisará los responsables de almacén
- Continuar con la entrega de números de acceso a la sala de extracción para los pacientes según turno de llegada.
- La recogida de orinas se realizará a las 8.30, resto seguirá el turno reglamentario.
- Cada enfermera/o identificará a los pacientes a los que extrae con la intención identificar las incidencias.
- Hablar con la Enfermera de Enlace para conseguir que los pacientes derivados de las consultas de especialidades salgan de ellas con las instrucciones adecuadas.
- El responsable de las extracciones cambiará cada viernes y estará localizable durante la mañana para que pueda resolver las incidencias.
- Solicitar del laboratorio un protocolo extracciones especiales.

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 evaluará semanalmente con una puesta en común de las incidencias los lunes.

Se identificarán y cuantificarán las incidencias internas y externas.

A los 4 meses se hará una revisión del programa.

Al año se evaluará nº de incidencia / total extracciones valorando la disminución de porcentaje.

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: 01/03/2008

Fecha de finalización: 02/01/2009

Inicio del programa en marzo de 2009.

Revisión y evaluación en junio de 2009.

Evaluación en diciembre 2009.

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>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Estantería para el almacén</i>	<u>200</u>
TOTAL	200

Lugar y fecha:

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

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>Mejora de la atención y optimización de recursos sanitarios en la Residencia de Ancianos La Solana de Ainsa</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos Lourdes Gómez Rivera</p> <p>Profesión Medico de Familia</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Centro de Salud de Ainsa</p> <p>Sector de SALUD: Barbastro</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico: lgomezr@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 500030</p>

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Clara Cortes Martín	Medico	C.S. Ainsa
2 M ^a . Ángel Aguerri Martínez	DUE	“ “
3 M ^a Pilar Gistau Torres	DUE	“ “
4 Verónica Hidalgo Sallan	DUE	“ “
5 Ana Salinas	DUE	“ “
6 Pilar Pérez Meliz		
7 Rosa Bernad	Medico	“ “
8 Begoña Pérez- Fajardo Alcalde	DUE	“ “

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...

Se han detectado los siguientes problemas:

- Tratamientos agudos que se cronifican
- Expedición de recetas de residentes con mas frecuencia de lo necesario,
- Falta de mecanismos de comunicación entre personal de la Residencia y personal del Centro de Salud, que se traducen en retrasos en comunicar altas hospitalarias, cambios de tratamiento por episodios que se han atendido en atención continuada....

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

- Mejora de la calidad asistencial a los residentes, incluyendo al menos al 80% de los residentes que lo necesiten en el Programa de Crónicos Dependientes, con su correspondiente seguimiento.
- Optimización del gasto en recetas y material de curas, cuantificando el gasto actual y comparándolo al año de iniciado este programa de mejora.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- .- Análisis exhaustivo de la situación actual para cuantificar y cualificar la situación de base. Responsable de esta fase: Lourdes Gómez.
- .- Priorizar que todos los residentes tengan completa su historia clínica en el OMI. Responsable: Clara Cortes.
- .- Unificar criterios terapéuticos en patologías crónicas tanto de enfermería como de medicina. Responsables Clara Cortes (medico) y M^a Pilar Gistau (DUE)
- .- Analizar como se realiza hasta ahora la petición de atención por parte de las cuidadoras y como se transmiten as ordenes clínicas y de enfermería.
- .- Examinar el cumplimiento de órdenes de tratamientos y consejos en patologías crónicas, observando como nos dirigimos desde el Centro de salud a la Residencia y posteriormente como se llevan a cabo por parte de las cuidadoras. Teniendo en cuenta la capacitación y tiempo de este personal.
- .- Solicitar adecuación de un local como cuarto de curas con ayudas ortopédicas.

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

- 1a.- Analizar y actualizar las historias clínicas de todos los residentes, Antes del 15de Junio.
- 1b.- Realizar a todos los residentes la valoración de dependencia (programa de crónicos/dependientes) y cuantificar el nº de residentes validos y dependientes. Antes del 1 de Junio.
- 2.- Realizar protocolos de patologías más prevalentes., antes de Diciembre 2009.
- 3.- Realizar un protocolo de intercomunicación entre la residencia y el Centro de Salud,
Antes del 15 de junio de 2009.
- 4.- Autoformación e ínter consultas con Geriatras para la realización de los protocolos, antes de Diciembre de 2009

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Duración indefinida.

En esta primera fase serian las siguientes:

Incluir H^{as} Clínicas de Residentes en OMI antes del 1 de Junio.

Realizar antes del 15 de Diciembre de 2009 los protocolos de patologías prevalentes.

Evaluar en enero de 2010 el grado de utilización de estos protocolo

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>
TOTAL	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE DIABÉTICO CON LA PRUEBA DEL INDICE T/B PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Cristina Ariño Aldabó

Profesión

Médico

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

Centro Salud

Sector de SALUD:

Barbastro

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

Correo electrónico:

carinno@Salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974314433

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Ana Monclús	enfermera	C.S.Barbastro
2 Juan Vidaller	médico	"
3 Lola Buera	enfermera	"
4 Marta Millaruelo	enfermera	"
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...

Importancia:

La EAP es un trastorno aterotrombotico que afecta a las arterias periféricas y esta relacionada con un riesgo elevado de IM, Ictus y muerte vascular.

El índice Tobillo/brazo es una prueba eficiente para documentar la existencia de EAP en las extremidades inferiores

Se ha establecido una clara relación entre la disminución del índice tobillo/brazo y un mayor riesgo de muerte cardiovasculares.

Utilidad :

- . Permite aumentar las tasas de detección precoz de arteriopatía periférica en fase asintomática.
- . Permite mejorar la identificación de pacientes con EAP sintomática
- . Permite Mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular
- . Es una prueba objetiva, barata, sencilla, no invasiva y de fácil realización en atención primaria

Método:

Índice T/B o índice de YAO: Es un marcador de sensibilidad y especificidad muy alta (95 % y 98% respectivamente) para el diagnóstico de obstrucción arterial.

Es el resultado de dividir la Presión Arterial sistólica (PAS) de cada tobillo entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las arterias braquiales

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**Objetivo principal:**

Detectar la enfermedad arterial periférica en fase precoz, cuando el paciente esta asintomatico

Objetivos secundarios:

- Conocer el grado de afectación (leve, moderado, grave) y pronóstico.
- Realizar recomendaciones para evitar la progresión (iniciar ttº y derivación si la afectación así lo aconseja)
- Mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular de estos pacientes y poder establecer un control mas enérgico de FRCV

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se determinara el índice T/B a los pacientes incluidos en programa de hipertensión y diabetes.

Técnica:

- 10 minutos de reposo en decúbito supino
- PAS en ambas arterias braquiales y seleccionar la mayor.
- PAS en ambas arterias pedias y tibiales posteriores y seleccionar la mayor de cada pierna
- Dividir el valor mayor de cada tobillo por el del brazo.

Tiempo realización: 20-30 minutos

Interpretación:

- . Un **Índice T/B < de 0,9** es sinónimo de enfermedad arterial obstructiva periférica (0,9 – 0,7 corresponde a ostrucción leve)
(0,7 - 0,5 corresponde a obstrucción moderada y clínica de claudicación intermitente
(< 0,4 obstrucción severa, podrá presentar dolor de reposo isquémico
- . Un **Índice T/B > 1,4** ó arteria incompresible indica alto riesgo cardiovascular, ocurre cuando las paredes arteriales están calcificadas
- . Un **índice T/B 0,9 – 1,4** normal

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 pacientes incluidos en programa de diabetes e HTA a los que se les ha realizado la prueba.

Porcentaje de pacientes que presentan EAP del total de pacientes (diabéticos e hipertensos) a los que se les ha realizado el índice T/B

Distribución por sexo, edad y patología previa

Distribución por grado de afectación

Nº de pacientes que por su grado de afectación se han derivado a atención especializada (cirugía vascular) para valoración

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

CRONOGRAMA							
	2009					2010	
	Mar/ abril	May /jun	Jul/ agos	Sep/ oct	Nov/ dic	ener	febr
Presentación proyecto al equipo	X						
Identificación de pacientes, listados cartera servicios.	X						
Unificación de criterios, técnica, mantenimiento del Doppler. Interpretación		X					
Puesta en marcha del proyecto		X	X	X	X	X	
Evaluación de resultados							X

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Manguitos de presión arterial (esfingomanómetro)</u>	<u>Ya disponibles</u>
<u>2 doppler portátil con sonda de 8 MHz.</u>	<u>295 x 2 = 595</u>
TOTAL	595

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>MEJORA EN EL AUTOCONTROL DEL PACIENTE DIABÉTICO A TRAVES DEL BUEN USO DE LAS TIRAS DE GLUCEMIA PARA LA TÉCNICA DEL AUTOANÁLISIS.</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos ANA MONCLÚS MURO</p> <p>Profesión Enfermera</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) C .S Barbastro</p> <p>Sector de SALUD: GAP BARBAASTRO</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico: monclusa @hotmail.com</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 31 44 33 ----- 974 31 03 98</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Ana Abadías	Enfermera	C.S.Barbastro
2 Carri Badía	Enfermera	“
3 Concha Pueyo	Enfermera	“
4 Pili Naval	Enfermera	“
5 Gloria Gracia	Enfermera	“
6 Carlos Mengual	Enfermero	“
7Lola Buera	Enfermero	“
8 Trini Grau	Aux. Enf.	“

Se añade un 8º componente del grupo por su implicación y cooperación en el proyecto..

<p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u></p> <p>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...</p> <p><u>Importancia y Justificación del Proyecto:</u></p> <p>La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica y heterogénea muy frecuente, que</p>
--

afecta a ambos sexos y a todas las razas sin respetar ningún límite de edad.

La Diabetes tipo II esta condicionada por la herencia y suele aparecer en personas genéticamente susceptibles. En general se asocia a obesidad, vida sedentaria, alteraciones de las grasas de la sangre y a HTA. Más del 15 % de las personas mayores de 65 años la padece.

Es la patología crónica a la que más tiempo dedica la consulta de enfermería.

Los pilares fundamentales de su tto. Son:

- La alimentación
- El ejercicio físico
- Los medicamentos
- La educación sanitaria

Entendemos que la educación sanitaria aplicada a diabetes es probablemente el pilar fundamental de su tto. El objetivo principal de esta educación es conseguir modificar favorablemente las actitudes de las personas con diabetes.

Este proceso educativo pretende facilitar a las personas diabéticas y a sus familiares los conocimientos, las habilidades técnicas, las actitudes y el apoyo necesario para que sean capaces, al menos en parte de responsabilizarse de su enfermedad y estar capacitadas para:

- Prevenir, reconocer y actuar correctamente cuando se presenten situaciones de riesgo agudo.
- Integrar el tto. De la diabetes en la vida cotidiana.
- Mejorar el control glucémico y metabólico (Autocontrol)
- Mejorar la calidad y expectativa de vida.

En el tto. De la Diabetes entendemos por AUTOCONTROL aquel conjunto de capacidades que incorporan los conocimientos, las aptitudes y los sentimientos, que, una vez conjuntados, armonizados y asimilados, permiten a estas personas conseguir un control glucémico y metabólico correcto, según sus propios recursos y posibilidades.

El autocontrol de la glucosa es un componente básico del tto. De la diabetes, esencial para mejorar la seguridad y la calidad del tto. Y que, colabora en evitar o retrasar las complicaciones crónicas propias de la enfermedad.

El AUTOANÁLISIS es una parte del autocontrol y se define como el conjunto de técnicas que es preciso realizar para obtener información sobre los niveles de glucosa en sangre.

Su principal finalidad es que los pacientes utilicen los resultados del autoanálisis para adaptarse mejor al tto. Para identificar y tratar convenientemente descompensaciones hiper o hipoglucemias y para facilitar cualquier problema inherente a la diabetes.

Así pues, el Equipo Sanitario es el responsable de aconsejar sobre la técnica más apropiada de autoanálisis para cada persona y sobre la frecuencia y horario más conveniente para su realización.

Situación de partida y causas:

---Somos conscientes en nuestro Centro de Salud de que el suministro, control y registro de la entrega de las tiras de glucemia para la técnica del autoanálisis en el

autocontrol del paciente diabético, están sometidos a múltiples factores que inciden directamente en un buen uso y control de su consumo y que en la actualidad es susceptible de mejora, ya que ni la frecuencia ni el horario de entrega están bien definidos para cada paciente ni suelen tener un responsable.

Mediante "Grupo Nominal" realizado entre miembros del equipo de enfermería del centro, se plantea una oportunidad de mejora para este problema, por ser de fácil abordaje.

El grupo se propone identificar posibles causas sobre las que intervenir, configurando un "análisis de campos de fuerza". Entre las fuerzas en contra se detectan distintas circunstancias susceptibles de mejora en el buen uso de las tiras reactivas de glucemia, destacando las siguientes:

- Heterogeneidad en la forma de registro, listados, OMI, papel...
- Ausencia de medición en el grado de consumo de tiras.
- Colaboración con medicina, ajustarse al protocolo de asignación de aparatos de glucemia.
- Ausencia programa de registro de almacén.
- Falta de información sanitaria sobre el buen uso de las tiras reactivas.

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

Como objetivo principal nos planteamos diseñar estrategias de calidad en la atención al paciente diabético orientada a aumentar el buen uso de las tiras reactivas para la técnica del autoanálisis en su autocontrol.

Objetivos más específicos:

- Unificar criterios en el registro de la entrega de tiras por paciente, formación OMI.
- Centralizar ubicación tiras reactivas, registro de almacén.
- Actualizar protocolo de la concesión de aparatos y entrega de tiras.
- Planificar una evaluación periódica: Cuantificación de resultados.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º-Estudio de nivel de calidad: Informarnos desde un enfoque interno la situación en la que nos encontramos.

- Obtener listados de los diabéticos de cada cupo que tengan aparatos de glicemia, diferenciados por el tipo de tto. (Ados, Insulina, Dieta)
- Identificar nº de tiras que precisa cada paciente: Valorar justificación del uso de mayor número de tiras.
- Identificar el nº de tiras que usamos en la consulta de enfermería.

-Cuantificar el nº de tiras gastadas el año anterior.

2º-Acciones de Mejora:

- Elaborar un plan de formación, mediante sesiones de autoformación impartidas por miembros del equipo, para unificar criterios y actualizar los protocolos.
- Adopción, difusión y adaptación si es preciso de un tríptico informativo para entregar a los pacientes en el que se definan los criterios de su autocontrol, para el buen uso de las tiras reactivas.

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 y revisión de la cumplimentación del registro de la entrega de las tiras reactivas a los pacientes en OMI.
- Evaluar transcurrido un año del estudio del nivel de calidad inicial y tras haber desarrollado las actividades previstas en el plan de mejora. Se plantearán pruebas de significación estadística en la mejora obtenida.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

CRONOGRAMA							
ACTIVIDADES	2009					2010	
	marz/ abril	may/ junio	julio /ago	sep/ oct	nov/ dic	ene	feb
Presentación proyecto al EAP	X						
Estudio nivel Calidad	X						
Sesiones Autoformación	X	X	X				
Elaboración tríptico informativo		X					
Actualización protocolo entrega tiras reactivas	X	X					
Elaboración resultados							X

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1. - TÍTULO</u></p> <p>MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.</p>
--

<p><u>2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos ANA M^ª MONCLUS MURO</p> <p>Profesión ENFERMERA- D.U.E.</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.) CENTRO SALUD BARBASTRO</p> <p>Correo electrónico: monclusa@hotmail.com</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974310398</p>
--

<u>3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
GORETTI LORDAN	D.U.E.	MONZÓN RURAL
CARMEN CHAVERRI	D.U.E.	BINEFAR
M ^ª ANGEL AGUERRI	D.U.E.	AINSA
PILAR CALDERON	D.U.E.	D.ENFERMERÍA A.PRIMARI A SECTOR BARBASTRO

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...

Como continuación del Programa de Mejora de Calidad desplegado en el año 2008 y con la intención de conseguir mejorar el Seguimiento de Pacientes Diabéticos en Consulta de Enfermería nos proponemos implementar los Talleres de Formación iniciados el año anterior al resto de los E.A.P. del Sector.

Se detecta que existen pocas indicadores que signifiquen buen control de la enfermedad a pesar de las constantes visitas de estos pacientes en consulta de enfermería. En muchos casos estas consultas se limitan a controles glucémicos capilares o entrega de tiras para auto análisis fundamentalmente porque no se ha efectuado un protocolo de contenidos de la Consulta de seguimiento por enfermería de estos pacientes y nos encontramos que en la evaluación de H^o Clínicas los criterios de actuación son casi tan diversos como enfermeras están interviniendo con estos pacientes y hasta el pasado año los resultados en mejora de su Calidad de vida han sido escasos.

Tanto los resultados en aumento de Cobertura en Seguimiento de P.Diabéticos como, fundamentalmente, la mejora del % de los mismos que mantienen su HgbA1c <7 nos animan a continuar con este Proyecto de Mejora de calidad Asistencial iniciado el pasado año y que esperamos finalizar en 2009.

El PROYECTO DE MEJORA en su continuación se propone trabajar en unificar las Intervenciones Enfermeras para todo el Sector haciendo llegar a todas ellas criterios de actuación basados en Indicadores evaluables, basados en Evidencias y que nos permitan detectar la incidencia de las mejoras propuestas en el control de la DIABETES. Para ello, se extenderá la formación a todas las enfermeras de los C.Salud del Sector y se entregará tabla de Intervenciones/Actividades/Objetivos de Seguimiento en función del Diagnostico, Tipo de diabetes aplicable individualmente a cada paciente

5. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Unificar Intervenciones Enfermeras en Pacientes Diabéticos.

Unificar criterios para diferenciar Autoanálisis y Autocontrol en la entrega de Tiras reactivas de medición capilar de Glucemias.

Proporcionar herramientas a los pacientes para su propio Auto cuidado.

Aumentar las Coberturas de Pacientes Diabéticos incluidos en Programa en Cartera de Servicios y que estos cumplan criterios de Inclusión.

Conseguir aumentar el buen control de las HgbA1c <7 en la Cartera de Servicios de Primaria.

Dotar de Contenidos de calidad a las Consultas de Enfermería de seguimiento de estos pacientes.

En el primer año de despliegue de este programa de Mejora nuestro objetivo era llegar con la formación a 4 Zonas de salud concretas .Hubo que cambiar 2 de ellas porque decidimos que era mejor comenzar por aquellas en las que ya había registros informáticos con el objeto de obtener los datos de manera objetiva y unificada en todos ellos y cambiamos BINEFAR por FRAGA y AINSA por CASTEJON de SOS .El resultado de medir Indicadores en estas 4 Zonas de Salud ha sido el siguiente:

% de enfermeras/os de Zona de Salud que han recibido formación/ Total enfermeras de la Zona de Salud

Z.Salud	Nº Enfermeras	Formadas
Castejon de Sos	5	5
Fraga	12	10
Monzón Rural	5	5
Monzón Urbano	11	9

Se excluyeron ,en principio las enfermeras específicamente de Pediatría en Fraga y Monzón U. ,por carecer en ambos casos ,de pacientes de casuística importante en Consulta dado que los D. Tipo I suelen ser seguidos directamente en consultas hospitalarias.

% pacientes diabéticos con Hgba1c<7/ Total de pacientes diabéticos con cobertura en la Zona de Salud

Zona de Salud	%P. diabéticos con Hgba1c<7. Año 2007	%P.diabéticos con Hgba1c<7. Año 2008
Castejon de Sos	17,65	38,10
Fraga	35,3	40,11
Monzón Rural	33,3	58,33
Monzón Urbano	26,9	35,28

Creemos ,a la vista de estos resultados ,que mejorar las Intervenciones Enfermeras en Pacientes Diabéticos, es importante para mejorar su Calidad de Vida medido con este y otros Indicadores que trataremos de medir en el futuro.

6. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Formación a las Enfermeras en Intervenciones Estandarizadas para el Cuidado de Pacientes Diabéticos.

Imprimir un folleto con todas las Intervenciones Enfermeras según el Tipo de Diabetes. Estandarizar Planes de Cuidados con estos pacientes

Revisar y aumentar las Coberturas de Pacientes Diabéticos en Cartera de Servicios

El método que utilizamos para la Formación es un Taller de 6 horas en cada cabecera de las Zonas de salud del Sector a las cuales se desplazan 2 de las enfermeras autoras de este Proyecto como docentes(una de ellas Educadora en diabetes) y asisten las enfermeras de la Zona de salud .

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

<p>8. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>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</p> <p>Se implementará la Formación a todas las enfermeras de A.Primaria del Sector. La Evaluación se realizará haciendo un corte en Septiembre 2009 y otro en Enero 2010 de los Indicadores que se proponen</p> <p>% de enfermeras/os de Sector que han recibido formación/ Total enfermeras del Sector</p> <p>% pacientes diabéticos con Hgba1c<7/ Total de pacientes diabéticos con cobertura en la Zona de Salud</p> <p>% de pacientes a los que se proporcionan herramientas para autocuidado por Zona de Salud/Nº de pacientes diabéticos en la Zona de Salud.</p>
--

<p>9. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p>		
<table border="1"> <tr> <td>Fecha de inicio: 01/03/2009</td> <td>Fecha de finalización: 30/01/2010</td> </tr> </table>	Fecha de inicio: 01/03/2009	Fecha de finalización: 30/01/2010
Fecha de inicio: 01/03/2009	Fecha de finalización: 30/01/2010	
<p>Calendario:</p> <p>Sesiones formativas con Enfermeras/os de los C.Salud del Sector .Comenzarán en Marzo 2009</p> <p>Realización del folleto con las intervenciones enfermeras según el tipo de DM...Marzo 2009 (110 ejemplares).</p> <p>Impresión del folleto Marzo 2009</p> <p>Medición de indicadores: Septiembre de 2009 y enero de 2010</p> <p>.</p>		

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>
<u>Formacion</u>	<u>1000</u>
<u>Folletos con información precisa de Intervenciones Enfermeras en pacientes diabéticos.</u>	<u>200</u>
<u>Soporte informatico para sesiones con profesionales y grupos de pacientes</u>	<u>300</u>
TOTAL	1500

Lugar y fecha:

ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR BARBASTRO .20 Febrero 2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA SALA DE REANIMACION EN EL C. S. BARBASTRO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Juan Manuel Vidaller Borrás

Profesión

Médico

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

Centro de Salud de Barbastro (Huesca)

Sector de SALUD:

Barbastro

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

Correo electrónico:

jmvidallerb@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974310398

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Ana Monclús	Enfermera	CS Barbastro
2 Cristina Ariño	Médico	CS Barbastro
3 Marta Millaruelo	Enfermera	CS Barbastro
4 José Luís Eito	Médico Refuerzo	CS Barbastro
5 Vanessa Sánchez	Enfermera Refuerzo	CS Barbastro
6 Juan Martínez	Médico	CS Barbastro
7 Meliton Blasco	Médico	CS Barbastro

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...

Importancia y utilidad del proyecto:

- La *cadena de supervivencia* tiene unas secuencias de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. En esta cadena intervienen múltiples factores, como pueden ser la formación y las habilidades de los profesionales ante este tipo de situaciones, el material y medios disponibles, el lugar físico donde se produzca el evento, el número de profesionales disponibles para atender la emergencia, etc...
- El mayor número de situaciones de emergencia vital y de parada cardiorrespiratoria tiene lugar en el ámbito de Atención Primaria, sobre todo en el domicilio del paciente. La rapidez en la prestación de la asistencia sanitaria es vital en la obtención de resultados favorables.
- Tan importante como tener los conocimientos de la cadena de supervivencia, es el conocer los componentes del carro y el maletín de reanimación; su ubicación; disponer de todo el material necesario; y que la medicación, el material sanitario y el aparataje estén listos, en todo momento, para su uso.

