

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

“ REDUCIENDO RIESGOS DE ERROR EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA “

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSÉ MARÍA BORREL MARTÍNEZ

Profesión

MÉDICO

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

CENTRO DE SALUD DE AYERBE

Sector de SALUD:

HUESCA

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

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
BELÉN ESCARTÍN FONTANA	MÉDICO	AYERBE
SANTIAGO VILLANUEVA LOSCERTALES	MÉDICO	AYERBE
M <sup>a</sup> CARMEN VILLANUA MARTIN	ENFERMERA	AYERBE
PATRICIA GIMENEZ RIVARÉS	ENFERMERA	AYERBE
VIRGINIA DIESTE ESCARTÍN	ENFERMERA	AYERBE
F. JAVIER TORTOSA CAVERO	MÉDICO	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...

La sala de urgencias del centro de salud es un espacio común, compartido por todos los miembros del E.A.P., médicos y enfermeros, tanto titulares como de refuerzo.

Además se comparte vehículo, material médico, medicación, equipos informáticos, etc, entre al menos 13 personas, con el riesgo de propiciar fallos en cadena que se transmiten de uno a otro.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

La reducción del número de incidencias no deseadas que tengan como origen la sala de urgencias o el servicio de atención continuada, o la minimización de sus efectos adversos, acercándonos a cero.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Con los datos disponibles de anteriores intervenciones en el área de urgencias se diseñarán plantillas específicas para registro, detección de incidencias, control del servicio y transmisión de información dentro del equipo.

A continuación, con el reparto de responsabilidades, se empezará a valorar la eficacia de las intervenciones que se fijen.

**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 incidencias detectadas
- Porcentaje de incidencias resueltas de forma preventiva

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio en abril de 2009, con una primera evaluación en diciembre de 2009, y al ser una actividad continuada no tiene fecha de finalización.

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Imprenta y material de imprenta e informático</i>	<u>1.500 €</u>
TOTAL	1.500 €

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Monitorización y seguimiento de mujeres portadoras de pesarios
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos <b>Carmen Fornos Aguilar</b>
Profesión <b>Matrona</b>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) <b>Centro se Salud de Ayerbe, C.S.Huesca Rural, C.S.Almudevar</b>
Sector de SALUD: Huesca
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: mcfornos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974380177

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José M <sup>a</sup> Borrel Martínez	Matrona	C.S.Ayerbe
2 Sergio Naya Atarés	Médico	C.S.Ayerbe
3 Javier Tortosa Cavero	Médico	C.S.Ayerbe
4 José M <sup>a</sup> Calvo Sanz	Médico	C.S.ayerbe
5 José Martínez Trivez	Médico	C.S.ayerbe
6 M <sup>a</sup> Paz Salamero	Médico	C.S.ayerbe
7 Amparo López Castro	Médico	C.S.Ayerbe

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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>Desde la consultas de atención primaria se derivan muchas mujeres a las consultas de ginecología por patologías sobretodo las relacionadas con el suelo pélvico que derivadas a las consultas de matrona evitaríamos traslados innecesarios</p> <p>En mujeres posmenopáusicas, con problemas de patología en suelo pélvico, cistoceles, prolapsos de útero, o que por su edad y patologías asociadas no se recomienda intervención quirúrgica ...etc., en los que han fracasado técnicas de reforzamiento de musculatura de suelo, y que como consecuencia se producen perdidas de orina así como molestias en cuello de útero, y que son candidatas a tratamiento con pesarios, que una vez diagnosticadas y tratadas (portadoras de pesarios) están sujetas a seguimiento y revisión, a veces se dan problemas de rechazo y hay que buscar otras alternativas, el tener estos datos diluidos en la historia general de la paciente es poco operativo y se nos despintan algunas pacientes, por lo que sugerimos el poner, dentro del programa de la mujer, una hoja de mujeres portadoras de pesario. De tal manera qué sepamos en todo momento cuantas mujeres están dentro del programa, cuando hay que revisarlas, cambiar los pesarios, número de pesarios a tener en el stock, qué problemas son los más frecuentes que originan el tratamiento con pesarios, porqué se rechazan...etc.</p>

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

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Un mejor seguimiento y control de las mujeres portadora de pesarios, un mejor control de los stock de pesarios, qué problemas son los más comunes, diagnósticos, revisiones.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseñar una hoja dentro del programa de la mujer para las portadoras de pesarios en el que se incluya: edad, diagnóstico de la inclusión en programa, qué pesario se le pone y cuando hay que revisarlo, si ha habido rechazo y porqué, .....

**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 total de mujeres vista en consulta matrona  
-----

Nº total de mujeres portadoras de pesario.

Nº total de mujeres que no toleran el pesario  
-----

Nº total de mujeres portadoras de pesario.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Revisiones del programa cada 6 meses

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Papelería	<b>300</b>
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

¿Conocen bien nuestros pacientes su tratamiento con anticoagulantes orales?

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ana Carmen Giménez Baratech

Profesión

Médico de familia

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

Centro de Salud de Berdún.

