

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Estudio epidemiológico sobre lactancia materna en Huesca y desarrollo de una propuesta de intervención para su fomento desde Atención Primaria</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos: Jorge Fuertes Fernández-Espinar</p> <p>Profesión: Pediatra</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): C.S. Perpetuo Socorro Huesca</p> <p>Correo electrónico: jfuertes@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo :974225450 Ex :pediatria</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gerardo Rodríguez Martínez	Pediatra	Profesor de la Universidad de Zaragoza. Área de Pediatría. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte (Huesca) Pediatra del Hospital Clínico Universitario 'Lozano Blesa'
Carlos Pardos Martínez	Pediatra	C.S. Perpetuo Socorro. Huesca
Purificación Broto Cosculluela	Enfermera de Pediatría	C.S. Perpetuo Socorro Huesca
Maria Flor Sebastián Bonel	Enfermera de Pediatría	C.S. Perpetuo Socorro. Huesca
Ana Belen Solanas Galindo	Matrona	C.S. Perpetuo Socorro Huesca
María Pilar Collado Hernandez	MIR Pediatría	Hospital Clínico Universitario 'Lozano Blesa' Zaragoza

<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 alimentación del niño con leche humana posee una serie de ventajas que convierten a la lactancia materna (LM) en el alimento ideal y exclusivo durante los primeros 4-6 meses de la vida y, a partir de ese momento, en compañía de otros alimentos (alimentación complementaria), hasta que acaba el periodo de la vida llamado precisamente '<i>lactancia</i>' entre los 2 y los 3 años.</p> <p>Las cualidades de la LM hacen que sea un alimento insuperable por sus innumerables beneficios. Sus ventajas se pueden resumir a grandes rasgos en los siguientes puntos (cada apartado a su vez podría desarrollarse ampliamente en diferentes aspectos y puntualizaciones):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición óptima y específica del lactante humano - Riqueza en factores de defensa e inmunomodulación homólogos - Existencia de factores de crecimiento y hormonas - Gran número de elementos funcionales, enzimas y citocinas - Alimento cómodo, económico, práctico, sano, higiénico, portátil, listo para tomar en cualquier lugar y situación <p>Todas estas cualidades confieren, entre otros, una serie de beneficios para la salud tanto a corto como a largo plazo, que ya han sido ampliamente demostrados en la literatura médica y que se resumen a continuación (en estos apartados también se podrían puntualizar numerosos aspectos que alargarían</p>
--

excesivamente el contenido):

- Crecimiento, desarrollo y maduración postnatal óptimos en el recién nacido y el lactante. Adecuación biológica del alimento.
- Función óptima fisiológica tanto digestiva como metabólica
- Prevención de enfermedades o alteraciones que aparecen en el neonato y el lactante: alergia, estreñimiento, ciertas infecciones tracto intestinal como los cólicos del lactante.
- Contribución a la prevención de enfermedades crónicas que pueden modularse u originarse ya en las primeras etapas de la vida: alergia, autoinmunidad, obesidad, síndrome metabólico (dislipemias, hipertensión arterial, hiperinsulinismo, alteración metabolismo hidrogenocarbonato).
- Fomento del vínculo físico y emocional entre la madre y el recién nacido, manteniendo el que ya existía dentro del útero.

Paradójicamente, el tiempo medio de mantenimiento de la LM no es muy alto en nuestro medio (< 3-5 meses). Al revisar estos datos parece claro que el conocimiento de las cualidades favorables de la LM, la información administrada actualmente durante la preparación al parto, y los consejos y medidas relacionadas con la promoción de la LM desde los hospitales (Ej. Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños) y desde los grupos de apoyo a la lactancia (Ej. Vía Láctea) no son aun suficientes para revertir la tendencia hacia una baja prevalencia de la LM.

El abandono precoz de la LM durante en el primer mes ya supone hasta 1/3 de los amamantamientos; reflejando las dificultades sociales, culturales y educacionales que impiden su instauración y mantenimiento prolongado. El cese de la LM es muy frecuente cuando existen dudas o problemas durante los primeros días o semanas tras el parto. El postparto es un momento delicado y confuso en el que confluyen una serie de factores que provocan el fracaso en el inicio satisfactorio de la LM: a) inseguridad e inexperiencia de los padres; b) bajo estado anímico de la madre y depresión postparto; c) excesiva y contradictoria información recibida por los padres de los familiares y del propio personal sanitario, que no fomenta la adecuada resolución inicial de las dudas; d) tendencia actual en los hospitales a dar altas muy precozmente a las madres tras el parto, separándolas del personal sanitario de apoyo, cuando aun no se ha instaurado la lactancia adecuadamente. Los padres, ante los problemas y dudas, influenciados por todo lo descrito anteriormente, pretenden asegurar los aportes nutricionales del bebé, muchas veces bajo su responsabilidad, y suelen dar leche de fórmula de inicio a su hijo para resolver finalmente las dudas sobre si tomaba suficiente alimento.

Otro momento crítico de abandono de la lactancia materna es el periodo entre los 3 y 6 meses, coincidiendo con la reincorporación de la madre al trabajo y la inadecuada interpretación de ciertos cambios en los hábitos de alimentación que experimenta el propio bebé. En dicho periodo, los lactantes emplean menos tiempo para la alimentación al seno materno ya que extraen la leche con más eficacia debido a la fortaleza de succión. Además, los bebés se despistan con las cosas que ocurren en su entorno y, a veces, deciden tomarse un receso y volver a tomar más tarde. Junto a los datos apuntados anteriormente, algunas madres observan que ya no se notan los senos tan plenos como en los primeros meses, el estrés de la vuelta al trabajo hace su aparición, existe una falta de estímulo sobre el pecho durante los periodos de trabajo, y la introducción de la alimentación complementaria hace que el apetito del bebé se sacie parcialmente si se ofrece antes que el propio pecho. En conjunto, todos estos factores son los que provocan una disminución en la cantidad de secreción láctea y/o una mala práctica alimentaria que conducen al abandono progresivo de la lactancia materna.

Según la OMS y la UNICEF, el alimento ideal durante los 6 primeros meses de la vida es la lactancia materna exclusiva. Las instituciones aconsejan el crear campañas de concienciación para que en todos los países se cumpla esta recomendación en el mayor número de los casos. Según las estadísticas que se disponen actualmente en España, como término medio, un 50% de los niños ya no toma LM a los 3 meses de vida, y sólo un 10% de los niños, o incluso menos, siguen con LM a los 6 meses.

En un estudio bien diseñado y realizado recientemente en el área de Alcañiz en 100 madres, los motivos más importantes que alegaron para dejar de lactar fueron hipogalactia (32%), sensación de hambre del niño (24,5%), decisión familiar (21,4%) y causas laborales e introducción de la alimentación complementaria (18,4%). Si se tienen en cuenta los datos de la población general española, en los recién nacidos en el Hospital de Alcañiz se han conseguido unos excelentes resultados tras varios años de

promoción de la lactancia materna ya que la tasa de abandono de lactancia materna a los 15 días es de 6,1 %, al mes 10,2 %, a los 3 meses 31,6 %, a los 6 meses del 58,2 %, a los 12 meses del 87,8 %, perdurando la lactancia materna en un 12,2% en los niños de más de 1 año de vida. Sin embargo, como ejemplo contrario, en otro estudio realizado en el año 2005 en Córdoba en 258 lactantes, sólo un 56% de ellos mantenían de forma exclusiva la LM al mes de vida, un 22% a los 4 meses, y un 9% a los 6 meses de edad.

Al igual que en la mayoría de los estudios, el tiempo de mantenimiento de la LM en nuestro medio es deficiente según las recomendaciones de la OMS (LM exclusiva hasta los 6 meses). Como se puede intuir, queda mucho trabajo por realizar para conseguir esta meta en el mayor número de los lactantes. Desde las diferentes instituciones sanitarias (hospitales y atención primaria), políticas y educacionales, sería recomendable iniciar y reforzar las campañas que puedan prevenir el abandono precoz de la LM.

Bibliografía

1. Guerrero C, Garafulla J, Lozano D, García C, Bielsa A. Estudio lactancia en Área Hospital de Alcañiz ¿Merece la pena poner en practica los diez pasos de la iniciativa hospital amigo de los niños en un hospital comarcal?. Bol Pediatr Arag Rioj Sor 2006; 36: 20-26.
2. González M, Toledano J. La lactancia materna en nuestro medio: análisis de la situación. Acta Pediatr Esp 2007; 65: 123-125.
3. Díaz-Gomez NM, Lasarte JJ. Experiencia de un año del foro de lactancia materna para profesionales y padres. An Esp Pediatr 2004; 60: 88-89.
4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre lactancia materna en España. An Esp Pediatr 1999; 50: 333-40.
5. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS, 1989.
6. OMS/UNICEF. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS/UNICEF, 1998.
7. OMS: Nutrición del lactante y del niño pequeño: Consulta técnica sobre la alimentación del lactante y niño pequeño. A53/INF.DOC./2. 8 de mayo de 2000.
8. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 Asamblea Mundial de la Salud, 16 de abril de 2002.
9. Arena J. La lactancia materna en la "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño". An Esp Pediatr 2003; 58:208-210.
10. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de la Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005; 63: 340-356.
11. Moran J. Lactancia materna en España. Situación actual. An Esp Pediatr 1992; 36: 45-50.
12. Hostalog AM, Sorní A, Jovaní L, Rosal J, Mercé J, Iglesias J, Ariño F, Castillo T, López MJ, Monllao C, Querol MP, Arasa M, Ríos M. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. An Esp Pediatr 2001; 54: 297-302.
13. García C, Buñuel C, Zarazaga G, Sanvicente L. Patrones de lactancia y estudio de ciertos factores que interfieren con la misma, en un equipo de atención primaria. An Esp Pediatr 1992; 37: 357-360.
14. Labordena C, Nacher A, Sanantonio F, Barreda I, Palau G, Palomares MJ, Agramunt G, Faregat I. Centros de Atención primaria y lactancia materna. An Esp Pediatr 2001; 55: 225-229.

15. Jovani L, Gutiérrez P, Aguilar C, Navarro R, Mayor I, Jornet Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 57: 534-9.

16. Estévez MD, Martell D, Medina R, Garcia E, Saavedra F. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 144-50.

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

- Valorar la prevalencia de la lactancia materna en Huesca, así como los factores pre y postnatales que intervienen en su instauración, mantenimiento y abandono.
- Desarrollar una propuesta de intervención básica de apoyo, realizada por el grupo multidisciplinar de Atención Primaria (pediatras, enfermeras y matrona) en dos momentos clave donde se produce más tasa de abandono de la lactancia materna (1ª semana y 3^{er}-4^o mes)
- Describir las características nutricionales del lactante durante el periodo de lactancia y el patrón de crecimiento postnatal en nuestro medio.
- Valorar las diferencias en el estado nutricional del lactante, su patrón de crecimiento, los factores socioculturales de la familia, y los aspectos sanitarios que puedan aparecer entre los niños con un tipo u otro de lactancia.
- Evaluar los efectos a largo plazo de la propuesta de intervención desarrollada sobre el fomento de la lactancia materna.

El presente estudio pretende, mediante los objetivos descritos (evaluación epidemiológica, instauración del programa y evaluación de la eficacia del mismo), la mejora de la tasa de instauración y mantenimiento de la lactancia materna sobre las cifras que hubiera previamente al inicio del programa (resultado preventivo y más importante si el programa tiene éxito).

Así como estudiar cual es el estado actual de la lactancia materna en nuestro entorno, conocer los factores que influyen en su instauración / abandono, y desarrollar y evaluar un plan de intervención desde Atención Primaria que mejore la situación inicial y que sea fácilmente extrapolable a otras áreas de salud.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables.

El estudio global consta de dos partes. Un estudio prospectivo epidemiológico en el que se analizará la prevalencia de la lactancia materna, así como los factores que intervienen en su instauración, mantenimiento y abandono. Por otro lado, se diseñará y evaluará un estudio experimental controlado de intervención en una comunidad, centrado en el área de salud subsidiaria del Centro de Salud 'Perpetuo Socorro' de Huesca. La población que se seleccionará serán todos los recién nacidos que acuden a control

de puericultura en el Centro de Atención Primaria 'Perpetuo Socorro' de Huesca tras ser dados de alta en el hospital. El número aproximado de recién nacidos controlados en el citado centro es de 150 por año.

Para el estudio de intervención, el grupo problema o grupo de 'intervención' lo constituirán los niños nacidos durante un año completo (desde un mes del 2008 al mismo mes del 2009) en el que se aplicará el programa diseñado de apoyo básico sobre LM en dos momentos: los primeros 4-5 días de vida y 3^{er}-4^o mes. La información para el apoyo educacional se basará en las normas estándar recomendadas por la OMS y la Asociación Española de Pediatría (Comité de Lactancia Materna). La intervención consistirá en la información y explicación detenida de dichas recomendaciones para la LM, su adecuada instauración, resolución de problemas relacionados y dudas más frecuentes, así como el establecimiento de un plan de apoyo para las cuestiones que puedan surgir en un futuro y que puedan quedar resueltas antes de la siguiente visita. El grupo control serán los niños nacidos en el año 2007 y con un seguimiento regular en el mismo centro.

Las tareas y las áreas generales de responsabilidad se han distribuido de la siguiente manera:

- Jorge Fuertes Fernández-Espinar. (Doctor en Medicina. Pediatra EAP Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca), y Carlos Pardos Martínez (Doctor en Medicina. Pediatra EAP Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca). Investigadores responsables del diseño y de la faceta clínico-educativa del proyecto. Participación en la evaluación, discusión y publicación de los resultados.

- Gerardo Rodríguez Martínez. Investigador principal. Doctor en Medicina. Pediatra. Profesor Asociado de la Universidad de Zaragoza. Participación en el diseño, la evaluación, discusión y publicación de los resultados.

- Purificación Broto Cosculluela y María Flor Sebastián Bonel (Enfermeras de Pediatría. Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca) y Ana Belén Solanas Galindo (Matrona. Centro de Salud Perpetuo Socorro, Huesca). Responsables del trabajo de campo, del programa de intervención y del seguimiento de cada caso en la recogida de datos. Participación en el diseño, documentación del proyecto y discusión-comunicación de los resultados.

- María Pilar Collado Hernández. MIR de Pediatría, HCU 'Lozano Blesa' de Zaragoza. Investigador Colaborador. Responsable de la creación de la base de datos, almacenamiento y análisis de los mismos. Participación en la documentación y evaluación, discusión y publicación de los resultados.

Se trata pues de un proyecto multidisciplinar diseñado en equipo y desarrollado desde Atención Primaria por pediatras, enfermeras y matrona; con el apoyo de la Universidad de Zaragoza, y que pretende continuar interviniendo en la población de referencia, si los resultados del mismo son favorables, incorporándolo a la práctica rutinaria del Centro de Salud.

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 todos los niños, tanto en el grupo 'intervención' como en el 'control' se evaluarán las variables que quedan señaladas en el Anexo I. Todos los datos serán tratados de forma anónima y con absoluta confidencialidad. Las preguntas se realizarán en las sucesivas revisiones establecidas rutinariamente a las diferentes edades de los lactantes, con apoyo en los datos que ya existan en las historias clínicas. Tanto en

el grupo control como en el de intervención, las valoraciones se realizarán siempre a la misma edad de los lactantes para minimizar los sesgos que se podrían ocasionar el hacerlo en diferentes momentos (especialmente las preguntas a la familia).

En el proyecto que se pretende llevar a cabo, se desarrollará y aplicará un programa sensible a diferentes culturas, marco social, género y edad. Se dará preferencia a las estrategias efectivas, basadas en la evidencia, que sean fáciles de poner en práctica. Para asegurar la sostenibilidad habrá que contar con el entorno social y laboral de la familia. Para mejorar la aceptabilidad, el programa se diseñará de forma que se pueda acoplar fácilmente a la rutina diaria. Se hará especial esfuerzo para llegar a los grupos vulnerables como familias monoparentales, clases sociales bajas e inmigrantes.

Las variables serán obtenidas siempre por el mismo personal cualificado y debidamente entrenado. La valoración antropométrica (peso, longitud y perímetro craneal: PC) se realizarán siguiendo la metodología estándar ampliamente reconocida.

Análisis estadístico

1. Creación de la base de datos con el paquete estadístico SPSS
2. Estadística descriptiva univariada. Las variables cualitativas se presentarán mediante la distribución de frecuencias de los porcentajes de cada categoría. Para las variables cuantitativas se explorará si siguen o no una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y se darán indicadores de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o percentiles).
3. Fase analítica. Análisis bivariado y multivariado. Investigación de factores relacionados con la instauración, mantenimiento y/o abandono de la lactancia materna, los aspectos nutricionales y las variaciones de los valores antropométricos. La asociación entre estos factores se investigará mediante pruebas de contraste de hipótesis, con comparación de proporciones cuando ambas sean cualitativas (chi cuadrado, prueba exacta de Fisher), comparaciones de medias cuando una de ellas sea cuantitativa (t de Student, ANOVA) y con pruebas de regresión lineal cuando ambas sean cuantitativas. Adicionalmente se construirán modelos multivariantes de regresión logística y regresión lineal múltiple que permitirán determinar cuáles han sido los factores relacionados con la mejora en el mantenimiento de la LM y la magnitud del efecto de cada uno de ellos.