- Otro punto esencial es la necesidad de la existencia de unos criterios mínimos unificados, en cuanto a la dotación y revisión del material integrante del carro y maletín de reanimación, que permita a los profesionales responder.
- **Por todo lo anterior nos planteamos la necesidad de crear y establecer en el Centro de Salud de Barbastro y consultorios asociados un procedimiento que recoja el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la sala de urgencias (carro / maletín, oxígeno) , como herramienta de trabajo, que ayude a nuestros profesionales sanitarios a resolver con éxito estas situaciones de emergencia.** También se deben poner de manifiesto la organización de los recursos humanos, dentro del proceso de actuación. Para ello, es necesario que los profesionales sanitarios los conozcan y sepan utilizarlos adecuadamente.

Situación de partida:

- No obstante, en la actualidad ni su contenido ni su revisión suelen tener un responsable, y su mantenimiento no este bien definido. Tampoco existe una descripción del proceso asistencial para las situaciones de PCR y estabilización del politraumatizado.

Fuentes de información:

- Hoja de revisión de material y aparatos de la sala de reanimación asignada, carro y maletín de reanimación.
- Hoja de firmas de las personas que acuden a las sesiones de reciclaje del manejo del carro y maletín de reanimación.
-

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 la mortalidad y las secuelas que causan las PCR y los politraumatismos.
- Divulgar el concepto y los eslabones de la “cadena de supervivencia”.
- Garantizar la prestación de una atención sanitaria de calidad a la población, en todos los pacientes que soliciten asistencia en situación de riesgo vital en el Centro de Salud/Consultorios asociados.
- Evaluar si el contenido y el funcionamiento de los equipos de los carros y maletines de reanimación de nuestro centro y consultorios locales asociados, aseguran la ejecución eficaz de los protocolos de soporte vital avanzado cardiológico y politraumatizado.
- Unificar los criterios referentes a la revisión y mantenimiento del Carro y maletín de reanimación.
- Tener un procedimiento protocolizado que permita facilitar la integración al personal de nueva incorporación.
- Establecerse un circuito que asegure el óptimo equipamiento, funcionamiento y revisión de los carros, maletines de reanimación y material de urgencia, designándose para ello una enfermera/o del centro que de forma rotatoria reponga todas las carencias existentes. En el caso del Consultorio local dichas actividades serán revisadas por la enfermera/o adscrito al Consultorio local.
- Elaboración de una guía de medicación con la intención de servir de instrumento de apoyo en el correcto manejo de los medicamentos de urgencia, que se encuentran disponibles.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Un grupo de médicos y personal de enfermería elaboraran el procedimiento de manejo, revisión y mantenimiento sistematizado del carro de parada, con un listado de material necesario que permita evaluar la adecuación del contenido de los carros con las recomendaciones del grupo de trabajo. También en el procedimiento se incorporara un Algoritmo de manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada con elementos de estabilización para los politraumatizados y un listado de medicación utilizada, con indicación, posología y precauciones.

Durante el periodo de 2009-2010 se elaborara un procedimiento que:

- Defina el material que debe incluir el carro y los maletines de reanimación, tipo de carro y maletín, localización del carro en el Centro/Consultorios, distribución del material, revisión del material y entrenamiento del personal. Se dispondrá de una hoja de revisión que se cumplimentará con fecha y firma cada vez que se revise. La revisión del monitor desfibrilador, se hará según las instrucciones de funcionamiento de cada desfibrilador. La revisión del material del carro y maletín de reanimación, incluirá farmacia, material de vía aérea, material de soporte circulatorio y material de inmovilización cervical.
- Establecer turnos entre todos los profesionales del Centro de Salud para el manejo y revisión:
 - Revisión con periodicidad mensual por una enfermera/o. La auxiliar de enfermería responsable de limpiar el carro colaborará en la revisión de la caducidad del fármaco. Igualmente, siempre se revisará y repondrá el material y aparataje del carro de parada después de su utilización, con independencia de las revisiones semanales.
 - Existencia del material: el material sanitario, farmacológico y aparataje reflejados en los listados correspondientes.
 - Comprobar la caducidad de todo material o fármaco que posea caducidad. Reponiendo aquél que se encuentre caducado.
 - Comprobará que los medicamentos fotosensibles estén protegidos de la luz natural y artificial para evitar su deterioro. Pueden envolverse con papel de aluminio, cartón o con un envoltorio opaco.
 - Se verificará la existencia correcta del número de unidades de material, instrumental, envases farmacológicas, y aparataje establecido. Si éste no correspondiera con el procedimiento establecido se procederá a su reposición.
 - Se deberá revisar el correcto estado y funcionamiento de: la el fonendoscopio, el esfigmomanómetro, la bala de Oxígeno , el caudalímetro , el tubo de conexión mascarilla- caudalímetro, la alargadera de oxígeno, el pulsioxímetro y el adaptador niño- adulto, el tubo de conexión aspirador-sonda de aspiración, el aspirador de secreciones, el laringoscopio, el desfibrilador y el electrocardiógrafo.
 - Comprobar igualmente el correcto estado y funcionamiento del desfibrilador disponible, siguiendo las normas e instrucciones facilitadas por la casa comercial. El auto chequeo, el icono de batería baja, electrodos con el envoltorio íntegro.
- Registro de la revisión, recogiendo al menos los siguientes datos:
 - Fecha en que se realizó la revisión.

- Persona que la realizó.
- Necesidad de reponer algún material.
- Existencia de algún material o fármaco caducado.
- Funcionamiento del electrocardiógrafo y del desfibrilador.

Dicha información deberá quedar recogida, durante al menos un año, en un lugar centralizado y conocido por el equipo.

- Establecer un turno rotatorio asistencial, con el fin de conseguir que todos los profesionales sanitarios se familiaricen con el mismo, lo cual facilitará la actuación en los momentos de emergencia. Se asignará un facultativo responsable de las maniobras que dirija y coordine toda la actuación. Que debe ser el Médico de Semana en el Centro de Salud y en los consultorios el Médico asignado el manual de funcionamiento de las Urgencias.
- Implantar un Algoritmo de manejo de la reanimación cardiopulmonar avanzada con elementos de estabilización para los politraumatizados.
- Introducir reciclaje periódico a todo el personal médico, de enfermería y auxiliar, no sólo en las técnicas de reanimación avanzada, sino en la disposición del material en el carro y la utilización del mismo durante una situación de emergencia vital. El reciclaje es más importante cuanto más infrecuente sea el uso del carro de parada.
- Elaborar una hoja/guía de dosificación: Es recomendable que con el carro y maletines de reanimación y en un lugar bien visible se encuentre una hoja con la dosis de cada medicación recomendada. En otra hoja debe constar el instrumental.
- Elaborar un listado de teléfonos móviles accesible para los administrativos con los médicos y personal de enfermería asignado a esta función durante la semana, para lograr una respuesta eficaz es imprescindible un adecuado sistema de comunicaciones.
- Es conveniente que los carros y maletines de reanimación estén provistos de desfibriladores. La fibrilación ventricular es la arritmia que con más frecuencia se asocia a la parada cardiaca, la desfibrilación ocupa un lugar destacado en las maniobras de RCP. Después del comienzo de la fibrilación ventricular, las probabilidades de restaurar un ritmo hemodinámicamente efectivo disminuyen con el tiempo, por lo que la desfibrilación debe ser temprana.
- Plan de actuación en el paciente grave y en pacientes con disnea (susceptible de PCR):
 - Aviso inicial al médico de semana asistido por un/a enfermera/o de urgencias.
 - Al paciente grave a su llegada al centro se ubicarán en la sala de reanimación de la 1º planta. Dicho habitáculo estará dotado de capacidad de monitorización de tensión arterial, pulso arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y desfibrilador.
 - Las tareas de los profesionales serán:
 - **Enfermera/o:**
 - Ocuparse de la correcta monitorización del enfermo que será la siguiente: Registro cardiaco de ECG, pulso arterial, tensión arterial y Saturación de oxígeno.
 - Además llevará a cabo los siguientes procedimientos: Canalizará una vía a ser posible con catéter corto de Abocat Gauge 16 o superior y enriquecerá el aire inspirado con Oxígeno a una concentración del 28%.
 - Ayudará al médico en el procedimiento de intubación si lo precisase.
 - **Celador/a:**

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
MALETIN DE ASISTENCIA URGENTE A DOMICILIO EB-203-2 EMERAIR'S	110.36
PULSIOXIMETRO DE BOLSILLO (2)	200 la unidad Total 400
BOLSA BLANDA DE EMERGENCIAS DOMICILIARIAS EB-203-1 EMERAIIR'S	187.9
AMPULARIO ADAPTABLE ISOTERMICO	32.80
MOCHILA ASISTENCIA POLITRAUMATIZADO PARAMED'S EB-210	114.9
LINTERNA FRONTAL ULTRALIGERA TACTIKKA PLUS	45.40
TOTAL	892

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL .PIE DIABETICO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MANUEL JARAIZ, Mº JOSE LACAMBRA, ANA VAZQUEZ

Profesión

DUE, MEDICO

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

CENTRO DE SALUD BENABARRE

Sector de SALUD:

SECTOR BARBASTRO

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

Correo electrónico:

Amvazquez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974543176

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1ASUNCION CODINA	DUE	
2RAMON AZNAR	MEDICO	
3JAVIER CITOLER	MEDICO	
4JAVIER MARTIN	MEDICO	
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...

EN NUESTRO CENTRO DE SALUD SE ESTA APLICANDO UN PROCESO DE MEJORA CENTRADO EN EL PACIENTE DIABETICO, TRAS LA REALIZACION DE UNA AUDITORIA INTERNA HEMOS DETECTADO UNA BAJA CUMPLIMENTACION DE LA EXPLORACION DEL PIE EN NUESTROS PACIENTES DIABETICO. POR ESTE MOTIVO HEMOS DECIDIDO TRABAJAR EN ESTE TEMA.

EN ESTE MOMENTO TRAS LA AUDITORIA TENEMOS EXPLORADOS SOLAMENTE EL 10% DE LOS PIES DE NUESTROS PACIENTES DIABETICOS,

ADEMAS LA EXPLORACION NO ESTA SISTEMATIZADA DE IGUAL FORMA EN TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS.

CON ESTE PROYECTO SE PRETENDE:

- 1- Sistematizar la exploración, y el registro en la historia clínica
- 2- Durante el año 2009 explorar los pies de al menos el 60 % de nuestros diabéticos.

QUEREMOS DOTAR DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO NUESTRAS CONSULTAS ,EN LA ACTUALIDAD SOLO CONTAMOS CON UN EQUIPO DE EXPLORACION PARA TODOS LOS PROFESIONALES, Y PARA TODOS LOS CONSULTORIOS DE NUESTRO CENTRO.

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

Aprendizaje y sistematización por parte de los profesionales de la exploración del pie diabético

Aumentar el porcentaje de exploraciones realizadas en estos enfermos. Al menos el 60 % de los pacientes diabéticos de nuestro centro de salud tendrán explorado el pie durante este año.

Dotación del material necesario para la correcta exploración del pie diabético en los consultorios locales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Durante el primer trimestre del año se realizará una rotación por la consulta de enfermería del centro de salud delicias sur de Zaragoza específica para exploración de pie diabético ,y que tiene acreditada la formación por el programa focus. También se realizaran sesiones para el resto del equipo en el centro de salud. Realizaran la rotación todos los profesionales de enfermería que lo deseen. Responsable de la parte de formación MANUEL JARAIZ.

Se monitorizara el porcentaje de exploraciones que se realizan de forma trimestral.

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

FORMACION .

El 100% de los miembros del equipo realizara formación en este tema. Bien mediante rotación, o bien asistiendo a las sesiones del tema que se programen en el centro de salud.

Se realizaran al menos una sesión cada trimestre en relación al tema del pie diabético.

IMPLEMENTACION

Cada trimestre se monitorizaran las exploraciones que se realizan.

Exploración del pie diabético al menos en el 60 % de nuestros diabéticos.

INDICADORES

PROFESIONALES QUE HAN RECIBIDO FORMACION EN EL TEMA/ TOTAL DE PROFESIONALES =100%

PACIENTES DIABETICOS CON EXPLORACION DE PIE REALIZADA/ TOTAL DE PACIENTES DIABETICOS > O= AL 60 % .

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Primer trimestre del año formación en la consulta de exploración del pie diabético del centro de salud delicias sur de Zaragoza.

Resto del año implementar la exploración en nuestras consultas.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material para la exploración del pie diabético estuche que contiene pincel, pinprick, barra térmica, diapasón 128 hz, monofilamento. 3 unidades	$200 \times 3 = 600$
Viajes 320 km desde el centro de salud de Benabarre hasta Zaragoza	$320 \times 0.25 = 80$
Dietas. Tres días de estancia en Zaragoza para aprendizaje	$80 \times 3 = 240$
TOTAL	920 euros

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

UTILIZACIÓN DEL ESPIRÓMETRO EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA EPOC

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M. DOLORES CANUDO AZOR

Profesión

MEDICO

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

CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

Sector de SALUD:

BARBASTRO

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

Correo electrónico: - cs08.gaphu01@salud.aragon.es

- dcanudo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974301515

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ANGELES LOPEZ ALONSO	DUE	C.S.BERBEGAL
2 CRISTINA JUAREZ	DUE	C.S.BERBEGAL
3 CARMEN GUILLEN SOLANO	DUE	C.S.BERBEGAL
4 JOSE ALCUBIERRE CURA	MEDICO	C.S.BERBEGAL
5 CARMEN MOLINOS CASASNOVAS	MEDICO	C.S.BERBEGAL

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...

- Resultados de evaluación con baja cobertura en el programa 307 (Atención a pacientes crónicos: EPOC).
- Necesidad de mejorar la práctica clínica y estudio de los pacientes con síntomas y signos respiratorios crónicos y/o que presenten factores de riesgo (tabaquismo principalmente).
- Prácticamente no utilizado el espirómetro que tenemos en el Centro de salud.

- Programa que se puede enlazar con el 319 (Atención al paciente dependiente del Tabaco), actualmente prioritario en cartera de servicios.
- Equipo que atiende una población pequeña y bastante conocida en cuanto a su patología y hábitos de vida.
- Buena accesibilidad por parte de la población a las consultas y pruebas complementarias realizadas en el centro de salud.

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.

EL CURSO PASADO POR PROBLEMAS ESTRUCTURALES, NO SE PUDO REALIZAR EL PROYECTO.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Asumir el manejo del espirómetro en el centro de salud
- Mejora de nuestra práctica clínica en patología respiratoria crónica
- Confirmar el diagnóstico de EPOC en nuestra población
- Mejorar el estudio y seguimiento del paciente EPOC
- Valorar la gravedad de la enfermedad del paciente EPOC
- Sensibilizar a la población en la patología del tabaquismo

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Diseño de una hoja de recogida de datos y para citación.
- Rellenar la hoja de citación por parte del profesional que indica la prueba.
- Citación para espirometría de los pacientes.
- Realización de la espirometría por parte de la enfermera formada para ello.
- Registro de la hoja de recogida de datos y resultados de la espirometría en una carpeta específica para tal actividad.
- Supervisión del programa por parte del responsable.
- A los 3 meses de su inicio se hará una evaluación de la implementación 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

En la hoja de registro se incluirán los datos que posteriormente serán evaluados.

Indicadores:

- Número de pacientes a los que se les realiza una espirometría sobre el total de la población
- % de fumadores a los que se les realiza espirometría sobre el total de las realizadas
- % de pacientes con diagnóstico de EPOC sobre el total de la población
- % pacientes que se incluyen en programa EPOC tras realizar la espirometría.
- % de pacientes derivados a IC de Neumología del total de espirometrías hechas.
- Cobertura del servicio 307 (programa EPOC) en cartera de servicios en 2009.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: 2 de marzo de 2009 Fecha de finalización: 20 de diciembre de 2009

Calendario:

- 2ª quincena de febrero presentación del programa de mejora a todo el equipo, discusión y dudas sobre su desarrollo.
- 2 de marzo: comienzo de la actividad.
- 2ª quincena de Junio: evaluación de su implementación.
- Enero de 2010: evaluación final.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
ORDENADOR PORTATIL PARA LA REALIZACION DE SESIONES DE FORMACION.	600
CAÑON PROYECTOR.	500
COOXIMETRO.	200
CURSO DE ESPIROMETRIA	200
TOTAL	1.500

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION AL PACIENTE DIABETICO
CRIBADO DE RETINOPATIA DIABETICA.**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Carmen Chaverri Alaman

Profesión

Enfermera

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

C. S. Binefar

Correo electrónico:

cchaverri@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974/430911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSE ANGEL BUIL	Medico	C.S.Binefar
ESMERALDA PUYOL	Medico	C.S.Binefar
ELISA TORRES	Medico	C.S.Binefar
CRISTINA LIUEZA	Medico	C.S.Binefar
JAVIER GUTIERREZ MARTINEZ	Medico	C.S.Binefar
JOSE BAILAC COSTA	Medico	C.S.Binefar
LOURDES ALTEMIR	Medico	C.S.Binefar

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

Desde el año 2004 se esta trabajando en este Centro por mejorar la atención al paciente diabético.

En los años 2006 a 2008 se han llevado a cabo diferentes proyectos de iniciativa de mejora de la calidad en pacientes diabéticos:

Año 2006: Mejora de la estructura y registro de la consulta programada de enfermería con pacientes crónicos diabéticos.

Año 2007: Mejora de la estructura y registro de la consulta programada de enfermería con pacientes crónicos diabéticos mediante la mejora de la estructura y registro de la consulta de enfermería con pacientes diagnosticados de intolerancia a hidratos de carbono.

Año 2008: Proyecto de mejora para la atención al paciente con obesidad, como factor de riesgo de DM.

En este año 2009 nos parece importante introducir la exploración de retinografía digital (RD), para el diagnostico precoz de lesiones susceptibles de ser tratadas, mejorar el pronostico y prevenir la ceguera en diabéticos. Esta exploración complementaria

ofrece como ventajas mayor accesibilidad, acercamiento de la prueba diagnóstica al paciente sin listas de espera, y aumento de la cobertura en la población diabética con menor riesgo para el paciente, dado que no requiere midriasis. Y además permite un registro permanente y seguimiento adecuado.

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

Captación de pacientes diabéticos tipo 2, con las siguientes características:

- Paciente recién diagnosticado de diabetes tipo 2
- Pacientes que no tienen fondo de ojo realizado en el último año.
- Pacientes controlados hasta la fecha en especializada, sin retinopatía diabética

Serán controlados por oftalmología pacientes tipo 1 y pacientes con retinopatía diabética.

El objetivo es que todos los pacientes diabéticos de nuestra área de cobertura, estén explorados en esta patología.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La prueba se realiza en el Centro de Salud, mediante cámara de retina no midriática por técnico especialista, en una consulta habilitada por la tarde, en un periodo de 2-3 meses se citará y explorará la población diana.

Medicina y enfermería captarán a los pacientes y los derivan a este servicio.

Realizarán un informe en soporte informático. "Formulario específico de cribado de retinopatía diabética".

La lectura será llevada a cabo por dos médicos de atención primaria, que previamente han realizado un programa de formación.

Se relazará doble lectura por oftalmólogo.

Resultados del cribado:

- fondo de ojo normal: se informa por correo y se cita en el centro de salud, dentro de un año.
- Fondo de ojo patológico: se deriva a oftalmología según protocolo(ordinario, preferente y urgente)
- Imagen no valorable: se deriva a oftalmología.
-

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

Nº de pacientes diabetes 2 con retinografía(cribado)/Nº de pacientes diabetes2 cartera de servicios sin retinopatía previa.

Objetivo=100%

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

Nºde pacientes diagnosticados de retinopatía diabética con el cribado / Nº total de retinografías
 Comparar con prevalencia de retinopatía

Nº de pacientes diagnosticados de retinopatía con el cribado+ pacientes con retinopatía ya diagnosticada/ Nº de pacientes diabetes 2

Comparar con estándares de prevalencia de retinopatía.

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:20/2/2009	Fecha de finalización:20/02/2010
Enero- Marzo: captación y realización de la prueba Abril- mayo- junio: Lectura de la prueba por médicos de AP. Según resultados se deriva a oftalmología. Se cita si es normal al Centro de Salud con periodicidad de un año. Julio: 1ª evaluación. Diciembre:2ª evaluación.	

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>
Doppler	500
Pulsioxímetros digitales 1 unidad	150
Tensiómetros digitales 6 unidades	350
Formación, o inscripción Congreso	500
TOTAL	1500

Lugar y fecha:
Binefar 20/02/2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACTUALIZACION

MEJORA EN LA ATENCIÓN GLOBAL DEL PACIENTE CON E.P.O.C.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Cristina Luezza Lampurlanes

Profesión

medico

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

Binefra

Sector de SALUD:

Barbastro

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

Correo electrónico:

clueza@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974429065

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Elisa Torres Clemente	medico	binefar
2Jose Bailac Costa	medico	binefar
3jJavier Gutierrez Martinez	medico	binefar
4Patricia Ledo Blasco	D.U.E.	binefar
5Jezabel Gibanel Trens	D.U.E.	binefar
6Patricia Ledo Blasco	D.U.E.	binefar
7Marta Allue Ciudad	D.U.E.	Binefar
8Fernando Marti Jarne	Fisioterap.	binefar

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...

Escasa cobertura, e infradiagnostico de EPOC.

Desde el mes de Agosto de 2007, no se realizan espirometrías, por traslado del profesional responsable de su realización.

En este momento no disponemos de ningún profesional adiestrado en el uso del espirómetro.

Baja motivación de los profesionales en esta patología.

Baja cobertura en deshabituación tabaquica.

Detectamos en los domicilios aparatos de Aerosolterapia –Oxigenoterapia que el paciente no utiliza, o no indicados de forma crónica, lo que supone un aumento desmesurado del gasto.

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.

En el año 2008 hemos revisado la E.P.O.C. mediante sesiones clinicas de formación, impartidas por profesionales del equipo y servicio de neumologia de referencia.

- Sesión clínica EPOC por el Neumólogo, Cegoñino.
- Taller deshabituación tabáquica y registro en OMI. Elisa Torres. Marta Aullé.
- Taller técnica de espirometrías para enfermería; organiza Esmeralda Puyol.
- Listados, de pacientes diagnosticados de EPOC, y de pacientes dependientes de tabaco por Centros y OMI. Pilar Campo.
- Revisión de listados de oxigeno y aerosolterapia.
- Sesion de formación en oxigenoterapia.

Hemos revisado los listados, de pacientes E.P.O.C. con dependencia tabaquica y los listados, de pacientes con oxigenoterapia o aerosolterapia a domicilio. Con los siguientes resultados:

INDICADORES:

Nº de pacientes EPOC con consejo antitabaco/Nº de pacientes EPOC fumadores=100%

Nª De pacientes con criterio de oxigenoterapia-aerosolterapia/ Nº de pacientes con oxigeno-aerosolterapia=90%.

Puesta en marcha del espirometro. Se adjudica un espirometro nuevo, y se organiza enfermeria para realizar las espirometrias, con la mayor calidad posible.

Reciben formación en el servicio de neumologia.

Añadimos indicadores 2009:

- Aumento de cobertura en cartera de servicios.

En el año 2008 la cobertura era del 28%, sobre la población esperada.(tenemos declarados en cartera de servicios 137 pacientes)

Nuestro objetivo para 2009, seria incrementar la cobertura hasta el 50%(100 casos mas en cartera de servicios)

INDICADORES:

Nº pacientes en cartera de servicios/ Nº de casos esperados 480pacientes.

Nº de espirometrias realizadas en un año/ 100 espirometrias como objetivo al año.

Objetivo 80%

Nº de pacientes diagnosticados de EPOC/Nº de espirometrias realizadas.Objetivo=70%

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aumentar cobertura en cartera de servicios.
 Realización sistemática de espirometrías. Organización consulta de enfermería
 Mejora en la atención de los pacientes con EPOC.
 Diagnóstico Precoz
 Realización técnicas sanitarias diagnósticas correctas
 Deshabitación tabaquica. Y consejo antitabaco a pacientes EPOC.
 Mejorar seguimiento clínico y de los tratamientos(farmacológicos y no farmacológicos)
 Rehabilitación pulmonar.
 Eficiencia en la utilización de oxigenoterapia y aerosolterapia.
 Reducción de ingresos hospitalarios / año debidos a esta patología

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Puesta a punto del espirómetro. A realizar por la Coordinadora.