Sector de SALUD: Huesca

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

Correo electrónico: cs09.gaphu01@salud.aragon.es

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
1 Ana Arnal Barrio	Enfermera	C.S. Berdún
2 Sonia Salinas García	Enfermera	C.S. Berdún
3 Joaquín Repollés Rueda	Médico	C.S. Berdún
4 Abel Moulhem Assani	Médico	C.S. Berdún
5 M <sup>a</sup> Pilar Cajaraville Aso	Médico	C.S. Berdún
6 Gisela Jordán Lanaspá	Médico	C.S. 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

- El acenocumarol (SINTROM®), es un fármaco cada vez más utilizado, y comporta cierta dificultad en su administración, tanto por las diferentes dosis diarias, como por las frecuentes interacciones, a veces no conocidas, por los pacientes y a veces incluso por los profesionales sanitarios.
- Según nuestros resultados de la evaluación de Gerencia de 2008, el 40% de los pacientes con anticoagulantes orales, controlados en el CS Berdún, no estaba, en la última determinación, dentro del rango de INR prefijado.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1º.- Mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios acerca de las interacciones medicamentosas y con los alimentos del SINTROM.
- 2º.- Mejorar por parte de los pacientes el conocimiento de su tratamiento, y conseguir su correcta toma.
- 3º.- Conseguir mejorar el número de pacientes correctamente anticoagulados, con INR dentro de rango.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión bibliográfica del tema. (Joaquín Repollés y Ana C. Giménez).
- Sesión clínica con todo el Equipo de mejora. (Joaquín Repollés y Ana C. Giménez).
- Elaboración de encuesta para los pacientes. (Ana C. Giménez y Ana Arnal).
- Educación individual y grupal al paciente (Ana Arnal y Sonia Salinas).
- Evaluación.

## 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

- 1º.- Haber realizado 2 charlas de educación grupal en diferentes localidades.
- 2º.- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Sintrom, que han recibido educación individual >90%.
- 3º.- Porcentaje de pacientes en tratamiento con Sintrom, que se mantienen en rango de INR > 75%.
- 4º.- Mejoría significativa en la puntuación en la encuesta pre y post educación (a determinar tras su realización).

## 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Reuniones para planificar el proyecto: Febrero 2009.
- Revisión bibliográfica del tema: Marzo 2009.
- Sesión clínica a todo el Equipo. Marzo 2009.
- Elaboración de encuesta para los pacientes: Marzo 2009.
- Educación individual y grupal al paciente: Abril y Mayo 2009.
- Pase de las encuestas a los pacientes: Abril y Mayo 2009.
- Evaluación: Junio 2009.

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Aparato CoaguChek XS kit</u>	<u>588.5</u>
TOTAL	<u>588.5</u>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Hacia la certificación UNE-EN-ISO 9001:2008 EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAÑÉN

### 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 GRAÑÉN

Sector de SALUD: HUESCA

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

Correo electrónico:

Lhijos@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974390176

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Ana Mendoza Escuer	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Angel Castellanos de Mur	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Carmen Campos Avellana	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Carmen Figueras Ara	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Domingo Ara Laúna	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Fernando Yera Uriarte	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Fernando Aranguren Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Inmaculada Abadía Corvinos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Javier Arizón Usieto	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Lorenzo Rubio Buisán	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Mª Angeles Carilla Penón	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Mª Dolores Ledesma Romano	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Mª Jesús Andrés Soler	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Manuel Giménez Sender	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Maria Muro Ruspira	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Mariano Muniesa Abadía	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Marta Arnaz de Hoyos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Nieves Sarto Sieso	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Olga Ordás Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Raquel Martínez Sánchez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Rosa Broto Bernués	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Soledad Isasi de Isasmendi Pérez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Vanesa Piquero Bernad	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Virginia Gómez Barrera	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN
Virginia Torres Macías	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑÉN

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

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

Desde hace 2 ó 3 años se ha colaborado con los servicios centrales del SALUD en las actividades realizadas y encaminadas a la acreditación ISO 9001:2000. También hemos realizado distintos proyectos durante este tiempo. En este año que se va a realizar la implantación de dicho sistema se han unificado las líneas de mejora abordadas en los proyectos anteriores introduciéndonos en la norma ISO 9001.

En estos momentos ya se han realizado las actividades relativas al diagnóstico inicial, desarrollando el sistema mediante la elaboración de la documentación necesaria. En todo momento, se han seguido las pautas marcadas por la Consultora del SALUD.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.**

Como objetivo general nos planteamos superar la Auditoría de Certificación para obtener la Marca de Calidad ISO 9001:2008. Nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

- Elaborar la documentación utilizando como punto de partida los documentos de trabajo que se están utilizando hasta este momento, modificándolos lo menos posible, siempre que se adapten a la norma.
- Realizar Instrucciones Técnicas o de Trabajo, en las que quede definido el sistema.
- Implantar los documentos elaborados.
- Realizar auditoría interna del sistema.
- Realizar auditoría de certificación.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.

Actividad	Responsable
Formación EAP en ISO	Responsable de calidad
Realización de documentación (por ejemplo, stock de material, instrucciones de trabajo...)	Grupos de trabajo específicos
Revisar la documentación existente	EAP
Identificar las instrucciones técnicas necesarias.	EAP
Unificar los registros.	EAP
Implantar los documentos del sistema	EAP
Incidencias y no conformidades	Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos/EAP
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.	Responsable de calidad/Coordinador EAP/Propietarios procedimientos
Realización de auditoría interna.	Responsable de calidad/consultora
Realización de auditoría de Calidad para la certificación.	Responsable de calidad/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 (2009)</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.