Aspectos éticos

El estudio se llevará a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000), las Normas de Buena Práctica Clínica y cumpliendo la legislación vigente y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 561/1993 sobre ensayos clínicos). Antes del comienzo del estudio, se explicará detalladamente el estudio que se pretende realizar y se pedirá conformidad previa por escrito por parte de cada individuo y de su padre/madre o tutor/a. Los datos serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación. Por tanto, la información generada en este ensayo será considerada estrictamente confidencial, entre las partes participantes, permitiéndose, sin embargo, su

	Para siguientes: nada(1)	algo(2)	suficiente(3)	mucha(4)
- Grado de información recibida acerca de LM:	1	2	3	4
- Grado de información recibida de personal sanitario:	1	2	3	4
- Grado de información recibida por la familia:	1	2	3	4
- Grado de información recibida por audiovisuales:	1	2	3	4
- Grado de información recibida por libros:	1	2	3	4
- Grado de información recibida por cursillos prenatales:	1	2	3	4
- Motivos de decisión de LM:	1. comodidad	2. está de moda	3. autorrealización	
	4. mayor contacto con mi hijo	5. me lo han aconsejado	6. ahorro económico	
	7. es el mejor alimento para mi hijo	8. otras		
- Motivos de decisión de LA:	1. comodidad	2. me lo han aconsejado		
	3. mejor alimento para mi hijo	4. está de moda	5. otras	
- Tiempo previsto de lactancia materna:	<4 meses	entre 4-6 meses	>6 meses	
		6 meses- 1 año	>1 año	
- Porqué de ese tiempo previsto:	1) hasta que empiece a trabajar			
	2) hasta que el niño quiera	3) hasta que pueda	4) otras	
- Siente presión sanitaria para LM:	si	no		
- Siente presión sanitaria para LA:	si	no		
- Influencia de la familia en el tipo de lactancia:	si	no		
- Influencia del personal sanitario en decisiones sobre lactancia:	si	no		
- Seguridad en la decisión:	si	no		
<u>SEGUIMIENTO</u>				
- Lactancia materna <u>exclusiva</u> durante (meses o días)				
- Lactancia materna hasta que edad (momento del destete)				
- ¿Cuándo empezó a tomar cualquier leche de fórmula?				
- Marca y tipo de leche de fórmula				
- Quién decidió el momento del destete (madre, padre, abuelo, doctor, bebé...)				
- ¿Consultó con algún grupo de apoyo a la LM? Si/no			¿Cuándo?	
- ¿Se utilizaron métodos de extracción de LM si dificultades o ausencias madre?				
	Especificar cuando (meses de vida) y la causa			
- ¿Se utilizaron métodos de conservación de LM? Si/no			Frigo/congelador	¿Cuándo?

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
Apoyo y asesoramiento al EAP Grañén por parte de la Dirección de Atención Primaria para ser acreditados por la Norma ISO 9001 en el Sector de Huesca.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
Fernando Grimal Aliacar
Profesión
Técnico de Salud
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Dirección de Atención Primaria –Sector Huesca
Correo electrónico:
fgrimal@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974 247 250

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Juan Carlos Palacín Arbués	Director Asistencial	DAP-Sector Huesca
Carmen Quintana Velasco	Subdirectora Médica	DAP-Sector Huesca
Santiago Marteles Casajús	Subdirector Enfermería	DAP-Sector Huesca

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

En el marco de la acreditación de los equipos de Atención Primaria (EAP) por la Norma ISO 9001, propuesta por el Servicio Aragonés de Salud, se hace necesario el aumento del apoyo y asesoramiento de la Dirección de Atención Primaria (DAP) al Centro de Salud de Grañén pendiente de dicha acreditación en el Sector Huesca. Se trata de una necesidad demandada por el EAP. De esta manera sería necesario que el equipo directivo participara de las reuniones de trabajo para la consecución de dicha acreditación. Así como conseguir la máxima implicación de las personas del equipo.

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.

El proceso de acreditación ISO 9001 del EAP de Grañén continúa durante el año 2008. La DAP seguirá apoyando dicho proceso. Los resultados de los indicadores planteados en la convocatoria anterior son los siguientes:

- **Número de reuniones a las que asiste el equipo directivo: al menos el 90%= conseguido un 100%**
- **Número de profesionales del EAP implicados: al menos el 90%. =conseguido el 80%**

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. La DAP acudirá a todas la reuniones formativas y de trabajo desarrollados por la consultora contratada a tal efecto.
2. El EAP deberá implicarse al máximo y comprometer a la mayor parte de los profesionales.
3. La DAP será un apoyo para conseguir la acreditación por la Norma ISO 9001.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. **Asistencia por parte del equipo directivo a las reuniones programadas con el EAP, consiguiendo la implicación mutua en el trabajo a realizar.**
2. **Detectar las dificultades del EAP en este proceso para encontrar las soluciones y alternativas necesarias.**

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 resultado:

- **Número de reuniones a las que asiste el equipo directivo: al menos el 90%**
- **Número de profesionales del EAP implicados: al menos el 90%.**

La intención es seguir participando activamente del trabajo que conlleve la acreditación, así como realizar las tareas de coordinación necesarias. (Elaboración del manual de calidad, documentación de los procesos, procedimientos e instrucciones, Implantación y seguimiento).

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: **Enero 2008**

Fecha de finalización: **Enero 2009**

Calendario:

A determinar por la consultora contratada a tal efecto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE MANEJO HOSPITALARIO, CON MAYOR INTERÉS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **JOSÉ MARÍA BORREL MARTÍNEZ**

Profesión **MÉDICO**

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

CENTRO DE SALUD DE AYERBE

Correo electrónico: **jmborrel@salud.aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **974 380 177**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MÉDICOS DE FAMILIA		E.A.P. AYERBE
ENFERMERAS		E.A.P. AYERBE
ESPECIALISTAS MÉDICOS		HOSPITAL SAN JORGE
OTROS ESPECIALISTAS		VARIOS

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 vez confeccionada la guía “BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE MANEJO HOSPITALARIO, CON MAYOR INTERÉS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA”, como fruto del trabajo desarrollado a raíz de la selección en la convocatoria de mejora de calidad del Servicio Aragonés de Salud de 2006, creemos conveniente su edición y difusión por los centros de salud y hospitales del Área 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

En la convocatoria del 2006 se seleccionó el proyecto “DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS UTILIZADOS A NIVEL HOSPITALARIO CUYO CONOCIMIENTO ES DE GRAN UTILIDAD PARA EL MÉDICO DE FAMILIA”.

Se ha recopilado la información necesaria tras contactar con 24 especialistas de 20 servicios hospitalarios, recopilando 76 procedimientos, para elaborar la guía que ahora se quiere editar.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La difusión de la misma para transmitir la información recogida, tanto a los E.A.P. como a especialistas de otros servicios de los hospitales, pues también ellos nos transmitieron su inquietud por el desconocimiento de las técnicas que en ocasiones manejan los compañeros de otros servicios.

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>
-------	---

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Nueva revisión del material recopilado, diseño profesional de la guía, impresión y distribución.

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 ejemplares distribuidos**
- ◆ **Número de ejemplares que se demandan posteriormente**

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: **MARZO 2008** | Fecha de finalización: **SEPTIEMBRE 2008**

Calendario:

SIN INTERRUPCIÓN

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>1.- TÍTULO</p> <p>“Instauración y desarrollo de Procesos compartidos entre las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria y Servicios de Rehabilitación de Atención Especializada en el Sector Huesca”</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Antonio José García Romero</p> <p>Profesión Fisioterapeuta de Atención Primaria</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro de Salud Pirineos (Huesca) Unidad de Fisioterapia</p> <p>Correo electrónico: ajgarcia@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247272 ext,</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Manuela Betrán Campo	Fisioterapeuta AP	C.S de Sabiñanigo
Antonia Garcés Ortigosa	Fisioterapeuta AE Supervisora del Servicio de RHB	Hospital G. San Jorge
Natalia Nerin Buen	Fisioterapeuta AP	CS de Sariñena
Santiago Viñuales Perez	Fisioterapeuta AP	CS Pirineos Huesca
Santiago Marteles Casajus	DUE Director de Enfermería de AP	Gerencia de AP Sector Huesca
Antonio Castellón Fantova	Medico de EAP Coordinador Med.	CS Pirineos Huesca

<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>El SALUD cuenta en el Sector Huesca con tres servicios de Rehabilitación (RHB) en Atención Especializada (AE) localizados en: Hospital Gral. San Jorge, H. Sagrado Corazón de Jesús, ambos en Huesca ciudad y Consorcio Salud - Hospital Alta Resolución Pirineo (Jaca) y tres Unidades de Apoyo de Fisioterapia (UAF), de Atención Primaria (AP), localizadas en Centro de Salud (CS) Pirineos de Huesca, CS de Sabiñanigo y CS de Sariñena (con punto de atención en CS de Grañen), estas UAF dan servicio, respectivamente, a los CS de Pirineos, Santo Grial y Perpetuo Socorro (Huesca); CS de Sabiñanigo y CS de Jaca ; CS de Grañen y CS de Sariñena.</p> <p>La necesidad de coordinación entre ambos niveles AP-AE es indispensable si pretendemos desarrollar nuestro cometido en consonancia con los Valores del nuestra organización, la consecución de este objetivo pasa por la búsqueda de puntos comunes en los que la cooperación dará como resultado una mejor atención al usuario al tiempo que optimizará los recursos.</p> <p>Partimos de un escenario en el que la comunicación y colaboración entre ambos niveles no sigue cauces estructurados, no se han establecido criterios de derivación, y la movilidad de los usuarios para ser atendidos en el nivel más adecuado está supeditada a requerimientos puntuales que se resuelven en virtud de la buena predisposición de los profesionales. Las causas de esta situación las podemos encontrar, por un lado, en la histórica estanqueidad de</p>

ambos niveles y por otro, al desconocimiento mutuo en cuanto a actividad, funciones, recursos, etc.

Para abordar esta situación se ha constituido un equipo de mejora integrado por profesionales de los dos niveles asistenciales, y personal directivo, con el objetivo de establecer áreas de mejora comunes en las que poder actuar para alcanzar la necesaria optimización de recursos.

La **detección** de problemas se ha llevado a cabo mediante entrevistas con los considerados líderes de los servicios, unidades y dirección implicados. El resto de profesionales que desarrollan su labor en estos servicios, ha constituido una segunda fuente de información. Sobre los problemas detectados se ha aplicado el método de Hanlon, **priorizando** la oportunidad de mejora objeto de este proyecto.

La **importancia** del proyecto tiene varios enfoques, por un lado introducimos un sistema de Gestión por Procesos, con lo que esto implica en facilitar a las personas el conocimiento de qué hay que mejorar, aumenta su implicación, les proporciona herramientas para ello, permite delegar el poder de decisión suficiente para hacerlo, y potencia la sinergia para aumentar la eficiencia de nuestros servicios. Este sistema nos permite implicar a líderes naturales por su compromiso o sus conocimientos en la gestión de la calidad, y es una excelente forma de difundir la misión, visión, los valores y las necesidades de los grupos de interés de la organización. Así mismo el concepto de la calidad se integra con el de gestión, y el aprendizaje y la mejora continua se establecen como cultura del día a día.

Puesto que abarca áreas comunes a los dos niveles asistenciales perseguimos mejorar la atención recibida por los usuarios por cuanto la optimización de recursos permitirá una atención más inmediata y acorde con sus necesidades, garantizando la equidad y accesibilidad; Se podrá adecuar los servicios a los recursos disponibles evitando infrautilizaciones y saturaciones que inciden negativamente en la motivación de los profesionales.

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

Se pretende elaborar un primer mapa de los procesos en los que intervienen conjuntamente los dos niveles asistenciales, en cualesquiera de sus actividades, una vez establecido el mapa se priorizarán su abordaje en función de beneficios esperados, coste y facilidad de implementación, nombrando posteriormente un responsable de su desarrollo, estableciendo tiempos de realización y ejecución.

Adoptar el esquema ISO por su facilidad de utilización y estandarización de las normas.

Este desarrollo de proyectos debería ser el germen para el abordaje de todos los procesos que se desarrollen en la intersección entre niveles y otros que por su naturaleza impliquen exclusivamente en un nivel asistencia, contemplando no sólo procesos clave sino los denominados estratégicos y de soporte

Por su peso en cuanto a agente facilitador contribuirá a impulsar el conocimiento de la gestión de la calidad bajo el modelo EFQM.

El objetivo, a medio plazo, contempla el desarrollo de todos los criterios del modelo EFQM para una gestión integral de la calidad de los servicios de rehabilitación y las unidades de fisioterapia.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Se establecerá un "duo de mejora" integrado por profesionales del servicio de RHB y UAF se encargaran de identificar los procesos, presentando al resto del equipo de mejora sus conclusiones.

Responsables: Antonio J. Garcia Romero, Antonia Garcés Ortigosa

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

1.- TÍTULO “Realización y difusión de un banco de información sobre recursos sanitarios y sociales de salud”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Angel Luis Arricivita
Profesión Trabajador Social
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) EAP Santo Grial. Sector Huesca
Correo electrónico: aarricivita@gmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 228 109

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marisa Juan Germán	Trabajadora Social	EAP Pirineos. Sector Huesca
Carmen Cerezuela	Secretaria de dirección.	Responsable provincial de tarjeta sanitaria. DAP Sector Huesca.
Begoña Allué	Secretaria de dirección	Responsable programa mostrador. DAP Sector Huesca
Fernando Grimal Aliacar	Médico de familia. Técnico de Salud	DAP Sector Huesca
Jose A. Zamora	Jefe del Servicio Informática	Sector Huesca
Carlos Calvo	Subdirector de Suministros y Asesoría jurídica.	Sector Huesca

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... En el ámbito sanitario la información se convierte en fundamental tanto para el profesional como para el usuario. Considerando la Atención Primaria de Salud como la puerta de entrada al sistema sanitario se hace necesario conocer el conjunto de recursos sociosanitarios de los que dispone el profesional para mejorar su actuación y práctica diaria con el usuario. De esta manera estamos siguiendo la estrategia número once del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: <i>“Utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos”- Con el fin de generalizar el uso de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario para mejorar la atención a pacientes y a ciudadanos, se promoverá su uso desde los niveles más básicos de asistencia hasta las estructuras y dispositivos de mayor complejidad-</i> . En este marco, resulta de gran utilidad disponer de un Banco de información de recursos sociosanitarios, que se convierta en una herramienta accesible para el profesional y eficaz para la correcta información del usuario del Sistema Aragonés de Salud. Pese a los diversos intentos de recopilación y actualización de los recursos descritos, no
--

existe en este momento una herramienta informática que contenga la información necesaria, precisa y actualizada para el uso habitual por el profesional sanitario. Por otro lado, mejoraría en buen grado el trabajo eficaz de los profesionales con los pacientes y usuarios, así como la comunicación con estos y la percepción de la satisfacción que ellos tienen.