Formación:

Taller de espirometrías. Unidad Docente. Servicio neumología de referencia, impartido por Mercedes García Solans.

Taller de deshabitación tabaquica. Elisa Torres.

Sesión de uso del pulsioxímetro en seguimiento y tratamientos. Cristina Lueza.

Educación sanitaria en el uso de inhaladores y fisioterapia respiratoria. Carmen Chaverri, Jezabel Gibanel, Fernando Martí.

Realización de espirometrías en pacientes fumadores, para el diagnóstico precoz. Sonia Garcés, Marta Aullé

Realización de espirometrías en EPOC, diagnosticados, cada 2 años. Sonia Garcés Marta Aullé

Revisar listados de la empresa Carburos Metálicos de los pacientes con oxígeno-aerosol terapia, para determinar si persiste la indicación. A realizar por la administrativa

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

Indicadores de Proceso:

-Nº de pacientes EPOC con consejo antitabaco/Nº de pacientes EPOC fumadores=100%

indicador de resultados:

-Nº de pacientes con criterio de oxigenoterapia-aerosolterapia/ Nº de pacientes con oxígeno-aerosolterapia=90%.

Añadimos indicadores 2009:

- Aumento de cobertura en cartera de servicios.

En el año 2008 la cobertura era del 28%, sobre la población esperada.(tenemos declarados en cartera de servicios 137 pacientes)

Nuestro objetivo para 2009, sería incrementar la cobertura hasta el 50%(100 casos mas en cartera de servicios)

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

<p>INDICADORES: Nº pacientes EPOC en cartera de servicios/ Nº de casos esperados (480pacientes). Estandar de prevalencia de EPOC es del 28% de la población.</p> <p>Nº de espirometrias realizadas en un año/ 100 espirometrias como objetivo al año. Objetivo 80%</p> <p>Nº de pacientes diagnosticados de EPOC/Nº de espirometrias realizadas.Objetivo=70%</p>
--

<p>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS Indicar el calendario de las actividades previstas</p> <p>Marzo 2009: puesta en marcha de citaciones de espirometrias. 2 horas a la semana, con una media de 4 pacientes por semana por 30 semanas aproximadamente 120 espirometrias /año. Marzo 2009: recordatorio, interpretación de espirometrias. Mayo- junio 2009: educación sanitaria a grupos de pacientes con EPOC, sobre uso de inhaladores y ventajas de la fisioterapia respiratoria. Septiembre-octubre:taller motivacional de deshabituacion tabaquica.</p>
--

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u> 1 pulsioximetro pediatrico	<u>Euros</u> 200
<u>2 pulsioximetro adulto</u>	<u>400</u>
<u>Material para gimnasia respitoria</u>	<u>500</u>
TOTAL	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE BINEFAR.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dolorores Muñoz Gallego.

Profesión

Medico de atención primaria

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

Centro de salud de Binefar

Sector de SALUD:

Barbastro

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

Correo electrónico: dmunnoz@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 429 065 - 974 430 911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Francisca Valdivia Barrales	enfermera	BINEFAR
2Carmen Chaverri Alaman	enfermera	BINEFAR
3Patricia Ledo	enfermera	BINEFAR
4Elisa Torres Clemente	medico	Binefar
5Cristina Lueza Lampurlanes	medico	Binefar
6Jose Gracia Farre	medico	Binefar

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...

Desde hace 8 años existe en el centro de Salud de Binéfar un programa de Cirugía Menor. Se ha detectado que en ocasiones no están claros los criterios de derivación por parte de los profesionales del E.A.P., demorando por ello la derivación necesaria hacia Atención Especializada. Con este proyecto se pretende que el EAP conozca el protocolo y tenga claro los casos que pueden ser asumidos por el mismo.

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

Establecer el recorrido del paciente y de su patología, en caso de ser tributaria de atención por el servicio de Cirugía Menor del Centro de Salud.

Establecer criterios de derivación dentro del Centro de Salud al servicio de Cirugía Menor.

Diseñar un recorrido del paciente para evitar demoras.

Establecer criterios de seguimiento, de control de posibles complicaciones de estos procesos por medicina y enfermería

Validar diagnósticos con anatomía patológica.

Actualizar las técnicas de c. menor por parte de los profesionales del EAP para poder actuar en caso de falta de los responsables del programa

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Una sesión formativa por Dolores Muñoz, respecto a la patología tributaria de ser intervenida en el Centro de Salud, mediante Cirugía menor, con métodos audiovisuales.

Taller para en técnicas quirúrgicas y manejo del bisturí eléctrico

Una sesión de información por Francisca Valdivia del recorrido del paciente desde su médico de familia hasta el final del proceso.

Registro en OMI de todos los procesos que se realizan en Atención Continuada y en consultas

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

Nº pacientes atendidos en C.Menor/ nº casos pedidos en cartera

Objetivo 100%

Nº pacientes intervenidos en C.Menor / nº pacientes derivados

Objetivo: 80 %

Nº de concordancias del diagnóstico de las muestras enviadas/ nº de resultados de anatomía patológica

Objetivo 80%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo - Abril 2009 sesión de formación de lesiones susceptibles de ser intervenidas en Cirugía menor.

Mayo 2009 Taller de técnicas de cirugía menor

Junio 2009 Información del recorrido del paciente y formas de derivación

Julio 2009 Primera evaluación

Diciembre 2009 Segunda evaluación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACTUALIZACION: ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD.
EDUCACIÓN SANITARIA CON TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) A USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ELISA TORRES CLEMENTE

Profesión

MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

CENTRO DE SALUD DE Binéfar

Sector de SALUD:

BARBASTRO

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

Correo electrónico:

etorres@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974429065

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CRISTINA LUEZA LAMPURLANES	MEDICO	C.S. BINÉFAR
DOLORES MUÑOZ GALLEGO	MEDICO	C.S. BINÉFAR
PATRICIA LEDO BLASCO	D.U.E.	C.S. BINÉFAR
ESMERALDA PUYOL	MEDICO	C.S.SBINEFAR
VICTOR VALLES GALLEGO	MEDICO	DIRECTOR DE AP.
MIGUEL ZAZO ROMOJARO	MEDICO	CETEC-SALUD
LATRE BARBARA	D.U.E.	C.S.BINEFAR
LOURDES ALTEMIR	D.U.E.	C.S. BINEFAR

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...

Hay elementos ajenos al sistema sanitario que influyen en la educación sanitaria de la población: los medios de comunicación, radio, televisión, Internet, revistas de salud; las consideraciones de tipo médico están de continuo y cada vez más presentes en todo tipo de ámbitos. Estos medios contribuyen a la creación de no enfermedades (menopausia, calvicie, celulitis, envejecimiento, problemas estéticos, ...) con la consiguiente Medicalización de la población, pérdida de autocuidados y demanda por

procesos no médicos.

En ocasiones los profesionales del sistema sanitario público nos dejamos llevar por esta realidad, perdemos el enfoque de prevención y promoción de la salud y desaprovechamos oportunidades para dar información y educación sanitaria a la población.

Se ha seleccionado como oportunidad de mejora el proporcionar información sanitaria y educación para la salud mediante la utilización de tecnologías de la información (audiovisuales) en salas de espera y otros espacios del Centro de Salud.

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.

Reunidos el 24 de abril, equipo EAP mediante tormenta de ideas, se priorizan los siguientes temas de educación al usuario, para elaborar audiovisuales:

- 1- uso responsable del sistema sanitario con 14 votos.
 - 2-deshabituaación ta báquica. 11 votos
 - 3- vacunación gripe:10 votos
 - 4-ACO/ educación sanitaria sexual: 9 votos
 - 5-nutrición y dieta sana: 6 votos
 - 7-ejercicio físico: 3 votos
 - 8-vacuna papiloma: 3 votos
 - 9-Violencia de género: 2 puntos
 - 10-Vacuna DT: 2 votos
- Cuidados en inmobilizados, alcohol, disfunción eréctil y uso de fármacos, todos con 1 voto.

Elegimos elaborar los 4 primeros temas.

Grupos de trabajo:

- 1-Uso responsable del sistema sanitario..... Cristina Lueza.
- 2-deshabituaación tabaco: Elisa Torres...
- 3-ACO: Patricia Ledo.
- 4-vacuna gripe:..... Lourdes Altemir.

Se han recopilado material y contenidos y elaborado los guiones.

Hemos realizado, como actividad inicial, los guiones de: A.C.O., Deshabituaación tabaco, vacunación gripe, uso responsable del sistema sanitario.

Dificultades encontradas:

La realización-montaje de audiovisuales, se necesita personal externo y experto.
No se ha desplegado, la tecnología neces su implantación.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

En este año 2009, nuestro objetivo es organizar actividades dirigidas a la comunidad, Día sin humo. Taller motivacional para dejar de fumar. Información en el centro de salud con folletos y carteles.

Charlas educativas dirigidas a la población inmigrante, sobre alimentación saludable y sobre hábitos higiénicos.

Educación sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Información a la población sobre los beneficios de la vacuna antigripal.

Marcha popular, con los profesionales sanitarios para fomentar el ejercicio físico.

Poner carteles y posters informativos-educativos acerca de estos temas.
 Mejorar la educación sanitaria de los usuarios de los Centros de Salud.
 Fomentar autocuidados.
 Mejorar la seguridad del paciente. Disminuir Medicalización (consumo de fármacos).
 Mejorar la imagen del centro de salud como referente en la prevención y promoción de la salud.
 Mejorar la confortabilidad de los espacios de espera del Centro.
 Implicación de los profesionales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Desarrollo de material audiovisual en educación sanitaria con temas de salud prioritarios: tabaco, vacunación de la gripe, métodos anticonceptivos, nutrición, ejercicio físico, ...

Se creará un equipo multidisciplinar, para la elaboración de los temas a tratar

El contenido estará basado en evidencias científicas disponibles, transmitido con mensajes cortos, comprensibles, positivos, que aumenten la motivación del paciente.

Montaje de los audiovisuales, Gerencia del Sector.

Instalación en salas de espera y zona de admisión de equipos audiovisuales. Servicio de informática del 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

Primer año:

Planificación del catálogo de contenidos y priorización de elaboración de tres temas.

Diseño de encuesta de satisfacción y de comprensión.

Evaluación del impacto: Encuesta de satisfacción.

Evaluación de indicadores de resultados (Incremento de coberturas: vacunación antigripal en > de 65 años, deshabituación tabáquica, aumento cobertura en el programa de la mujer, sobre información y seguimiento de métodos ACO., ...)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

INICIO 1 -03-2008

FINALIZACION 1 – 03-2011

Calendario: Plan a tres años.

1er. año.- Desarrollo de audiovisuales en educación sanitaria.

1er semestre: recopilación de material y elaboración de guiones y contenidos.

2º semestre: elaboración de audiovisuales.

2º año.- Pilotaje de modelos: puesta en marcha y evaluaciones.

Marzo- charlas a la población inmigrante, organizadas conjuntamente con Cruz Roja

Junio- marcha popular para fomentar ejercicio físico, antes dar información de los beneficios para la salud del ejercicio físico. Organizo conjuntamente con profesores de educación física.

31 de mayo día sin humo. En esa semana realizar taller motivacional, instalado en la sala de espera principal del Centro de Salud.

Septiembre- charla informativa sobre los beneficios de la vacunación antigripal.

3er. Año.- Despliegue de educación sanitaria: expansión a otros centros de salud.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i> CAÑON DE PROYECCION	<i>Euros</i> 1000
<u>PANTALLA DE PLASMA CON O SIN DVD.</u>	<u>1000</u>
TOTAL	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DISMINUCIÓN DEL ABSENTISMO EN LAS CITAS ESPECIALIDADES CON EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ROSA M^a ESPIER LLORENS

Profesión

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

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

CENTRO DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Sector de SALUD:

BARBASTRO

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

Correo electrónico:

rmespier@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974553187

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1MONTSERRAT GUILLEN PEREZ	AUX.ADM.	C.S. CASTEJON DE SOS
2		
3		

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...

Estamos a la espera de datos concretos de absentismo en 2008 en cada una de las especialidades referidos a la población de nuestro centro de Salud. Los datos que actualmente tenemos son: en 2003 un 23%, en 2004 un 29% y en 2005 un 26% de promedio en nuestra zona de salud.

Estas cifras de absentismo nos parecen lo suficientemente importantes como para intentar concienciar a los pacientes, por medio de carteles y notas en las interconsultas, de la necesidad de anular su cita si no van a acudir a ella.

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 porcentaje de absentismo a las citas de hospital.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Carmen Ezquerro, del Servicio de Admisión del Hospital de Barbastro nos envía el porcentaje de absentismo de nuestra población en las diversas especialidades a lo largo del 2008.
- Preparamos etiquetas adhesivas de color naranja "fluor" con la frase:
Si no puede acudir a la cita
Rogamos la anule:
Tno. 974 55 31 87
Nos ayudará a disminuir las listas de espera
- Carteles tamaño A3 con el mismo mensaje.
- Exponer el Plan de Calidad en reunión para participación de los profesionales implicados (consultas locales).
- Los carteles se colocarán en las salas de espera de las consultas de nuestra Zona de Salud.
- Las etiquetas se pegarán en todos los volantes que se entregan a los pacientes con solicitud de interconsulta al Hospital de Barbastro.

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

- Al cabo de 6 y 12 meses se piden datos a Carmen Ezquerro para valorar la efectividad de la medida adoptada

Indicadores:

Absentismo 2008
Total citas 2008

Absentismo 2009
Total citas 2009

Nº de citas anuladas
Total citas 2009

Sería considerado útil el plan de calidad si se consigue como mínimo una reducción del absentismo en un 10%.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio de la actividad: Marzo 2009
Primera evaluación: Septiembre 2009
Segunda evaluación Marzo 2010

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
3 Cajas de etiquetas mod. APLI 02871 "FLUOR"	27 €
Solicitamos, si la actividad tiene resultados positivos, el exponerla mediante comunicación póster en Congreso o Simposium de la Sociedad española de Administrativos de la salud (SEAUS). Por lo que se ruega la subvención del coste de los gastos de asistencia de las dos administrativas del Centro de Salud al mismo.	1.200 € (estimado)
TOTAL	

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Cámara de Fotos digital</u>	<u>250</u>
<u>Bisturí eléctrico</u>	<u>600</u>
<u>Lámpara lupa</u>	<u>150</u>
TOTAL	1.000

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 CONTINUA DEL SERVICIO DE CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos: ISABEL YSEBIE RONSE
Profesión / MEDICO DE FAMILIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Centro de salud de CASTEJON DE SOS
Sector de SALUD: BARBASTRO
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: iysebie@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974/553187

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. M ^a CARMEN DE MIGUEL ANTON	MEDICO DE FAM.	C.S. CASTEJON DE SOS
2. RAQUEL ALONSO BERGES	ENFERMERA	C.S. CASTEJON DE SOS
3. ASUNCION PUYUELO LARDIES	ENFERMERA	C.S. CASTEJON DE SOS
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...
LA CIRUGIA MENOR (CM) EN AP HA SIDO SIEMPRE UNA ACTIVIDAD RECOGIDA EN LA CARTERA DE SERVICIOS. PERO POR FALTA DE EXPERIENCIA, FORMACION, MOTIVACION U OTRAS RAZONES, LAS INDICACIONES Y REALIZACIONES ESTAN MUY LIMITADAS EN NUESTRO CENTRO. (SE LIMITA A LA SUTURA DE HERIDAS Y CRIOTERAPIA) HASTA AHORA CADA MEDICO DIAGNOSTICA Y DERIVA AL ESPECIALISTA SI LE PARECE OPORTUNO. TENIENDO EN CUENTA LA LEJANIA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA, AUMENTAMOS LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SATISFACCION DEL USUARIO AMPLIANDO LA OFERTA DE CM PROGRAMADA A TODA LA

POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD, MEDIANTE LA CREACION DE UNA CONSULTA SEMANAL.

BIBLIOGRAFIA:

-CIRUGIA MENOR EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD

SERVANDO E. MARRON MOYA ISBN:978-84-611-5798-3

-MANUAL DE CM Y OTROS PROCEDIMIENTOS EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA.

J. M^a ARRIBAS, F. CABALLERO ISBN: 84-86734-88-6

-GUIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA

SEMFYC ISBN:84-89045-26-7

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

OBJETIVO PRIMARIO:

- AUMENTAR LA COBERTURA DEL SERVICIO DE CIRUGIA MENOR AL IMPLANTAR UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CS.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- MEJORAR EL DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO CON CIRUGIA MENOR POR MEDIO DE LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DEL EAP.
- DIFUNDIR LAS TECNICAS DE CIRUGIA MENOR AL RESTO DE PROFESIONALES DEL C.S.
- DISMINUIR LAS DERIVACIONES A ATENCION ESPECIALIZADA POR PROCESOS SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO CON CIRUGIA MENOR AMBULATORIA.
- AUMENTAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EVITANDO DESPLAZAMIENTOS A LOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE REFERENCIA LEJANOS.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

LA PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

ISABEL YSEBIE RONSE

SE HA FORMADO CON CURSOS DE FORMACION CONTINUADA:

- TALLER DE INFILTRACIONES DE APARATO LOCOMOTOR (GAP HU 2003)
- CURSO DE CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA (FOCUSS NOV 2008)

- ACTUALIZACION EN DERMATOLOGIA (IAAP, FEBR. 2009)
- CURSO AVANZADO DE CM EN AP (IAAP, FEBR. 2009)

ESTABLECER UN ORGANIGRAMA PARA LA CITACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA POR MEDIO DE:

1. CREACION DE UNA AGENDA PARA DOS CONSULTAS SEMANALES:
 - 1.1. PRIMERA VISITA: CONFIRMACION DIAGNOSTICA INICIAL Y VALORACION SI ES SUSCEPTIBLE AL TRATAMIENTO EN AP
 - 1.2. SEGUNDA VISITA: REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
 - 1.3. CONTROL POSTQUIRURGICO POR EL MEDICO DE CUPO: COMUNICACIÓN (POR TELEFONO) AL RESPONSABLE DEL PROGRAMA SI SE DETECTA UNA COMPLICACION
 - 1.4. CUIDADES POSTQUIRURGICOS POR ENFERMERO/A DE CUPO
 - 1.5. COMUNICACIÓN AL PACIENTE DE LOS RESULTADOS DEL LA ANATOMIA PATOLOGICA SI PROCEDE

EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD SE REALIZARA EN LA HISTORIA CLINICA EN OMI (PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR)
2. COMO ACTIVIDADES FORMATIVAS SE LLEVARAN A CABO DOS TALLERES DE FORMACION INTERNA A LOS PROFESIONALES DEL EAP

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:

Para valorar el aumento de la cobertura del servicio

$\frac{\text{Nº DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN 2008}}{\text{Nº DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN 2009}} \times 100$ (ESTANDAR 10 %)

Para valorar la calidad del diagnostico de procesos susceptibles al tratamiento en la consulta de cirugía menor del EAP

$\frac{\text{Nº DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO}}{\text{Nº DE PACIENTES DERIVADOS A LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR DEL C.S.}} \times 100$
(ESTANDAR 80 %)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- FEBRERO 2009: CREACION DE AGENDA
- FEBRERO 2009: PRESENTACION AL EAP DE LA ACTIVIDAD , PLANNING, REPARTO DE TAREAS, EXPOSICIÓN SOBRE DIAGNOSTICOS SUSCEPTIBLES A LA DERIVACION A LA CONSULTA DE CM
- FEBRERO 2009: INICIO DE LA ACTIVIDAD
- DICIEMBRE 2009: VALORACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

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>
MATERIAL QUIRURGICO	300
CAMARA DIGITAL	300
TOTAL	600

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El cáncer del cuello del útero (cervix) es el segundo en frecuencia, tras el cáncer de mama, en mujeres de menos de 35 años de edad. En los años 90 se establece la causalidad entre PVH y cáncer de cervix. En la actualidad, se sabe que el cáncer de cervix es una enfermedad de transmisión Sexual condicionada por una infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo oncogénico.

El cáncer de cervix se puede prevenir y tratar antes de que se desarrolle la enfermedad invasiva.

Es uno de los tres cánceres, junto con el cáncer de colon y mama, que tiene una prueba de cribado demostrada (la citología). Para que las pruebas de cribado tengan impacto sobre la disminución de la enfermedad, deben realizarse a un mínimo del 70% de la población diana.

Durante el año 2008 se inició en la Zona Básica de Salud de Fraga, en coordinación con el Servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro y el Servicio de Anatomía patológica del mismo hospital, un estudio piloto de cribado poblacional de cáncer de cervix en mujeres mayores de 35 años, implementando la prueba de detección del DNA del HPV.

Se consiguió un aumento del número de citologías realizadas a mujeres entre 35 y 65 años de un 38.57% aunque, paradójicamente, el número total de citologías realizadas por la matrona del centro de salud ha disminuido.

Las citologías que se realiza la población femenina de Mequinenza no queda registrada, y existe una pérdida de registro, a su vez, en los consultorios periféricos en los que aun no se ha implementado la informatización de las consultas.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se ha llevado a cabo una sesión clínica con el equipo de Atención Primaria, a la cual ha asistido como participante la Dra. Aragón, Jefa de Servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro. En dicha sesión se recaló la importancia del cribado poblacional del ca. de cervix mediante citología, destacando el rastreo activo de pacientes que, por efectuar dicho cribado mediante actuaciones sanitarias privadas, se escapaban hasta ahora a nuestro registro.

Se ha propuesto el uso en los ambulatorios periféricos, todavía no informatizados, de una hoja de registro.

Se han realizado por parte de las matronas Patricia Millanes y Rosa Alzuria charlas informativas a población inmigrante y en sesiones particulares dentro de las clases de preparación al parto.

La Dra. Aragón ofreció una charla informativa en la localidad de Zaidín sobre cribado de cáncer de cervix. El número de citologías realizadas a mujeres entre 35 y 65 años, según la evaluación de la cartera de servicios, ha sido de 952, frente a las 687 realizadas en 2007, lo cual supone un aumento de un 38.57%. En relación al total de la población diana representa una cobertura poblacional del 28.22% en la Zona Básica de Fraga, frente al 20.36% del año 2007. Analizando los datos del año completo obtenemos un total de 999 citologías realizadas en 2008, en mujeres situadas en el rango de edad entre 35 y 65 años, frente a un total de 720 citologías realizadas en 2007, en el rango comprendido entre 35 y 65 años. Estas cifras, pese a suponer una mejora, se encuentran muy lejos del objetivo del 70% para que el cribado tenga impacto sobre la disminución

de la enfermedad, y aún del 45% obtenido por el sector. Por otra parte, el número de citologías totales realizadas directamente en la consulta de la matrona o la ginecóloga fue de 515 en 2008, frente a 513 en 2007. Estas cifras resultan inferiores de las anteriores debido a que en la captación fueron aceptadas como cribado aquellas que fueron realizadas fuera de nuestro Sistema Sanitario.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Seguir aumentando la captación poblacional, consiguiendo un mayor número de citologías realizadas.

Incrementar el cribado poblacional del cáncer de cervix en la Zona Básica de Salud de Fraga.

Aumentar la seguridad de las pacientes.

Disminuir la ansiedad que genera la realización de pruebas innecesarias.

Potenciar la coordinación Atención Primaria –Atención Especializada.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Sesiones clínicas motivacionales orientadas a medicina y enfermería de A.P.

Captación Activa por parte de los Facultativos y de enfermería de las mujeres que estén dentro de la población diana y que acudan a su cupo para cualquier consulta.

Valorar la posibilidad de establecer algún sistema de llamada activo (telefono, carta, etc) en las mujeres que no acuden al centro.

Captación activa de grupos de riesgo (inmigración).

Campañas divulgativas a través de asociaciones (amas de casa, casas de juventud, etc...)

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

Número de citologías realizadas con relación al año 2008.

Incremento del cribado poblacional: incremento de Cobertura de Cartera de servicios en el Servicio 206: Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix.

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 2009

Fecha de finalización: Diciembre 2009

Calendario:

Febrero 2009: Reunión informativa y puesta en común de las estrategias planificadas, con el equipo de atención primaria y especializada, implicados en el proyecto.

Marzo 2009: Sesión clínica motivacional sobre cribado de cáncer de cérvix.