La realización de ambas auditorías con la identificación de incidencias y no conformidades serán en sí mismas las evidencias de la realización de este proyecto. Los indicadores se determinarán y monitorizarán en cada uno de los procedimientos según se vayan realizando e instaurando.

### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Se seguirá el calendario marcado por la Consultora contratada por los servicios centrales del SALUD.

Actividad	Fecha realización
Formación EAP en ISO	Enero 2009
Realización de documentación (por ejemplo, stock de material, instrucciones de trabajo...)	Marzo 2009
Revisar la documentación existente	Marzo 2009
Identificar las instrucciones técnicas necesarias.	Marzo 2009
Unificar los registros.	Marzo 2009
Implantar los documentos del sistema	Abril 2009
Incidencias y no conformidades	Abril 2009
Resolución de las no-conformidades mediante medidas correctivas y preventivas.	Abril 2009
Realización de auditoría interna.	Junio 2009
Realización de auditoría de Calidad para la certificación.	Julio 2009

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Acceso puerta minusválidos/carritos de Bebé</i>	3000
<i>Modificación en almacenes: residuos sanitarios.</i>	1000
<i>Rotulación almacenes/dependencias/estanterías</i>	500
<i>Formación/Libros</i>	1500
<i>Otros déficits estructurales</i>	1000
<i>Asistencia a Congreso SECA</i>	1000
<b>TOTAL</b>	<b>8000</b>

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE OBESIDAD INFANTIL EN EL CENTRO DE SALUD MONEGROS
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos PILAR GOMEZ GIL
Profesión PEDIATRA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) C. S MONEGROS
Sector de SALUD: HUESCA
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: mpgomezg@salud.aragon
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974571027

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1.- M. TERESA PARALED CAMPOS	DUE	C. S MONEGROS
2.- SALOMÉ PILARCES VIRGILI	AUX. CLINICA	C. S MONEGROS
3.- M <sup>a</sup> VICTORIA SERRANO	AUX. ADM	C.S. MONEGROS

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
La 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.
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%).
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:
<b>POBLACIÓN DE 6-7 AÑOS</b>
1985: 21% DE VARONES Y 25% DE MUJERES
1995: 34% DE VARONES Y 36% DE MUJERES
<b>POBLACIÓN DE 10 –14 AÑOS:</b>
1985: 13% DE VARONES Y 16 % DE MUJERES
1995: 21% DE VARONES Y 21% DE MUJERES

Esto dio paso a un estudio de prevalencia de obesidad de la población infantil a través de la Red Centinela de Aragón en el año 2006.

Los datos disponibles hasta la fecha son provisionales por lo que no se pueden obtener conclusiones fiables. Revelan que la prevalencia de obesidad infantil es baja en comparación con estudios anteriores realizados en Aragón y en España, si bien existe una sensibilización general de la obesidad como problema de salud en las familias de los niños.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

#### **ACTIVIDADES**

1. Elaboración del programa de obesidad.
2. Elaboración de la base de datos para la recogida de población diana.
3. En Mayo de 08 se presentó el programa al EAP en una sesión clínica.
4. Solicitud, a los servicios sociales, información sobre la oferta de actividades físico-deportivas para niños de la ZBS programadas para el curso 2008/09.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1.- Captar el 70% de los niños obesos de la ZBS Monegros en las revisiones periódicas de niño sano.

2.- Hacer la valoración primaria al 50% de los niños incluidos en el programa.

3.- Que el 50% de los niños incluidos en el programa están realizando de forma continúa un deporte o ejercicio físico.

4.- Que al 50 % de los niños incluidos en programa, tengan recogida la encuesta dietética semanal.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Incluir a los niños, revisados en el programa del niño sano, con un IMC > P90 en el programa de obesidad infantil.

Responsable: Teresa Paraled Campos (DUE de pediatría)

2. Registrar en el programa OMI-AP el episodio de obesidad para posterior seguimiento.

Responsable: Pilar Gómez Gil (Pediatria)

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.

Resposable: Salomé Pilarcés Virgili (AUX. CLINICA)

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

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)
6. Acudir a cursos o congresos formativos para la formación en obesidad infantil  
Responsable: Pilar Gómez Gil (pediatra)

- 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 niños captados con IMC < P90 de la ZBS Monegros  
Población diana
- 2.- Haber impartido en los cursos de 4º de Primaria una charla sobre alimentación saludable.

- 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**  
Indicar el calendario de las actividades previstas
- SEPTIEMBRE 2009: Solicitar a los servicios sociales información sobre la oferta de actividades físico-deportivas para niños entre 4 y 14 años en la ZBS Monegros.
- JUNIO- 09: Hacer un corte de evaluación para conocer el nº de niños incluidos en el programa.
- JUNIO-09: Asistir al Congreso Nacional de Pediatría en Zaragoza.
- DICIEMBRE -09: Evaluar los indicadores.