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

- **Aumentar la calidad de la atención sanitaria a través de la información.**
- **Contribuir a una atención sanitaria más integral (reforzar la integralidad y el trabajo en equipo multidisciplinar de la atención sanitaria).**
- **Poner a disposición de los profesionales del ámbito sanitario una información actualizada y permanente de recursos sociosanitarios.**
- **Disponer de una herramienta útil con una información actualizada para que los profesionales y el sistema sanitario puedan responder con más medios a las necesidades y las demandas que plantean los usuarios.**

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Método:

- **Constitución del grupo de trabajo multidisciplinar.**
- **Desarrollo e implementación del programa informático específico.**
- **Recopilación y actualización del banco de recursos sociosanitarios según criterios de inclusión de forma periódica por la persona responsable designada.**
- **Disponibilidad de horario para las personas designadas para que de forma periódica se realice un mantenimiento y actualización de los contenidos, dada la complejidad y extensión de la información a manejar.**
- **Difusión del proyecto en los EAP.**

Actividades:

- **Determinación de los criterios de inclusión de los recursos incluidos en el banco.**
- **Delimitación de los campos de asignación según áreas de interés.**
- **Realizar la búsqueda de fuentes de información: bibliográfica, legislación, servicios sanitarios y no sanitarios, guías...)**
- **Actualización (detección y/o búsqueda de nuevos recursos, registro de alta y baja...)**
- **Puesta en marcha y comunicación de la herramienta de trabajo a los profesionales del Sector.**
- **Recopilación de datos de acceso y actividad de la herramienta.**
- **Informe anual de uso y nuevas necesidades.**

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>
-------	---

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

- **Existe un programa informático de acceso a todos los profesionales: SI/NO**
- **Existe una ficha creada para cada recurso incluido: SI/NO**
- **Nº de EAP en los que se ha realizado la difusión, estándar: 50%, objetivo: 100% el primer año.**

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **Febrero 2008**

Fecha de finalización: **Enero 2009**

Calendario:

- **Desarrollo de la herramienta informática. (Marzo-Abril)**
- **Recopilación y actualización de los recursos a incluir en el banco. (Abril-Junio)**
- **Difusión del protocolo en los EAP del Sector Huesca. (Septiembre-Diciembre)**
- **Medición de indicadores de forma semestral.**
- **Elaboración de informe final de resultados.**

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO “Implantación y desarrollo de un plan de notificación de errores de medicación en Atención Primaria del Sector de Huesca, dentro de la estrategia de seguridad del paciente del plan de calidad del Sistema Nacional de Salud”.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos María Elfau Mairal
Profesión Farmacéutica AP
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) DAP Sector Huesca
Correo electrónico: melfau@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247 249

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Fernando Grimal Aliacar	Médico de familia. Técnico de Salud	DAP Sector Huesca
REVISORES EXTERNOS		
Comisión de uso racional del medicamento.	Sector Huesca	Salud
Comisión de calidad	Sector Huesca	Salud

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 objetivo 8.2 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007 es diseñar y establecer sistemas de información y para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente. El objetivo primario de un sistema de comunicación de incidentes es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los efectos adversos y de los errores cometidos. Los sistemas de comunicación de incidentes no están destinados a identificar y sancionar a los miembros del personal sanitario involucrados en el incidente sino a aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse. Los errores de medicación son una de las principales causas de acontecimientos adversos prevenibles . Hasta ahora se ha estado trabajando en el problema fundamentalmente en los Hospitales, siendo la información disponible en atención primaria escasa. Sin embargo, dado que la mayor parte de las prescripciones de medicamentos se realizan en atención primaria y que desde allí se tiene una visión más global y continuada del paciente, creemos que desde este ámbito las oportunidades de detectar errores de medicación son altas. Un estudio canadiense encontró que gran parte de los efectos adversos ocurrían en tiempos anteriores a la hospitalización. Los relacionados con atención primaria fueron debidos al uso de fármacos y la mayoría evitables.

Un estudio realizado en Salamanca encontró que el 4,7% de los ingresos hospitalarios estaban motivados por efectos adversos a medicamentos potencialmente prevenibles. Otro estudio realizado en Barcelona ha mostrado que los errores de medicación son responsables del 5,3% de los ingresos hospitalarios. Otro estudio detectó errores de medicación en el 42% de una muestra de ancianos polimedificados.

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

- **Establecer un plan de comunicación de errores de medicación en atención primaria.**
- **Conocer la naturaleza y los factores implicados de los errores de medicación en Atención Primaria.**
- **Informar a los profesionales sobre los errores notificados para mejorar el conocimiento.**
- **Analizar las causas de los errores y emitir recomendaciones para prevenirlos.**

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El proyecto está dirigido a los médicos y enfermeras de atención primaria del Sector Huesca.

La población diana: toda la población que recibe alguna prescripción de medicamentos.

Método:

Revisión del estado actual de este tema.

Elaboración del plan de notificación de errores de medicamentos para aplicarlo en el ámbito de la Atención Primaria.

Difundir el Plan desde la Dirección a todos los profesionales de atención primaria.

Implantación:

1. Detección oportunista de un error de medicación.
2. Comunicación del error al comité de seguimiento (comisión Uso Racional del Medicamento).
3. Análisis y clasificación del error.
4. Registro de errores y comunicación oficial (ISMP, MSC)
5. Emisión de recomendaciones para prevenir errores de este tipo.
6. Información de retorno a todos los profesionales del sector informando de la naturaleza del error y las recomendaciones de mejora.

Actividades:

1. Constitución de un comité multidisciplinar.
2. Elaboración del protocolo de actuación.
3. Sesiones de difusión en los equipos de atención primaria.
4. Reuniones trimestrales del comité para registro, seguimiento, evaluación de notificaciones y elaboración de recomendaciones.
5. Informe anual.

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>
-------	---

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. Número de notificaciones recibidas.**
- 2. Número de informes de evaluación de casos con recomendaciones difundidos a los profesionales.**

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: **Enero 2008**

Fecha de finalización: **Enero 2009**

Calendario:

- Elaboración del protocolo. (Enero-Febrero)**
- Creación del comité de valoración adscrito a la comisión de uso racional del medicamento. (Marzo)**
- Difusión del protocolo en los EAP del Sector Huesca. (Marzo-Abril)**
- Medición de indicadores semestral.**
- Elaboración de informe final de resultados.**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CCAA DE ARAGON EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos M. TERESA PARALED CAMPOS</p>
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD MONEGROS
Correo electrónico: mtparaled@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974571027

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PILAR GOMEZ GIL	PEDIATRA	C.S. MONEGROS
LOURDES ARAGUAS GARGES	AUX. ADM	C.S. MONEGROS
M. VICTORIA SERRANO CORTES	AUX. ADM	C.S. MONEGROS
PILAR BASOLS BLECUA	AUX.ADM	C.S. MONEGROS
YOLANDA GAZOLPERIZ	DUE	C.S. MONEGROS
EDERLINDA MORATO	DUE	C.S. MONEGROS
JOSE M. VIÑUALES	DUE	C.S. MONEGROS
M.ISABEL GABAS LARRUY	DUE	C.S. MONEGROS
ESTELA LOPEZ PANO	DUE	C.S. MONEGROS
M. JESUS ULLOD BORRUEL	DUE	C.S. MONEGROS
NURIA AZON	MATRONA	C.S. MONEGROS
SALOME PILARCES VIRGILI	AUX. CLIN	C.S. MONEGROS
M. VICTORIA BURGOS DIAZ	MEDICO	C.S. MONEGROS

<p>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> <p>1.- EL INICIO DEL PROYECTO FUE DEBIDO AL ALTO NIVEL DE INMIGRACIÓN EN LA ZONA Y A UNA BAJA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL.</p> <p>2.- DURANTE EL AÑO 2007 HEMOS PRIORIZADO EL REGISTRO DE LA ACTUALIZACIÓN DE CALENDARIOS INFANTILES Y LA VACUNACIÓN DE TETANOS DE 24 AÑOS.</p> <p>3.- NOS HA RESULTADO MUY DIFICULTOSO EL REGISTRO Y EVALUACIÓN DE LOS DATOS DE LAS VACUNAS DE ADULTOS DEBIDO AL ESCASO APOYO INFORMÁTICO.</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

- 1.- Nº de calendarios de vacunación revisados de niños inmigrantes < 14 años durante el año 2007 en la ZBS: **57**
- 2.- Nº de jóvenes vacunados de 24 años durante el año 2007 de la ZBS: **50 DE 61 CARTAS ENVIADAS**
- 3.- Cobertura de vacunación ATT en el año 2007: **2484** (Objetivo propuesto por la gerencia AP: 2200)
- 4.- Cobertura de vacunación de rubeola en mujeres entre 14 y 35 años: **883** (Objetivo propuesto por la gerencia AP: 660)
- 5.- Cobertura de vacunación de neumococo en ancianos institucionalizados en la ZBS: **65** (98% de ancianos institucionalizados)
- 6.- Cobertura de vacunación antigripal a mayores de 65 años en la ZBS: **1239** (Objetivo propuesto por la gerencia de AP: 1480)
- 7.- Cobertura de vacunación antigripal a menores de 65 años en la ZBS: **288** (Objetivo propuesto por la gerencia: 336)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Vigilancia de los calendarios de vacunación de población infantil inmigrante en la ZBS: **80%**
- 2.- Administrar la **vacuna ATT al 80%** de los jóvenes de 24 años de la ZBS .
- 3.- Mantener las coberturas propuestas por la Gerencia de AP en vacunación de tétanos y rubeola.
- 4.- Inmunizar al **90% de los ancianos institucionalizados frente al neumococo C.**
- 5.- Aumentar la cobertura de **vacunación antigripal en >65 años hasta los 1480** usuarios propuestos por la gerencia de AP.
- 6.- Aumentar la cobertura de **vacunación antigripal en < 65 años hasta los 336** usuarios propuestos por la gerencia de AP.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- COMPROBAR EL ESTADO VACUNAL DE TODAS LAS PERSONAS ANTE UNA HERIDA O QUEMADURA.
- 2.- COMPROBAR EL ESTADO VACUNAL ANTE UNA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA MENOR.
- 3.- REGISTRAR LA REVISIÓN DE LOS CALENDARIOS VACUNALES EN UNA BASE DE DATOS DE LOS INMIGRANTES MENORES DE 14 AÑOS QUE ACUDEN A LA ZBS.
- 4.- ANOTAR EN EL DOCUMENTO DE VACUNACIÓN INFANTIL LA FECHA DE LA PROXIMA DOSIS DE VACUNA.

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

- 5.- ENVIAR CARTAS A LOS JÓVENES DE 24 AÑOS DE LA ZBS PARA RECORDARLES EL RECUERDO DE VATT.
- 5.- COMPROBAR EL ESTADO VACUNAL EN LA CONSULTA DE LA MUJER Y GESTANTES.
- 6.- REVISAR LA VACUNACIÓN DE NEUMOCOCO DE LOS USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS. (RECUERDO DE 5 AÑOS).

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.- Nº de calendarios de vacunación infantil de población inmigrante a la ZBS <14 años revisados

Nº de población < 14 años con nueva TIS en la ZBS, EXCEPTO recién nacidos

2.- Nº de usuarios institucionalizados vacunados de neumococo en la ZBS

Nº de usuarios institucionalizados en la ZBS _____

3.- Nº de jóvenes de 24 años vacunados de VATT de la ZBS

Nº de jóvenes de 24 años de la ZBS _____

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: ENERO 2008

Fecha de finalización: DICIEMBRE 2008

Calendario:

ABRIL 2008: Elaborar cartas de autorizaciones para proceder a la VATT en el instituto de los jóvenes de 14 años.

MAYO 2008: Vacunar en el instituto a los jóvenes nacidos en 1994 frente al tétanos

JUNIO 2008: Enviar cartas a todos los nacidos en 1984 con TIS en la ZBS Monegros para ofertarles el recuerdo de la VATT o en caso de no tener el calendario actualizado que se ponga en contacto con su enfermera.

SEPTIEMBRE DE 2008: Revisar la vacunación de neumococo de los usuarios institucionalizados

SEPTIEMBRE DE 2008: Iniciar la campaña de VAG según directrices de la Gerencia de AP.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora en el registro en las actividades de:
- vacunación antigripal
- vacunación antitetánica

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Amparo López Castro

Profesión

D.U.E.

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

Centro de Salud de Ayerbe

Correo electrónico:

Alopezca@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974380177

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
TRINIDAD CASTRO MURILLO	D.U.E	E.A.P. AYERBE
TERESA OLIVA PUENTE	AUX. ADM.	E.A.P. AYERBE
JOSÉ MARÍA BORREL MARTINEZ	MÉDICO	E.A.P. AYERBE
JOSÉ MARÍA CALVO SANZ	MÉDICO	E.A.P. AYERBE
JUAN JOSÉ MARTINEZ TRIVEZ	MÉDICO	E.A.P. AYERBE
SERGIO NAYA ATRES	MÉDICO	E.A.P. AYERBE
M^a PAZ SALAMERO ESTEBAN	MÉDICO	E.A.P. AYERBE
F^o JAVIER TORTOSA CAVERO	MÉDICO	E.A.P. AYERBE

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 observado que hay múltiples registros en diversos formatos de ambas coberturas por lo que cada año tenemos dificultades para aportar unos datos correctos sobre las mismas.

Con la propuesta conseguiríamos una sola base de datos unificada donde será fácil cualquier consulta.

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

Unificar en un solo soporte la vacunación de la gripe y la vacunación del tétanos. Todo ello redundará en un alto beneficio a la hora de la búsqueda.

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>
-------	---

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Recoger todos los formatos en los que se encuentran los registros de ambas vacunaciones y realizar un cruce para unificar una única lista de cada vacunación.

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

Recogida de datos y cruce de los mismos

1º número total de registros reales de la vacunación de la GRIPE

2º número total de registros reales de la vacunación del TÉTANOS

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: **ABRIL 2008**

Fecha de finalización: **SEPTIEMBRE 2008**

Calendario:

En abril se comenzaría la recogida de los diversos formatos para posteriormente ir cruzándolos y realizar una única base.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Valoración de enfermería del paciente crónico –dependiente institucionalizado en residencias ubicadas en la zona de salud de Centro de Salud Santo Grial.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Maria Picontó Novales, Juana Ruiz Carcavilla, Elena Monzón Moreno.

Profesión

DUE

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

Centro de Salud Santo Grial (Huesca)

Correo electrónico:

emonzon@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 228109

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Beatriz Alcolea Betes	DUE	CS Sto Grial
Olga Ara Laliena	“	“
Julia Buil Calvo	“	“
Pilar Escartin Suelves	“	“
Teresa Fernández Navascues	“	“
Alicia Garcia Lacasta	“	“
Mercedes Montaner Molina	“	“
Angel Luis Arricivita Amo	Trabajador Social.	“
Ramón Campos Reig	Médico	“
Dolores Idáñez Rodriguez	Medico	“

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...

- Comunicación deficitaria entre los responsables de las residencias y los profesionales sanitarios en relación con altas y bajas de residentes, así como de ingresos y altas del Hospital.
- Formación insuficiente de las auxiliares en los cuidados básicos de personas inmovilizadas (prevención de úlceras por presión, caídas, nutrición...).
- Este proyecto que va dirigido a los pacientes de tres residencias, pretende mejorar la atención domiciliaria de los mismos así como la coordinación / relación entre los profesionales de los centros de salud y de las residencias.

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

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>
-------	---

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reunión con los responsables de las residencias seleccionadas.
- Reuniones periódicas de enfermería para puesta en común de las actividades que se realizan así como plantear y resolver las dificultades que puedan surgir.
- Comunicación al centro de Salud por parte de las residencias de los nuevos ingresos en las mismas, mediante un aviso domiciliario a la enfermera que corresponda.
- Elaboración de una hoja de registro de datos para el personal auxiliar de las residencias.
- Proporcionar folletos sobre cuidados básicos.
- Reuniones formativas del personal auxiliar de las residencias sobre cuidados básicos y de prevención de úlceras y 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

Nº de residentes con valoración enfermera
 ----- x 100
 Total de residentes

Registro de la 1ª visita de enfermería
 ----- x 100
 Total de residentes

Nº de charlas – sesiones impartidas / año

Nº de reuniones de enfermería / año

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: Marzo 2008

Fecha de finalización: Abril 2009

Caleandario:

- Reunión de Enfermería y comunicación al resto del EAP del proyecto: 1ª quincena de Marzo.
- Reunión con los responsables de las residencias: 1ª quincena de abril.
- Preparación de la 1ª reunión (sesión formativa y elaboración de los folletos): 1ª quincena de Mayo.
- Realización de la 1ª sesión formativa: 2ª quincena de Mayo.
- Realización de la 2ª sesión formativa: 1ª quincena de octubre.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“ Mejoría en Salud de los diabéticos, a través de la mejora de su control metabólico, mediante la realización y optimización de la HbA1c, en el Centro de Salud de Berdún”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ana Carmen Giménez Baratech

Profesión

Médico de Familia

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

Centro de Salud de La Canal de Berdún, Huesca.

Correo electrónico:

acgimenezb@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 371794

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Arnal Barrio	Enfermera	CS Berdún
Sonia Salinas García	Enfermera	CS Berdún

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 detectó, en la evaluación anual del Contrato de Gestión, una insuficiente petición de la HbA1c en diabéticos y fallos en los registros.
- Así mismo se detectó una falta de formación en el personal sanitario con respecto a esta prueba de laboratorio.
- Las fuentes de información fueron los listados de pacientes diabéticos y las historias clínicas.

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

- Aumentar la formación del personal médico y de enfermería.
- Organizar y dar utilidad a los registros de pacientes diabéticos.
- Conseguir un mayor control metabólico de los diabéticos, ajustando los diferentes tratamientos para conseguir una HbA1c menor a 7%, cifra aceptada como buen control por la comunidad científica.
- Mejorar el conocimiento de los pacientes diabéticos del tratamiento no farmacológico de su enfermedad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realizar sesiones clínicas, sobre control, tratamiento y seguimiento del paciente diabético. (Responsable: Ana C. Giménez)
- Actualizar los registros existentes. (Responsable: Ana Arnal).
- Impulsar la realización de la HbA1c a todos los diabéticos.
- Además de la educación diabetológica del paciente en la consulta, realizar sesiones comunes y/o charlas, con los diabéticos de la Zona de Salud.
- Comprobar la mejoría en salud de los pacientes mediante la comparación con resultados anteriores. En el CS de Berdún, en el 2007 solo se obtuvo un 43% de pacientes con la HbA1c realizada y con valores inferiores a 7%

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTOIndicar, 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 habrán realizado al menos 3 sesiones clínicas sobre control, tratamiento y seguimiento de la diabetes.
- El nº de diabéticos con HbA1c realizada en 2008, será igual o mayor al 70%.
- Al menos el 60% de las HbA1c realizadas en el segundo semestre de este año, estarán por debajo del 7%

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: Enero 2008

Fecha de finalización: Septiembre 2008

Calendario:

Reunión para planificación: Enero

Realización de las sesiones formativas: febrero y marzo.