Mayo 2009 y Octubre 2009: campañas informativas.

Septiembre 2009: campaña captación activa (carta, etc..).

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

Material/Servicios	Euros
Gastos de formación: organización de sesiones y asistencia a cursos y congresos.	1000€
Gastos de adquisición de material: ordenador portátil	1000€
TOTAL	3000€

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Ciclo de Mejora Continua de la Calidad de los procesos organizativos y clínico asistenciales: Inmersión en el entorno OMI.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

María Asunción Gracia Marco

Profesión

Enfermera

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

C. S. Lafortunada

Sector de SALUD:

BARBASTRO

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

Correo electrónico:

mgracia@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974504031/ 974501013

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Guillermo Bernués Sanz	Médico	C. S. Lafortunada
2Mercedes Cabañuz Latorre	Médico	C. S. Lafortunada
3Josefina Tremps Bagué	Enfermera	C. S. Lafortunada
4Paz Salas Guiral	Enfermera	C. S. Lafortunada
5Eva Estaún Buetas	Aux administrat	C. S. Lafortunada
6Eva Legido Chamarro	Médico	C. S. Lafortunada
7M ^a Jesus Martínez Grasa	Enfermera	C. S. Lafortunada

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...

Dentro del ciclo de Mejora Continua de la Calidad EFQM, el EAP de Lafortunada ha detectado la oportunidad (Método de Grupo Nominal), priorizando (Comparación de Pares) de mejorar en la inmersión en el entorno OMI y el manejo de las diferentes herramientas que este pone a nuestra disposición para:

- Mejorar los procesos organizativos que inciden en la atención recibida por los pacientes.
- Mejora de los procesos asistenciales que determinan la atención recibida por los pacientes.
- Mejora de la seguridad de los pacientes disminuyendo el riesgo en el transcurso de la atención recibida.

Punto de partida:

- Nos movemos en un entorno con déficits y carencias ante la progresiva implantación de las T.I.C.s en A. P.: insuficiente manejo de la ofimática, insuficiente formación en OMi, escaso equipamiento y dificultades en el acceso a las redes:
- Se impartió un único curso de formación en julio de 2007 sin posibilidad de aplicación práctica salvo en A. C. una vez salvadas las múltiples dificultades técnicas en el acceso a las redes durante 2008. A partir del último trimestre de este año se mejoraron las conexiones siendo en este momento correctas.
- Consultorios con conexión pero con falta de equipos: impresoras y puestos fijos para enfermería. Retardo en la distribución de portátiles e impresoras para el resto de las localidades.

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.

Aunque no fue presentado el año anterior, este proyecto formó parte de las áreas de mejora detectadas en la autoevaluación EFQM de 2007 así como en la de 2008. Durante 2008, se desarrolló como programa de calidad y en el se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Motivación a los profesionales para el uso de las herramientas informáticas
- Sesiones de autoformación con OMI Demo
- Formación por las compañeras que habían trabajado en el entorno.
- Registro de vacunaciones, P crónico-dependiente y Atención continuada.
- Compra de un equipo para puesto fijo con financiación externa.
- Conexiones de banda ancha en los consultorios locales (ayuntamientos).
- Instalación y conexión de OMI e Intranet en un consultorio.
- Participación en un programa de Telemedicina (Teledermatología) y asistencia al foro Europeo de Telemedicina.

- El programa se evaluó en Junio y diciembre de 2008. El número de profesionales que utilizaban la HC informatizada en alguna ocasión, era del 71% en junio y del 100% en diciembre (indicador). Esta utilización estaba en relación directa con el acceso a los equipos y la motivación individual de los profesionales.

Los aspectos pendientes son los que pretendemos desarrollar en el programa de calidad para este año.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos a conseguir son:

OBJETIVO GENERAL:

El registro de la actividad clínico asistencial y administrativa de los profesionales del centro de salud de Lafortunada se sustentará en la herramienta Informática (OMI).

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Todos los usuarios atendidos en el centro de salud, los consultorios locales y domicilios , tanto en consulta ordinaria como en atención continuada, se citaran en la agenda del programa OMI
2. EL seguimiento de los pacientes con TAO en el centro de salud, se realizará mediante la aplicacion OMI-TAO

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Discusión por parte del grupo de mejora
- Motivación para el uso de la herramienta por parte de todo el personal (sesión explicativa del beneficio que aporta al trabajo diario y registro de la actividad
- Apoyo formativo entre compañeros con mayores habilidades.
- Formación de formadores de uno de los profesionales del equipo.
- Formación inmediata del equipo, a través de talleres (OMI proyectado)
- Solicitud de dotación de los equipos informáticos necesarios, a través de diversas financiaciones (plan necesidades, financiación externa..).
- Formación externa del personal administrativo.
- Favorecer el uso fluido de internet, intranet, correo electrónico y las diferentes plataformas de las T.I.C.s en nuestro trabajo cotidiano.
- Formación externa, petición, en OMI-planes de cuidados de enfermería
- Creación un protocolo de ayuda rápida en la consulta (en curso)
- Fijar líneas de trabajo orientativas en el manejo de los planes personales.
- Sesión mensual del EAP para contrastar opiniones, problemas y soluciones

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

I. CRITERIO: Toda la actividad clínico-asistencial y administrativa se registrara en los planes personales de cada usuario

INDICADOR:

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios con algún registro en OMI}}{\text{N}^\circ \text{ Total de usuarios del c.s.}} \times 100$

ESTANDAR: 50%

II.CRITERIO: Todo paciente atendido por los profesionales del centro de salud será citado en las correspondientes agendas de cada profesional.

INDICADOR:

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profesionales con registro de la actividad mensual}}{\text{N}^\circ \text{ total de registros de actividad mensual en el C.S.}} \times 100$

ESTANDAR:70%

ACLARACION: se entiende por actividad mensual, la de todos los profesionales del C.S. y de la atención continuada

III. CRITERIO: La herramienta para el seguimiento de los pacientes con TAO en atención primaria será la aplicación OMI-TAO.

INDICADOR:

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en TAO y seguimiento con OMI-TAO}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en TAO y seguimiento en el C.S.}} \times 100$

ESTANDAR:60%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio:FEBRERO 2009

Fecha de finalización: CICLO CONTINUO

CALENDARIO:

- 18 febrero presentación del ciclo de mejora al EAP
- 18/27 febrero sesiones de formación titulares (5)
- 28 febrero sesion intensiva de formación para refuerzos
- marzo a diciembre sesión mensual de seguimiento
- 30 junio: corte de indicadores. Discusión con el EAP.
- 31 diciembre: evaluación anual y ciclo continuo

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	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Dotación informática	2000 €
Formación externa	600 €
TOTAL	2600 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DISEÑO, ORGANIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL MALETIN DE ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD MONZÓN RURAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Luis Pérez Albiac

Profesión : MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

CENTRO DE SALUD MONZÓN RURAL

Sector de SALUD: BARBASTRO

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

Correo electrónico:

jlperezalbiac@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974416232

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Guillermo Bernués	Médico	C.S. Lafortunada
2 Enrique Capella	Médico	061
3 Raquel Cortina Lacambra	Médico	C.S. Monzón Rural
4 Ester Val Ballarín	Enfermera	C.S. Monzón Rural
5 Vanesa Ariño	Enfermera	C.S. Monzón Rural
6 Magaly Thacco	Enfermera	C.S. Monzón Rural
7 Carmen Alastrué Pinilla	Médico	C.S. Monzón Rural

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 tema que proponemos como oportunidad de mejora ha sido seleccionado mediante la técnica de "Grupo Nominal", realizada entre los miembros del equipo de atención primaria de Monzón Rural. Primero se realiza una tormenta de ideas entre todos los miembros del equipo, buscando aspectos susceptibles de mejorar, pasando por todas las áreas y tareas realizadas en una jornada habitual.. Por consenso se seleccionan una lista de 10 problemas y sobre estos se realiza una técnica de priorización, utilizando criterios preestablecidos: nº de pacientes afectados, riesgo para el paciente, independencia externa, grado de dificultad para resolverlo y facilidad de medición.

La demanda de atención sanitaria es creciente y Atención Primaria es el primer

escalón de la misma, y tanto la preparación de los profesionales como los recursos materiales deben ser los adecuados para darle respuesta.

En el Area de Huesca, en los últimos 15 años, ha habido varios intentos para organizar los recursos materiales de atención continuada, en lo referente a la asistencia sanitaria fuera del Centro de Salud.

- Un maletín diseñado en AP, por profesionales de centros de salud
- Una mochila, diseñada por AP y 061, para asistencia extrahospitalaria urgente
- Medicamentos para el maletín del médico de atención primaria, descrito en la "Guía de medicamentos de los botiquines de los centros de salud", Sectores Huesca y Barbastro, farmacéuticos AP, CURM.

Estos intentos no han llegado a desarrollarse, ponerse en práctica o resolver totalmente esta necesidad, sentida por muchos profesionales y resuelta, hasta ahora, de forma individual.

Con este proyecto de calidad pretendemos poner en común necesidades y soluciones y diseñar un maletín que mejore la práctica profesional en el medio extrahospitalario.

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

Objetivos generales

- Mejora de la asistencia al paciente en Atención Continuada
- Conseguir una correcta dotación de medios materiales para la asistencia sanitaria fuera del CS

Objetivos específicos

- Diseñar un maletín de atención continuada transportable, en el coche y por las personas.
- Establecer el material sanitario, administrativo y de apoyo necesario para la asistencia.
- Diseñar un circuito de revisión, mantenimiento y actualización del material
- Actualización de conocimientos sobre este tema de los miembros del equipo

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsable

- Búsqueda bibliográfica: todos los miembros del equipo del proyecto
- 3 sesiones de formación: Dr. Bernués, Dr. Capella, Dr. Pérez
- Estudio de distintos maletines/mochilas, encontrados en la bibliografía y catálogos
- Creación del listado del material clínico, administrativo y de apoyo necesario
- Creación del plan de revisión y mantenimiento y hoja de registro
- Establecimiento de circuito de responsables

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

- Nº de sesiones realizadas 3 estándar 100 %
- Circuito de mantenimiento: se definirá las 10 medicaciones básicas y las unidades necesarias de cada uno y 10 materiales necesarios; se controlará su disponibilidad y su caducidad cada 6 meses. Material administrativo y material de exploración y diagnóstico.

Unidades de medicación disponibles X 100 estándar 80 %
Total de medicación básica

Unidades de material disponible X 100 estándar 80 %
Total del material

Unidades de material administrativo disponible X 100 estándar 80 %
Total de unidades administrativas

Unidades de material exploración disponible
Total material exploración estándar 80 %

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

3 sesiones clínicas:	Marzo-Abril 2009
Reuniones equipo del proyecto	Mensuales hasta Junio 2009
Presentación de resultados	Octubre 2009
Medición indicadores	Diciembre 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>
Sesiones clínicas	_300.-
2 maletines de mano	300.-
1 maletin para el coche	250.-
Cajas estanca con tape, para material	100.-
Material de apoyo (linternas, paraguas, mantas térmicas vestuario...)	300.-
TOTAL	1.250.-

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 en el mantenimiento y funcionamiento de la sala de Urgencias
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Lourdes Ibáñez Castellar
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) C.Salud Tamarite de Litera
Sector de SALUD : Barbastro
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: cs27.gaphu01@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974-421911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Ana Isabel Lapeña Llera	Matrona	C.S. Tamarite
2 Pilar Seira Lledós	DUE	“
3 Pilar Lavilla Herrer	DUE	“
4 Teresa Latorre Lascorz	DUE	“
5 M ^a Angeles Fumanal Cosculluela	Médico	“
6 Alfonso Aliaga Martín	Médico	“
7 Dolores Lucia de Juan	DUE	“
8 Montserrat Peirau Escuer	DUE	C.S. Tamarite
9 Ana Lac Salas	DUE	“
10 Esmeralda Francés Rami	DUE	C. S. Tamarite
11 Ana Castellón Loscertales	DUE	C.S. Tamarite
12 Carmen Seira Salas	DUE	“
13 Eulalia Esteve Capdevila	DUE	“
14 Adoración Noguero Carrera	Médico	“
15 Noelia Sorinas Delgado	Médico	“

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...
<p>Tras 2 reuniones de equipo, se decidió llevar a cabo dicho proyecto, en el que vimos la necesidad de mejorar o reestructurar la sala de urgencias. Dado que es un espacio en el que todos en un momento u otro de nuestra jornada laboral utilizamos.</p> <p>Al ser una sala común a todos, nadie se responsabiliza del mantenimiento y de las deficiencias que puedan surgir.</p> <p>A su vez vemos que el material, que en ella hay, ha quedado algo obsoleto y deteriorado por la antigüedad del centro</p>

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

Mejorar las deficiencias materiales de la sala. (Iluminación, carro de paros...)
Promover el cumplimiento del mantenimiento de la sala (material, medicación, limpieza...)

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Crear una rueda de responsable del mantenimiento que será mensualmente.
Crear un registro en el que se especifique: fecha, firma del responsable.
Semanalmente se hará la revisión de la sala y la reposición del material.
Mensualmente se revisará el correcto funcionamiento de los aparatos (otoscopio, laringoscopio, aspirador...)

Crear una hoja de observaciones y deficiencias detectadas durante la atención continuada.

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

Conseguir que los profesionales del equipo se impliquen en el cumplimiento de la rueda del mantenimiento de la sala (verificándolo con la hoja de registro).
Evitar el menor número de observaciones en el registro de deficiencias, en cuanto al material de curas, medicación, aparatos...

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Evaluar a los 6 meses del inicio del proyecto, las mejoras en la sala de urgencias

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

Material/Servicios	Euros
Carro de paros de metacrilato	2100€
Carro de curas de enfermería	2000€
2 puntos de luz en el techo	200€
Mobiliario en sala adjunta a urgencias.	500€
Tensiómetro digital	100€
Tubo laringeo	
TOTAL	5000€

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Educación sanitaria al inicio del embarazo

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Ana Isabel Lapeña Llera

Profesión Matrona

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) C.S. Tamartie de Litera

Sector de SALUD: Barbastro

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

Correo electrónico: ailapenna@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974-421911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Silvia Sanmartin Zaragoza	Matrona	C.S. Barbastro
2 Pilar Arán Gimenez	Matrona	C.S. Barbastro
3 Patricia Millanes Gallinat	Matrona	C.S. Fraga
4 Ana Cavero Cereza	Matrona	C.S. Monzón
5 Rosa Alzuria Alós	Matrona	C.S. Graus
6 Mercedes Montejano Fernandez	Matrona	C.S. Binefar

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...

. Las labores de educación para la salud, los cuidados higiénico – sanitarios, los consejos sobre la dieta, vestido, viajes, signos de alarma...y la mejora en la puesta en marcha de hábitos saludables en el embarazo, son una tarea propia de la matrona.

Por lo tanto creemos conveniente la unificación de información escrita, en cuanto a la educación sanitaria, que recibe la mujer al inicio 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

Que todas las mujeres embarazadas del Sector Barbastro reciban la Educación sanitaria por escrito, unificada por parte de las matronas.

Mejorar la información y satisfacción de las mujeres embarazadas del Sector

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reuniones de las matronas para poner en común la Educación sanitaria que debe recibir la mujer embarazada

Crear información escrita sobre la Educación sanitaria que se le debe aportar a la embarazada.

Calculo del nº de folletos / hoja informativa en el sector anualmente.

La información consensuada y unificada se traduzca a otros idiomas, preferentemente: árabe, búlgaro y rumano.

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

- Nº de mujeres que reciben información actualizada y unificada al inicio de embarazo.
- Evaluar la mejora de la información actualizada y unificada en comparación con la dada actualmente.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Reuniones de las matronas del Sector Barbastro: 3

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>	
Material de impresión de la información escrita	1500
Traducción de la información a varios idiomas (traductor)	300
TOTAL	1800

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

<p>1.- TÍTULO</p> <p>PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO POLIMEDICADO</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos; María José Buisán Giral</p>
<p>Profesión Farmacéutica de Atención Primaria</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)</p> <p>Dirección Atención Primaria sector Barbastro</p>
<p>Sector de SALUD:</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p>
<p>Correo electrónico: mjbuisan@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 249035 ext 29620</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Víctor Vallés Gállego	Médico	Director Atención Primaria. Vocal Comisión Uso Racional del Medicamento del sector de Barbastro
2 Francisco Domínguez Sanz	Médico	Subdirector Médico Atención Primaria. Vocal Comisión Uso Racional del Medicamento del sector de Barbastro
3 Pilar Calderón Grau	Enfermera	Directora Enfermería Atención Primaria Sector Barbastro
4 Isabel Ysebie Ronse	Médico	Médico EAP Castejón de Sos. Vocal Comisión Uso Racional del Medicamento del sector de Barbastro
5 Carmen Alastrué Pinilla	Médico	Médico EAP Monzón Rural. Vocal Comisión Uso Racional del Medicamento del sector de Barbastro
6 Natalia Allué Fantova	Farmacéutica	Hospital de Barbastro

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 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 polimedcados 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 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

- 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 adherencia al tratamiento por parte del paciente.
- Mejorar la gestión de prescripciones en OMI-AP.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO: Estudio prospectivo indicación prescripción y detección de posibles incidentes relacionados con la utilización de medicamentos.

FUENTES DE DATOS: Historia clínica informatizada OMI-AP y el Sistema de Información de Consumo Farmacéutico.

PROFESIONALES PARTICIPANTES: miembros de la Comisión de Uso Racional del Medicamento y profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria.

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

ACTIVIDADES

- Captación del paciente anciano polimedcado para su inclusión en el programa mediante la extracción de listados.

-Iniciación del programa a través de consulta programada o a demanda del médico de familia o de enfermería. 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.

-Se comprobará si los medicamentos que aporta el paciente coinciden con los recogidos en la historia clínica, reflejando tanto ausencias como la utilización de fármacos no prescritos. Se hace una primera valoración del conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación (si conoce la indicación, posología y si toma los medicamentos conforme a la posología prescrita mediante test de Morisky-Green-Levine). Se realiza también la valoración cognitiva y global del paciente (test Barber, Peiffer) para analizar la capacidad del paciente o su cuidador.

-Si el tratamiento **coincide** con el registro en la historia clínica se le entrega al paciente una Hoja de Medicación Crónica.

-Si el tratamiento **no coincide** con el registro en la historia clínica, el médico revisará la adecuación de los medicamentos que toma el paciente utilizando un cuestionario resumido donde se registrarán las posibles incidencias (medicamentos potencialmente no adecuados en ancianos, adherencia, duplicidades, interacciones farmacológicas, reacciones adversas...).

Como herramientas de apoyo a esta revisión se podrá consultar la Base de datos iMedicinas, el BotSalud y la consulta al farmacéutico de Atención Primaria.

Después se le entrega al paciente una Hoja de Medicación Crónica.

-Se abre el episodio correspondiente en OMI-AP para que quede constancia de que se ha revisado la medicación del paciente.

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

Mediante extracción de datos de historias clínicas del OMI_AP y la generación de indicadores se determina la situación después de haber implantado el programa en lo que se refiere a la revisión de tratamientos crónicos en pacientes ancianos ≥ 75 años que toman 6 o más principios activos diferentes.

Indicadores:

1. 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).
2. Porcentaje de pacientes incluidos en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morisky).

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero-marzo 2009: Desarrollo del Programa de Seguridad del Medicamento en el Paciente Anciano Polimedicado.

Abril-junio: Implantación del Programa de Seguridad del Medicamento en el Paciente Anciano Polimedicado

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

Diciembre: Elaboración de informe con la valoración del programa después del análisis del mismo

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

<p>1.- TÍTULO</p> <p>“EDUCACION SANITARIA EN LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE ESPIROMETRIA EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONZÓN”</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos ANA PUYAL MELE</p>
<p>Profesión ENFERMERA</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) CENTRO DE ESPECIALIDADES</p>
<p>Sector de SALUD: BARBASTRO</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p>
<p>Correo electrónico: apuyal@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 404479</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1-M. ANGELES ESCUDER FRANCA	ENFERMERA	CENTRO ESPECIALIDADES MONZON
2-ESPERANZA CALLEJAS REDONDO	ENFERMERA	CENTRO ESPECIALIDADES MONZON
3-ANA CRISTINA SORO VIVAS	ENFERMERA	CENTRO ESPECIALIDADES MONZON
4-LAURA MOROS VAZQUEZ	ENFERMERA	CENTRO ESPECIALIDADES MONZON
5-MONTSERRAT ALONSO LAFON	ENFERMERA	CENTRO ESPECIALIDADES MONZON
6-M. JESUS GISTAU FERNANDEZ	ENFERMERA	CENTRO ESPECIALIDADES MONZON
7-PILAR MARTIN ALOS	ENFERMERA	CENTRO ESPECIALIDADES MONZON

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...

Los pacientes que acuden a la consulta de neumología reciben información escrita (sobre las instrucciones previas a la prueba) pero la mayoría de ellos no saben en qué consiste la técnica, cómo se realiza ni para qué sirve. Cuando acuden a la consulta de enfermería para realizar la prueba están angustiados y temerosos, lo cual genera la mayoría de las veces una falta de colaboración que dificulta la realización de la misma y alteración de los resultados .

Nuestra propuesta de mejora va dirigida a averiguar qué conocimientos tienen los pacientes sobre esta exploración; para ello se realizará una encuesta con el objetivo de conocer la importancia o el valor que los pacientes dan a recibir información sobre dicha prueba.

En dependencia con los resultados obtenidos, el equipo de enfermería preparará toda la información necesaria para dar a conocer a los pacientes la prueba de la espirometría, cómo se realiza, para qué sirve y que colaboración de los participantes es necesaria . Dicha información se realizará de forma verbal y se reforzará utilizando otros formatos como dípticos y póster.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1.- DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD EN LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA, MEDIANTE LA UNIFICACION DE CRITERIOS ENTRE LOS PROFESIONALES QUE LA REALIZAN.

2.- MEJORA EN LA EDUCACION SANITARIA AL PACIENTE.

3.- REDUCCION EN LA REPETICIÓN DE ESPIROMETRIAS.

5.-MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS ESPIROMETRIAS REALIZADAS.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

* Elaboración de un manual del procedimiento, consensuado para la correcta realización de la prueba de espirometría; elaboración de registros de calibración y normas de limpieza del espirómetro. Responsable: equipo de enfermería

* Diseño y elaboración de la encuesta para conocer qué conocimientos tienen los pacientes sobre la prueba de la espirometría. Responsable: equipo de enfermería

* Valoración de resultados, Responsable: Equipo de enfermería

* Diseño de materiales para la información de los pacientes. Responsable: equipo de 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

$$\frac{\text{Número de espirometrías repetidas por dificultad en la colaboración}}{\text{Total de espirometrías realizadas}} \times 100$$

Puntuación en la encuesta de conocimientos del paciente previa a la educación sanitaria *versus* puntuación en la encuesta de conocimientos del paciente posterior a la educación sanitaria

$$\frac{\text{Número de pacientes a los que se les realiza la encuesta}}{\text{Total de pacientes a los que se les realiza la espirometría}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de pacientes a los que se les imparte educación sanitaria}}{\text{Total de pacientes a los que se les realiza la espirometría}} \times 100$$

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

* Febrero 09: Elaboración del manual de procedimientos y fichas de registro

* Febrero a 15 marzo 09: Elaboración encuesta

*15 marzo a 15 julio: Realizar la encuesta a los pacientes que acudan a la consulta para la realización de una espirometría sin realizar educación sanitaria previa.

Hasta esta fecha prepararemos:

Póster, dísticos y realizaremos un consenso por parte del personal de enfermería sobre la información oral que el paciente deberá recibir y quedara registrada.

* 15 de julio a 15 de noviembre Realizar la encuesta a los pacientes que acudan a la consulta para realización de la espirometría .realizada ya ,la educación sanitaria por parte de enfermería

*15 noviembre al 15 de diciembre: Valoración y evaluación de las encuestas realizadas.