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

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
MATERIAL DE IMPRENTA (fotocopias, cartuchos de impresoras,...)	300 €
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	200 €
INSCRIPCIÓN AL CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA EN ZARAGOZA (2 personas: Pilar Gómez Gil, Mª Teresa Paraled)	900 €
TOTAL	1400€

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

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

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> Teresa Paraled Campos

Profesión

DUE

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

C.S MONEGROS (SARIÑENA)

Sector de SALUD:

HUESCA

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

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
1- Pilar Gómez Gil	pediatra	c.s Monegros
2- M <sup>a</sup> Jesús Ullod Borruel	DUE	c.s Monegros
3- Yolanda Gazol Périz	DUE	c.s Monegros
4- M <sup>a</sup> Victoria Serrano	Aux Adm	c.s Monegros
5- Salomé Pilarcés Virgili	Aux clínica	c.s Monegros
6- Ramón Boria Avellanas	Medico	c.s Monegros
7 -Estela López Pano	DUE	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...

1.- Durante los últimos 6 años, la ZBS Monegros, presenta un aumento de la población infantil, no sólo por aumento de la natalidad, sino también por la inmigración. Consideramos importante el tratar de controlar el estado inmunitario de este sector de población.

2.- La escasa cobertura de la vacunación antigripal, sobre todo en los menores de 65 años, no llegando a los objetivos propuestos por la Gerencia del sector de Huesca.

3.- La necesidad de actualización ante las modificaciones del calendario del vacunación propuesto por el Servicio de Sanidad del Gobierno de Aragón.

4.- Se pretende mejorar el registro de vacunación del adulto.

5.- Existe una falta de concienciación, por parte del EAP, sobre la necesidad de trabajar con ciclos de mejora

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**ACTIVIDADES REALIZADAS:**

- 1.- Registro de la revisión de los calendarios infantiles, de niños entre 0 y 14 años con TIS nueva en la ZBS Monegros.
- 2.- Durante el mes de octubre de 2008, se insistió en la campaña de vacunación antigripal, aprovechando los documentos publicados por el Gobierno de Aragón y la predisposición de los medios de comunicación locales (Radio y periódicos).
- 3.- En el mes de Junio se elaboró un cartel informativo sobre la actualización de los calendarios de vacunación infantil y adulto, propuesto por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- 4.- Sesión clínica en el EAP sobre la actualización del calendario de vacunas.
- 5.- Taller teórico-práctico: "Trabajar en Atención Primaria con procesos de calidad"

**INDICADORES:**

- 1.-Nº de calendarios revisados en menores de 14 años con TIS nueva durante el año 2008: 42 calendarios
- 2.- Nº de vacunados de gripe < 65 años durante la campaña de VAG del año 2008: 323 vacunados

**RECURSOS UTILIZADOS:**

- 1.- Registro de la revisión de calendarios en programa Access de Windows 97.
- 2.- Documentación publicada por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón para informar sobre la vacunación antigripal.
- 3.- Medios de comunicación locales: Radio Monegros, Revistas locales (*Despertad y Quio*)

**ASPECTOS PENDIENTES:**

- 1.- Mejorar la cobertura de vacunación antigripal en menores de 65 años, hasta alcanzar el objetivo propuesto por la Gerencia del Sector de Huesca.
- 2.- Mejorar el registro de vacunación del adulto.
- 3.- Implicar al EAP en la necesidad de trabajar basados en ciclos de mejora de calidad.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1.- Alcanzar un 90% en la revisión de calendarios infantiles de niños con TIS nueva en la ZBS Monegros y que no sean recién nacidos.
- 2.- Alcanzar el objetivo, propuesto por la Gerencia del Sector de Huesca en el Contrato de Gestión de 2009, en vacunación antigripal en menores de 65 años.

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

3.- El registro en el programa OMI-AP del 80% de los calendarios de vacunación de los jóvenes nacidos en el año 1994.

3.- Alcanzar un 98% en cobertura de vacunación del Virus del Papiloma Humano en niñas de 14 años de la ZBS Monegros.

4.- Registrar el 80% de vacunación del adulto.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Continuar el registro de la revisión de calendarios en el programa elaborado para ello (Access en Windows 97)

2.- Registrar el calendario de vacunación, y actualizar si es preciso, en el programa OMI-AP de los niños con TIS nueva en nuestra ZBS Monegros

3.- Registrar en el programa OMI-AP al calendario de vacunación de los jóvenes nacidos en el año 94.

4.- Registrar las dosis administradas, a las niñas de 14 años de la vacuna del VPH en el programa OMI-AP.

5.- Registrar las vacunas que se administran a los adultos en el programa OMI-AP

6.- Realizar un curso- taller en el Centro de Salud sobre el trabajo en Atención Primaria con ciclos de mejora de calidad

#### 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 revisados de niños entre 0-14 años con TIS nueva en la ZBS Monegros durante el año 2009

Nº de TIS nuevas de niños de 0-14 años realizadas en la ZBS Monegros

2.- Nº de vacunas de HB de adulto enviadas por el servicio de Sanidad de Huesca

Nº de vacunas registradas en el programa OMI-AP

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

1.- DE ENERO- DICIEMBRE: Registro de revisión de calendarios.

2.- MAYO-09: Registro de la tercera dosis de la vacuna del VPH en niñas de 14 años.

3.- JUNIO-09: Corte de evaluación sobre el registro de las vacunas de HB administradas a los adultos.