Actualización registros de diabéticos: febrero y marzo.

Llevar a cabo el programa: desde febrero hasta septiembre.

Evaluación de resultados: septiembre.

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>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material de oficina	60
Desplazamientos de los profesionales y de los pacientes a las charlas, (posibilidad de alquilar el minibús de la Comarca para el desplazamiento de los pacientes, en su mayoría mayores y sin posibilidad de transporte, dada la gran dispersión de la Zona de Salud de Berdún.)	150
Material para las charla comunitarias (folletos, DVD...)	150
TOTAL	360

Lugar y fecha:

Berdún, 19 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos PILAR GOMEZ GIL
Profesión PEDIATRA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD MONEGROS
Correo electrónico: Pilargom65@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974571027

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M. TERESA PARALED CAMPOS	DUE	C.S MONEGROS
SALOMÉ PILARCÉS VIRGILI	AUX. CLIN	C.S. MONEGROS

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>La OMS considera en el momento actual a la obesidad como uno de los principales problemas de salud de salud pública y como una de las epidemias del siglo XXI, en el mundo desarrollado.</p> <p>Datos del estudio EnKid de 1998-2000, en jóvenes españoles en edades de 2 a 24 años de edad reflejan una obesidad de 13,9%, sobrepeso en el 12,4% (obesidad+sobrepeso en el 26,3%). Los máximos porcentajes obtenidos fueron en hombres de 6 a 13 años (15,6%) y mujeres de 6 a 9 años (12%).</p> <p>En cuanto a la CCAA de Aragón, según los datos de los estudios realizados entre 1985 y 1995 por el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, sobre la población aragonesa de 6-7 años y de 13-14 años se obtiene una evolución de:</p> <p>POBLACIÓN DE 6-7 AÑOS 1985: 21% DE VARONES Y 25% DE MUJERES 1995: 34% DE VARONES Y 36% DE MUJERES</p> <p>POBLACIÓN DE 10 –14 AÑOS: 1985: 13% DE VARONES Y 16 % DE MUJERES 1995: 21% DE VARONES Y 21% DE MUJERES</p> <p>Esto dio paso a un estudio de prevalencia de la población infantil a través de la Red Centinela de Aragón en el año 2006.</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

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>
-------	---

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Mejorar la atención de los niños obesos (IMC>97%, según tablas de IMC/ edad/sexo del Centro "Andrea Prader") en la ZBS de Monegros, elaborando un Programa propio de Obesidad infantil en el que se incluye justificación, población diana, criterios de inclusión, actividades y evaluación.
- 2.- Captar el 70% de los niños obesos de la ZBS Monegros en las revisiones periódicas de niño sano.
- 3.- Mejorar los hábitos nutricionales de los niños obesos de la ZBS.
- 4.- Mejorar la actividad física de los niños obesos de la ZBS.
- 5.- Colaborar con entidades promotoras de hábitos saludables en el niño. (SARES, colegios, escuelas deportivas,...)

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Elaborar un Programa propio de obesidad infantil.
RESPONSABLE: Pilar Gómez Gil. (PEDIATRA)
- 2.- Elaborar una base de datos con la población que cumple los criterios de inclusión del programa en la que se recogen datos identificativos del usuario (NOMBRE, APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO) y fecha de inclusión en el programa.
RESPONSABLE: M. Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)
- 3.- Solicitar al Servicio Aragonés de Educación para la Salud (SARES) material de apoyo informativo para mejorar la información sobre hábitos de vida saludable en niños.
RESPONSABLE: Salomé Pilarcés Virgili (AUX. CLINICA)
- 4.- Impartir charlas informativas a niños de 9 años (4º de primaria) en el colegio sobre hábitos alimenticios saludables.
RESPONSABLE: M. Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)
- 5.- Solicitar a los Servicios sociales INFORMACIÓN sobre las diferentes actividades físico- deportivas que se ofertan a los niños desde distintas organizaciones ubicadas en la ZBS (escuelas deportivas, colegio, ...)
RESPONSABLE: M. Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)

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.- Haber realizado el Programa de obesidad infantil del Centro de Salud Monegros.
- 2.- Haber realizado una base de datos para recoger la información de la población diana.
- 3.- Haber realizado la charla informativa en el colegio sobre hábitos alimenticios.

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:ENERO ED 2008	Fecha de finalización: DICIEMBRE 2008
-------------------------------	---------------------------------------

Calendario:

ENERO 2008: Buscar bibliografía para la elaboración del programa de obesidad.

ENERO 2008: Elaborar la base de datos para la recogida de población diana.

FEBRERO-MARZO 2008: Elaboración del programa.

ABRIL 2008: Presentación a la Gerencia de AP del Sector Huesca.

MAYO 2008: Informar al EAP Monegros.

SEPTIEMBRE 2008: Solicitar a los servicios sociales información sobre la oferta de actividades físico-deprtivas para niños de la ZBS programadas para el curso 2008/09.

OCTUBRE 2008: Realizar charla formativas en el colegio

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

1. - TÍTULO PROYECTO EDUCACIONAL DE INTERVENCIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES OSCENSES (continuación).

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Dra. Alicia Romero Noreña Profesión Médico de Familia, Diplomada en Nutrición Humana y Dietética Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro Salud Santo Grial (Huesca) Correo electrónico: aromeron@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974244122

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jorge Fuertes Fernández-Espinar	Pediatra	C.S. Perpetuo Socorro Huesca
Gerardo Rodríguez Martínez	Pediatra	Hospital Clínico Universitario Zaragoza
Beatriz Foncillas Sanz	D.U.E Pediatría	C. S. Santo Grial Huesca

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>La obesidad en niños y adolescentes es un problema para la salud pública de nuestro país, lo mismo que en el caso de otros países desarrollados. Se puede considerar que la situación es la de una epidemia, ya que se observa un número elevado de casos que están apareciendo en un corto período de tiempo.</p> <p>La prevalencia de la obesidad es elevada tanto en Europa, como en Estados Unidos e incluso en países menos desarrollados. Recientemente se ha revisado la literatura y se ha recopilado la experiencia internacional sobre la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes de un gran número de países de todos los continentes. Los datos demuestran que la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños, además de ser alta, está aumentando progresivamente durante los últimos años, tanto en Europa como en Norteamérica.</p> <p>En el estudio enKid, realizado recientemente en una muestra representativa de la población española entre los 2 y los 24 años, se ha observado que, utilizando los valores de referencia de Cole et al, las prevalencias de sobrepeso + obesidad fueron las siguientes: 27,5% de 2 a 5 años, 33,5% de 6 a 9 años, 26,0% de 10 a 13 años y 21,2% de 14 a 17 años. Las prevalencias de obesidad fueron: 9,0% de 2 a 5 años, 9,2% de 6 a 9 años, 4,7% de 10 a 13 años y 5,9% de 14 a 17 años.</p> <p>En Aragón, se valoró la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 6-7 años y adolescentes de 13-14 años, desde 1985-86 hasta 1995-96. Se observó que en niños de 6-7 años las prevalencias de sobrepeso fueron mayores en niñas que en niños; sin embargo, en adolescentes, las prevalencias fueron mayores en varones que en mujeres. En niños de 6-7 años la tendencia desde 1985-86 a 1995-96 fue a un aumento progresivo tanto en niños como en niñas. En adolescentes, la tendencia al aumento de la prevalencia de obesidad fue significativa únicamente en el caso de los varones.</p> <p>El desarrollo de la obesidad a nivel individual, está mediado por la susceptibilidad genética. Sin embargo, algunos factores de riesgo favorecen su desarrollo y son los responsables del incremento en su prevalencia en las últimas décadas. Los principales factores de riesgo son los relacionados con la dieta y la actividad física/ sedentarismo. Estos factores de riesgo han sido revisados recientemente <i>in extenso</i> por Bautista-Castaño et al. Los autores concluyen que la disminución del aporte de grasas y el incremento del aporte de hidratos de carbono en la dieta, junto con un desayuno adecuado y una actividad física regular durante el tiempo libre, serían los factores determinantes para la prevención de la obesidad infantil y juvenil.</p>

De lo dicho anteriormente se deduce que la obesidad en niños y adolescentes es un problema de salud pública. Se puede considerar que la situación es la de una epidemia, ya que se observa un número elevado de casos que están apareciendo en un corto periodo de tiempo. Tal y como contempla el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física y Prevención de la obesidad) del mismo Ministerio y la Carta Europea contra la Obesidad promulgada recientemente en Estambul (Noviembre 2006) es evidente la necesidad de implantar estrategias de promoción de la salud y prevención primaria de la obesidad, así como analizar la efectividad de dichas estrategias.

En el Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca se constituyó entre los miembros del Equipo un Grupo Nominal que permitió detectar y priorizar el abordaje de la obesidad infantil como problema susceptible de mejora. La trascendencia socio-sanitaria, sus efectos a corto, medio y largo plazo y la factibilidad de su abordaje han conducido a priorizar dicha actividad. Partimos del deseo de realizar un abordaje comunitario que se centre en la prevención primaria de la obesidad infantil y acerque la Pediatría al ámbito escolar, unificando esfuerzos con el profesorado para favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y la promoción de la actividad física entre los escolares.

En el momento actual la obesidad infantil se detecta en el Programa del Niño Sano mediante la antropometría y su tratamiento incluye consejos dietéticos individualizados y controles periódicos. La prevención de la obesidad infantil se realiza mediante consejo personalizado tanto del Pediatra como de la Enfermera Puericultora pero en la actualidad el Centro de Salud carece de una estrategia de abordaje comunitario para la prevención primaria de la obesidad infantil desde Atención Primaria.

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.

Durante el **curso lectivo 2006-07** se llevó a cabo el trabajo de campo de la primera fase de nuestro proyecto educacional. Se seleccionó una muestra de 412 escolares pertenecientes a tres colegios oscenses (Pío XII, San Vicente y Sancho Ramírez) y se informa tanto a los directivos como al profesorado de las características del proyecto. Una vez obtenida su conformidad se remite a los padres una carta informativa y un consentimiento informado. Cabe destacar que tan solo los padres de uno de los niños rechaza la participación de su hijo en el proyecto (0,2% del total). Se garantiza la absoluta confidencialidad de los datos.

El proyecto comienza con una antropometría de los escolares mediante peso, talla, perímetro cintura, perímetro cadera y pliegues subcutáneos que nos proporcione datos fiables de la composición corporal de nuestros escolares al inicio del proyecto. **La prevalencia conjunta inicial de obesidad y sobrepeso en los escolares estudiados fue de 32,6% (23,5% sobrepeso y 9,2% obesidad).**

Así mismo se les entrega unas encuestas para cumplimentar junto con los padres en las que se valora la alimentación, los hábitos de actividad física y diversos factores socioeconómicos, cuyos datos están en proceso de análisis actualmente (creada la base de datos, pendiente análisis estadístico de los mismos).

La muestra se divide en dos grupos: uno de intervención (casos) y otro de no-intervención (controles). Durante el curso escolar, y siempre en horario lectivo, se han realizado dos sesiones informativas a los escolares para intentar promocionar una alimentación saludable y fomentar la actividad física, y dos sesiones prácticas que, mediante actividades didácticas y juegos, refuerzan los conceptos previos. Así mismo se reúne a los padres en dos ocasiones para incidir sobre los mismos conceptos, fuera del horario escolar; en este caso sí hemos de resaltar la baja asistencia de los padres a las charlas informativas.

Tras la intervención educacional, al final del curso 2006-07, se les vuelve a para las mismas encuestas sobre alimentación y hábitos para intentar discernir si ha habido algún cambio tras la intervención educacional en el grupo de intervención frente al grupo de no-intervención (en fase de análisis estadístico).

Así mismo se realiza una segunda antropometría al cabo de un año natural de la primera

(Septiembre 2007). Como norma general, y atendiendo al crecimiento que experimentan los niños en edad escolar, todos los parámetros antropométricos analizados aumentaron durante el año natural, independientemente de si se hallaban en grupo control o grupo de intervención. La prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad aumentó, tanto en el grupo intervención (3,1%) como en el de control (2,3%). La variable antropométrica que sí ha mostrado variaciones significativas entre el grupo de intervención y control es un **menor aumento del porcentaje de pliegues cutáneos centrales en los escolares del grupo intervención respecto al grupo control.**

Así pues hasta el momento actual hemos conseguido realizar:

1. Estudio de la composición corporal, hábitos alimentarios, grado de actividad física y sedentarismo de los escolares oscenses de 2º, 3º y 4º de Primaria de los tres colegios pertenecientes a la zona del Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca y su reevaluación tras la intervención educativa.
2. Valorar los efectos de los estilos de vida desfavorables, en especial el sedentarismo, así como de los factores dietéticos y psico-sociales en los cambios en la composición corporal de los escolares (en fase de análisis estadístico).
3. Desarrollar un modelo de intervención que promueva la alimentación saludable y una mejora de la actividad física dirigida tanto a los escolares como a sus familiares, centrado en el ámbito escolar y planificado desde Atención Primaria.
4. Evaluar la efectividad de una propuesta de intervención específica basada en la dieta, actividad física y factores medioambientales para mejorar la composición corporal y reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en los escolares de Primaria.
5. Evaluar la aplicabilidad de la intervención diseñada en la práctica clínica.

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El proyecto que se describe en la presente memoria nace de la necesidad de interrumpir el ascenso experimentado en la prevalencia de obesidad infantil y se apoya en las recomendaciones institucionales nacionales e internacionales. Tras un año de intervención educativa de intervención las variaciones antropométricas peso, IMC y la suma de pliegues cutáneos no mostraron diferencias significativas entre un grupo y otro tras un año de intervención. Sin embargo, un dato esperanzador y exclusivo del presente estudio es el menor incremento en el porcentaje de grasa central experimentada en el grupo intervención respecto al de control.

Nuestro estudio fue diseñado como una intervención meramente educativa para implementar la labor preventiva realizada desde los centros de Atención Primaria, con desplazamiento de los propios profesionales de la salud hasta las aulas. Esta característica es la diferencial respecto al resto de los estudios publicados. Hay pocos trabajos fiables en esta materia y los resultados satisfactorios son también escasos. Aunque por el momento no se obtengan cambios muy importantes en la composición corporal de los escolares, la eficacia podría mejorar si dicho programa se mantuviera en el tiempo. El plan de intervención diseñado tiene la ventaja de ser sostenible a largo plazo por su sencillez de aplicación y la necesidad de pocos recursos. Si se logra frenar la progresión hacia el aumento de la prevalencia de obesidad a largo plazo y, a su vez, se objetivan cambios en los hábitos nutricionales y de actividad física de los escolares, el programa habrá merecido la pena. Los autores de la presente memoria consideran que dicho proyecto de intervención educativa deberá prolongarse en el tiempo.

Así pues esperamos **prolongar nuestra intervención educativa durante, al menos, un segundo curso lectivo (2007-08) y reevaluar al final del periodo la eficacia del mismo:**

1. Estudio de la composición corporal, hábitos alimentarios, grado de actividad física y sedentarismo de los escolares oscenses de 3º, 4º y 5º de Primaria de los tres colegios y su reevaluación tras la intervención educativa.
2. Reevaluar los efectos de los estilos de vida desfavorables, en especial el sedentarismo, así como de los factores dietéticos y psico-sociales en los cambios en la composición corporal de los escolares
3. Implementar, por segundo año consecutivo, nuestro modelo de intervención que promueva la alimentación saludable y una mejora de la actividad física dirigida tanto a los escolares como a sus familiares, centrado en el ámbito escolar y planificado desde Atención Primaria.

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>
-------	---

4. Reevaluar la efectividad de una propuesta de intervención específica basada en la dieta, actividad física y factores medioambientales para mejorar la composición corporal y reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en los escolares de Primaria y comparar su efectividad con los resultados obtenidos en nuestro proyecto el año anterior.
5. Reevaluar la aplicabilidad de la intervención diseñada en la práctica clínica.

7. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Estudio del Nivel de Calidad. Nos informará a nivel interno de la situación actual en el abordaje comunitario la prevención de la obesidad infantil desde Atención Primaria.
2. Análisis de los resultados y presentación de los mismos al Equipo.
3. Elaboración y planteamiento en común de ideas y posibles acciones de mejora.
4. Aplicar nuestra propuesta de intervención educativa específica por segundo curso lectivo consecutivo, centrada en el ámbito escolar y planificada desde atención primaria, que refuerce la promoción de hábitos alimentarios saludables y el aumento de la actividad física, intentando conseguir una mejora en la composición corporal y reducción de la prevalencia de obesidad y sobrepeso de los escolares.
5. Reevaluación. Los criterios e indicadores medidos en el estudio del Nivel de Calidad Inicial (punto 1) serán reevaluados tras las intervenciones realizadas.
6. Los resultados del estudio se expondrán y comentarán en reuniones de Equipo, lo que permitirá definir nuevas medidas correctoras.