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	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>REALIZACION DE DIPTICOS (Diseño gráfico, fotocomposición, ...)</i>	500
<i>FORMACIÓN PARA ENFERMERAS</i>	500
<i>REALIZACION DE UN POSTER</i>	50
TOTAL	1050€

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Plan de Mejora para Facilitar el Seguimiento y Control del Embarazo en Mujeres Inmigrantes en el Centro de Especialidades de Fraga

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Manuela Labrador Sarrau
Profesión Enfermera
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Centro de Especialidades de Fraga
Sector de SALUD: Sector Barbastro
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico : gestionbajocinca1.casar@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974473211

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Dueso Corbalan	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Gloria Royo Adelantado	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Noelia Pérez Rueda	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Concepción Bonet Ostariz	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Magdalena Solanot Bieto	Auxiliar enfermería	Centro Espec. Fraga.
Patricia Millanes Gallinat	Matrona	Centro de Salud de Fraga.
Maria Angeles Aragón Sanz	Ginecóloga	Hospital de Barbastro.

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 población inmigrante embarazada atendida en la consulta de obstetricia del Centro de especialidades de Fraga ha pasado de un 12% en el año 2000 a un 30% en el año 2007 y un 33.57 durante el año 2008. Durante el año 2007 se han visitado 280 mujeres embarazadas, de las que 94 son extranjeras. Con 23 nacionalidades diferentes. El 56.38% de las mujeres extranjeras son de Países de la Europa del Este y de ellas un 50% son de Bulgaria, siendo en nuestra consulta donde mas mujeres se visitan de esta nacionalidad. El 15,95% son árabes y un 11,70 % son Subsaharianas (con un incremento importante de esta nacionalidad en los últimos años)

La diversidad de nacionalidades y el incremento de esta población, dificulta la Atención a esta grupo de mujeres.

Durante el año 2007 detectamos que un 37% de mujeres no acudian a la primera visita gestacional antes de las trece semanas y un 40% no realizaban la visita puerperal,

La incidencia de IVES en el colectivo de extranjeras es elevado, en una muestra de 50 mujeres inmigrantes un 32.6% había tenido alguna interrupción del embarazo y de ellas el 75% había tenido mas de 2 IVES.

Para facilitar la atención a este colectivo de mujeres se ha formó un grupo multidisciplinario de los trabajadores (asistenciales y no asistenciales) del Centro de Especialidades de Fraga con la finalidad de proporcionar información a las mujeres y favorecer la accesibilidad a la consulta de Obstetricia Ginecología

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.

La evaluación de los resultados, dado que se trabaja con embarazadas, ha de hacerse con un año de retraso.

	Año 2006	Año 2007
Número de embarazadas	251	280
% de extranjeras	30,27%	33,57%
Nacionalidades diferentes	19	23
Europa del Este	57,89%	56.38%
Arabes	27,63	15.95
Subsaharianas	6,57%	11,70%
1ª visita extranjeras antes 13 semana	63%	55,68%
Numero de ILES	9	8
Mas de 6 visitas		26,5%
% que acuden revisión post-parto	40%	38,29%

Dada la variabilidad de mujeres visitadas, 23 nacionalidades diferentes, seguimos teniendo dificultades para la captación precoz del embarazo y no hemos conseguido aumentar el porcentaje de mujeres que acuden a la revisión postparto. Es probable que influya el desconocimiento de las mujeres, de los medios de acceso a los servicios de salud ; a pesar de que la matrona de primaria realiza una importante labor de captación.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Incrementar un 10% en porcentaje de mujeres que acudan a la primera consulta antes de las 13 semanas.
Incrementar un 10% el porcentaje de mujeres extranjeras acudan a la revisión post-parto.
Disminuir la incidencia de I. L.E.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1-Reunión de los profesionales implicados, asistenciales y no asistenciales.
Es importante la labor desarrollada por los profesionales no asistenciales, dado que son a veces los primeros en tener contacto con las mujeres y los que le informan de la accesibilidad a las consultas facilitando la información, tanto en las citas, como en otras cuestiones burocráticas que se planteen.

2-La colaboración con Enfermería, y el trabajo que realizan de Atención a las mujeres tanto en consulta, como fuera de ella es imprescindible para la realización de este Proyecto, se encargan de:

- Atender a la mujer en consulta y fuera de ella, explicando detalladamente las citas y facilitandose desde las consultas y si es necesario las acompañan hasta comprobar que han entendido las indicaciones dadas.
- Administración de tratamientos en la misma consulta, a las mujeres con E.T.S para asegurarnos de su cumplimiento correcto.

3-Colaboración directa y comunicación diaria con la matrona de Atención Primaria, colaborando en el control de embarazo , recogida de datos, e identificación de grupos de riesgo.

4-Se han realizado por la matrona y enfermeras de A. Primaria, charlas informativas dirigidas a mujeres extranjeras en el Centro de Salud de Fraga: Cuidados del Recien Nacido y Alimentación de la embarazada.

Charla informativa en el Centro de Educación de Adultos de Fraga, en colaboración con la O.N.G. El puente-Lo pont. Sobre: Anticoncepción y Prevención del Cáncer de Cervix, Captación y citación preferente, en consulta para instauración de medidas anticonceptivas, en grupos de riesgo.(Implantes anticonceptivos, Dius)

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 mujeres embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia antes de la semana 13.
Porcentaje de mujeres que acuden a la revisión postparto
Número de I.L.E.

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS Indicar el calendario de las actividades previstas
Fecha de inicio:Febrero 2009 Fecha de finalización:Diciembre del 2009 Marzo del 2009 Reunion de los trabajadores implicados para regularizar el sistema de apoyo en las citaciones y coordinar las charlas informativas. Recogida y almacenamiento de datos estadísticos diariamente en las consultas por el personal de enfermería durante todo el año Noviembre 2009. Valoración del proyecto

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

<p>1.- TÍTULO</p> <p>MEJORA DEL CITODIAGNÓSTICO EN LA CITOLOGÍA NO GINECOLÓGICA. OBTENCIÓN DE BLOQUES CELULARES</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos M^a ROSA ONCÍNS TORRES</p> <p>Profesión F.E.A. ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO</p> <p>Sector de SALUD: BARBASTRO</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA</p> <p>Correo electrónico: roncins@hotmail.com</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 31 35 11 ext 29112</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 PAULA GAMBÓ GRASA	patóloga	A. Patológica Hosp. Btr.
2 DOLORES COMES GARCÍA (de baja) ITXAZNE RODIL HERNÁNDEZ (sustituta)	citotécnica	“
3 M ^a del MAR TORREGROSA GÓMEZ	técnica	“
4 M ^a del MAR SEGURA GARRIDO	“	“
5 HENAR CASTREÑO MARTÍN (de baja) ALEJANDRA ORDAS PIÑEIRO (sustituta)	“	“
6 ROSA CORED NASARRE	supervisora	“
7 M ^a ISABEL BARDAJÍ FIGUERA	secretaria	“

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>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...</p> <p>La citología no ginecológica necesita mejorar en nuestro laboratorio para diagnosticar los casos que no disponen de otro tipo de muestra. Centraremos la mejora en el estudio de bloques celulares de los líquidos pleurales y peritoneales y de las PAAF (Punción Aspiración con Aguja Fina).</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2008 se han recibido 27 líquidos pleurales y 27 peritoneales. Solamente se
--

ha tipificado el tipo de tumor en 2 casos y en otros 8 el diagnóstico ha sido reactivo o sospechoso sin poder precisar más. Estos resultados muestran una baja rentabilidad del método que en gran parte se debe a la escasez de celularidad de la muestra. La obtención de un bloque celular a partir de la muestra nos permitiría superar esta dificultad ya que concentra el material de estudio y se pueden aplicar las técnicas histoquímicas e inmunohistoquímicas (IH) de las biopsias. Además queda un archivo de bloque de parafina para futuras técnicas de patología molecular e investigaciones con las mismas ventajas que los bloques tisulares. El bloque celular a veces se forma espontáneamente. La propuesta de mejora es obtenerlo siempre. Seguiríamos el método de plasma trombina que es el que ha demostrado mayor rentabilidad y facilidad de uso. Consiste en agregar trombina comercial y plasma al sedimento obtenido tras el centrifugado del líquido. El bloque obtenido se fija en formol y se procesa como una biopsia. También se pueden realizar técnicas IH directamente sobre la extensión citológica pero son menos rentables y no tienen las ventajas del bloque celular.

- Se han estudiado 141 PAAF en 2008, la cuarta parte con diagnóstico final de no valorables por escasa celularidad o por material hemático y acelular. Mejoraríamos también nuestros resultados tratando de obtener bloques celulares a partir del material que quedara en el cono de la aguja.

No podemos mejorar en las orinas (82 casos) ni en los líquidos cefalorraquídeos (11 casos) si no disponemos de citocentrífuga.

Bibliografía:

- Estudio de los derrames de serosas mediante el método del bloque celular con plasma-trombina. JM Sanz, P Martínez, C Ballestín et al. Presentado en la XXVII reunión de la SEAP, Madrid 30 de Enero de 2004.
- El bloque celular, un nuevo método de obtención. Cubero Rego D, Matos Rodríguez A, Iglesias García N, Lobaina Lopez M y Acosta Matos Y. Presentado en el VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica.

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.

Resultado propuesto para 2008	Resultado obtenido
Demora media de la citología de 4 días	2007= 7 días 2008= 4 “
Disminución de los casos con demora entre 8 y 14 días a menos de un 10%	2007= 29% 2008= 15%
Aumento del nº de casos estudiados con inmunohistoquímica	2007= 42 técnicas 2008= 63 técnicas
Incentivar el envío de muestras	2007= 365 2008= 460
Actualización y formación en citodiagnóstico	Pendiente de realizar en 2009

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Continuar con la demora media de 4 días aún con la obtención de bloques celulares
2. Disminuir a un 10% los casos con demora entre 8 y 14 días
3. Aumentar la rentabilidad diagnóstica en líquidos pleural y peritoneal, más de 2 casos con tipificación del tumor
4. Disminuir el número de PAAF no valorables a un 20%.
5. Formación en citodiagnóstico: participación en cursos y reuniones de citología.
6. Incentivar el envío de muestras por rapidez y mejora en el diagnóstico

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Método del bloque celular con plasma trombina en líquido pleural y ascítico: Responsables las técnicas de Anatomía Patológica (TEAP) de obtener el bloque y realizar las tinciones que se demanden posteriormente. Responsables las patólogas y citotécnica de su interpretación diagnóstica. Realizarlo de rutina en todos los casos.
2. Método del bloque celular en las PAAF: Las TEAP o las patólogas ponen a fijar la aguja. Las patólogas/TEAP extraen el coágulo del cono una vez fijado el material y lo procesan como una biopsia. Las patólogas y citotécnica diagnostican. Se estima que podría realizarse, al menos, en el 50% de las PAAF. Si no aparece material hemático en el cono de la aguja, no puede aplicarse este método. Cuando las patólogas realizan la PAAF, ellas mismas seguirán con el proceso de obtención del bloque. Si en cambio, se reciben las PAAF las TEAP realizarán la fijación y obtención del bloque celular, a la vez que realizan las extensiones.

NOTAS:

- La trombina y el plasma son fáciles de obtener. Se responsabilizará la supervisora de los pedidos.
- Las citologías se centrifugan al final de la mañana. Como una de las TEAP tiene 2/3 de jornada sería conveniente para este proyecto cubrir este tercio, el último de la mañana.
- Control de la demora diagnóstica y de los no valorables. Responsables las patólogas que delegan en la secretaria del servicio. Cuando realice la estadística mensual pasará el control de los 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

Demora: estadísticas de demora del programa PATWIN

Rentabilidad diagnóstica: Búsqueda con el SNOMED de los líquidos (T6X930 y T2Y600) recoger los diagnósticos de tumores tipificados. En las PAAF (P1149) casos no valorables (M9000) y atipias no concluyentes (M69760)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2009

Fecha de finalización: 18 de diciembre de 2009

Control de resultados: 30 de Junio de 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)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>“CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE ADAPTACIÓN AL MEDIO (SAM) PARA PACIENTES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO”</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos VIRGINIA MENA GIMENO</p> <p>Profesión DUE</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL DE BARBASTRO</p> <p>Sector de SALUD: BARBASTRO</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico: vmena@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 249000, ext 29380 H. BARBASTRO</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 CONCHITA CORONAS FUMANAL	DUE. SUPERVISORA DE LA UNIDAD	H. BARBASTRO
2 ANTONIO CLAVERO BUIL	TÉCNICO INFORMÁTICO	H. BARBASTRO

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...

Se define la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como “ procedimientos / intervenciones de mayor o menor complejidad que con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación , vuelven a su domicilio el mismo día de la intervención”

En la actualidad, las unidades de CMA se afianzan como un modelo asistencial de calidad y su presencia es habitual en casi todos los centros hospitalarios. En nuestro hospital se inicio en diciembre de 2008 la CMA con pacientes de Cirugía General y se ha ido ampliando a otras especialidades quirúrgicas como Ginecología y Traumatología. La Unidad de CMA se ubica en el Servicio de Reanimación en un espacio conocido como Sala de Adaptación al Medio (SAM)

Los cuidados de enfermería desempeñan un papel clave en los aspectos que más parecen influir en la satisfacción del paciente en la CMA, ya que tienen un papel fundamental en el trato humano que se ofrece, la información proporcionada y la capacidad técnica que se desarrolla.

A pesar de sus numerosas ventajas:

- Reduce los gastos derivados de la estancia hospitalaria
- Permite liberar camas hospitalarias
- Disminuye el coste por procesos
- Produce una reincorporación laboral más rápida del paciente operado
- Menores molestias personales y familiares
- Permite una atención más personalizada

La CMA no está exenta de dificultades, ya que los pacientes pueden sentirse menos seguros y “peor atendidos”. Los pacientes manifiestan que la información y el soporte educativo que reciben son insuficientes y consideran que existe una falta de continuidad de cuidados durante el proceso.

El personal de enfermería de nuestra unidad ve la necesidad de abordar de forma unificada la educación sanitaria que se le proporciona a cada paciente en relación al tipo de proceso que se ha intervenido, respondiendo a las necesidades y expectativas que el paciente refiere. Deben unificarse también aspectos relacionados con la seguridad y calidad de los cuidados que se le proporcionan abarcando aspectos como la correcta identificación, manejo del dolor y vómitos, administración segura de medicamentos y atención a la familia.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo general:

Mejorar la calidad de cuidados de enfermería proporcionados al paciente de CMA en la Sala de Adaptación al Medio.

Objetivos específicos:

- Mejorar la información y relación humana percibida por el paciente
- Proporcionar una educación sanitaria adecuada para cada tipo de proceso.
- Mantener la seguridad del paciente durante su estancia en la Sala de Adaptación al Medio
- Favorecer la continuidad de cuidados al alta.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Búsqueda bibliográfica. Enfermera y Supervisora de la unidad
2. Diseño de una encuesta telefónica de satisfacción del usuario respecto a la atención recibida por enfermería en SAM. (Encuesta B) Todo el equipo
3. Diseño y elaboración de un tríptico con recomendaciones enfermeras para cada tipo de proceso de CMA. Todo el equipo
4. Mejora de la coordinación con las enfermeras de consultas externas. Presentación del tríptico.
5. Revisión de la encuesta sobre complicaciones post-operatorias tras CMA (Encuesta A)
6. Implantación del tríptico. Enfermera
7. Evaluación del impacto de la educación sanitaria. Todo el 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

Número de pacientes que han recibido educación sanitaria en SAM x100
Total de pacientes intervenidos por CMA

Grado de satisfacción del paciente respecto a la información recibida en SAM (Comparación del grado de satisfacción antes y después de la implementación del tríptico mediante pase de encuesta B)

Número de pacientes con puntuación < 3 en escala EVA
Total de pacientes intervenidos por CMA

Porcentaje de cumplimentación de tratamiento analgésico al alta

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS Indicar el calendario de las actividades previstas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda bibliográfica. Enero 2009 2. Diseño de encuesta B. Febrero 3. Diseño y elaboración de trípticos y Revisión encuesta A. Marzo 2009 4. Pase de la encuesta B. Marzo 2009 5. Implantación piloto de los trípticos. Abril 2009 6. Segundo pase encuesta B. Abril-Mayo 2009 7. Diseño definitivo de trípticos e implementación. Mayo 2009 8. Evaluación del impacto de la educación sanitaria recibida y resto de indicadores de calidad. Junio a Diciembre 2009.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Elaboración de trípticos informativos por especialidades médicas	400€
TOTAL	400€

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

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Coordinación Atención Primaria / Atención Especializada en el Cribado del cáncer de Cervix en el Sector Barbastro</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Maria Angeles Aragón Sanz</p> <p>Profesión Ginecóloga</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital de Barbastro</p> <p>Sector de SALUD: Barbastro</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Ginecología</p> <p>Correo electrónico :maaragon@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974249000</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Víctor Vallés Gállego	Médico	Atención Primaria
Lorena Guardia	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Agustín López Bonilla	Ginecólogo	Hospital de Barbastro
Anabel Lapeña	Matrona	Atención Primaria
Pilar Calderón Grau	Enfermera	Atención Primaria
Rosa Oncins	Patóloga	Hospital de Barbastro
Paula Gambó	Patóloga	Hospital de Barbastro

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...

Desde el año 2005, iniciamos un Plan de Mejora de Calidad entre A. Primaria y Especializada centrado en la actualización del Plan de Atención a la Mujer. Uno de los problemas detectados fue la observación de la realización de un número elevado de citologías y una baja cobertura poblacional en nuestro Sector. Con el Plan 2005-2007 hemos conseguido disminuir 2.195 citologías, fundamentalmente a expensas de las que se realizaban en el hospital (Cribado oportunista y probablemente repetidas innecesariamente) sin disminuir la tasa de lesiones preinvasivas (CI III) y aumentando la cobertura poblacional de 37,6% A 38,9%.

Durante el año 2008 hemos aumentado la cobertura poblacional de Cáncer de cervix hasta un 45% en el Sector Barbastro, con diferencias entre las distintas Zonas Básicas de Salud importantes.

citologías cs 2008		306 Diagnóstico Precoz de Ca de Cervix	% COBERTURA 306 Diagnóstico Precoz de Ca de Cervix	
abiego	1	105	73,43	ABIEGO
ainsa	126	370	50,27	AINSA
albalate	66	422	46,78	ALBALATE
barbastro	830	2395	59,11	BARBASTRO
benabarre	54	280	75,47	BENABARRE
berbegal	4	150	55,76	BERBEGAL
binéfar	154	692	29,17	BINÉFAR
castejon	107	374	50,61	CASTEJON DE SOS
fraga	519	952	27,53	FRAGA
graus	186	528	51,31	GRAUS
lafortunada	50	139	67,48	LAFORTUNADA
mequinenza	35	29	5,57	MEQUINENZA
monzón	661	1505	47,49	MONZON URBANO
		184	27,67	MONZON RURAL
tamarite	214	892	62,82	TAMARITE DE LITERA
	3007	9017	44,97	

Lesiones diagnosticadas en 2008: CIN III 12; CIN II 4, MICROINVASOR: 1 ; TEST HPV: 386

3 canceres invasores en mujeres no cribadas.

A pesar de que hemos mejorado la cobertura, sigue estando lejos del 70%, que es la que debe tener cualquier sistema de cribado poblacional bien organizado y además estamos diagnosticando cánceres invasores en mujeres no cribadas. (Fallo de Cribado).

Por otra parte, un número importante de las citologías realizadas lo son a mujeres no incluidas en el grupo de edad del programa de cribado, después del inicio de las relaciones sexuales. En este grupo es también necesario unificar criterios en la aplicación de las recomendaciones científicas.

Dados los conocimientos actuales sobre la relación del Cáncer de cervix con la infección por el Virus de Papiloma humano y aprovechando el interés que suscita este tema en la población, en especial por la puesta en marcha de las campañas de vacunación, consideramos que es necesario aprovechar estas sinergias y desarrollar estrategias que nos permitan aumentar el cribado poblacional de cáncer cervix en nuestro Sector, implicando a los profesionales de la Atención Primaria en la captación de las mujeres.

Como consecuencia de la implantación de los protocolos de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérnix y de Seguimiento del Embarazo Normal, del incremento de población femenina en edad fértil y del incremento de indicaciones de citologías en edades fuera del rango del programa, se está produciendo demoras en la atención en las consultas de Matronas de Atención Primaria en las áreas más pobladas. Puede ser necesario incrementar y/o reordenar recursos.

Los resultados de citologías de cribado en ocasiones llegan con más de 1 mes de retraso.

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

Aumentar la cobertura poblacional de cáncer de Cervix en el Sector Barbastro un 10%.
Reforzar la unidad de criterios de cribado entre Atención Primaria y A. Especializada.
Transmitir mensajes idénticos a la población.
Mantener la detección de Lesiones Preinvasivas (12-15 al año).
Mejorar la eficiencia de las consultas de ginecología y la adecuación de la indicación de citologías.
Mejorar la accesibilidad en las consultas de Matronas.
Disminuir el tiempo de obtención de resultados de las citologías de cribado.
Disminuir la mortalidad por Cáncer de cervix.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Coordinación con Atención Primaria. Reuniones con los Directivos.
Sesiones en los Centros de Salud sobre HPV/ Cáncer de cervix:
Charlas a la población para concienciar de la necesidad de acudir a las consultas de A. Primaria a realizarse las pruebas pertinentes.
Distribución de información escrita (Trípticos informativos).
Implementar el cribado poblacional con la detección de DNA del virus de Papiloma.

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

<p>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</p> <p>Número de citologías realizadas por Zona Básica de Salud. Media de días de demora en la recepción de los resultados de citologías. Número de test HPV. Cobertura por Zona Básica de Salud. Cobertura Sector. Consultas de Gine primeras y sucesivas. Días de demora en consultas de citología de matronas.</p>
--

<p>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS Indicar el calendario de las actividades previstas</p> <table> <tr> <td>Marzo 2009</td> <td>Presentación del Plan Directivos de A. Primaria.</td> </tr> <tr> <td>Abril 2009</td> <td>Reunión con las matronas de A. Primaria</td> </tr> <tr> <td>Mayo 2009</td> <td>Sesiones en los Centros de Salud.</td> </tr> <tr> <td>Noviembre 2009</td> <td>Evaluación</td> </tr> </table>	Marzo 2009	Presentación del Plan Directivos de A. Primaria.	Abril 2009	Reunión con las matronas de A. Primaria	Mayo 2009	Sesiones en los Centros de Salud.	Noviembre 2009	Evaluación
Marzo 2009	Presentación del Plan Directivos de A. Primaria.							
Abril 2009	Reunión con las matronas de A. Primaria							
Mayo 2009	Sesiones en los Centros de Salud.							
Noviembre 2009	Evaluación							

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

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Implantación de un Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria en el Servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Lorena Guardia</p> <p>Profesión Ginecóloga</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital de Barbastro</p> <p>Sector de SALUD: Barbastro</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Ginecología</p> <p>Correo electrónico :lorenaguardia@Hotmail.com</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 249000</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Maria Ángeles Aragón Sanz.	Ginecóloga Jefe de servicio	Hospital de Barbastro
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de sección.	Hospital de Barbastro
Arribas Marco Teresas	Ginecóloga	Hospital Barbastro
Ana Julia García Lasheras	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Juan José Pescador	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Montserrat Roca Arquillué	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Juan José Pescador	Ginecologo	Hospital Barbastro

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>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...</p> <p>La CMA es uno de los adelantos médicos y sociales más importantes de los últimos años, de forma que está suponiendo un cambio revolucionario en la prestación de la asistencia especializada a los pacientes.</p> <p>El motivo del interés del desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria es múltiple: Ofrecer a las pacientes tributarias de estos programas, la técnica menos agresiva y que menos trastornos sociales y laborales les produzca. Disminuir la morbimortalidad y los riesgos derivados de la hospitalización. Disminuir las repercusiones sociales motivadas por el ingreso hospitalario. Disminuir las listas de espera quirúrgicas</p>

Uso eficiente de los recursos, intentando racionalizar el costo y el gasto sanitario.

En el Servicio de ginecología del Hospital de Barbastro se realizaron durante el año 2008 343 intervenciones programadas, de ellas solo 17 intervenciones se hicieron de forma ambulatoria, lo que supone que solo un 4,9% de las intervenciones se realizan sin ingreso. Analizados estos datos vemos la necesidad reinstaurar un programa de CMA, en el Servicio.