4.- JUNIO-09: Realización del curso-taller sobre el trabajo en Atención Primaria con ciclos de mejora de calidad.

5.- OCTUBRE-09: Campaña de vacunación antigripal.

6.- DICIEMBRE- 09: Evaluación de indicadores propuestos.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
MATERIAL DE PAPELERIA	300 €
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	300 €
TOTAL	600 €

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

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></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>
---

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
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
Maria Pilar Collado Hernandez	MIR Pediatría	Hospital Clínico Universitario 'Lozano Blesa' Zaragoza

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></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</p>
---

desarrollarse ampliamente en diferentes aspectos y puntualizaciones):

- 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

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 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 educativas 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. Hostalóg 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**

### **RESULTADOS**

De un total de 159 niños analizados, 75 eran varones (47%) y 84 mujeres (53%). En el 80% de los casos (n=126) ambos progenitores eran de origen español y en el 20% (n=33) de los casos, o uno o bien ambos eran de origen extranjero. Dentro de éstos, el 4% (n=7) eran americanos, el 8% (n=13) del Magreb, el 5% (n=8) subsaharianos, el 1% (n=2) de Europa del Este y el 2% (n=3) del resto de Europa.

156 de los 159 fueron embarazos con control gestacional, mientras que los 3 restantes fueron embarazos no controlados. El número medio de visitas ginecológicas durante el embarazo fue de 8,5 visitas. El tipo de parto fue eutócico en 103 casos (65%), instrumentado en 15 casos (9%), y por cesárea en 41 de los casos (26%). La edad gestacional media fue de 39,0 semanas de gestación (DE  $\pm$  1,4). El peso al nacimiento medio fue de 3159,5g (DE  $\pm$  42,1). La longitud 49,5cm (DE  $\pm$  1,9). El perímetro cefálico de 34,4cm (DE  $\pm$  1,4). La media de horas de vida al alta hospitalaria fue de 92,2 horas con un peso al alta de 2999g (DE  $\pm$  394,9).

La mayor parte de los recién nacidos (77%) recibían lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria y el resto se repartía prácticamente por igual entre lactancia mixta (12%) y lactancia artificial (11%). Por tanto, un 89% de los recién nacidos recibían lactancia materna al alta hospitalaria.

En cuanto a las características de peso y talla del padre y de la madre (antes del embarazo), el peso medio de los padres era de 80,6Kg y de las madres de 59,9Kg. La talla media de los padres era de 175cm y de las madres de 162,4cm. Del total de madres, 133 eran no fumadoras (83,6%) y 26 fumadoras (16,4%). Entre éstas últimas, 12 fumaron menos de 5 cigarrillos/día durante el embarazo, 11 fumaron de 6 a 10 cigarrillos/día y 3 de ellas más de 10 cigarrillos/día. Evaluando el nivel de estudios materno, un 3% del total no tiene estudios, un 31% estudios primarios, el 32% secundarios y el 34% estudios superiores. De las 159 madres, 92 trabajan fuera de casa (57,8%), con una media de horas de trabajo antes del parto de 6,3 horas/día y 5 horas/día tras el parto. De las 82 madres que tenían algún hijo anterior, 75 había dado

lactancia materna a alguno de ellos.

En cuanto al momento de la toma de decisión de dar lactancia materna, la mayor parte de las madres (79,3%) lo decidieron antes del embarazo, un 13,7% durante el embarazo y un 7% tras el parto. El 39,6% de las madres valora como “suficiente” la información adquirida sobre lactancia, frente a un 17% que dice no haber recibido ningún tipo de información, y sólo el 27,9% dice haber recibido mucha información. En cuanto a la información sobre lactancia recibida por parte del personal sanitario, 71 (46,4%) mujeres refieren que fue “suficiente”, sin embargo 33 (21,5%) refieren que no recibieron ningún tipo de información por parte del personal sanitario.

Los motivos que dan las madres para dar lactancia materna a sus hijos son: mejor alimento para el recién nacido (n=126), aumenta el contacto madre-hijo (n=34), comodidad (n=9) y por consejo de otras personas (n=5). 86 de las mujeres preveían dar lactancia materna durante más de 6 meses y, dentro de ellas, 45 lo pensaban hacer durante más de un año. 25 de las madres refirieron presión sanitaria para dar lactancia materna.

La duración media de la lactancia materna fue de 6,7 meses (DE  $\pm$  5,7). Al alta, el 90,5% de los recién nacidos reciben lactancia materna. A los 3 meses el 61,8% la mantiene, el 40,8 % a los 6 meses, el 15,1 % a los 12 meses y el 8,1 % a los 18 meses.

En la mayor parte de los casos (n=91) la decisión del destete fue tomada por la madre, seguida por causas del bebé (n=54). La razón que más repiten las madres para justificar el abandono de la lactancia materna es que “el niño no come lo suficiente” (N=41), seguido del trabajo materno (N=37) e hipogalactia (N=30). El resto de causas son: escasa ganancia ponderal (N=15), enfermedad que afecta a la madre o el hijo (N=8), la madre no quiere dar pecho (N=8), pérdida de peso del niño (N=5), mala técnica, mastitis o grietas en pezones (N=3) y otras (N=10).