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. Se deberá realizar una antropometría que nos proporcione nuevos datos acerca del estado nutricional de cada uno de los escolares participantes (peso, talla, perímetro cintura, perímetro cadera y pliegues cutáneos) al inicio del curso 2007-08.
2. Todos los escolares participantes cumplimentarán un cuestionario que valore sus hábitos dietéticos, estilos de vida y características socioeconómicas.
3. Tras la intervención, por segundo curso lectivo consecutivo, se reevaluarán los hábitos dietéticos y los conocimientos nutricionales mediante una encuesta validada para dicho fin y el IMC de los escolares mediante la antropometría tomando como standars de referencia los resultados de la valoración inicial.

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: Enero 2008	Fecha de finalización: Enero 2009
-----------------------------	-----------------------------------

Calendario:

- Enero 08: Presentación del proyecto al Equipo. Detalle de acciones. Valoración de la situación actual: Nivel de Calidad. Análisis y discusión en equipo de los resultados obtenidos. Propuesta de realización de medidas correctoras
- Febrero 08: Puesta en marcha de medidas correctoras, con la inclusión al menos del proyecto de intervención educativa en el ámbito escolar que, por segundo curso lectivo consecutivo venga a reforzar lo realizado hasta el momento presente.
- Marzo 08- Julio 08: Desarrollo del trabajo de campo asistencial.
- Agosto y Septiembre 08: Análisis y evaluación de los resultados.
- Octubre y Noviembre 08: Elaboración del informe final.
- Diciembre 08: presentación de resultados al equipo.
- Enero 09: Discusión grupal, propuesta de nuevas medidas correctoras y posibilidad de continuación como línea de mejora de calidad e intervención.

<u>10. -PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
ISCO EXTERNO MEMORIA 250GB WD PASSPORT D	13
MATERIAL DIDÁCTICO DE ALIMENTACIÓN PARA ENTREGAR A LOS COLEGIOS	30
GIL HERNÁNDEZ, A. Tratado de Nutrición. 4 volúmenes + CD. Ed. Acción Médica; 2005	39
BUENO M, SARRÍA A, PEREZ-GONZÁLEZ JM. Nutrición en Pediatría. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2007	8
CRUZ M. Tratado de Pediatría 9º ed. Madrid: Ergon; 2006	184
O R. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Doyma;2001 TOJ	16
TOTAL	1254

Lugar y fecha:

Huesca 21 Febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO NORMAL Y PATOLÓGICO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos M ^a Pilar Sesa Ruspira
Profesión Matrona
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CS Santo Grial (Huesca)
Correo electrónico: psesa.salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: (974) 24 41 22

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Aurora Sanz Jaca	Matrona	CS Pirineos (Huesca)
Pilar Sánchez Molina		CS Jaca, Berdún y Hecho
Nuria Azón Cosculluela		CS Grañen-CS Sariñena
M ^a Angeles Alba Zanela		CS Sabiñanigo, Bisecas, Broto
Ana Solanas Galindo		CS Perpetuo Socorro (Huesca)

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>La gestación es un episodio en la vida de la mujer, que aunque se trate de un proceso fisiológico, no puede dejarse al albur de los acontecimientos. Por lo tanto, proponemos una mejora en la calidad asistencial de la captación precoz y seguimiento del embarazo, tanto normal o de bajo riesgo, como patológico, así como una mejora en la coordinación de las asistencias llevadas a cabo en atención primaria, por parte de la matrona, como en atención especializada por los obstetras. Las actuaciones en atención primaria y especializada han de ser mancomunadas entre ambos niveles asistenciales. Con este proyecto de calidad, pretendemos aumentar la cantidad y calidad de las visitas de seguimiento de embarazo, así como la captación precoz del embarazo, para procurar una educación sanitaria temprana a la embarazada sobre hábitos de vida saludables en el embarazo, tales como alimentación, ejercicio físico, consejos de salud buco-dental, síntomas característicos de cada trimestre y signos de alarma de la gestación; actuaciones todas ellas propias de la matrona en el nivel asistencial en el que nos encontramos.</p> <p>Los métodos de detección de la embarazada van a ser, la derivación precoz por parte del médico de familia de atención primaria a la consulta de la matrona, o en algunos casos, la captación directa de la embarazada por parte de la matrona.</p> <p>La situación inicial presentaba una serie de actuaciones incoordinadas entre los niveles asistenciales de atención primaria y especializada, así como una captación tardía de la embarazada por parte de la matrona, lo que suponía un aumento de los niveles de ansiedad en la embarazada, por el desconocimiento de hábitos higienico- sanitarios del embarazo hasta que presentaba una edad gestacional más avanzada.</p> <p>Las fuentes de información con las que vamos a contar van a ser el protocolo de seguimiento del embarazo en las Comarcas de Monegros y Hoya de Huesca con el Hospital San Jorge, firmado en octubre de 2006 y el protocolo de seguimiento del embarazo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).</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)
-------	--

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

Hemos obtenido los resultados del indicador número 1, es decir, nº de embarazos captados antes de las 12 semanas, del total de embarazos captados desde Enero del 2007 hasta Diciembre de 2007. Lo que supone un total de 763 captaciones de menos de 12sem, respecto a un total de 953 captaciones totales.

Con respecto al indicador nº 2, hemos hallado los datos correspondientes desde Enero de 2007^a agosto de 2007, obteniendo un resultado de 438 embarazos de seguimiento completo, con respecto a un total de 794 embarazos totales. Dicho esto, y dado que el análisis de este indicador no se ha podido llevar a cabo todavía, por no haber transcurrido tiempo suficiente para la realización completa de todos los embarazos captados hasta el mes de diciembre de 2007, proponemos la continuación de este proyecto de Calidad del Servicio Aragonés de Salud iniciado en Enero de 2007, hasta el mes de noviembre de 2008

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Optimizar la asistencia a la embarazada dentro de las indicaciones de las sociedades científicas.
- Abrir canales de comunicación fluidos que mejoren la relación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Homogenizar las actuaciones para reforzar la credibilidad de las acciones del obstetra y de la matrona de atención primaria.
- Aumentar la calidad asistencial en la captación precoz y seguimiento de la embarazada.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Fomentar las reuniones de las matronas de AP del sector, en las que participen profesionales de atención especializada.

Creación de un grupo de mejora de seguimiento del embarazo, consensuado con atención especializada y siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas(SEGO), en el cual se incluyen actuaciones de las matronas de AP en el:

- Periodo preconcepcional
- Captación del embarazo
- Seguimiento del embarazo.

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

Indicador nº1: Nº de embarazos captados antes de las 12 sem

Nº de embarazos totales

Indicador nº2: Nº de embarazos totales con seguimiento completo realizado

Nº de embarazos totales

*Aclaración: Se considera seguimiento completo, a la realización de al menos 2 visitas de embarazo además de la visita de la captación.

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: Enero 2007

Fecha de finalización: Noviembre 2008

Caleandario:

Continuidad del proyecto, con mismo grupo de mejora. Reuniones periódicas, recogida de indicadores periódicos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO BUCEANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS: NOTA: Proyecto continuación 2004

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ Profesión DUE Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO SALUD DE GRAÑEN Correo electrónico: Lhijos@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974390176

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Garrido Arilla	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Ana Mendoza Escuer	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angel Castellanos de Mur	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Rosa Broto Bernués	ADMINISTRATIVO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mª Angeles Carilla Penón	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellana	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sanz Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Laúna	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
María Muro Ruspira	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadía Corvinos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mª Dolores Ledesma Romano	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mª Jesús Andrés Soler	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadía	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordás Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gómez Barrena	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Tores Macías	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Soledad Isasi de Isasmendi Pérez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Nieves Sarto Sieso	ADMINISTRATIVO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Vanesa Piquero Bernad	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuela Miguel Méndez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Victoria Pedrera Román	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Este proyecto es el globalizador de las tareas de calidad que se realizan en el centro de salud, actualmente podemos destacar las actividades que se realizan de tres maneras distintas: 1.-GxP, ligada a la certificación ISO 9001. 2.-Realización de ciclos de mejora continua en las áreas priorizadas en los años 2001-2004

3.-Nuevos ciclos de mejora.

En este año incluimos en este proyecto el relativo a la formación urgente, presentado en años anteriores individualmente.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

1.- En el acercamiento a la certificación ISO 9001, se siguió la planificación realizada por los servicios centrales, mediante el apoyo de la empresa Versus Consultores. Desarrollamos los 7 procesos marcados para nuestro EAP.

2.-Con respecto al seguimiento de los **proyectos de años anteriores**:

-**Programa HTA**: Monitorización mediante muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) realizado en Junio del 2007: 16/65, aceptamos el lote. Se realizó una valoración del grado de control de la TA en las últimas tres tomas que constaban en la historia clínica de los pacientes incluidos en programa, siendo óptimo en el 36.06 %, aceptable en el 55,73% y estando mal controlada en el 9.8%. La tensión sistólica media fue de 134.5 ± 36.7 y la diastólica 76.71 ± 20.9 .

-Evaluación del **riesgo cardiovascular** en el paciente crónico: Por el mismo sistema; aceptamos el lote de Junio del 2007: 20/99. En la valoración del RCV este es moderado/alto en el 31.1% y leve/bajo en el 68.8%.

-Valoración de la **formación continuada**: realizando el corte a 1 de abril de 2007, se observa que los estándares de calidad relativos a la cantidad, planificación y satisfacción fueron alcanzados. Destacar el descenso en el número de sesiones específicas por estamentos (enfermería 53,3%) por lo cual estamos por debajo del estándar aceptable (60%). En la encuesta sobre aspectos formativos los datos encontrados como puntos fuertes son los siguientes: el contenido de las sesiones, el conocimiento del tema del formador y la relación docente-alumnos y la claridad de la exposición. Como principal área de mejora encontramos la duración de las sesiones. Estos datos son similares para la autoformación y para la heteroformación. Comentar que la satisfacción general es del 80,68%, similar al año previo. La formación iba dirigida a medicina en un 25.64%, a enfermería en un 15.38% y a ambos estamentos en un 58.97%. La asistencia media es de 12,43 profesionales por sesión (77,71% de los profesionales del EAP), siendo superior al año anterior.

-Acogida al **personal de nueva incorporación**: durante 2007 se incorporaron 21 trabajadores al centro de salud de Grañen. En un 76,19 % se registró el proceso de acogida. La edad media fue de 33.07, por estamentos encontramos que el 66,6% fueron DUE, el 23,8% personal del área de admisión y el 19,04% médicos o MIR. La encuesta fue realizada por el 81.25% del personal que entro en dicho proceso. Los indicadores obtenidos respecto al manual fueron los siguientes: utilidad buena en un 100%, información muy buena 30.76% y la valoración global del manual muy buena en un 38.46%. Aparecen como aspectos no claros los nombres de miembros del EAP, horarios y localización. La valoración del proceso de acogida es percibida como muy buena en el 38.46 % (lo que supone una disminución llamativa con respecto al año anterior), la información recibida y la valoración global de la acogida es buena o muy buena en el 100% de los casos, datos similares al año anterior. Otros aspectos a mejorar sería que figurase la distancia a cada núcleo, el tiempo aproximado en llegar y la existencia de otros servicios (taxi, bus...)

3.-Nuevos ciclos de mejora

- Proceso de **incentivación personal EAP**. (proceso apoyo: coordinación). Durante 2007 , un grupo de Trabajo en calidad aplico un ciclo de mejora y sus oportunidades de mejora fueron:

1.-Medidas educativas: Información sobre criterios, formas de participación.

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>
-------	---

2.-Medidas motivadoras: Debatir sobre la utilidad y diferenciación de la incentivación vs productividad.

3.-Medidas organizativas:

- Solicitar información a GAP con tiempo y sobre los criterios usados en el torneo intergerencias.
- Realización de criterios aceptados por EAP, mensurables y fácilmente cuantificables.
- Realización de valoración de criterios nuevos en el EAP
- Ponderación: concordancia con criterios de gerencia y consensuada en el EAP.

-Procedimiento formación en la atención urgente. (proceso estratégico de primer nivel: Programas de formación).

Continuación proyecto 2006

Dentro del plan formativo elaborado se realizaron:, un curso (20 horas de duración) para la actuación en urgencias/emergencias y varias sesiones sobre actuaciones en urgencias/atención continuada

En la evaluación del curso destacar que el rango de asistencia a las sesiones fue de 17-19 profesionales ($\pm 80\%$ de los profesionales sanitarios del EAP), siendo superior a la asistencia de la formación continuada habitual. El nivel de satisfacción alcanzado es del 80.14, similar al de las demás actividades formativas del centro de salud. En la evaluación conocimientos pretest, se obtuvieron los siguientes porcentajes de aciertos $64.06 \pm 15,6$.

El Indicador de la realización de sesiones específicas de realización en cada trimestre fue alcanzado (3/4).

Como áreas de mejora para esta actividad surgen las siguientes:

- Mejorar la organización de las jornadas.
- Evitar la pérdida de ritmo de las sesiones (muy separadas en el tiempo).
- Ofrecer y editar resúmenes de las sesiones en copias por escrito y/o soporte informático.
- Considerar los temas como puestas al día.
- Cambiar las fechas

Se considera que durante 2008, se van a realizar 4 sesiones sobre urgencias.

-Plan de necesidades: En el plan de reposición y adquisición de material del centro de salud de Grañen han sido detectadas y priorizadas las necesidades y reformas. La priorización fue remitida a GAP para su realización, compra o subsanación.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Realizar las actividades necesarias para la certificación ISO 9001.
- 2.-Garantizar la continuidad de las actividades realizadas, así como su mejora, abarcando las tareas de los proyectos que ya se realizan en el centro de salud.
- 3.-Nuevos ciclos de mejora, que pueden surgir de la valoración de cartera de servicios, contrato de gestión y/o de la monitorización de los diversos procesos realizados.

Como siempre, de una manera implícita se deberá consolidar un grupo de mejora de calidad en este EAP, abarcando a todos los estamentos en la realización de actividades e intentando incentivar y motivar sus actuaciones, reforzando la realización de evaluaciones internas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se realizarán las siguientes actividades en el proyecto del año 2007:

- 1.-Gestión por procesos, actividades marcadas por versus consultores (asesoría DGA)

- a.-Selección de procesos para su desarrollo.
b.-Asignación de propietarios.
- 2.-Seguimiento de los proyectos ya puestos en marcha: monitorización HTA, monitorización RCV, valoración formación continuada.
- 3.- Nuevos ciclo de mejora que pudieran surgir.
- Proceso de incentivación personal EAP. (proceso apoyo: coordinación).
- 4.-Realización de las actividades pendientes : Revisión esfigmomanómetros.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Presentamos qui alguno de los indicadores de las actividades señaladas anteriormente.

CRITERIO	ACLARACIÓN	INDICADOR
Todo paciente con patología crónica deberá tener realizada una valoración del Riesgo Cardiovascular según protocolo.	Pacientes crónicos serán aquellos incluidos en los programas de HTA, diabetes, EPOC, dislipemia, obesidad	Nº pacientes con VRCV/nº pacientes crónicos incluidos en dichos programas
En la historia clínica de los pacientes HTA deberá constar anualmente tres medidas de tensión arterial y al menos 4 de los siguientes puntos: -Peso (o IMC) -Presencia - ausencia de pulsos. -Auscultación cardiaca -Valoración registro TTº farmacológico -Colesterol plasmático.	Serán validas las referencias en registros de urgencias y otras especialidades	Nº pacientes con el criterio cumplido/nº pacientes incluidos en el programa HTA

CRITERIO	INDICADOR	STANDARD
Se realizarán tres sesiones formativas al mes	Nº sesiones /36	60
Se realizara una sesión específica al mes para cada estamento: -Medicina -Enfermería	Nº sesiones específicas /12	60
Las sesiones formativas se planificarán según el calendario	Nº sesiones formativas según calendario/ nº sesiones formativas totales	60
En la formación continuada serán adecuados oportunidad , docente y tema	Encuesta satisfacción cliente interno	

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

TAREA	ENCARGADOS	Fecha probable finalización
Normativa ISO 9001		Enero/Diciembre- 2008
Reuniones Calidad	EAP	Enero/Diciembre- 2008
Valoración acogida personal.	GTC. Específico	Enero-2008
Valoración de Formación continuada	GTC.	Mayo- 2008
Valoración sistema incentivos	EAP	Mayo-2008
Monitorización RCV	GTC. RCV	Junio 2008
Monitorización de programa HTA	GTC. HTA	Junio 2008
Desarrollo de subprocesos.	GTC específicos.	Septiembre 2008
Revisión esfigmomanómetros		Noviembre-2008
Valoración de Formación en actividades urgentes	GTC.	Diciembre-2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
BUCEANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS II:
 Procedimiento mantenimiento de la sala de urgencias. (proceso de primer nivel: Apoyo logístico)
 NOTA: Continuación proyecto 2005

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Nombre y apellidos
LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ
 Profesión:
DUE
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
CENTRO SALUD DE GRAÑEN
 Correo electrónico:
Lhijos@salud.aragon.es
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974390176

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Garrido Arilla	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Ana Mendoza Escuer	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angel Castellanos de Mur	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Rosa Broto Bernués	ADMINISTRATIVO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mª Angeles Carilla Penón	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellana	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sanz Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Laúna	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
María Muro Ruspira	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadía Corvinos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mª Dolores Ledesma Romano	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mª Jesús Andrés Soler	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadía	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordás Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gómez Barrena	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Tores Macías	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Soledad Isasi de Isasmendi Pérez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Nieves Sarto Sieso	ADMINISTRATIVO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Vanesa Piquero Bernad	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuela Miguel Méndez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Victoria Pedrera Román	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Como proceso crítico seleccionado en el año 2005, el Mantenimiento del área de Atención Continuada, las actividades de mejora continuada.
 Las oportunidades de mejora introducidas son de tipo organizativo (registro de

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>
-------	---

incidencias para su comunicación), motivacional (por su posible inclusión como criterio de incentivación) y formativas (v.g. sesión formativa sobre termolabilidad farmacológica y su importancia).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se han realizado cuatro monitorizaciones según la planificación presentada en el proyecto 2007, obteniendo los siguientes resultados en los indicadores marcados:

1.-Respecto al numero de controles realizados el nivel de cumplimiento alcanzado el 90% excepto en la monitorización de Marzo donde se alcanzo un 77% de realización de la misma por parte de medicina. Es decir, este indicador cumple el nivel. de calidad marcado en sus tres ultimas mediciones.