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

Aumentar la Cirugía Mayor Ambulatoria hasta un 20% del total de la cirugía del Servicio.

Monitorizar los Procesos realizados por CMA.

Realizar informe de alta en todas las historias Clínicas.

Aumentar la satisfacción de las usuarias y familiares evitando hospitalizaciones innecesarias.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Coordinación con el Servicio de Anestesia para la correcta elección de las pacientes.

Elaboración del protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria del Servicio.

Adquisición de material quirúrgico adecuado.

Motivación e implicación de los profesionales del Servicio .

Establecer un programa de Evaluación y Control de la actividad.

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

Incremento de la CMA en un 20% del total de cirugía del Servicio.

Porcentaje de Fracasos en procesos quirúrgicos programados menores del 5%.

Porcentajes de ingresos y reingresos menor del 7 %

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Enero 2009 Inicio del proyecto.

Febrero 2009: Elaboración del Protocolo.

Adquisición del material.

Mayo del 2009 Evaluación preliminar

Noviembre 2009 Evaluación del Proyecto.

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>
<u>Curso de Formación en Histeroscopi y Laparoscopia</u>	<u>2000€</u>
TOTAL	2000€

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

<p><u>1.- TÍTULO</u> <u>PLAN DE ESTABILIZACIÓN DE CESAREAS E IDONEIDAD DE LAS INDICACIONES.</u> <u>APLICACIÓN DE LA GESTION A LA PRÁCTICA CLINICA.</u></p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos Javier Nogues Tomas</p>
Profesión Ginecologo.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital de barbastro
Sector de SALUD: Barbastro.
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Ginecologia.
Correo electrónico :jfnogues@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:974249000

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Maria Ángeles Aragón Sanz	Ginecologa Jefe de servicio	Hospital de Barbastro
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de sección	Hospital de Barbastro
Teresa Arribas Marco	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Ana Julia García Lasheras	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Lorena Guardia	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Rhut Lopez Barrachina	Preventiva	Hospital de Barbastro
Maria Malo Ferrer	Preventiva	Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecologa	Hospital de Barbastro

<p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u> 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...</p> <p>La cesárea es la intervención urgente de cirugía mayor más frecuente en los hospitales generales que se atienden partos. La tasa de cesáreas en Aragón durante el año 2008 fue un 21,87%, En la medicina privada: 32.95% y la medicina pública:19.54%.</p> <p>Por hospitales:</p> <p>H.San jorge. 27.89%.</p> <p>H. Barbastro: 21.06%.</p> <p>H: Jaca: 20,66%.</p> <p>H. obispo Polanco: 29.88%.</p> <p>H.Alcañiz: 17,29%.</p>
--

Clinico Zaragoza: 19,29%.

H. Miguel Servet: 16,29%.

Ernes Lluc: 25,73 %

La tasa de cesáreas en el hospital de Barbastro ha pasado de un 13 % en 1996 a un 21,06 en el 2008.

Durante los últimos cinco años, se pasa de una tasa del 16,6% en el 2003, a un 19.34% en el 2007, se observa un incremento de 3,33 puntos en el año 2004 y en los tres últimos años mantenemos una tasa estable. En el último año la hemos incrementado un 1,76. puntos.

En 2005:19,47%; en 2006: 19,56 ; 2007: 19,34 : en 2008: 21,06%

Durante el año 2005, observamos un número elevado de complicaciones en las cesáreas realizadas y una estancia media muy elevada (7,3 días). Se inició en el Servicio un estudio que ayudara a valorar los factores causales. Se revisaron todas las cesáreas realizadas en ese año y observamos que:

Casi un tercio de las cesáreas se complicaban, siendo la principal complicación la dehiscencia de la herida quirúrgica.

El 6,66% de las cesáreas se complicaron con infección

Los factores de riesgo asociados significativamente a la complicación de las cesáreas fueron: Más de 6 días de estancia postquirúrgica, la sutura del subcutáneo y tener menos de 5 consultas prenatales.

Se observó en el estudio que un 34,7% de las cesáreas no se les había administrado profilaxis antibiótica y que era en las cesáreas programadas donde menos se instauraba la quimioprofilaxis.

La estancia media en las cesáreas no complicadas era de 6.31 días (+-2.3), y de las complicadas de 9.74 (+-7.6), con una estancia Media de 7,3 días

Al observar la alta tasa de complicaciones y la Estancia Media elevada, se formó un grupo de trabajo para valorar la realización de protocolos de actuación conjuntos que facilitaran la coordinación entre los diferentes profesionales y disminuyera las complicaciones en las pacientes.

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.

El número de complicaciones ha disminuido, pasando de un 33,3% en el 2005 a un 13,3% en el 2006, siendo la principal complicación el hematoma de herida quirúrgica (3,8%, frente a un 1,9% de dehiscencias) durante el año 2007se complicaron un 11,1%

El número de infecciones ha disminuido de un 6,66% en el 2005 a un 1,9% en el 2006 (ninguna de ellas en relación con la herida quirúrgica) y 1,7% en el 2007.

El numero de cesáreas realizadas con quimioprofilaxis durante el 2006 fue de un

71,4% (se realizó quimioprofilaxis en el 72,8% de las cesáreas urgentes; y en el 66,6% de las programadas). En el 2007 se realizó en un 73,3%.

El porcentaje de cesáreas con Anestesia Loco-regional fue del 50,5% en el 2006 y 52,6% en el 2007.

La estancia media en las cesáreas ha pasado de 7,3 días en el 2005, a 6,12 en el 2006 y 5,45 días en el 2007 (1,85 días menos entre 2005-2007). En el 2008 de: 5,2 días.

La monitorización de las complicaciones de las cesáreas, la implicación de enfermería en la administración de la quimioprofilaxis antibiótica, la elaboración de una vía clínica que homogeneizase los cuidados y la potenciación de las altas precoces han permitido disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de las pacientes intervenidas, así como una incorporación mas precoz a su vida habitual.

Además de la mejora en la asistencia y el menor número de complicaciones en las pacientes, hay que tener en cuenta un importante impacto económico, ya que solo con las estancias evitadas durante los dos años del Plan de mejora se ha ahorrado 96.535€

- Durante el año 2006 se realizaron 107 cesáreas, con una estancia media de 1.18 días menos que en el 2005, esto supone una disminución de 126,26 estancias, dado que el precio de la estancia en nuestro hospital es de 279,90€, supone un ahorro de:35.435€
- Durante el año 2007 se han realizado 118 cesáreas con una estancia media de 1,85 días menos que en el año 2005. Se han evitado 218,3 estancias durante este año, lo que supone un ahorro económico de: 61.102€
- Las estancias totales evitadas entre los dos años suman 344.9, lo que supone un impacto económico de:96.535.5€

Durante el año 2008 La estancia media fue de 5,20 días, manteniendo la tendencia descendente.

Durante el año 2008, se va iniciar en el Servicio un control de Calidad para evaluar la adecuación de las indicaciones de las cesáreas realizadas a los criterios pactados previamente de idoneidad, adecuación, seguridad clínica y efectividad, tanto en las programadas como en las urgentes.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Estabilizar la tasa de cesáreas.

Adecuar la tasa de cesáreas a las indicaciones de la OMS.

Control y monitorización del número de cesáreas realizadas.

Disminuir el número de complicaciones

Disminuir y / o estabilizar la Estancia Media

Potenciar la lactancia materna en las madres que se les ha practicado una cesárea

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mantener reuniones y comunicación con enfermería de planta y matronas del hospital.
Reevaluar la Vía Clínica establecida en el Servicio en el año 2006
Definir los criterios de idoneidad según las evidencias científicas.
Valorar la idoneidad de las indicaciones de las cesáreas realizadas en el Servicio una vez por semana en Sesión Clínica
Favorecer el contacto precoz de la madre y el recién nacido tras el parto por cesárea

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

Tasa de cesáreas del 2008.
Estancia media de las cesáreas.
Porcentaje de complicaciones.
Tasa de cesáreas urgentes adecuadas a los criterios de idoneidad mayor del 90%.
Tasa de cesáreas programadas adecuadas a los criterios de idoneidad 100%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero 2009...Presentación del Plan de mejora.
Marzo 2009: Pactar los criterios de idoneidad y protocolizarlos

Mayo 2009: Revisión de los resultados.
Julio 2009: Revisión de cesareas y resultados
Octubre 2009: Revisión del Plan.

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<u>Curso de Formación</u>	<u>2000€</u>
TOTAL	2000€

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA DEL CRIBADO PRENATAL DE ANEUPLOIDÍAS EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR BARBASTRO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Dra Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria
Profesión Ginecologa
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital de BARbastro
Sector de SALUD: BARbastro
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Diagnostico Prenatal
Correo electrónico : berojpe@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974249000

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Maria Ángeles Aragón Sanz	Ginecóloga Jefe de servicio	Hospital de Barbastro
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de sección.	Hospital de Barbastro
Arribas Marco Teresas	Ginecóloga	Hospital Barbastro
Ana Julia García Lasheras	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Montserrat Roca Arquillué	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Pilar Campo Broto	Enfermera	Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Amado Tapia	Analista	Hospital de Barbastro

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 Junio del 2008, se inició en nuestro Servicio el cribado combinado de cromosopatías del primer trimestre. De todas las estrategias de screening bioquímico 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 porte una cromosopatía, en este caso la medición conjunta de la edad materna, la translucencia nucal a las 11-14s, la beta-HCG y

la PAPP-A. Tiene una sensibilidad del 70-90% para una tasa de falsos positivos del 5%, que aumentaría si se realizara además el screening de segundo trimestre a las 15s. Esto se complementa con el denominado “sonograma genético” o exploración ecográfica que se realiza con el objeto de detectar marcadores de cromosomopatías en el segundo trimestre. Este se debe realizar en el curso de la ecografía de nivel II que debe ser realizada por ecografistas con nivel IV o, en su defecto, con apoyo de éstos desde el hospital de referencia. Además, la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) y la AEMF (Asociación Española de Medicina Fetal) han apoyado el desarrollo del FetalTest (fetaltest.northtelecom.net), un programa informático vía internet que permite obtener un índice de riesgo para la gestante según un algoritmo de cálculo en función de alguno de los marcadores de cromosomopatías más consolidados.

En nuestro servicio durante el año 2006 se realizaron 173 Amniocentesis, y en el año 2007 se realizaron 200.

Durante el año 2008 se realizaron 124 amniocentesis. De éstas, el 12.90% fueron indicadas por un screening bioquímico positivo.

En el año 2008, de los 719 screening que se realizaron, 20 fueron positivos (es decir, riesgo mayor a 1/270) lo que supone un 27.81%. De estos, 13 fueron screening bioquímico del segundo trimestre o triple screening y 7 fueron screening combinado del primer trimestre (cuatro pacientes revocaron amniocentesis por este motivo). La especificidad de la prueba en nuestro laboratorio es del 97% a costa de una tasa de falsos positivos del 27.81%. La sensibilidad no puede valorarse todavía por la baja prevalencia de las aneuploidías y debido a que muchos de esos embarazos que se han analizado no han terminado.

Las indicaciones de la amniocentesis fueron:

Edad materna: 68% en 2008, (72% en 2007).

-De estas, el 43,52% incluídas entre los 35-37 años en 2008, y el 69% en 2007.

Triple screening (+): 11.29% en el 2008, 15,75% en 2007.

Ansiedad materna. 10.48% en el 2008, 6.6% en 2007.

Translucencia nucal aumentada: 6.45% en el 2008, 5.6% en 2007.

Antecedente malformativo: 1.6% en 2008, 3.7%. en el 2007

Hallazgos ecográficos: 1.6% en 2008.

En el año 2008 se diagnosticaron 2 trisomías 21 o síndrome de Down, una en una paciente de 43 años a la que se realizó la prueba por edad y que decidió interrupción del embarazo, y otra en una paciente de 33 años a la que se realizó amniocentesis por translucencia nucal aumentada en el primer trimestre y decidió continuar el embarazo con buen resultado. Se detectó también una traslocación 1-4-5 46XX en una paciente que se realizó la amniocentesis por ansiedad con arteria umbilical única.

En 2008 la tasa de aborto post-amniocentesis fue 1.6% (dos amniocentesis indicadas por edad 38 y 40 años).

En el año 2008 no tuvimos ningún falso negativo.

Hubo un fracaso de cultivo al que se pudo realizar FISH (tasa del 0.80%).

Además se realizó una biopsia corial a las 12 semanas en Hospital Vall d'Hebron en una paciente que derivamos por higroma quístico con el resultado de trisomía 21 y muerte fetal espontánea.

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.

En el año 2008 se han realizado **76 amniocentesis menos** que en el año 2007. No hemos tenido durante este periodo ningún falso negativo.

El número de amniocentesis desde que se implantó el cribado de primer trimestre en junio de 2008 se ha reducido a la mitad. Si consideramos hasta julio 2008 inclusive, en este periodo se realizaron el 70.16% de las amniocentesis del 2008, y de las indicaciones por screening bioquímico positivo el 68.75% fueron por el TS y únicamente 5 (31.25%) por PAPP-A positivo.

La mayoría de las pacientes han aceptado bien el aumento de la edad materna a 38 años como criterio edad para indicación de amniocentesis, aunque tenemos un porcentaje de 10.48% de amniocentesis por ansiedad materna. En estos casos en hasta un 84% se asocia algún otro factor que no cumple los criterios médicos para indicar la prueba pero que puede llevar a la paciente a decidir hacérsela como es un marcador menor en la eco nivel II o un valor de laboratorio límite.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir el número de amniocentesis.

Disminuir la ansiedad materna.

Disminuir el número de abortos post-amniocentesis anuales.

Ofrecer un diagnóstico más temprano.

En el caso de ILE, dar la posibilidad de que realicen en edades más tempranas.

Disminuir el coste económico del cribado actual.

Disminuir la tasa de falsos negativos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se ha elaborado un **nuevo Protocolo de Seguimiento del Embarazo Normal**, añadiendo en la primera visita (idealmente a las 12 semanas) la analítica de screening de primer trimestre de embarazo o PAPP-A. En esta visita se realiza una ecografía para datar correctamente la gestación y, con un CRL entre 45-85mm, se mide la translucencia nucal y con esos dos valores se rellena el volante de petición para el laboratorio. Si el CRL es mayor de 85mm (14semanas) se envía a la paciente a laboratorio con el mismo volante pero con petición de screening de segundo trimestre o triple screening (así nos aseguramos la cobertura de screening bioquímico para el 100% de las gestantes bien controladas).

Se cita a las dos semanas para resultados realizándose previamente una nueva extracción para el cálculo de la alfafetoproteína (valor importante en el diagnóstico de malformaciones como defectos del tubo neural que perdíamos con la implantación del screening del primer trimestre).

Si el riesgo es mayor de 1/270 se realizará amniocentesis, con el consentimiento de la paciente, a las 15 semanas. Está en proyecto la posibilidad de realizar biopsias coriales en nuestro centro de referencia, o incluso en nuestro propio servicio, según los resultados que vayamos obteniendo puesto que el resultado llega más precozmente que el triple screening (aproximadamente 2 semanas).

En un principio se ofrece este análisis a las pacientes menores de 38 años pero el objetivo y las recomendaciones de la mayoría de los autores es erradicar el “criterio edad”, de tal manera que sólo se realizarían técnicas de diagnóstico prenatal a las pacientes consideradas de alto riesgo por los screening bioquímicos y los marcadores ecográficos.

En la ecografía de las 20 semanas se vuelve a revalorar el riesgo si se hallaran marcadores de enfermedad cromosómica con el programa de la Fetal Medicine Foundation incorporado en el programa SonoView facilitado por General Electrics o con el FetalTest para el que se requiere curso de acreditación y clave de acceso.

Si se constata una malformación mayor se deriva con la mayor celeridad a centro de referencia.

Se han realizado varias **reuniones con el Servicio de Análisis Clínicos** (Dr. Tapia) para revisión del protocolo.

Reuniones con las matronas y Directivos de A.Primaria para Potenciar la Captación Precoz de Embarazo.

Se ha realizado una **base de datos perinatal** en colaboración del Servicio de informática.

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

Número de amniocentesis de 2009.

Indicaciones de las amniocentesis.

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 de 2009. Presentación del Proyecto de mejora de la calidad en Dirección Médica y en el Servicio.

Mayo 2009. Reunión con Análisis Clínicos. Evaluación de un año tras la instauración del Programa de cribado.

Noviembre 2009 . Evaluación del Proyecto

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>
<i>Curso de Formación Ecografía</i>	<u>2000€</u>
TOTAL	2000€

Barbastro 15-02 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)
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA LA DISMINUCIÓN DE EPISIOTOMÍAS PROFILÁCTICAS Y HUMANIZACIÓN DEL PARTO NORMAL EN EL SECTOR BARBASTRO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ELOISA ELSA SATUE SALAMERO

Profesión

Matrona

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

Hospital de Barbastro

Sector de SALUD:

Barbastro

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

Servicio de partos

Correo electrónico :esatues@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974249000

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LORENA GUARDIA	Ginecologa	H. Barbastro
MERCEDES FENES GRASA	Matrona	H.Barbastro
ASUNCION ADILLON ROURERA	Matrona	H.Barbastro
ELISA AMARO JARILLA	Matrona	H.Barbastro
.Mª ENCARNACIN GONZALEZ ANIDO	Matrona	H.Barbastro
Mª JESUS BALASCH TERES	Matrona	H.Barbastro
Mª JOSE REMACHA GARCIA	Matrona	H.Barbastro

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 Centro, como en la mayoría de los hospitales públicos de nuestro País, la realización de episiotomías profilácticas sistemáticas ha sido práctica habitual en la atención al parto normal.

En la actualidad y siguiendo las recomendaciones de la OMS, se está trabajando para restringir el uso de esta práctica a los casos estrictamente

necesarios y adaptarnos a las estrategias de actuación que propugnan, la SEGO y el Sistema Nacional de Salud, considerando el parto como un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.

Durante el año 2007 iniciamos un Plan de mejora de la Calidad para promover el uso de buenas prácticas en la atención al parto normal, con la finalidad de **respetar el tiempo necesario para el proceso del desarrollo del parto y evitar intervenciones innecesarias**

Hemos realizado reuniones con los especialistas, con las matronas de Atención Primaria y matronas hospitalarias y se ha valorado la necesidad de establecer actuaciones conjuntas y coordinadas que faciliten la información de las mujeres, para fomentar la participación activa de las mismas en la toma de decisiones y potenciar su protagonismo y responsabilidad.

Para adaptarnos a las nuevas estrategias de Atención al parto normal y disminuir la incidencia de complicaciones vemos necesario **reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería** (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto

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.

Durante el año 2007 se atendieron 605 partos. Con una tasa de cesareas de 19.33%

Partos instrumentados: 6,94%.

Porcentaje de partos sin episiotomía profiláctica: 30,49%, de ellos se complican un 59,5%.

En el año 2008, tras la puesta en marcha del Plan de Mejora.

Se atienden un total de:629 partos, con una tasa de cesáreas de:20,66%.

Partos instrumentados:58 (9,22%) de los que 18 son forceps, 5 Espatulas; 35 vacum

Eutócicos 441 (70,11%): Con episiotomía 240 (54,4%)

Sin episiotomía 201 (45,6%)

DESGARROS (partos sin episio) 129 (64%).

vaginales 39 (30%)

-I grado 71 (55%)

-II grado 17 (13%)

III grado 1 (parto en domicilio)

IV grado 1 (0,77%)

El porcentaje de desgarros vaginales es ligeramente superior al año anterior. De ellos el 85% son banales y de primer grado. En ningún caso se observan complicaciones relevantes que incrementen la estancia media postparto.

Tenemos un 13% de desgarros de II grado.

A destacar un desgarro de III grado en un parto domiciliario y uno de IV en un parto instrumentado.

Durante el año 2008 se observa un aumento de un 1,33% la tasa de cesáreas y 2,28 la tasa de partos instrumentados.

La tasas de partos espontáneos sin episiotomía se incrementa un 11,2%.

La estancia media en nuestro hospital en el parto no complicado es de 2,5 días. Y en el parto complicado de 3,5 días.

El incremento de la tasa de cesáreas y partos instrumentados son dos problemas que deberemos analizar conjuntamente con los Facultativos del Servicio y proponer medidas correctoras. Se ha instaurado en el Servicio un Plan de Mejora par valorar las indicaciones de las cesáreas realizadas.

Formación:

Se realizó durante el año 2008 una jornada de Suelo Pélvico.

4 matronas han realizado rotaciones por hospitales fuera de nuestra comunidad (Igualada) Queda pendiente un rotación por el Hospital de Huerca Almería

Durante el año 2008 se ha actualizado en coordinación con los obstetras del Servicio el **Protocolo de Atención al Parto Normal**, donde se recogen las estrategias de atención propugnadas por el Sistema Nacional de Salud.

En todos los partos se realiza el contacto precoz piel con piel, se favorece la cohabitación y se ayuda a las madres a iniciar la lactancia materna. Estamos comprometidos todos los profesionales para conseguir el galardón de Hospital Amigo de los niños

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Humanizar la atención al parto y situarla en su justa dimensión fisiológica.

Potenciar la lactancia materna.

Disminuir las prácticas rutinarias innecesarias en la atención al parto.

Favorecer la confianza, seguridad e intimidad en el parto.

Estabilizar y analizar la tasa de cesáreas
Mejorar la Continuidad Asistencial entre Niveles Asistenciales.
Promover la coordinación, formación y motivación de los profesionales .
Unificar la información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos Niveles asistenciales.
Mejorar la satisfacción e información a los usuarios del Sector.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Reunión con las matronas de Atención Primaria.

Reuniones con los facultativos del Servicio y realización de sesiones conjuntas.

Durante el año 2009 propondremos un taller de actuación en el suelo pélvico en el momento del parto.

Se precisa adquisición de material y camas de partos que faciliten la mayor comodidad de la mujer y le permitan adoptar la postura que considere más idónea.

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 disminución de las episiotomías realizadas.:10%.

Disminuir la incidencia de desgarros vaginales un 10%

Disminuir el porcentaje de partos intervenidos un 10%

Nº de reuniones con los Matronas de Atención Primaria: 3

Nº de sesiones realizadas con las Matronas de Atención Primaria y Servicio de

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero 2009. Presentar los resultados del Plan en el Servicio en sesión conjunta con los ginecólogos.

Curso de Suelo Pélvico en Mayo 2009.

Noviembre 2009 evaluación de los 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)
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Curso de Formación</u>	<u>2000€</u>
TOTAL	2000€

Barbastro 19 02 2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“ Eficacia en la atención al paciente que requiere de acceso vascular periférico, desde la consulta de extracciones del Hospital de Barbastro”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ROSA CORED

Profesión

ENFERMERA. SUPERVISORA DE LABORATORIO

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

HOSPITAL

Sector de SALUD:

BARBASTRO

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

Correo electrónico:

rcored@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 24 90 00

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 MILAGROS ESTEVE	DUE. HEMATOLOGÍA	H. BARBASTRO
2 JOSEFA MOLES	DUE. HEMATOLOGÍA	H. BARBASTRO
3 PILAR MUZAS	DUE. HEMATOLOGÍA	H. BARBASTRO
4 ANA COSCOJUELA	DUE ENDOSCOPIAS	H. BARBASTRO
5 MERCEDES	DUE ENDOSCOPIAS	H. BARBASTRO
6 CONCHITA CORONAS	DUE REANIMACIÓN	H. BARBASTRO
7 CONCHI BONED	DUE RADIOLOGÍA	H. BARBASTRO

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...

Una de las pruebas complementarias que con mayor frecuencia se realizan de forma ambulatoria en los hospitales, son las extracciones sanguíneas para analíticas. En nuestro hospital esta actividad se desarrolla en la consulta de extracciones dependiente del servicio de laboratorio y realizada por enfermeras.