La ganancia de peso a los 3, 6 y 18 meses en los niños fue superior a la de las niñas ( $p < 0,05$  a los 3 y 6 meses).

Se realizan correlaciones entre la ganancia de peso a los 3, 6 y 18 meses y la duración de la lactancia materna, peso al nacimiento, antropometría de los padres y edad de inicio de la guardería. Existe correlación estadísticamente significativa entre la ganancia de peso a los 3 meses y la duración de la lactancia materna ( $r = 0,17$ ,  $p = 0,03$ ), la ganancia de peso a los 6 meses y el peso del padre ( $r = 0,16$ ,  $p = 0,03$ ) y la ganancia de peso a los 6 meses y la talla del padre ( $r = 0,15$ ,  $p = 0,03$ ). El resto de variables estudiadas no mostraron correlaciones estadísticamente significativas.

La ganancia de peso a los 3, 6 y 18 meses en función de la duración de la lactancia materna ( $\leq 2$  meses frente a  $\geq 3$  meses) fue mayor en aquellos en los que la lactancia materna había durado 3 meses o más, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Se analizaron los valores de los percentiles 3, 50 y 97 para cada parámetro de peso y longitud en niños y niñas según los distintos estándares (OMS, Euro-growth, Sobradillo T, Sobradillo L, Ferrández y Carrascosa-Ferrández), incluyendo los valores obtenidos en el presente estudio. A este respecto, los datos de nuestro estudio se asemejan al resto de los obtenidos a partir de poblaciones de muestras españolas, especialmente en los percentiles de longitud y difieren, sobre todo en el percentil 3 de peso, de los datos de la OMS.

### **CONCLUSIONES**

1. Aunque las tasas de mantenimiento de lactancia materna son mayores que las obtenidas en otros estudios, siendo del 62% a los 3 meses, del 40% a los 6 meses, del 15% a los 12 meses y del 8% a los 18 meses de edad, están lejos de las recomendaciones dadas por la OMS para el mantenimiento de la lactancia materna en nuestro medio.
2. El principal motivo que dan las madres para el abandono de la lactancia materna es la sensación de que su hijo no come lo suficiente, seguido de la vuelta al trabajo materno e hipogalactia.
3. Los niños ganan significativamente más peso que las niñas durante los 6 primeros meses de vida.
4. La mayor ganancia de peso a los 3 meses de edad se asocia con un mayor tiempo de mantenimiento de la lactancia materna.
5. Se observa una asociación directa entre la ganancia de peso durante los primeros meses de la vida y la talla y el peso paterno.
6. El patrón de crecimiento postnatal de los niños de nuestro medio se asemeja globalmente a los estándares publicados a partir de poblaciones de niños españoles, aunque podemos encontrar diferencias con alguno de ellos, especialmente en valores extremos como el percentil 3 o el 97.

### **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<sup>er</sup>-4º 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<sup>er</sup>-4º 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.

- Maria 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 inspección por las Autoridades Sanitarias.

## Anexo I. Variables del estudio

### **DATOS DEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS Y PERINATALES:**

Fecha de nacimiento:                      Sexo:

País de origen del padre:

País de origen de la madre:

Estado civil madre:

Localidad donde habita:

Edad gestacional                      Tipo de parto:

Incidencias neonatales:

Test de Apgar:

Control gestacional (si/no):

Nº de visitas ginecológicas:

Número de hijos (incluido el actual):

Antecedentes maternos o del niño que contraindiquen o dificulten la LM:

Peso RN:

Longitud RN:

Perímetro craneal RN:

Horas de vida al alta hospitalaria:

Peso al alta hospitalaria:

Alimentación al alta hospitalaria (materna, mixta o sólo fórmula):

Días de vida en el momento de la primera consulta en centro de salud:

Último peso materno antes del parto:

Ganancia de peso materno durante el embarazo:

Talla madre:

Peso padre:

Talla padre:

Fumó durante el embarazo:

Nº de cigarrillos/día:

Estudios madre:

Profesión madre:

Estudios padre:

Profesión padre:

Madre trabaja fuera del domicilio:

Tipo de contrato laboral a) autónomo

b) cuenta ajena: fijo, eventual, parcial

c) turnicidad: fijo rodado

d) jornada entera / media / reducida

e) jornada intensiva / partida (mañana y tarde)

Horas de trabajo diarias antes del parto/embarazo:

Horas de trabajo diarias tras baja maternal:

### **ENCUESTA MATERNA SOBRE LACTANCIA**

- Tipo lactancia hijos anteriores: materna artificial mixta

Durante cuanto tiempo: .....meses

- Lactancia materna: padre si no madre si no

- Momento toma decisión LM: antes embarazo durante embarazo después parto

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

### **SEGUIMIENTO**

- Lactancia materna exclusiva 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?
- Motivo del abandono de la lactancia materna (se pueden marcar varias)
  - 1= Trabajo
  - 2= Enfermedad madre/hijo
  - 3= El niño no quiere
  - 4= La madre no quiere
  - 5= Escasa ganancia ponderal
  - 6= Se queda con hambre
  - 7= Perdía peso
  - 8= Hipogalactia/escasa secreción
  - 9= Problemas lactancia (grietas, mastitis, técnica, ...)
  - 10 = Otras (especificar)

- Tipo de leche que toma a los 18 meses (pecho, continuación, crecimiento, entera, descremada)

- Edad de introducción de los siguientes alimentos: Cereales sin gluten Fruta:

Verduras: Carne: Cereales con gluten: Pescado:

Huevo: Yogur: Legumbre: Trocitos de comida:

- ¿Acude a la guardería?