2.-El numero de incidencias detectadas y registradas ha estado por encima del estándar marcado (>10). La incidencias mas comúnmente detectadas fueron las relativas al material no fungible usado y al papel de la camilla sin preparar.

3.-Las incidencias registradas se han contestado y/o solucionado en la mayoría de los casos en tiempo inferior a 72 h., por lo que este indicador también podemos considerarlo como de adecuado cumplimiento.

Como puntos fuertes en las distintas monitorizaciones se encontraron:

- Correcta utilización del registro de incidencias.
- Disminución de las incidencias relativas al material urgente.
- Disminución de las incidencias relativas a los cajetines de medicación.

Las distintas áreas de mejora sugeridas son:

- Fomentar la realización de los controles entre los miembros del EAP, especialmente medicina.
- Organizar el carro de urgencias.
- Buscar las soluciones adecuadas para las incidencias.
- Optimizar el uso de los cajetines adecuando el contenido a las existencias del almacén.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo final será mantener la operatividad de esta zona en todo momento, dentro de los criterios de calidad establecidos.

Como objetivos intermedios y/o **Propuestas** de mejora:

1. Realizar un seguimiento del sistema de registro de incidencias verificando que en relación al material de RCP sirva para establecer un sistema de solución/comunicación URGENTE.
2. El registro de incidencias debe detectar y solucionar aquellas incidencias registradas repetitivamente (se producían por falta de comunicación)

El libro de registro de mantenimiento de urgencias se deberá adaptar a las necesidades detectadas en dicho proceso.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Dar continuidad a las medidas organizativas hasta la total integración de las actividades en la rutina laboral. Asimismo, el propietario del proceso establecerá las monitorizaciones, medidas de control y propuestas de mejora al resto de miembros 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

1.-Número de controles realizados y registrados cada 6 meses.

Registro válido: aquel que conste firma, fecha y la actividad realizada. Standard 90%

2.-Número de incidencias detectadas y registradas.

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

Incidencias registradas sobre el mantenimiento de urgencias. Standard 10 cada 3 meses

3.-Indicador de entrega: Se dará respuesta a las incidencias registradas en un plazo no superior a 72 horas.

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:		Fecha de finalización:
Medición de indicadores de mantenimiento de urgencias.	Propietario.	Marzo-2008
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Marzo-2008
Medición de indicadores de mantenimiento de urgencias.	Propietario.	Junio-2008
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Junio-2008
Medición de indicadores de mantenimiento de urgencias.	Propietario.	Septiembre-2008
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Septiembre-2008
Medición de indicadores de mantenimiento de urgencias.	Propietario.	Diciembre-2008
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Diciembre-2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
BUCEANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS II:
Evaluación de calidad en el proceso asistencial de atención al paciente diabético.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ
Profesión
DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Correo electrónico:
Lhijos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974390176

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Garrido Arilla	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Ana Mendoza Escuer	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angel Castellanos de Mur	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Rosa Broto Bernués	ADMINISTRATIVO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M ^a Angeles Carilla Penón	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellana	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sanz Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Laúna	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
María Muro Ruspira	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadía Corvinos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M ^a Dolores Ledesma Romano	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M ^a Jesús Andrés Soler	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadía	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordás Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gómez Barrera	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Tores Macías	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Soledad Isasi de Isasmendi Pérez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Nieves Sarto Sieso	ADMINISTRATIVO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Vanesa Piquero Bernad	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuela Miguel Méndez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Victoria Pedrera Román	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Como area de mejora seleccionada en el año 2008, se prioriza la atención al paciente diabetico, es decir, ante el problema de un mal cumplimiento de los criterios de control de los pacientes diabéticos. Nos planteamos el objetivo de conseguir un mejor control de lo pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que atendemos en nuestro EAP.

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>
-------	---

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conseguir incrementar de manera notable el porcentaje de pacientes diabéticos atendidos en nuestro EAP que cumplen los criterios de buen control propuestos por el Gedaps o al menos que aunque no lleguen a cumplirlos, su perfil mejore sensiblemente con respecto al que poseían previamente.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se utilizará la metodología habitual en la realización de los ciclos de mejora de calidad. Los CRITERIOS PARA MEDIR LA CALIDAD estarán basados en las recomendaciones del Gedaps. Intentando abordar criterios de proceso y de resultados. Las UNIDADES DE ESTUDIO serán los receptores del Servicio: pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2 > 65 años y los proveedores del servicio: todo el personal sanitario del EAP. Utilizaremos como fuentes de datos, la Base de datos de Cartera de Servicios. Y la Hoja de registro de seguimiento del paciente crónico. El tipo de evaluación propuesto para la realización del audit. Será retrospectivo e interno.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Criterios de Proceso

- Determinación de HgbA1c, Colesterol Total, LDL-Colesterol, HDL-Colesterol y Triglicéridos: SEMESTRAL.
- Determinación de Tensión Arterial: TRIMESTRAL.
- Anamnesis de tabaquismo: ANUAL

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:	Fecha de finalización:
Realización u adecuación de los criterios.	Junio-08
Selección de la muestra.	Julio-08
Realización del audit.	Octubre-08
Análisis de datos	Nov-08
Valoración discrepancias	Dic-08
Propuesta de medidas correctoras	Dic-08
Aplicación MC	Enero-09
Reevaluación	Oct-09

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

<p>1.- TÍTULO Edición de material psicoeducativo para familiares de pacientes con TMG en la Unidad de Media Estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros de Huesca.</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos MARIA MARTINEZ LLORENTE</p>
<p>Profesión PSICOLOGO CLINICO</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA</p>
<p>Correo electrónico: mmartinezl@aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974220772 Ext. 237</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ALMUDENA BOROBIO LAZARO	TRABAJADORA SOCIAL	UME
YOLANDA ARIZA	PSIQUIATRA	UME
CONCEPCION GRACIA	DUE	UME
ANA GARCIA	DUE	UME
LORENA CASTILLO	MIR PSIQUIATRIA	UME

<p>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 áreas de intervención en el proceso de rehabilitación psicosocial de pacientes con TMG es la familia. Para facilitar la información que la familia recibe sobre la enfermedad mental grave y su capacitación para afrontar las dificultades que surgen en la convivencia con el paciente se ve la necesidad de elaborar un material psicoeducativo que sirva como instrumento de trabajo con la familia. En su elaboración participa el equipo multidisciplinar de la Unidad ya que se abordan las implicaciones de la enfermedad en distintas facetas de la vida: síntomas, tratamientos, AVD, hábitos saludables, clima familiar, afrontamiento de situaciones conflictivas, repercusiones legales, etc.</p>

<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</p>

<p>6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la información de las familias sobre el TMG. • Aumentar la implicación de las familias en el proceso de rehabilitación de los pacientes y la coordinación con el equipo asistencial.
--

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>
-------	---

- Proporcionar estrategias para el manejo de situaciones difíciles asociadas a la enfermedad.
- Acceder a familias que por distancia geográfica no pueden acudir a la Unidad con regularidad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de material psicoeducativo unificado en soporte papel que se entregará a las familias de los pacientes ingresados.
- Elaboración de material psicoeducativo en soporte DVD para ser empleado en sesiones grupales de Escuela de Familias.

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 familias que reciben la guía psicoeducativa.
- Grado de mejora en la relación familia-paciente manifestada por ambos.
- Número de contactos (presenciales y telefónicos) entre familia y profesionales posteriores a la recepción de la guía.
- Grado de satisfacción expresado por las familias con la información y asistencia recibida desde la Unidad.

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: abril 2008 Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

- Abril-Junio 2008: Elaboración del material multidisciplinar
- Julio-Septiembre: Edición y montaje en soporte papel y DVD.
- Septiembre-diciembre: Entrega a las familias del material y utilización de DVD en sesiones de Escuela de Familias
- Diciembre: Evaluación de la utilidad del material empleado por profesionales y familias.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material de oficina	300 euros
Montaje y edición de libros y DVD	300 euros
TOTAL	600 euros

Lugar y fecha: Huesca, 19 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
 Actualización de material psicoeducativo(taller de medicación): participación de pacientes de la Unidad de Media Estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros de Huesca.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Nombre y apellidos
 Concepción Gracia Bercero
 Profesión
 DUE
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
 UME CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
 Correo electrónico:
 conchitagracia@gmail.com
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:
 974 220772 (Ext.334)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Martínez	Psicólogo Clínico	UME
Ana García	DUE	UME
Loreto Castillo	DUE	UME
MªJesús Mallo	DUE	UME
Lorena Castillo	MIR Psiquiatría	UME

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...

Hasta la actualidad se está realizando una actividad para fomentar la autonomía en la toma de medicación de los pacientes de la Unidad. Dicha actividad consta de unas sesiones teóricas y otras prácticas. Para dinamizarla utilizamos un vídeo didáctico en el que vemos como los pacientes hacen preguntas relacionadas con la medicación a los profesionales. Este material lo vemos poco actualizado tanto en contenidos como en estética e incluso en algunas situaciones ya que está enmarcado en otro contexto temporal y cultural.
 Debido a esto vemos la necesidad de realizar un video en la unidad en el que van a intervenir pacientes y profesionales.

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 el beneficio que los pacientes obtienen de la actividad "Taller de medicación" a través de materiales adaptados por ellos a su contexto socio-cultural y sus necesidades terapéuticas.

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>
-------	---

-Aumentar la implicación de los pacientes en sus programas de rehabilitación.
 -Estimular las habilidades sociales y expresivas.
 -Desarrollar el rol de co-terapeuta en los pacientes participando en la elaboración de un material audiovisual que se va a aplicar en la rehabilitación de otros usuarios de la Unidad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración de guión con contenidos adaptados
 Realización de role-playing preparatorios con los pacientes
 Grabación del video
 Montaje y edición del material grabado
 Visionado del resultado final
 Utilización del material en próximos grupos terapéuticos

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

Consentimiento informado de los pacientes participantes
 Adherencia al tratamiento farmacológico.
 Autonomía en la gestión de la medicación.
 Repertorio de habilidades expresivas y relacionales.
 Grado de cohesión grupal y de implicación individual en la dinámica de la Unidad.
 Grado de satisfacción con la actividad manifestada por los pacientes

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: Abril 2008 Fecha de finalización: Diciembre 2008

Calendario:

Abril-junio 2008: Preparación de material y grabación.
 Julio-Diciembre 2008: Montaje, edición y valoración final. Utilización del material en otros grupos.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Soporte informático	2000
Bibliografía	300
Material de oficina	200
Medios técnicos de grabación y montaje	2000
TOTAL	4.500

Lugar y fecha: Huesca, 8 de febrero de 2008

Fdo. Concepción Gracia Bercero

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 Normalización de los documentos correspondientes a la historia clínica.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Gonzalo Ramos Moreno
Profesión Médico especialista en Anestesiología y Reanimación. F.E.A.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital San Jorge. Servicio de anestesiología. Huesca
Correo electrónico: gramos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000 (ext. 24511)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Quintín SOLANO CHÍA	Administrativo	Hospital San Jorge. Huesca
Carmen TOSAT MANCHO	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Javier CALLAU PUENTE	Médico	Hospital San Jorge. Huesca
Magdalena RASAL LANAO.	Auxiliar Administrativo	Hospital Sdo Corazón, Huesca
Mª Rosa BURDEUS GÓMEZ.	Médico	Hospital San Jorge. Huesca

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>La Historia Clínica (HC) es la herramienta de trabajo hospitalaria por excelencia. Su confección debe ser clara, completa y rigurosa. De su correcta cumplimentación por el personal sanitario y de su adecuada organización y orden depende que posteriormente se puedan recoger datos o revisar dichas HC de una manera eficiente, ordenada y razonable. La utilización actual del ordenador personal ha supuesto una ayuda importante a los profesionales de la salud en su trabajo diario, pero de esta facilidad ha llegado un problema: la confección indiscriminada de innumerables documentos que pasan a formar parte de la HC.</p> <p>La realización de un protocolo normalizado acerca de cuales son los documentos que deben estar en la HC, su adecuado orden y estructura ayudará a que en dicha HC sólo existan los documentos que sean aceptados por la Comisión de Historias Clínicas. Para ello se revisan todos los documentos existentes en la actualidad en el centro hospitalario, hablando con todos los servicios con el fin de revisar todos los documentos que pertenezcan a la HC.</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
Utilización plenamente funcionante al 100% de “carpetas de colores” para las distintas especialidades médicas en consultas externas. Pendiente de resultados de una encuesta al personal acerca de la utilidad de dicho modelo organizativo.
Normalización de los documentos pertenecientes exclusivamente a la HC (historia clínica) del 85%. Se siguen revisando actualmente los documentos pertenecientes a la HC para incluirlos todos definitivamente según la normalización adoptada por la

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>
-------	---

comisión de HC.

Elaboración de una carpeta en la que se incluyen las normas de normalización de los documentos pertenecientes a la HC, así como de todos los documentos normalizados hasta el momento actual.

Informatización de documentos de HC de determinados servicios médicos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Plena integración y sustitución de todos los documentos pertenecientes a la HC según las pautas de normalización dictadas desde la comisión de HC, con su numeración correspondiente que aporta el orden correlativo que deben presentar todos y cada uno de los documentos que forman parte de la HC.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Revisiones periódicas (trimestrales) para comprobar los documentos de la HC con su nuevo formato (sustitución por los antiguos) y orden establecido (numeraciones correlativas de los distintos documentos según especialidades y tema) en la comisión de HC.

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

Trimestralmente
% de hojas normalizadas que aparecen en las HC
% de hojas pendientes de normalización
Anualmente
Encuesta sobre utilización y cumplimentación a personal de documentación clínica.

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: continúa	Fecha de finalización: hasta finalización del proyecto
---------------------------	--

Calendario:

Dado que estamos continuando con una labor iniciada en 2005, y que se va realizando continuamente, es difícil saber cuanto y cuando puede costar. No obstante la comisión se reúne periódicamente y se siguen revisando y normalizando documentos. Se presupone que quizás a finales de 2008- principios de 2009 se pueda haber completado toda la tarea.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Programa de atención analgésica postoperatoria en cirugía con ingreso.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: María Jesús Martín Arnal

Profesión: Anestesióloga.

Centro de trabajo (Hospital y Servicio): hospital General San Jorge (HGSJHu). Huesca. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor (SARyTD).

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000. Ext. 47123.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Rosa Calvo Ciria	D.U.E.	HGSJHu. SARyTD.
Alfredo Bondía Jimeno	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Juan Carlos Carrión Pareja	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Detección del problema.

El programa de analgesia postoperatoria ha entrado en una fase de consolidación. Las áreas de mejora que se plantean serían, por un lado monitorizar la accesibilidad de los pacientes al programa, aumentar el cumplimiento de algunos aspectos del proceso y por otro impulsar o desarrollar nuevas pautas y técnicas analgésicas.

Situación inicial.

Esta sería la tercera convocatoria a la que se presenta el programa (Ver documentación anterior) El programa está funcionando y los objetivos iniciales se han cumplido.

Causas.

El exceso de trabajo puntual, rotación del personal de enfermería, falta de programación para revisar las pautas y protocolos con periodicidad y la inercia de la rutina son las causas apuntadas sobre las que habría que actuar para solucionar los problemas mencionados.

Importancia de la mejora.

Además de evitar el sufrimiento, un tratamiento eficaz del dolor postoperatorio significa reducir la morbilidad directamente relacionada con el mismo ¹⁴.

Fuentes y modelos.

Elección de un modelo con eficacia y eficiencia contrastada ¹⁵. Se monitorizan una serie de indicadores clave seleccionados y los resultados se tratan por el grupo de mejora y los miembros del SAR y TD,

[Rawal N](#), [Berggren L](#). Organization of acute pain services: a low-cost model. [Pain](#). 1994 Apr;57(1):117-23.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Resultados.