De forma habitual en esta consulta se captan pacientes que tras la analítica están citados en otros servicios, esa misma mañana, para continuar con otras pruebas complementarias (ej. TAC), pruebas especiales (ej. Endoscopias), quirófanos ambulatorios (ej. Intervención de cataratas en pacientes con anticoagulantes orales). El

desconocimiento de esta doble actividad supone para el paciente soportar en un breve espacio de tiempo y en el mismo centro hospitalario, la reiterada punción de varias vías periféricas, con las molestias y riesgos que de ello deriva.

La enfermera de extracciones si es conocedora de esta situación, no se limita a realizar una punción y extracción, si no que canaliza una vía periférica con un catéter que permite posteriormente ser utilizada en otros servicios.

En la actualidad no existe un registro de esta doble actividad y la captación de los pacientes en consulta de extracciones es fortuita (comentarios o indicaciones del paciente, sospecha de la enfermera...). En el caso de las pacientes que van a someterse a una curva de glucemia, siempre se oferta de inicio la posibilidad de colocación del catéter periférico.

Las enfermeras de la consulta de extracciones valoran positivamente el ahorro de molestias al paciente, disponen de tiempo suficiente para realizar esta técnica, pero carecen de información precisa y de coordinación con el resto de servicios, antes citados, para captar a todos los pacientes.

Los pacientes que acceden a la posibilidad de ser "pinchados una sola vez" lo agradecen y valoran positivamente esa atención por parte de enfermería.

Para la organización supone un ahorro de recursos materiales, de tiempo enfermero y una mejora en la calidad de la atención recibida.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la satisfacción del paciente sometido a varios accesos vasculares periféricos.
- Mejorar la coordinación entre los diferentes servicios que acogen a este paciente.
- Optimizar el tiempo de enfermería invertido en los accesos vasculares periféricos.
- Reducir el coste en recursos materiales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Formalizar la coordinación entre los diferentes servicios implicados (Reanimación, Endoscopias, Radiología) para:
 - Generar un listado de "pacientes tipo" que requieran de extracción de sangre periférica, previa a la realización de de intervenciones quirúrgicas, pruebas complementarias, pruebas especiales, etc.
 - Unificar un procedimiento de canalización de vía periférica (localización preferente, calibre, forma de sujeción, material utilizado etc.) para cada una de las intervenciones.
 - Diseñar un registro común inter- servicios con datos relevantes.
- Diseñar una encuesta de satisfacción para el paciente. Todo el equipo
- Puesta en marcha de la actividad organizada.
- Estudio del impacto a los seis meses
 - Estimar el ahorro derivado de la optimización de recursos materiales. Supervisora de laboratorio

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

- Conocer la satisfacción del usuario. Todo el equipo
- Conocer la satisfacción de los profesionales receptores finales del paciente. Enfermeras de laboratorio

<p>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>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</p> <p><u>Número de pacientes con vía periférica canalizada en consulta de extracciones x100</u> Número total de "pacientes tipo" que precisaban vía</p> <p>Grado de satisfacción de los pacientes sometidos a canalización única de vía periférica.</p> <p>Cuantificación en euros del ahorro en recursos materiales derivado en el tiempo de estudio.</p> <p>Grado de satisfacción de los profesionales receptores finales del paciente</p>
--

<p>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</p> <p>Indicar el calendario de las actividades previstas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Búsqueda bibliográfica. Febrero 2009 ○ Reunión de coordinación con Citaciones de Consultas Externas y servicios implicados. Marzo 2009 ○ Diseño de Hoja de Registro y catalogación de "Paciente Tipo". Abril 2009 ○ Diseño de encuestas de satisfacción. Abril 2009 ○ Presentación del procedimiento entre unidades e implantación. Mayo 2009 ○ Evaluación de indicadores. Diciembre 2009
--

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

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 ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE RECONSTITUCIÓN DE CITOSTÁTICOS Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN HOSPITAL DE DÍA. CONSULTA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos CARMEN PUYUELO BLECUA
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL
Sector de SALUD: BARBASTRO
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SUPERVISORA FARMACIA-HOSPITAL DE DÍA
Correo electrónico: cpuyuelob@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974-313511 (ext 29125)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 JUAN GASTON	FARMACEÚTICO	HOSP. BARBASTRO
2 NATALIA ALLUÉ	FARMACEÚTICA	HOSP. BARBASTRO
3 JOSE Mª ESCRIBA	ENFERMERO	HOSP. BARBASTRO
4 Mª ANGELES FUENTES	ENFERMERA	HOSP. BARBASTRO
5 REYES BUETAS	ENFERMERA	HOSP. BARBASTRO
6 FELI BOIRA	ENFERMERA	HOSP. BARBASTRO
7 JESUS FLORIAN	ONCOLOGO	HOSP. BARBASTRO
8 PILAR BUESO	ONCOLOGA	HOSP. BARBASTRO
9 JAVIER MARCO	HEMATOLOGO	HOSP. BARBASTRO
10 MATILDE PERELLA	HEMATOLOGA	HOSP. BARBASTRO
11 FRANCISCO LLINARES	HEMATOLOGO	HOSP. BARBASTRO
12 JOSE MANUEL PINA	REUMATÓLOGO	HOSP. BARBASTRO
13 Mª DOLORES FÁBREGAS	REUMATÓLOGA	HOSP. BARBASTRO

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 Salud está desarrollando un plan estratégico para luchar contra el cáncer estimulando la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz en toda la comunidad autónoma.

Para elaborar el Manual de Reconstitución de Citostáticos y Administración de dichos fármacos en hospital de día, hemos realizado entre el personal de los servicios implicados múltiples reuniones para pactar y concretar dicho contenido, durante las cuales se ha detectado la necesidad de definir las funciones de los diferentes profesionales que trabajan en el hospital de día, para optimizar los recursos, agilizar las consultas, dar atención personalizada, no dar información duplicada (pero si consensuada).

Las personas con patología oncológica, acuden durante varias días/ semanas consecutivas al hospital de día para administrarles fármacos con efectos secundarios frecuentes (caída masiva de pelo, náuseas, vómitos, eritemas, mucositis, pérdida de apetito, neurotoxicidad periférica, diarreas, neutropenia ...) muchos de los cuales, se pueden minimizar con indicaciones preventivas, actuaciones higiénico dietéticas, consejos personalizados, resolver consultas telefónicas (nuestro sector tiene una gran dispersión geográfica).

En el funcionamiento actual de la farmacia hospitalaria, quedan registrados lote/caducidad de todos los fármacos comprados, pero no se consigue la trazabilidad del fármaco asociado a cada paciente.

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.

Para la elaboración del Manual de Reconstitución de Citostáticos se ha realizado en farmacia:

Relación/esquemas de material fungible necesaria para la manipulación de cada fármaco.

Esquemas con forma adecuada de reconstitución/manipulación de citostáticos/fármacos alto riesgo.

Se han determinado las actuaciones a seguir en situaciones especiales (derrames, extravasaciones y reacciones adversas)

Definición, elaboración y mantenimiento del kit de extravasación.

Etiquetas identificativas individualizadas (fármaco/paciente).

Control de registro diario informático (actividad, fármacos utilizados, errores detectados).

Para "cada fármaco" que se administra en hospital de día, se ha realizado un protocolo que incluye:

Fármaco/concentración/reconstitución/dosis/ esquema/indicación/pauta de administración/protocolo de consultas/pauta de emesis/protocolo de administración/premedicación/cuidados durante el tratamiento/efectos secundarios.

Guía de esquemas de quimioterapia.

Antes de la impresión definitiva está siendo revisado por los servicios implicados (farmacia, oncología, hematología, reumatología, urología, neurología, medicina interna, geriatría).

Encuesta de conocimientos desarrollada, desde su finalización, no se ha incorporado personal nuevo al servicio.

Todos los pacientes a los que se pueden administrar el tratamiento, son atendidos en el día (acto único). Solamente 11 pacientes tuvieron que ser trasladados a otros servicios para finalizar el tratamiento (tercer concentrado de hematíes)

Desde 14 abril a 31 diciembre 2008 de las 2649 preparaciones se detectaron 102 errores (32 de citación, 7 vía de administración, 7 dosis, 6 fármaco, 50 preparación). Ninguno llega al paciente (administración) ya que se detectan previamente con los nuevos filtros incorporados.

El protocolo de acogida para el personal de nueva incorporación, está aplazado para incluir los cambios del servicio que estamos planificando (sesión interdisciplinar, consulta enfermería oncológica)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el proceso asistencial al paciente y disminuir los riesgos en la manipulación y administración de los tratamientos en el Hospital de Día.

Mejorar el proceso asistencial al paciente oncológico, facilitando la comunicación y coordinación entre médico/enfermería/farmacia, para agilizar las consultas y el tiempo necesario para la preparación y administración de los tratamientos.

Mejorar la comunicación con pacientes y familiares sobre el proceso oncológico y medicación administrada, en un ambiente físico adecuado, donde se pueda reforzar y ampliar la información de los tratamientos a administrar, aclarar conceptos erróneos, valorar el estado de salud, valorar toxicidades secundarias a los fármacos, educación sanitaria, proporcionar soporte familiar, atender consultas telefónicas
Valoración propia de enfermería aspectos nutricionales, psicológicos, complementario

Registrar en farmacia lote/fármaco/paciente, para conseguir la trazabilidad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Sesiones conjuntas diarias (oncólogos/ enfermeras) al inicio de la mañana, donde se comentan, valoran, unifican criterios de los pacientes que están programados.

Base de datos informática compartida oncología/enfermería/farmacia.

Creación y desarrollo de la consulta de enfermería oncológica. Elaboración de registros específicos.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragón de Salud (2009)</i>
-------	---

Elaborar tríptico informativo para los pacientes, del nuevo funcionamiento del servicio.

Elaborar el protocolo de acogida específico para el personal de enfermería.

Registro de lotes/caducidades de fármacos relacionado con pacientes.

Sesión hospitalaria para presentar al resto del hospital, el Manual de Reconstitución de Citostáticos y Administración de fármacos en Hospital de Día.

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 nuevos valorados en la consulta de enfermería.

Nº paciente entregado tríptico informativo/nºpacientes nuevos incluidos em 2009.

Puntuación de la encuesta de conocimientos en la incorporación al servicio versus puntuación al final del periodo de trabajo.

Nº de errores detectados/ total de fármacos reconstituidos en campana de flujo laminar.

Nº de errores detectados/ total de administraciones.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo, abril: Maquetación e impresión del Manual
 Mayo, junio: Revisión bibliográfica. Creación registros valoración enfermería.
 Julio, agosto: Revisión bibliográfica. Creación registros toxicidades citostáticos.
 Septiembre: Revisión bibliográfica. Creación registros consejos nutricionales, valoración psicológica.
 Octubre: Elaboración tríptico informativo.
 Noviembre: Elaboración del protocolo acogida.
 Diciembre: Medición indicadores.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<u>Material informático</u>	<u>1200 euros</u>
<u>Impresión tríptico informativo funcionamiento del servicio</u>	<u>300 euros</u>
<u>Asistencia congresos, cursos.</u>	<u>1000 euros</u>
TOTAL	2500 euros

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ALGIAS VERTEBRALES REMITIDOS AL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

IÑIGO SANTA INÉS DURÁN

Profesión

Fisioterapeuta

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

Hospital de Barbastro. Servicio de Rehabilitación

Sector de SALUD:

Barbastro

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

Correo electrónico:

isd111@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974313511. Extensión 29144

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Susana Omist Ondiviela	Med. Rehabilitador	Hospital Barbastro
Rosario Ramón Buisán	Fisioterapeuta	Hospital Barbastro
Agustín Loscertales Sesé	Fisioterapeuta	Hospital Barbastro
Jesús Broto Bestué	Fisioterapeuta	Hospital Barbastro
Jorge Azanza Pardo	Fisioterapeuta	Hospital Barbastro
Beatriz Coscujuela Román	Fisioterapeuta	Hospital Barbastro
Rut Fernández Sánchez	Fisioterapeuta	Hospital Barbastro
María Muñoz Diestre	Fisioterapeuta	Hospital Barbastro
Marisol Velasco Gomara	Aux. Enfermería	Hospital Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Las **Algias Vertebrales** se refieren a todos aquellos dolores de origen mecánico, no traumáticos, que asientan en cualquiera de las estructuras del aparato locomotor que componen los tres segmentos de la columna vertebral: cervical, dorsal y lumbar. Las estructuras afectadas suelen ser músculos, ligamentos, discos o raíces nerviosas.

Durante el año 2008 son derivados al Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro un total de 249 pacientes de patología cervical, dorsal y

lumbar de los cuales 76 pacientes son considerados paciente de algia vertebral cervical (32.7 % de los pacientes totales). Así mismo se observa que 23 de los pacientes tratados son diagnosticados de algia vertebral dorsal,(9.23% de los pacientes totales). Con respecto a las algias lumbares, fueron atendidos un total de 94 pacientes lo que corresponde a un 37.75 % de los pacientes totales.

Por este motivo, es de vital importancia incidir de forma considerable en la población, la cual debe tomar conciencia de la importancia que a nivel personal se obtiene mediante un asesoramiento adecuado basado en la prevención y en los resultados óptimos que implicarían una ganancia considerable de la ergonomía a nivel evolutivo y conceptual en la vida diaria de cada persona.

Desde este servicio hemos detectado la necesidad de informar a los pacientes así como establecer unas pautas de ergonomía e higiene postural necesarias para la prevención del dolor de espalda, debido a que a partir de grupo de pacientes diagnosticados de algia vertebral, y estando realizando terapia en grupo de cinesiterapia vertebral, observamos la escasa información y motivación referida a normas de higiene postural en cualquier ámbito de la vida diaria, y aquellos pacientes que referían conocer dichas normas mostraban un cierto grado de apatía y desmotivación, por lo que las algias vertebrales suelen aparecer una vez concluido el tiempo de tratamiento de fisioterapia.

Como método de detección realizaremos en los diferentes grupos de pacientes, un cuestionario inicial, midiendo los siguientes ítems:

- Incidencia por sexo, actividad laboral, tipo de descanso
- Actividades en el tiempo libre.
- Características del dolor de espalda
- Conocimiento previo de normas de higiene postural, implicación
- Causas en las AVD de empeoramiento de la dolencia

Así mismo se realizara un cuestionario final, donde se valore el conocimiento de normas de higiene postural y la influencia de dichas normas en la ayuda de la prevención o mejoría del algia vertebral.

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

- Educación sanitaria de los cuidados y mecanismos corporales de protección en el paciente con algia vertebral y prevención de futuros episodios dolorosos
- Toma de conciencia del propio paciente e involucración en el proceso preventivo de su dolor de espalda.
- Evitar la aparición de nuevas lesiones.
- Potenciar la habilidad del paciente para el cuidado de la espalda y automanejo de las crisis dolorosas.
- Modificar los factores negativos mediante el aprendizaje del control de los síntomas.
- Conseguir un papel activo del paciente en la evolución clínica del proceso doloroso.
- Desmitificar el dolor vertebral como síntoma indicativo de enfermedad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Dentro del equipo de mejora se realizarán grupos de trabajo para repartir y agilizar las actividades propuestas. Los responsables de estos grupos se irán decidiendo a lo largo de las reuniones mantenidas en el año, de forma que se fomente la participación de todo el equipo por igual.
- Redacción de un documento en el que se reflejen las normas generales de funcionamiento del proyecto.
- Análisis del grado de conocimiento, inicialmente al tratamiento, mediante un cuestionario inicial.
- Elaboración por parte del grupo de trabajo de un documento, tipo dossier o tríptico, reflejando las normas posturales y pautas ergonómicas, para prevenir algias vertebrales en función de la necesidad de los pacientes atendidos en el Hospital de Barbastro.
- Entrega y explicación, a través de sesiones teórico - prácticas al inicio de los tratamientos.
- Valoración final a través de un cuestionario en el que se valoran los resultados obtenidos.
- Elaboración de un cartel informativo para la colocación en el Gimnasio, en las consultas y sala de espera del Servicio de Rehabilitación.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La monitorización del proyecto consistirá en el análisis de:

- Cuantificación del número de pacientes que se han incluido en la encuesta inicial.
- Grado de cumplimentación de registros.
- Cuantificación del número de pacientes que reciben información sobre higiene postural, que se incluyen en el proyecto de mejora.
- Grado de utilidad y satisfacción de los pacientes implicados.

Los indicadores de medida que se utilizarán serán de grado de cumplimiento:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con algias incluidos en el proyecto} \times 100}{\text{Nº de pacientes con algias que acuden al Hospital de Barbastro}}$$

$$\frac{\text{Nº pacientes que reciben la información} \times 100}{\text{Nº de pacientes con algias incluidos en el proyecto de mejora}}$$

Grado de satisfacción de la formación recibida por parte de los pacientes: medido en % de mejora.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 01/01/2009

Fecha de finalización: 31/12/2009

- Revisión bibliográfica y elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad. Enero-Febrero 2009
- Elaboración de un cuestionario de recogida de información inicial y cuestionario de valoración final de los pacientes que integran el plan de mejora. Marzo - Abril 2009
- Elaboración del dossier y tríptico, así como elaboración del póster de normas de higiene postural. Marzo-Abril 2009
- Monitorización e indicadores y resultados de los datos recogidos en la hoja inicial de valoración. Mayo 2009
- Puesta en marcha del proyecto de calidad en sesiones informativas y en grupos de tratamiento. Mayo - Noviembre 2009
- Monitorización de indicadores y resultados de los datos recogidos en la encuesta post-tratamiento, sacando conclusiones. Diciembre 2009
- Realización de una Memoria del Proyecto. Diciembre 2009

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
▪ <i>Elaboración de TRIPTICOS (500 unidades)</i>	181.00 €
▪ <i>Elaboración de Carteles (10 unidades)</i>	148.75 €
▪ <i>Proyector de Ordenador</i>	500.00 €
▪ <i>Pantalla de proyección</i>	200.00 €
▪ <i>Ordenador Portátil</i>	1000.00 €
TOTAL	2029.75 €

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Elaboración de un Procedimiento de Prevención de Caídas en la Unidad de Materno Infantil y de un Protocolo General de Contenciones en el Hospital de Barbastro”.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARMEN SAHÚN OBIS

Profesión

ENFERMERA. SUPERVISORA ÁREA

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

HOSPITAL

Sector de SALUD:

BARBASTRO

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

Correo electrónico:

csahun@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 24 90 00 ext. 29601

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Ana Belén Laborda	DUE Medicina Interna	H. Barbastro
2 Aranzazu Zamora	DUE Medicina Interna	H. Barbastro
3 Ana Isabel Arévalo	DUE Especialidades	H. Barbastro
4 Paz Otto	DUE Cirugía	H. Barbastro
5 Gloria Romero	DUE Materno Infantil	H. Barbastro
6 Sara Defior	DUE Materno Infantil	H. Barbastro
7 Ana Sanjoaquín	FEA Geriatria	H. Barbastro
8 Esther Santorromán	DUE Trauma	H. Barbastro

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...

Dentro del abordaje preventivo de las Caídas en el medio hospitalario hay una medida que se recoge en las intervenciones (NIC) que nos determina la NANDA para el “Riesgo de Caídas”, que se denomina: “*Utilizar arneses de sujeción, si precisa*”.

Con el objetivo de prevenir las auto-lesiones o lesiones a otros, de nuevo, nos referimos al empleo de las contenciones físicas.

En la revisión bibliográfica que realizamos el año anterior dentro del proyecto de Mejora de la Calidad **“Elaboración e Implementación de un Protocolo de Prevención de Caídas en pacientes ingresados en el Hospital de Barbastro”** vimos reflejado en numerosas ocasiones la referencia al uso de contenciones como medida preventiva; si bien en pocos casos se hacía un desarrollo específico de este aspecto.

Otra peculiaridad al profundizar en el tema fue la escasa referencia al colectivo de pacientes pertenecientes a las Unidades de Materno-Infantil, que como pacientes ingresados tienen un riesgo de caídas, pero que por su situación clínica y personal difieren del paciente “tipo” generalmente mayor de 65 años objeto de la mayor parte de los Protocolos, entre ellos el de nuestro hospital.

Ante la falta de un consenso y estandarización sobre el uso de contenciones en nuestro hospital, la escasez o inadecuación de recursos materiales específicos y con el objetivo prevenir las caídas en todos los pacientes ingresados, sin exclusión por motivos de edad o situación clínica; nos planteamos continuar y completar el protocolo ya existente.

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.

Los datos que a continuación se indican corresponden al proyecto de Mejora de la Calidad iniciado en 2008 y titulado:

“Elaboración e Implementación de un Protocolo de Prevención de Caídas en pacientes ingresados en el Hospital de Barbastro”.

- Se realizó un estudio analítico retrospectivo descriptivo de las caídas registradas en nuestro hospital durante el año 2007, utilizando para el análisis el programa estadístico SPSS versión 12.0.

La población de estudio fueron los pacientes hospitalizados que hubieran sufrido una caída durante su ingreso y en los que se cumplimentó el registro específico de caídas, excluyendo a pediatría y obstetricia. Eran un total de 37 caídas registradas sobre 5068 ingresos lo que supone una incidencia del 7.3.

El paciente tipo en el cual se registró una caída durante 2007 era: hombre, mayor de 65 años, autónomo, orientado y perteneciente a especialidades médicas o geriatría.

El lugar más frecuente de caída era la habitación-baño (94.6%). Las causas más frecuentes del entorno : fallo de apoyo, suelo mojado y tropiezo en obstáculo, y respecto al paciente: tropezón/deslizamiento, mareo/lipotimia y agitación/desorientación.

En un 52.8% no hubo lesiones y las caídas se produjeron con independencia de si el paciente estaba o no acompañado.

- Se definieron los factores de riesgo adoptando aquellos reflejados por la NANDA en la etiqueta diagnóstica “riesgo de caídas” y diferenciando los extrínsecos o del paciente, de los extrínsecos o del entorno. Se eligió como escala de medición del Riesgo de Caídas la JH Downton. Esta escala se incorporó con la aprobación de la Comisión de Cuidados de Enfermería a los nuevos Protocolos de Valoración de Enfermería modificados durante 2008 en nuestro hospital. También está presente en la base de datos del Programa de Gestión de cuidados enfermeros Gacela Care adoptado por el Salud.

- Se definieron las tres fases de la prevención de caídas: Identificar enfermos de riesgo (Escala de Downton), inclusión en el Protocolo de Riesgo de Caídas (registro e información a paciente y familia) y establecimiento de medidas preventivas (en función de las intervenciones NIC que determina la NANDA para “riesgo de caídas”)
- Se diseñó un registro de caídas que se adjunta en el anexo 1.
- Se elaboró un tríptico para formar e informar a paciente y cuidador sobre la prevención de caídas, anexo 2.

En el momento actual se está elaborando un breve manual de normas de cumplimentación del informe de caídas y en la primera quincena de marzo tras la presentación general en el hospital el día 3, se van a realizar talleres específicos en todas las unidades previos a la implantación del protocolo.

En Julio se realizará una primera monitorización de la implantación, la segunda en octubre y la evaluación de proceso y resultados generales en diciembre.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Estandarizar el empleo de medidas de contención, con criterios de seguridad y discreción, cuando el resto de medidas preventivas fallen o no estén indicadas, en todo el hospital.
- Estandarizar e implantar el Protocolo de prevención de caídas en la unidad de Materno infantil del hospital.
- Prevenir las caídas, auto-lesiones y lesiones a otros
- Educación del paciente y cuidadores en la prevención de caídas y uso de contenciones físicas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Contenciones

- Revisión bibliográfica, búsqueda de Protocolos de Contención en otros centros de Atención especializada semejantes. Todo el equipo
- Definición de Sujeción, indicaciones y principios generales. Descripción del equipo y técnica de sujeción terapéutica.
- Descripción de acciones de enfermería en pacientes con sujeción, prescripción y registro de las mismas.
- Búsqueda de información por la Supervisora de RRMM de Sistemas de Sujeción para cama y sillón.
- Definición de indicadores y criterios de evaluación del proceso
- Diseño final del Protocolo
- Taller de formación en contenciones para el equipo de mejora.
- Taller de formación en contenciones para todo el personal.