¿Desde que edad?

¿Cuántas horas diarias?

### **ANTROPOMETRÍA**

15 DÍAS	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
1 MES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
2 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
3 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
4 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
5 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
6 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
9 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
12 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
15 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos
18 MESES	Peso	Longitud	PC	Pliegues cutáneos

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>
-------	---

<b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las 15 definitivas previstas	
Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: Primera fase marzo 2009.
<p>Calendario:</p> <p>Tal y como se ha detallado en los objetivos principales y diseño del trabajo, además de la valoración epidemiológica de las variables expuestas en el Anexo I, se pretende desarrollar una propuesta de intervención básica de apoyo a la LM. El periodo temporal que abarca la programación es el de un año natural. De esta manera, la evaluación de los resultados hará referencia a dichos objetivos (incluyen el estudio epidemiológico y el desarrollo de la intervención poblacional), dejando para el siguiente año natural la valoración definitiva de los cambios sobre prevalencia de LM en el grupo intervención. La programación expuesta y el diseño del presente proyecto forman parte de un estudio global de 3 años de duración, momento en el que quedará definitivamente valorado el estudio experimental.</p> <p>En este momento febrero 2009, se han recogido las variables del grupo control. Los resultados figuran en el apartado 5.</p> <p>Desde marzo del 2008 se ha iniciado la recogida de datos del grupo intervención (recién nacidos que han acudido a la consulta de lactancia materna de marzo del 2008 hasta marzo del 2009). El seguimiento y la recogida de datos para la valoración de la intervención abarca 18 meses. Finalizando la recogida de los datos del último niño, incluido en el grupo intervención, en septiembre del 2011. Momento en el que procederemos a la valoración de la intervención respecto al grupo control.</p>	



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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>Desarrollo e implantación de un protocolo de actuación con la población adolescente en un EAP</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos <b>ROSA GIMENO</b>
Profesión <b>DUE</b>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) <b>EAP PERPETUO SOCORRO</b>
Sector de SALUD: <b>Huesca</b>
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: <b>mrgimeno@salud.aragon.es</b>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: <b>974 225 450</b>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>Adoración Más</b>	<b>Médico de familia</b>	<b>EAP Perpetuo Socorro. Sector Huesca</b>
<b>Fernando Grimal Aliacar</b>	<b>Médico de familia. Técnico de Salud</b>	<b>DAP Sector Huesca</b>

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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 adolescencia es un momento crítico a nivel fisiológico, emocional y cognitivo en la vida de las personas. Durante estos años acontecen cambios y se toman decisiones que pueden trascender durante una gran parte o la totalidad de la vida del individuo, sin embargo tras los 14 años no existe en el centro un protocolo del adolescente que pueda servir como seguimiento de revisiones periódicas o herramienta de abordaje o investigación de posibles problemas tanto en la esfera biológica como psicológica o social y que tenga en cuenta las necesidades de los sujetos a esta edad y los problemas con los que más frecuentemente nos podemos encontrar.</p> <p>En contraste con décadas anteriores, la morbimortalidad del adolescente es resultado, fundamentalmente, de comportamientos de riesgo para la salud iniciados en esta etapa. La identificación e intervención precoz pueden evitar consecuencias indeseables para la salud, como lesiones y muertes relacionadas con accidentes (en los que las bebidas alcohólicas y otras drogas desempeñan un papel importante) enfermedades de transmisión sexual o tentativas de suicidio, entre otras</p> <p>Todo lo expuesto hace que éste sea uno de los grupos de edad donde las actividades preventivas pueden ser más rentables, si estas son apropiadas para esa edad, sin dejar de tener en cuenta las diferencias individuales y socioculturales.</p> <p>El profesional que trabaja con el adolescente ha de tener unas condiciones básicas, como una predisposición personal (interés, respeto, afecto), habilidades de entrevista,..</p>

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Formar y responsabilizar a los adolescentes para que adquieran los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la propia salud con estilos de vida saludables
2. Ayudarlos a desarrollar aquellas habilidades que se necesitan para evitar conductas de riesgo o evitar sus posibles consecuencias
3. Ofrecerles asesoramiento, sobre todo en situaciones de riesgo
4. Facilitar el acceso a los servicios de salud
5. Atención precoz a problemas de salud relacionados principalmente con:
  - Salud psicosocial
  - Salud afectivo-sexual
  - Consumo de drogas alcohol y tabaco
  - Alimentación

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración del protocolo

Aplicación del protocolo

Desarrollo de técnicas de entrevista don adolescente.

Extracción de datos sobre las actividades preventivas realizadas en el EAP (según los grupos de expertos del PAPPS y últimos consensos) sobre las siguientes materias:

Salud bucodental.