Se han realizado acciones formativas sobre nuevas técnicas, tal como la analgesia controlada por el propio paciente. Estas acciones se han dirigido tanto al personal de enfermería de la URPA como de las salas convencionales de hospitalización.

Se han medido los indicadores correspondientes al inicio y final de año.

Análisis de los resultados.

La evaluación de los indicadores del primer trimestre es la siguiente:

Indicadores de calidad del programa.

Resultados. Indicadores 2007.

Indicador	Primer trimestre	Cuarto trimestre
1.1.1. Accesibilidad	85%	100%
1.1.2 y 1.2. C. proceso.	32%	74.2%
1.3. Analgesia PCA	1.3%	1.2%
1.4. Analgesia multimodal.	6.2%	5.8%
2.21. Náuseas y vómitos	21.4%	9.7%
2.2.2. Efectos adversos graves.	0%	0%

Análisis y revisión de los resultados.

Con respecto a las desviaciones detectadas mediante los indicadores en el primer trimestre de 2006 puede decirse que se han mejorado las actividades del proceso monitorizadas, si bien aún podrían mejorarse más. Estas actividades son:

- 1- No se registra siempre la intensidad del dolor al alta de la URPA.
- 2- No se cumplimenta siempre la hoja de control.
- 3- No se prescribe siempre la analgesia post – operatoria.
- 4- No se registra siempre en la sala de hospitalización la intensidad del dolor con el movimiento.

Según los resultados es necesario potenciar las nuevas técnicas, sobre todo la analgesia controlada por el paciente.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Implicación.

Implicar a la dirección y a todos los servicios y unidades que participan en la atención quirúrgica, tanto médicas como de enfermería.

Formación.

La formación a través de programa FOCUS se ha consolidado y el programa se enseña a los profesionales de otros centros.

Liderazgo y asunción de responsabilidades.

Impulsar e implementar el proyecto por parte del SARyTD así como por la unidad de enfermería del bloque quirúrgico.

Elaboración de un protocolo de analgesia postoperatoria.

Seguir elaborando pautas analgésicas escalonadas basadas en fármacos y técnicas eficaces adecuada a las características del hospital. En el 2007 se incluyen protocolos de PCA.

Implantación de un programa de inicio y seguimiento de la analgesia postoperatoria.

Mantenimiento y mejora en la aplicación del protocolo de analgesia postoperatoria en el bloque quirúrgico. La medida del dolor, por ejemplo con la escala visual analógica (EVA), se considera una constante más, que interviene en los criterios para el alta a la sala (EVA<5) Atención y seguimiento de las incidencias rutinariamente por el equipo de anestesiólogos de guardia, y durante la jornada laboral por una persona de enfermería y otra del equipo de anestesiología, mediante pase de visita en la sala, en donde la medida del dolor se sigue considerando como una constante más, el objetivo para la intensidad del dolor en reposo es EVA <5.

Mejorar la eficacia de la analgesia postoperatoria.

Según los objetivos mencionados con respecto a la medición del dolor y su ajuste individual. Buscando oportunidades de mejora siguiendo criterios de accesibilidad, efectividad, seguridad y eficiencia.

Reducir la morbimortalidad directamente relacionada con el dolor postoperatorio.

Una práctica eficaz y segura de la analgesia postoperatoria implica una reducción de la morbimortalidad postoperatoria I⁴.

Mantener la seguridad del paciente quirúrgico durante el postoperatorio.

La formación, el seguimiento continuado y la mejora continua aportan un alto grado de seguridad a la asistencia.

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	45%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%
<i>total</i>	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Fase de promoción e inicio de la actividad asistencial.

Se llevó a cabo hasta el año 2006.

Fase de mantenimiento y mejora de la actividad asistencial.

- Mejora de las actividades de registro.
- Introducción de nuevas modalidades analgésicas (PCA)
- Consolidar la asistencia diaria de un anestesiólogo en el pase de visita.
- Planificar la posibilidad de desarrollar actividades de educación - información sanitaria sobre la analgesia post - operatoria.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1- Evaluación del proceso.

1.1- En la UCPA

1.1.1. Accesibilidad al programa.

1.1.2. Porcentaje de pacientes en los que no se ha seguido el procedimiento en la URPA.

1.2-En la sala de hospitalización.

Porcentaje de pacientes en los que no se ha seguido el procedimiento.

1.3. Porcentaje de analgesia multimodal.

1.4. Porcentaje de analgesia PCA

2- Resultados.

2.1- Eficacia.

Incidencia de dolor postoperatorio inadecuadamente tratado.

2.2- Seguridad.

2.2.1- Incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO)

2.2.2- Incidencia de efectos adversos graves.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Año 2007.

Fecha de inicio: 01/01/08

Fecha de finalización: Sin límite

Calendario:

Act.	Ene	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
PCA							x					x
Eval. 1.1							X					X
Eval. 1.2							X					X

Eval. 1.3							X					X
Eval. 1.4							X					X
Eval. 2.1							X					X
Eval. 2.2.1							X					X
Eval. 2.2.2							X					X
Revisión.							x					x

PCA; Analgesia administrada por el paciente. Act.; Actividad. Eval.; Evaluación.

Bibliografía.

1-Puig M, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. Act. Anaesth Scand 2001 45n 4: 465 – 470.

2- Memoria Anual del Hospital San Jorge.

3- "New and revised standards on assessing and managing pain" [effective January 1, 2001] <http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp?durki=3243&site=10&return=2897>
©2002,2003,2004,2005 Joint Commission Resources, Inc

4- Martínez – Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 465 – 476.

5- [Rawal N](#), [Berggren L](#). Organization of acute pain services: a low-cost model. [Pain](#). 1994 Apr;57(1):117-23.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Este año no se prevén gastos en recursos.

Fecha y firma:

20/01/08

Juan Carlos Carrión Pareja

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Programa para la difusión e implantación de la intubación traqueal fibro – óptica en anestesiología y reanimación.

2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Juan Carlos Carrión Pareja y Gonzalo Ramos Moreno.

Profesión: Anestesióloga.

Centro de trabajo (Hospital y Servicio): hospital General San Jorge (HGSJHu). Huesca. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor (SARyTD).

Correo electrónico: jccarrion@salud.aragon.es
gramos@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000. Ext. 47123.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Emilio Morros Díaz	J. Servicio	HGSJHu. SARyTD.
Alfredo Bondía Jimeno	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Pilar Mur Campos	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Enrique Sánchez Jiménez	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Jesús Antón Quiroga	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Juan López Cebollada	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Rosa Cirac Pérez	D. enferm.	HGSJHu. Bloq. quir.
Belen Hernando Hernando	Aux. enfer.	HGSJHu. Bloq. quir.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Introducción.

La intubación de la tráquea (IT) es una técnica rutinaria en la práctica de la anestesia general necesaria, entre otras cosas, para la seguridad del paciente. Por otro lado y aunque de forma poco frecuente pueden presentarse situaciones de dificultad para la IT. La importancia de ello no es tanto por la frecuencia de presentación- incidencia de imposibilidad de intubar la tráquea ente 0.05 - 0.5% ¹ - como por la importancia de los resultados adversos². La vía aérea difícil (VAD) constituye la principal causa de morbi – mortalidad directamente relacionada con la administración de la anestesia². La intubación traqueal fibro – óptica (ITF) se considera la técnica de referencia³ para el manejo de la VAD, pero tiene el inconveniente de las restricciones que se dan para adquirir las habilidades necesarias para su práctica.

Detección del problema.

En reiteradas ocasiones surgen dificultades, incluso previstas, para la IT sin disponibilidad en el momento de un profesional con experiencia con la técnica de ITF.

Hay una opinión unánime entre los miembros del servicio sobre la necesidad de implantar de forma extensa la técnica de ITF en el SAR y TD.

Situación inicial.

Menos del 25% de los anestesiólogos del SAR y TD del HSH tienen una experiencia mínima para poder realizar la técnica de ITF con garantías de eficacia.

Causas.

La baja incidencia de VAD hace que se presenten pocas ocasiones para la práctica de ITF, tanto durante el periodo de formación como durante el periodo profesional de los anestesiólogos.

Las características de la técnica de ITF tampoco la hacen adecuada para practicarla sin más preparaciones de manera rutinaria.

Importancia de la mejora.

Disponer en cualquier momento de la ITF para hacer frente a situaciones clínicas que comprometen la seguridad de los pacientes.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se han realizado las actividades desde la 1.1 a la 1.3, lo cual supone el cumplimiento del 50% de los objetivos establecidos (umbral 80%)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Extender la práctica de ITF a la totalidad o casi totalidad de los anestesiólogos (as) del SAR yTD del HSH.

Extender la práctica de asistencia a la ITF a la totalidad o casi totalidad del personal de enfermería.

Extender la práctica en el manejo, limpieza y desinfección del fibrobroncoscopio a la totalidad o casi totalidad del personal auxiliar de enfermería.

Aportar la experiencia adquirida en programas de formación destinados a otros profesionales de la salud.

En vista del retraso sufrido en el programa se estima que las actividades programadas puedan alargarse 6 meses más allá de las fechas inicialmente establecidas en la convocatoria de 2006.

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	60%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%
<i>total</i>	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1- Revisión y análisis bibliográfico para actualizar los conocimientos.

1.1- Implantación en el SAR y TD de una guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de la vía aérea difícil y sus consecuencias basada en la Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway de la American Society of Anesthesiologists².

1.2- Implantación de un protocolo para la anestesia loco – regional de la vía aérea.

1.3- Implementación de normas de trabajo con respecto a las actividades para la preparación y asistencia para la ITF y para el manejo, limpieza y desinfección del fibrobroncoscopio.

2- Implementación de actividades para la transmisión y difusión de conocimientos y habilidades sobre la ITF para los profesionales del SAR y TD y bloque quirúrgico del HSH.

2.1- Transmisión y difusión de conocimientos.

2.2- Transmisión y difusión de habilidades.

2.2.1- Habilidades en simuladores.

2.2.2- Habilidades en pacientes.

3- Implementación de actividades para la transmisión y difusión de conocimientos y habilidades sobre la VAD e ITF destinados a profesionales de la salud fuera del SAR y TD. Curso al final con expertos invitados, otros programas que realiza periódicamente el SAR y TD del HSH para residentes y otros profesionales, FOCUS sobre la vía aérea etc.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1- Medición del cumplimiento / realización del 70% de los objetivos / actividades programadas.

2- Proporción de profesionales que son capaces de aplicar las habilidades

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Años 2007 - 09

Fecha de inicio: 01/01/2007

Fecha de finalización: 05/2009

Caleandario: Año 2007.

Act.	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Medición 2			X									
Implant. GPC 1.1									X			
Implant. Prot. 1.2									X			
Implant. Normas de trab. 1.3									X			
Sesión Teor. 2.1						X						
Sesión Prac. Simul. 2.2.1						X	X	X	X	X	X	X
Sesión Prac. Paciente 2.2.2									X	X	X	X
Medición 1						X						X

Caleandario: Año 2008

Act.	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Sesión Prac. Simul. 2.2.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sesión Prac. Paciente 2.2.2					X	X	X	X	X	X	X	X
Curso 3						X						
Medición 1 y 2	X					X						

Caleandario: Año 2009

Act.	En ero	Febr e.	Mar zo	Abr il	May o	Juni o	Juli o	Agos to	Sep .	Oc t.	No v.	Di c.
Evaluación del programa.		X										
Medición 1 y 2		X										

Act.;Actividad.

Bibliografía.

- 1- Voyagis GS, Kiriakis KP, Roussaki-Danou K et al. Evaluating the difficult airway. An epidemiological study. *Minerva Anestesiol* 1995; 61: 483 – 9.
- 2- Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 2003; 98:1269–77 .
- 3- Ovassapian A y Mesnick PS. El arte de la intubación fibróptica. En problemas de vías respiratorias parte I. Clínicas de anestesiología de Norteamérica. Benumof JL. Interamericana.McGraw-Hill, 1995; 2:375 – 396.

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Cabeza intubacion adultos	€0
Dos memorias extraíbles de 1 G.	€0
TOTAL	€0

Este año no se prevén gastos en recursos.

Fecha y firma:

En Huesca a 25/02/08

Gonzalo Ramos Moreno

Juan Carlos Carrión Pareja

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 Adiestramiento en reanimación neonatal del personal sanitario de la unidad de pediatría-nidos y obstetricia del Hospital San Jorge de Huesca.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos: Marta Ferrer Lozano
Profesión: Médico pediatra
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Servicio de Pediatría. Hospital San Jorge Huesca.
Correo electrónico: mferrer@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247028

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Jesús Oliván del Cacho	Pediatra	Hospital San Jorge. Huesca
M ^a Carmen Azanza Montull	Supervisora obstetricia y pediatría	Hospital San Jorge. Huesca

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>La asistencia inmediata al recién nacido patológico supone uno de los mayores retos para los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de neonatología y partos. De una correcta actuación inicial depende en gran medida la morbimortalidad de los recién nacidos que van a precisar medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP) y posterior estabilización.</p> <p>El servicio de pediatría del Hospital San Jorge, de nivel II, no cuenta con unidad de UCI neonatal, por lo que los recién nacidos patológicos que precisen cuidados intensivos son derivados al centro de referencia, el Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza. Siempre que sea posible se traslada a la madre antes de que se produzca el parto en los casos de prematuridad de menos de 33 semanas de gestación, malformaciones congénitas graves diagnosticadas prenatalmente, y en general cualquier caso en el que se prevea una necesidad de asistencia del futuro recién nacido en la UCI neonatal.</p> <p>Aún así, cada año es necesario aplicar medidas de RCP a un número de recién nacidos en nuestra unidad en casos urgentes de asfixia neonatal, prematuridad (partos en curso que no se pueden trasladar)..etc. El personal sanitario no cuenta con el entrenamiento idóneo debido al escaso número de ocasiones en que se ve en la situación de tener que realizar estas maniobras.</p> <p>Por ello creemos necesario el adiestramiento del personal que atiende a estos niños mediante la realización periódica de cursos de RCP neonatal, basados en la practica sobre maniqués y siguiendo las directrices del grupo español de reanimación pediátrica y neonatal y la sociedad española de neonatología.</p> <p>Estos cursos serían impartidos por instructores acreditados, se realizarían en grupos pequeños (máximo 8 alumnos) y serían eminentemente prácticos, con simulacros de resucitación cardiopulmonar. Los cursos incluirían la estabilización post-RCP y el manejo de la incubadora de transporte para el traslado a centro de referencia si fuera necesario.</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

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>
-------	---

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la asistencia al recién nacido patológico en la sala de partos y la unidad de nidos.

Optimizar las condiciones de traslado del recién nacido patológico al centro de referencia.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realización de cursos de RCP neonatal por instructores acreditados, en horario de mañana, para grupos de 8 alumnos, entre los que se incluyen pediatras, MIR de ginecología-obstetricia, matronas, residentes de matrona, DUE del servicio de pediatría-nidos. Posibilidad de ampliarlo al personal sanitario que realiza el traslado de estos niños al centro de referencia (061).

Se entregará dos semanas antes a cada alumno cuadernillo con el contenido teórico del curso, con el objeto de garantizar su máximo aprovechamiento.

El curso tendrá un contenido eminentemente práctico, utilizando maniqués de RCP neonatal avanzada, incluyendo manejo de la vía aérea (mascarilla-ambú, mascarilla laríngea, intubación), masaje cardiaco, canalización de vía umbilical, administración de fármacos más utilizados en la RCP. Estabilización posterior con manejo básico del respirador y de la incubadora de transporte. Manejo de situaciones especiales: líquido amniótico meconial, neumotórax a tensión, malformaciones de la vía aérea..

Evaluación teórica previa y posterior al curso.

Se pretende que el personal a quien está dirigido el curso (total de 30 personas) realice el curso con una periodicidad anual, por lo sería necesario la celebración de 4 cursos al año.

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

Evaluación de la aptitud del personal en RCP neonatal siguiendo las directrices del grupo español de RCP pediátrica y neonatal: mediante evaluación teórica previa y posterior y evaluación práctica posterior.

Valoración del curso por parte del personal que lo realice mediante encuesta de satisfacción.

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:

Fecha de finalización:

Calendario:

Realización de 4 cursos al año de RCP neonatal durante el año 2008

Inicio: en el momento que se disponga del material necesario (maniquí de RCP avanzada neonatal).