Prevención de Caídas en la Unidad de Materno Infantil

- Revisión bibliográfica.
- Definición de factores de riesgo específicos y búsqueda de Escala de Riesgo.
- Definición de medidas específicas de prevención

- Adaptación del registro general del hospital
- Elaboración de un póster formativo-informativo para pacientes y/o cuidadores.
- Presentación a la dirección e implantación en la unidad.
- Evaluación del proceso (prevención) y de los resultados (incidencia de caídas).

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

Diseño final del Protocolo de Contenciones antes de diciembre 2009

Realización del taller de formación en contenciones para el equipo de mejora antes de diciembre 2009

Evaluación del proceso:

Realización del póster sobre caídas en Materno- Infantil

Existencia registro de caídas y de la existencia de factores de riesgo

Evaluación de resultados: Se distinguirán p. pediátricos de p. obstétricos

Nº de pacientes ingresados que han sufrido caída x 100

Nº total de pacientes ingresados

Nº de pacientes ingresados identificados de riesgo de caídas x100

Nº total de pacientes ingresados

Nº de pacientes ingresados que han sufrido caídas x 100

Nº pacientes identificados de riesgo

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Búsqueda bibliográfica. Marzo 2009
- Diseño del protocolo de contención. Hasta junio de 2009
- Adquisición de material específico de sujeción física. Septiembre 2009
- Taller de formación en contenciones para el equipo. Octubre 2009
- Presentación de Protocolo. Diciembre 2009
- Taller de formación para todo el personal. Enero 2010

- Búsqueda bibliográfica. Marzo 2009
- Diseño del protocolo preventivo y póster. Hasta agosto de 2009
- Implantación en la unidad. Septiembre 2009
- Evaluación de indicadores. Diciembre 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>
Taller de formación en sujeción física	500€
Diseño e impresión de póster	500€
Compra material de sujeción	1000€
TOTAL	2000€

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“MEJORA DE LA INTEGRIDAD CUTANEA EN PACIENTES PORTADORES DE TRACCION BLANDA POR FRACTURA DE FÉMUR EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO”.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Sofía Villar Carrasco

Profesión

Supervisora de Traumatología

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

Hospital de Barbastro

Sector de SALUD:

Barbastro

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

Correo electrónico:

svillar@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 249000 ext. 29460

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Alicia Campo Sin	Supervisora Urgencias	H. Barbastro
2 Yolanda Mendiara Berbiela	Enfermera Trauma	H. Barbastro
3 Esther Santorroman Jovellar	Enfermera Trauma	H. Barbastro
4 Noemí Díaz Martínez	Enfermera Urgencias	H. Barbastro
5 Dionisia Romero Marco	Enfermera Urgencias	H. Barbastro
6 Ana Belén Martínez Maestro	Enfermera Urgencias	H. Barbastro
7 Angel Larriba Jaime	FEA Traumatología	H. Barbastro
8 M ^a Jesús Calvo de Mora	FEA Traumatología	H. Barbastro

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 Hospital de Barbastro debido a las características de la población a la que presta sus servicios tiene una gran incidencia de Fracturas de Fémur.

Asociado a la edad, estos pacientes, presentan otros problemas tales como alteraciones de la nutrición, cognitivas, vasculares y déficit de auto-cuidados. Unidos éstos a la inmovilidad y a las fuerzas de la tracción que soportan hasta la intervención quirúrgica, generan un riesgo elevado de pérdida de integridad cutánea.

La colocación de Tracciones blandas, se realiza en el Servicio de Urgencias. Allí se detecta variabilidad en los materiales utilizados para su colocación, debido a la ausencia de un procedimiento específico y a un déficit e inadecuación de recursos materiales.

Últimamente, se ha observado en la planta de Traumatología la aparición de lesiones cutáneas (eritema, flictenas, erosiones, UPP,...) en las extremidades afectas por esta patología al revisar las tracciones blandas. Éstas se producen incluso en las 24 horas posteriores a su colocación.

Todos estos aspectos han llevado a plantear a ambos servicios, la necesidad de valorar mediante un estudio, si los materiales empleados para la colocación de la tracción blanda, son los responsables de la aparición de dichas lesiones.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo principal: Prevención de lesiones cutáneas en pacientes portadores de tracción blanda por fractura de fémur.

Objetivos secundarios:

- ❖ Creación de un protocolo específico de tracciones blandas que unifique su colocación y revisión, en todas las unidades del Hospital implicadas.
- ❖ Evitar complicaciones derivadas de la aparición de lesiones cutáneas.
- ❖ Minimizar la estancia hospitalaria y reducir costes del proceso.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- A- Elaborar un método de registro y seguimiento de pacientes portadores de tracción blanda (anexo I). Alicia Campo y Esther Santorromán.
- B- Difundir el registro e informar a los profesionales implicados. Alicia Campo y

Sofía Villar.

- C- Realizar un estudio comparativo de los distintos tipos de vendajes utilizados para la colocación de las tracciones, y relacionarlos con otros factores de riesgo que pudieran incidir en la aparición de lesiones. Todo el equipo
- D- Elaborar un protocolo. Todo el equipo.
- E- Presentación e implementación del Protocolo.

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

$$\frac{\text{Nº de registros obtenidos}}{\text{Nº pacientes con fractura de cadera}} \times 100 \quad (\text{en el mismo periodo de tiempo})$$

$$\frac{\text{Nº de lesiones cutáneas con tracción A}}{\text{Nº pacientes con fractura de cadera con tracción A}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de lesiones cutáneas con tracción B}}{\text{Nº pacientes con fractura de cadera con tracción B}} \times 100$$

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Revisión bibliográfica hasta enero de 2009
- Diseño de hoja de registro : enero de 2009
- Implantación del registro : febrero de 2009
- Registro de tracciones :
 - febrero-marzo de 2009: venda de crepé
 - abril-mayo de 2009: venda del kit de tracción
- Estudio comparativo hasta octubre de 2009. Valoración de números de casos y posibilidad de ampliación de estudio : noviembre-diciembre de 2009.
- Elaboración de protocolo de tracción blanda : enero 2010
- Presentación e implementación del Protocolo: febrero 2010

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Férulas de Brawn (10)	500€
Juego de Pesos de 1kg. A 4kg (2)	800€
Memorias extraíbles	50€
TOTAL	1350€

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO "SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACION, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Alicia Campo Sin
Profesión Enfermera, Supervisora unidad urgencias
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL BARBASTRO)
Correo electrónico: acampo@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: TEL – 974249000 Ext. 29275 Ext. 29123

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO DE TRABAJO
Juan Gastón Añaños	Farmacéutico Hospitalario	HOSPITAL BARBASTRO
Natalia Allué Fantova	Farmacéutica Hospitalaria	HOSPITAL BARBASTRO
Silvia Sicart Loncan	Enfermera Servicio Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
Mª Luz Buil Toro	Enfermera Servicio urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
Josefa Domper Cuello	Enfermera Servicio urgencias	HOSPITAL BARBASTRO

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...

Los errores de medicación y sus consecuencias negativas en los pacientes, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones no solo desde un punto de vista humano, asistencial y económico, sino también porque generan la desconfianza de los pacientes en el sistema y dañan a los profesionales e instituciones sanitarias.

Las consecuencias de los errores de medicación en los hospitales son, debido a la complejidad y a la agresividad de los procedimientos terapéuticos, muy importantes. Según ha constatado el estudio ENEAS el 37.4% de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados están causados por medicamentos. Y de estos, el 34 % son errores en la administración de medicamentos.

La administración de medicamentos es una de las técnicas de mayor aplicación en los pacientes que acuden a urgencias, sobre todo por vía endovenosa y es junto a la fluidoterapia competencia del/la enfermera/o dentro de lo que llamamos "problemas de colaboración".

El sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales es muy complejo por lo que ninguna medida por sí sola va a permitir resolver el problema. No existen sistemas libres de errores, pero sí es posible evitar que esos errores lleguen a los pacientes.

Las principales causas de los errores de medicación son las siguientes:

- Problemas de interpretación de las prescripciones
- Confusión en el nombre/apellidos de los pacientes
- Confusión en los nombres de los medicamentos.
- Problemas en el etiquetado/envasado/diseño. (aparición similar de los productos)
- Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación defectuosos o inadecuados...
- Factores humanos
 - Falta de conocimiento/información sobre el medicamento.
 - Falta de conocimiento/información sobre el paciente
 - Lapsus/despiste
 - Almacenamiento incorrecto de los medicamentos
 - Error de cálculo de dosis o velocidad de infusión.
 - Preparación incorrecta del medicamento
 - Estrés, sobrecarga de trabajo
 - Cansancio falta de sueño
 - Situación intimidatoria
 - Complacencia/temor a conflictos.
 - Otros.

En el servicio de urgencias de nuestro hospital, disponemos de armarios de medicación informatizados tipo (pyxis) que facilitan un correcto almacenaje. Hay un proyecto de informatización de la unidad, que incluye la prescripción electrónica de medicación para el año 2009.

En octubre de 2008 se realizó una encuesta a las enfermeras de urgencias, que confirmó nuestra impresión subjetiva de la necesidad de abordar problemas en torno a la administración de medicamentos:

1. Detectamos un déficit de conocimientos, en relación a los medicamentos más usados.
2. El 92 % de las enfermeras encuestadas contestó **si** a la pregunta "Durante el desempeño de tu trabajo has cometido algún error en la administración de la medicación, o sabes de algún compañero que lo haya cometido".
3. Detectamos un elevado interés por parte del personal de enfermería por trabajar este tema.

Por todo esto, nos planteamos crear un proyecto de mejora entre enfermeras del servicio de urgencias y los farmacéuticos del hospital, para subsanar los problemas detectados en la administración de medicamentos en urgencias.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo principal:

Proporcionar a los profesionales de enfermería estrategias y recursos útiles para incrementar la seguridad en la administración de medicamentos.

Objetivos específicos:

1. Fomentar la creación de una cultura de seguridad.
 - Reducir la posibilidad de que los errores ocurran.
 - Hacerlos visibles y detectarlos a tiempo, interceptarlos antes de que lleguen al paciente.
 - Minimizar la gravedad de las posibles consecuencias de los errores, en caso de que las medidas anteriores fallen y llegue al paciente.
2. Proporcionar un manual que recoja la medicación de uso habitual en urgencias, su presentación, principales indicaciones, complicaciones y como debe ser su administración, con la finalidad de facilitar la consulta a los profesionales, sobre todo a los de nueva incorporación.
3. Adecuación de materiales y aparataje para prevenir errores en la administración de medicamentos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Se realizó una revisión bibliográfica durante el año 2008, elaborando el último semestre del año, un estudio sobre la administración segura de los medicamentos y errores cometidos por las enfermeras en urgencias. Se utilizó para el citado estudio una encuesta sobre los medicamentos de uso habitual en urgencias y su forma de administración (encuesta A).
- Realización de un manual de medicamentos de urgencias, incluyendo: los de uso más habitual, los medicamentos de alto riesgo y los de parada o críticos. Todo el equipo de mejora.
- Búsqueda de información, sobre el material adecuado para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, así como la adecuación del aparataje. Supervisora de recursos materiales y Supervisora urgencias.
- Solicitar ampliación del stock de bombas de infusión e intentar cambiar las actuales por otras que dispongan de cálculo de dosis automático. Supervisora de urgencias y de Recursos Materiales
- Fomentar la cultura de seguridad entre los profesionales de enfermería mediante:
 - a. Estandarización de los procesos más complejos en urgencias.
 - b. Utilización de recordatorios o alertas.
 - c. Participación de los pacientes o en su defecto de los familiares en los tratamientos.
 - d. Comunicación anónima de los errores cometidos por los profesionales de enfermería.
- Elaboración de hoja de comunicación de errores anónima.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción sobre el manual para las enfermeras

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

(Encuesta B). ➤ Difusión del manual mediante talleres.

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

- 1) % respuestas correctas en encuesta A en 2008
% respuestas correctas en encuesta A en 2010

Con estos dos porcentajes se pretende comparar el grado de conocimiento antes y después de la difusión del manual (% de respuestas correctas en la encuesta A en 2008 versus el % de respuestas correctas en la encuesta A en 2010)

- 2) Registro del número total de errores en la administración comunicados durante el 4º trimestre del 2009 versus con el comunicado durante el 1º del 2010.

- 3) Grado de satisfacción del personal de enfermería urgencias respecto al manual. (resultados de la encuesta B)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

JUNIO 2008	FEBRERO 2010
------------	--------------

1. Búsqueda bibliográfica y de información, petición de compra y adquisición del material y aparataje adecuado, hasta septiembre del 2009.
2. Diseño e implantación de una hoja de comunicación de errores anónima. Mayo 2009.
3. Análisis de la evolución del número de errores comunicados, Octubre 2009 y Enero 2010.
4. Elaboración del manual de medicación Marzo - diciembre del 2009,
 - a. Definir y diseñar el contenido de las fichas de medicación del manual. Marzo.
 - b. Distribución y cumplimentación de las fichas de los medicamentos seleccionados, por los componentes de grupo. Abril – Septiembre.
 - c. Puesta en común y corrección de la información obtenida. Octubre.
 - d. Obtención del manual. Noviembre.
5. Implementación del manual mediante talleres. Diciembre 2009.
6. Pasar la encuesta A, a todas las enfermeras de la unidad de urgencias, comparando los resultados con los obtenidos en 2008. Marzo 2010.
7. Pasar la encuesta B, a todas las enfermeras de la unidad de urgencias. Marzo 2010.
8. Análisis de indicadores.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<u>1.- TÍTULO</u> REVISIÓN DE CRITERIOS DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL Y A LA DEPENDENCIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos Alodia Abad Ruiz
Profesión Trabajadora Social
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital de Barbastro _ EVSS
Correo electrónico: aabadr@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 24 90 00 EXT 29298

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Clara Palacín Ariño	Enfermera	Hospital de Barbastro_EVSS
Jaime Buera Agraz	Técnico Informático	Servicio de Informática del Sector

<p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u> 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...</p> <p>CRITERIOS DE ABORDAJE AL PACIENTE DEPENDIENTE Y/O RIESGO SOCIAL El Programa de atención a Enfermos Crónicos Dependientes del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, incluye la definición de dependencia del Consejo de Europa: "Estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria".</p> <p>Los objetivos que se plantea el EVSS son desde su creación son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación activa de pacientes susceptibles de pertenecer al programa de crónicos dependientes. 2. Valoración funcional, cognitiva-afectiva y social de todos aquellos pacientes captados. 3. Captación activa de cuidador principal, con detección de sobrecarga de cuidador. 4. Abordaje integral, tanto del paciente como del cuidador, creando alianzas con el resto de proveedores. 5. Captación del riesgo social asociado o no a la dependencia.

Durante los dos años de funcionamiento del equipo se objetiva que no se utilizan correctamente todos los criterios, infrautilizándose algunos y sobreutilizándose principalmente el criterio 1 que incluye a otros en muchas ocasiones; lo que dificulta la correcta gestión de estos casos en un primer momento, ya que impide realizar una correcta priorización, importante dada la carga de trabajo.

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

Para cumplir estos objetivos iniciales del programa se revisaron los criterios anteriormente existentes:

- 1.- Mayores con pérdida de autonomía
- 2.- Enfermedades con carácter crónico discapacitantes
- 3.- Enfermedades en fase terminal
- 4.- Discapacidad física o psíquica
- 5.- Adicción a drogas
- 6.- Enfermos de SIDA
- 7.- Trastornos de conducta, demencias
- 8.- Problemas de exclusión con repercusión social
- 9.- Violencia de género
- 10.- Menor en riesgo

Y se sustituyeron por los siguientes:

1. Mayores con problemas de autonomía
2. Personas con enfermedades de carácter crónico discapacitantes que requieren asistencia sanitaria continuada
3. Personas con enfermedades, neoplásicas o no neoplásicas, en fase terminal
4. Personas con grandes minusvalías psíquicas o físicas
5. Personas con conductas o indicadores de conducta incorrectas, insuficientes o inadecuados en la satisfacción de las necesidades básicas humanas actuales de acuerdo con su situación de vida r/c áreas de dependencia (conocimientos, fuerza y voluntad)
6. Personas que presentan problemas de salud de nueva aparición durante el ingreso hospitalario que requieran de continuidad de cuidados (HTA, DM, dislipemias...)
7. Personas en situación de riesgo social: menor en riesgo, violencia de género, prostitución, inmigración.

El año anterior, 2008, realizamos durante dos meses de estudio comparativo entre los criterios actuales que se están aplicando de inclusión en el protocolo de detección de riesgo social y dependencia con los nuevos propuestos, elaborando un listado diferenciado de criterios de riesgo social y otro de dependientes, basándonos en lo que hemos ido observando durante el último año.

Hablamos con el Servicio de Informática del hospital para que modificasen los criterios del programa informático de manera que se pudiese empezar a trabajar con los nuevos durante el periodo de prueba. Esta parte ya está finalizada y pendiente de modificar algún criterio si se considera necesario tras la revisión pasado el periodo de prueba.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Agilizar, dinamizar y facilitar el proceso de detección, valoración e intervención con pacientes susceptibles de incluir en el Programa de detección de Riesgo Social y a la Dependencia.
- Economizar tiempo de trabajo priorizando casos según criterio de inclusión.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Los criterios propuestos son los siguientes:

DEPENDENCIA

- 1- Enfermedad de carácter crónico discapacitante (EPOC, Insuficiencia cardiaca, Insuficiencia renal...)
- 2- Enfermedad Terminal neoplásica o no neoplásica (por ejemplo, demencia en fase Terminal)
- 3- Minusvalía psíquica y/o demencia.
- 4- Pérdida de autonomía debida a edad avanzada sin patología.
- 5- ACV
- 6- Problemas de salud de aparición durante el ingreso hospitalario que requieren de continuidad de cuidados.
- 7- Otros

RIESGO SOCIAL

- 1- Mayor de 75 años que vive sólo.
- 2- Vive en zona aislada o núcleo con dispersión geográfica.
- 3- Problemas de comunicación en población inmigrante u otra problemática asociada a su condición.
- 4- Ausencia de familiares al ingreso o durante los dos primeros días de éste.
- 5- Menor en situación de riesgo.
- 6- Drogodependencias (alcoholismo u otras drogadicciones)
- 7- Cuidador principal ingresado con o sin dependencia
- 8- Violencia de Género
- 9- Otros.

Fijaremos reuniones con las supervisoras de las plantas de cirugía, traumatología-ginecología, especialidades, medicina interna y pediatría, con el fin de explicar la nueva propuesta de criterios y fijaremos varias sesiones en el salón de actos para explicar a las enfermeras de cada una de las plantas los criterios a aplicar en los siguientes meses del periodo de prueba.

Una vez pasado este tiempo y recogidos todos los criterios de inclusión, se hará una revisión de éstos para ver si hay alguno que eliminar o bien si se ha propuesto alguno nuevo que añadir, como comentábamos anteriormente.

Una vez concretados los criterios definitivos elaboraremos una guía en modo póster para cada planta explicando los pasos para incluir a los pacientes en el protocolo.

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

- Revisar los criterios de inclusión de los pacientes incluidos durante el periodo comparativo y asignación de uno de los propuestos que sea más adecuado.
- Monitorización:
 - o Porcentaje de los criterios actuales utilizados.
 - o Porcentaje de pacientes mal clasificados.
- Creación de nuevos criterios.

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: 01/02/2008

Fecha de finalización: 31/10/2008

Calendario:

- Marzo- Abril: Sesiones explicativas de los nuevos criterios para el personal de enfermería
- Mayo- Septiembre: periodo de prueba con nuevos criterios.
- Septiembre – Octubre: Consulta con enfermeras de plantas para establecer criterios definitivos de inclusión en el protocolo por dependencia o riesgo social.
- Noviembre- Diciembre: Elaboración del poster para cada planta.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“PROYECTO DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA CUIDADORES Y/O PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL, SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

EVA CARDEÑOSA LÓPEZ

Profesión

DUE, SUPERVISORA DE HEMODIÁLISIS

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

HOSPITAL

Sector de SALUD:

BARBASTRO

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

Correo electrónico:

emcardennosa@salud.argon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 249000 ext.29295

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Montserrat Sillés Esforzado	DUE	H: BARBASTRO
2. Eva M ^a Arazo Solana	DUE	H: BARBASTRO
3. M ^a Jesús Latorre Sanvicente	DUE	H: BARBASTRO
4. Concepción Sagarra Nadal	DUE	H: BARBASTRO
5 .Dolores Coronas Juste	DUE	H: BARBASTRO
6. Purificación Dieste Silva	DUE	H: BARBASTRO
7. Teresa Raso Buerba	DUE	H: BARBASTRO
8. Lourdes Cortés Borbón	DUE	H: BARBASTRO
9. Ivan Carpi Domper	DUE	H: BARBASTRO
10. Carmen Sanagustín Garcés	DUE	H: BARBASTRO

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 actualidad el Servicio de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro atiende a 60 pacientes sometidos a Hemodiálisis y a un número variable en situación de Pre-diálisis.

Una de las funciones de la enfermera de esta unidad es facilitar al cuidador y paciente

la comprensión de aspectos relacionados con su enfermedad crónica y los cuidados derivados de ella.

Ante la demanda reiterada de información o consejo por parte del paciente y al carecer de una consulta de Enfermería Nefrológica, se valora la necesidad de buscar y diseñar una herramienta educativa práctica, breve y de fácil comprensión que resulte esencial tanto par el paciente con IRC, sometido o no a hemodiálisis, como para los que le rodean. Esta herramienta deberá adaptarse a las diferentes situaciones y problemas previsibles que acontecerán a lo largo del tratamiento del paciente en la unidad de Hemodiálisis y responderá a sus expectativas individuales.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1- Para el paciente:

- ❖ Mejorar el conocimiento del paciente y cuidador sobre la enfermedad y problemas que le puedan surgir a lo largo de la evolución de la misma.
- ❖ Seguir sin dificultad y asumir los consejos y normas de actuación indicadas por la enfermera y reflejadas en los trípticos.

2- Para el profesional:

Proporcionar una herramienta consensuada y práctica que sirva de apoyo en el proceso de educación sanitaria.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ❖ Elaborar un listado priorizado de elementos generales (ej. higiene, alimentación, fisio-patología, medicación) y procedimientos específicos (ej. cuidados de accesos vasculares) que constituyan la base de conocimientos de la educación sanitaria. Todo el equipo
- ❖ Revisión Bibliográfica. Todo el equipo
- ❖ Diseño inicial y elaboración de los trípticos. Todo el equipo
- ❖ Revisión consensuada y aprobación, de cada uno de los temas tratados, con los Nefrólogos y otros servicios vinculados al paciente nefrológico.
- ❖ Presentación de los trípticos definitivos y proyecto a dirección y servicios implicados. Supervisora y una enfermera
- ❖ Diseño de un test para cuidadores y/o pacientes, para evaluar los conocimientos adquiridos y encuesta para valorar la satisfacción percibida. Todo el equipo
- ❖ Implantación de los trípticos en la dinámica de trabajo de la Unidad. Todo el equipo
- ❖ Diseño de la encuesta de satisfacción para el profesional sobre la utilidad de los trípticos como herramienta de apoyo en la educación sanitaria. Supervisora
- ❖ Evaluación del impacto de la educación recibida y herramienta utilizada. Todo el 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

% de pacientes de nueva incorporación que reciben educación sanitaria (trípticos)
Número total de pacientes de nueva incorporación

Grado de satisfacción del paciente y/o cuidador de nueva incorporación con la Educación recibida

Grado de satisfacción del profesional con la nueva herramienta de E. Sanitaria

Para cada tema específico de educación sanitaria:

- Porcentaje de aciertos en el test de conocimientos post- educación a paciente y/o cuidador.
- Confirmación, si es posible, mediante valores analíticos y otros parámetros, de la eficacia de la educación recibida.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Listado priorizado y revisión bibliográfica. Febrero y Marzo 2009
- Diseño inicial de trípticos. Abril
- Elaboración definitiva y presentación. Mayo
- Diseño de test y encuestas de satisfacción. Mayo-Junio

- Implantación trípticos. Segundo semestre del año
- Evaluación de indicadores. Diciembre 2009

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Diseño gráfico e impresión de trípticos	600€
Taller de Formación en "Diseño de encuestas"	600€
TOTAL	1200€