Finalización: Diciembre de 2008, con continuidad posterior.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE INGRESADO CON ICTUS Y SUS FAMILIAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO ANA SALGADO GRACIA Profesión MÉDICO REHABILITADORA HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA asalgado@.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 2920 00 EXT. 23054
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Lera del Amo	fisioterapeuta	H. S. Corazón de Jesús
M ^a Antonia Romero Granado	fisioterapeuta	H. S. Corazón de Jesús
M ^a Angeles Asenjo Lostao	fisioterapeuta	H. S. Corazón de Jesús
Marta Charte Gascón	Logopeda	H. S. Corazón de Jesús
Eva Lacambra Santos	Logopeda	H. S. Corazón de Jesús
María Martínez-Losa	T. Ocupacional	H. S. Corazón de Jesús
Gema Pardos Ballestín	DUE	H. S. Corazón de Jesús
Nieves Doz Saura	DUE-supervisora	H. S. Corazón de Jesús

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>Haber padecido un ictus puede dejar alteraciones importantes en el movimiento, el habla, la visión, la sensibilidad y las emociones. La pérdida parcial o total de estas funciones es la discapacidad y supone un cambio de vida para el paciente y su familia.</p> <p>El tratamiento rehabilitador consiste en un conjunto de técnicas pensadas para mejorar la capacidad, es decir, para recuperar en la medida de lo posible la independencia en la movilidad y en las actividades de la vida cotidiana y lograr la máxima calidad de vida. Es recomendable que empiece lo antes posible. De la rehabilitación se ocupa un equipo interdisciplinario formado en nuestro Centro por médicos, logopedas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Cada uno de ellos interviene según la evolución de la enfermedad y las necesidades en cada caso.</p> <p>Pero el éxito de esta empresa no depende sólo del trabajo de los profesionales antes citados, sino que también, y mucho, de lo que pase con el paciente durante todas las horas del día: sueño, comida, aseo..... Por ello, la atención en la rehabilitación del paciente con ACV tiene que ser complementaria, integrada, desde su ingreso hasta el alta, durante 24 horas al día sin discontinuidad en su tratamiento. El tratamiento de una hemiplejía no es una serie de ejercicios aislados sino una secuencia de actividades que preparan para una función real.</p> <p>Casi una tercera parte de los pacientes que ingresan en nuestro hospital vienen derivados de otros centros (sobre todo Hospital de Barbastro y San Jorge) donde se les ha diagnosticado un ictus, por lo que esta patología ocupa mucha fracción de actividad del Hospital e involucra a casi todos los gremios profesionales.</p>

Pensamos que una actuación más protocolizada repercutirá notablemente en los resultados globales de estos pacientes en particular y del Hospital en general.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar las capacidades de los pacientes
- Superar las discapacidades y aprender a vivir con ellas
- Conseguir máxima independencia y confort en las actividades cotidianas
- Facilitar la adaptación de las familias a su nueva situación.
- Optimizar nuestros recursos y evitar prolongar las estancias hospitalarias.
- Implicar al personal sanitario de planta-cuidador familiar- en el proceso rehabilitador para que todos conozcan la importancia de cada actividad y colaboren.
- Mejorar la información entre las unidades de enfermería y el servicio de rehabilitación.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- realización de un plan de cuidados al paciente con Ictus junto con el personal de enfermería.
- Adaptar las habitaciones de las plantas a las necesidades de los pacientes.
- Realización de formación para los familiares en los aspectos del cuidado a los pacientes. (utilización de medios audiovisuales).
- Realización de una hoja de recogida de información que sea cumplimentada por enfermería y servicio de rehabilitación para conocer las incidencias de cada turno.
- Elaboración de un díptico informativo a las familias sobre los aspectos más relevantes de la enfermedad.
- Elaboración de informe de continuidad de cuidados de fisioterapia al alta del paciente.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

-1) % de pacientes a los que se incluye en este programa

$$\frac{\text{Pacientes incluidos}}{\text{Pacientes ingresados con Ictus}} \times 100$$

Estándar 50%

2) número de personas que han participado en los talleres de formación

Estándar: mínimo 40 personas.

3) % de pacientes con informe de continuidad de cuidados de fisioterapia al alta

$$\frac{\text{Pacientes con ictus e ICC}}{\text{Pacientes ingresados con Ictus}} \times 100$$

Estándar: 30%

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: mayo de 2008

Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

Marzo y abril 2008 : elaboración de registros y plan de cuidados. Adaptación de las unidades de enfermería.

Mayo 2008 : comienzo de talleres de formación

Diciembre 2008 : evaluación de indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

REGISTRO DE ACTIVIDAD DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

NIEVES DOZ SAURA

DUE- SUPERVISORA

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA

Correo electrónico:

aicabrero@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974292000 ext. 23068

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a José Grasa Fernández	Auxiliar de enf.	H. S. Corazón de Jesús
Itziar Carrero Bacigalupe	Auxiliar de enf.	H. S. Corazón de Jesús
Juan José Sierra Grasa	Auxiliar de enf.	H. S. Corazón de Jesús
José Angel Albás Martínez	DUE -Supervisor	H. S. Corazón de Jesús
Gema Pardos Ballespín	DUE	H. S. Corazón de Jesús

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

EL Hospital de Día de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús tiene un objetivo fundamentalmente rehabilitador, siendo un paso intermedio entre la hospitalización y el alta al domicilio. Permite altas hospitalarias tempranas y continuación de la terapia y rehabilitación de forma ambulatoria siempre que exista un buen apoyo familiar.

La efectividad y eficiencia de un programa rehabilitador depende de la experiencia de los profesionales del equipo y de su correcta organización para atender las necesidades particulares de cada paciente.

La oferta global de la atención rehabilitadora tiene que ser complementaria e integrada sin que haya ninguna discontinuidad para el paciente.

Por ello, los recursos de rehabilitación deben adaptarse a las necesidades y la tolerancia del paciente y deben disponer de protocolos locales escritos para el manejo de los problemas de salud y las complicaciones más frecuentes.

Sin duda, los auxiliares de enfermería del Hospital de Día colaboran activamente en todos los cuidados de enfermería realizados y las actividades de terapia ocupacional. Así, siguiendo las líneas de trabajo citadas anteriormente, se considera que su trabajo debe formar parte de todos los registros y protocolos establecidos en el servicio, para lo cual se propone el diseño de una hoja de registro de actividad para cada uno de los pacientes ingresados que posteriormente formará parte de la Historia clínica del paciente.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la atención individualizada a los pacientes.
- Contribuir a la implementación de planes de cuidados de enfermería.
- Favorecer el flujo de información con los demás profesionales
- Facilitar la incorporación de personal auxiliar nuevo en periodos vacacionales, incapacidades y ausencias al disponer de la información detallada de cada paciente.
- Protocolizar las actividades de colaboración con el resto de profesionales permitiendo planificar mejor el tiempo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Elaboración de una hoja de registro de actividad del auxiliar de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson según nuestro modelo enfermero implantado en los planes de cuidados de enfermería.
- Registro de las actividades indicadas por enfermeros, terapeutas y fisioterapeutas en el cuidado a los pacientes, e indicar si alguna pauta es cambiada.
- Informar en la reunión semanal del grupo profesional aquellos aspectos que se han apreciado en la evolución de los pacientes.
- Incluir el documento en la Historia Clínica del paciente.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1) % de pacientes a los que se realiza hoja de registro de actividad

$$\frac{\text{Pacientes con registro de actividad}}{\text{Pacientes ingresados en el Hospital de Día}} \times 100$$

Estándar : 50%

- 2) % de cumplimentación de hoja la hoja de registro

$$\frac{\text{Ítems cumplimentados}}{\text{Nº de ítems totales de la hoja de registro}} \times 100$$

Estándar: 60%

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: Abril 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Caleandario:

Abril – Mayo: elaboración de hoja de registro de actividades

Junio : implementación de hoja de actividad para todos los pacientes ingresados en el Hospital de Día de Geriatria.

Diciembre: evaluación de indicadores.

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 Proyecto de Mejora de la Calidad , titulado: “ AMALGAMA”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a José Lloro Lloro
Profesión Trabajadora Social
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro de Día de Salud Mental “ Arcadia “, Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.
Correo electrónico: Mjlloro@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974/29 20 24

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Magdalena Guerra	Diplomada en Magisterio	Centro de Día ARCADIA y el Hospital de Día
José Luis Jiménez	Profesor Educación Artística	Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación
Olga Lafuente Peña	Educadora Familiar	Centro de Día ARCADIA

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>Durante los tres años en los que nos hemos presentado a los proyectos de mejora de la calidad, se nos ha ofrecido la subvención necesaria para el desarrollo de los mismos. El primer proyecto de Pintura Mural para la integración en Salud Mental, cuyo titulo era “Camino de Hormigas”, se desarrollo en el muro colindante entre la piscina cubierta de Huesca y el Parque. Pidiendo con antelación la autorización del Ayuntamiento de Huesca y el Patronato Municipal de Deportes.</p> <p>El segundo proyecto de Pintura Mural, fue realizado a petición del Ayuntamiento de Huesca en una plaza de la Ciudad, Plaza Jara, para embellecer y promocionar dicha zona, denominado “Brotos”.</p> <p>El tercer proyecto denominado “ El Bosque Encantado”, ha sido desarrollado en el Colegio Publico Juan XXIII de Huesca, a petición del mismo contando con la colaboración de padres, profesorado y alumnado de dicho Centro.</p> <p>Queriendo romper muros apostamos por participar en el II Congreso Internacional de Educación Artística en el límite de fronteras: “ Retos sociales y diversidad cultural”, celebrado en Granada.</p> <p>Presentamos una comunicación, dentro del apartado “ Usos sociales del arte”.</p> <p>En el Congreso participamos siete personas, tres de ellos usuarios del Centro de Día ARCADIA, tuvo lugar los días 30 y 31 de Enero, 1, 2 y 3 de Febrero.</p> <p>Comenzamos nuestro viaje el día 31 de Enero, partiendo de Huesca dirección Zaragoza a as 12:00 horas. Salimos de la estación de autobuses de Zaragoza dirección</p>

Madrid a las 14:00 horas.

Al llegar a Madrid cogimos el metro para tomar el tren que nos dejaba en nuestro destino, Granada, con llegada a las 23:30horas.

Día 1 de Enero, a las 8:30 horas nos encontramos en la Universidad de Granada, participando en las ponencias y reflexionando con los universitarios con los que íbamos coincidiendo en la exposición de las obras, por los pasillos de la Universidad de Arte.

Después de comer, asistimos a las comunicaciones de la tarde. Dichas ponencias versaban de los siguientes temas:

- Identidad cultural
- Usos sociales del Arte
- Interculturalidad en Educación Artística
- Programa de arteterapia en el centro penitenciario, Huelva II

Esa misma tarde, nosotros realizamos la comunicación titulada “Encuentros en el Muro”:

El objetivo principal era buscar un espacio expositivo dentro del Congreso para dar a conocer a todos los presentes lo que un día fue un sueño y ahora es una realidad que a partir de un proyecto, y así transmitir y demostrar el papel social y terapéutico del Arte, cosa que conseguimos a través de nuestra Comunicación.

La comunicación tuvo mucho éxito y nos ofrecieron participar en varios proyectos, como la exposición de nuestro trabajo en el Congreso de Arteterapia a celebrar en Huelva en el 2009.

Día 2 de Enero, ultimo día, como el día anterior a las 8:30 horas estábamos en la Universidad de Granada, participando en las ponencias, en las que pudimos intervenir a través de nuestra experiencia y pudimos expresar opiniones que en muchas ocasiones eran compartidas por otros participantes:

- Arteterapia y medios digitales: una experiencia en contextos de salud mental.
- 10.000 huevos. la escuela se implica con los artistas.
- Que podemos aprender de las experiencias vividas por los demás.

Esta vez compartimos comida con todos los participantes del Congreso en el comedor de la Universidad y después todos juntos fuimos a visitar la Alhambra de Granada, gracias a las facilidades que nos dio el Congreso.

A última hora de la tarde fuimos a comprar lo necesario para hacernos unos bocadillos para el viaje.

Día 3 de Enero, viaje de regreso. Salimos de la estación de tren a las 10:22 horas con llegada a Madrid a las 14:59 horas. Allí cogemos el metro que nos lleva a la estación de autobús con dirección Zaragoza y llegada a las 20:15 horas. En Zaragoza nos están esperando para llevarnos a Huesca.

El colegio de nuestro barrio, Pio XII, concedor de nuestra asistencia a este Congreso, así como de nuestra experiencia de trabajo comunitario en algunas zonas de la ciudad del Huesca, se puso en contacto con nosotros, con el deseo de trabajar en equipo.

La escuela tiene unas particularidades sociales bien diferenciadas con respecto a otros colegios. Acoge a la población mas deprimida socioeconómicamente, al poseer un alumnado de diversas minorías étnicas, aproximadamente: 100 de etnia gitana, 113 inmigrantes (Marruecos, Argelia, Nigeria, Gana y Kenia) y 95 autóctonos.

Es una escuela abierta a las familias y por extensión, a toda la comunidad. El Ministerio de Educación hace inversiones de nuevas tecnologías experimentales.

Aquí, el papel del arte como terapia y como herramienta de transformación comunitaria es algo valorado por parte del profesorado. Debido a la diversidad de la población con la que vamos a trabajar, el arte puede ser el canal adecuado para encontrar puntos en común de reflexión, de comunicación, de expresión y en una palabra de integración.

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

El grupo de Pintura Mural consta de 12 Enfermos Mentales Graves, procedentes de la Unidad de Largas Estancias, Hospital de Día y Centro de Día.

Los enfermos Mentales graves experimentan una pérdida progresiva de roles, por un lado debido a sus deterioros y por otro lado debido a las minusvalías sociales (estigma) a las que se ven sometidos por sus discapacidades.

Las pérdidas pueden ser cognitivas, como: percepción, atención, memoria, pensamiento y lenguaje. Además sufren un empobrecimiento de la expresión emocional, una falta de interés, distracción social. Todo ello lleva a que la persona posea una pérdida de habilidades y de roles sociales.

Partiendo de esta introducción, y durante el desarrollo del mismo, se han hecho latentes, varios objetivos que se esperaban conseguir.

Las personas con enfermedad mental grave, no han sufrido fases de crisis y como consecuencia no ha habido ingresos en Unidades Especializadas. También se ha observado que en estas personas han mejorado en su rendimiento cognitivo, ampliando el lenguaje y la atención.

Aquellos síntomas negativos de la enfermedad también han ido cambiando de una manera positiva. Se ha mejorado la expresión afectiva, el aseo personal, la asistencia continuada a una actividad.

El trabajo ha sido una experiencia enriquecedora debido a la gran participación del alumnado del colegio, algunas familias de los mismos, usuarios y profesionales de Salud.

En todo momento se creó un clima donde se favoreció el desarrollo de la identidad personal y colectiva, así como, se realizó la transmisión y adquisición de determinadas técnicas artísticas.

Finalmente observamos que el arte actúa como nexo de unión dentro de la comunidad. En este caso, alumnos de primaria, salud mental y alumnos de magisterio.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Ampliar la percepción que tenemos del mundo artístico y observar las posibilidades que nos puede ofrecer el arte.
- Mejora de las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, dando a conocer, que los enfermos con trastorno mental grave pueden aportar mucho a la comunidad.
- Generar un proceso en el que los enfermos mentales graves, se conviertan en docentes de los niños y maestros del Centro Educativo en las técnicas artísticas.
- Enriquecimiento artístico y personal a través de la interculturalidad
- Promover a través del arte, el diálogo, la comprensión entre culturas y la tolerancia.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La actividad como en el proyecto anterior tiene carácter totalmente voluntario, por ese motivo, la metodología a emplear será la misma, abierta, flexible y estimulante. Se favorecerá la participación activa de usuarios.

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 valorarán la motivación, la participación y el esfuerzo de cada uno. Asimismo se

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>
-------	---

prestará atención a la adaptación diaria del proceso de aprendizaje y a los cambios que conlleva el proceso de socialización e integración.

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:	Fecha de finalización:
------------------	------------------------

Calendario:

Fase previa. La primera reunión se celebra el 12 de enero a petición del Colegio Pío XII. Se establecieron las pautas de colaboración y se definió el proyecto de pintura mural y los lugares donde se realizaría.

La segunda reunión se celebra el 13 de Febrero, donde se organizó el calendario y las fases de actuación y la medición de los patios a pintar. La pared del patio infantil consta de 12 cuadrados de 3,60 x 2,30 m. La pared del patio de primaria 14,60 x 2,40 m más 50 x 3,35 m.

Fase de sensibilización y difusión. El 13 de marzo se realizará una presentación del proyecto y de anteriores trabajos a la población escolar a través de documentación audiovisual y fotografías.

Fase de Ejecución. Durante los meses de abril, mayo y junio se realizará la actividad de pintura mural.

Fase de finalización. Prevista para final de mayo o primeros de junio, en función de las previsiones meteorológicas.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Revoque de paredes en mal estado	500 Euros
Batas, guantes y mascarillas	100 Euros
Pinturas plásticas para pintar una pared de: 12 cuadrados de 3,60 x 2,30 m. Y otra pared de: 14,60 x 2,40 m mas 50 x 3,35 m.	2000 Euros
Barniz protector y antigraffitis.	250 Euros
Brochas de diversos tamaños, pinceles de varios, rodillos, cubos de pintar por deterioro y desecho del material utilizado en los otros proyectos	600 Euros
Documentación: registro audiovisual de la actividad.	50 Euros
TOTAL	3500 Euros

Lugar y fecha: Huesca, a 21 de febrero del 2008