Detección y registro de los principales riesgos para accidentes domésticos y de vehículos

Tabaquismo

Alcohol y otras drogas

Protección solar

Prevención cardiovascular

Embarazo e infecciones de transmisión

Actividad física

Trastornos de la conducta alimentaría

Abordaje familiar y psicosocial en la crisis de desarrollo de las “familias con adolescentes”

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

#### **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 protocolo: SI/NO

Nº de intervenciones según protocolo realizadas en el EAP/nº total de atenciones al adolescente

Nº de casos de riesgo detectados en entrevista con adolescente

Nº de casos que requieren seguimiento en el EAP.

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Protocolo elaborado y difundido: Junio 2009

Medición de indicadores cada semestre.

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<b>Impresión de protocolo y difusión</b>	<b>1500</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1500</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p style="text-align: center;">Seguimiento y medición de resultados postimplantación del <i>Protocolo de estandarización de medidas higiénicas para el sondaje urinario en domicilio</i> en el Sector Huesca.</p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos <b>LORENA MAIRAL SALINAS</b></p> <p>Profesión <b>DUE</b></p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) <b>EAP PIRINEOS</b></p> <p>Sector de SALUD: <b>Huesca</b></p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. <b>ENFERMERA ENLACE DEL SECTOR HUESCA</b></p> <p>Correo electrónico: <b>lmairal@salud.aragon.es</b></p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: <b>974 221 922</b></p>
--

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>Adoración Más</b>	<b>Médico de familia</b>	<b>EAP P. Socorro. Sector Huesca</b>
<b>Rosa Gimeno</b>	<b>DUE</b>	<b>EAP P. Socorro. Sector Huesca.</b>
<b>Isabel García</b>	<b>DUE</b>	<b>EAP Huesca Rural. Sector Huesca</b>
<b>Fernando Grimal Aliacar</b>	<b>Médico de familia. Técnico de Salud</b>	<b>DAP Sector Huesca</b>

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></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 importancia de la estandarización de las medidas higiénicas para el sondaje urinario en domicilio, supone fundamentalmente evitar la principal complicación del mismo: la infección del tracto urinario.</p> <p>Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las infecciones adquiridas en la comunidad más comunes en los ancianos. Las ITU son, tras las respiratorias, las segundas infecciones más frecuentes en ancianos sanos que viven en la comunidad. En los pacientes geriátricos, la ITU con frecuencia tiene una presentación clínica atípica, una mayor prevalencia de comorbilidades y un riesgo aumentado de interacción entre fármacos y entre enfermedades.</p> <p>Los ancianos institucionalizados es más probable que estén sondados, presenten anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario u otras comorbilidades (diabetes mellitus) que predisponen a ITU, con respecto a los ancianos no institucionalizados. Además, existe un mayor riesgo de infección por patógenos clásicamente considerados nosocomiales (probablemente relacionado con los tratamientos antibióticos repetitivos) y de bacteriemia y otras complicaciones sépticas asociadas a la ITU.</p> <p><b>El sondaje o cateterismo vesical es una técnica que consiste en la introducción de una sonda</b></p>
---

**por la uretra hasta la vejiga urinaria.** Puede ser de forma intermitente, temporal o permanente.

El sondaje vesical de pacientes es una práctica habitual en atención primaria de salud, tanto en domicilio como en centros de asistidos y residencias geriátricas.

En este sentido, parece aconsejable introducir unos estándares de actuación que permitan garantizar que dicha práctica se realiza de forma idónea, tanto desde la perspectiva urológica, como garantizando el cumplimiento de unos estándares uniformes de higiene del procedimiento.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mejorar, unificar y normalizar la técnica para la práctica del sondaje urinario en domicilio.

Disminuir el número de infecciones urinarias en pacientes con sondaje vesical.

Disminuir el número de sondajes vesicales sin indicación clínica basada en la evidencia (inadecuación).

Disminuir el consumo de antibióticos tanto de profilaxis y tratamiento por infección urinaria tras sondaje.

Mejorar la calidad de vida del paciente sondado.

Mejorar la actuación del cuidador principal.

Mejorar los resultados tras la implantación del protocolo.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Evaluación periódica de la forma en que el paciente realiza los autocuidados de la sonda y de la posible aparición de complicaciones y señales de alarma.

Educación del paciente y su familia será fundamental para el control aconsejado.

Estandarización de las medidas higiénicas para uniformizar dicha práctica. De esta manera se pretenden evitar los sondajes inadecuados y disminuir el número de las complicaciones generales del sondaje (obstrucción, rebosamiento, infección...).

Nos planteamos la necesidad de conocer y unificar la técnica según la evidencia encontrada y nos preguntamos si estos cuidados se pueden aplicar en domicilio.

**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

**Proceso:**

1. Número de pacientes con práctica de sondaje urinario en domicilio-residencia / N° total de pacientes en programa domiciliario.
2. Número de pacientes con sondaje urinario en domicilio según protocolo (medidas higiénicas estandarizadas) / Número total de pacientes con sondaje vesical domiciliario.

**Resultado:**

1. Número de pacientes con alguna complicación en relación al sondaje urinario en domicilio / Número total de paciente sondados según protocolo.
2. Número de pacientes con sondaje urinario en domicilio con sobreinfección urinaria / Número total de pacientes sondados en domicilio según protocolo.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Medición post-implantación en Abril 2009.

Tabulación datos: mayo 2009

Presentación de datos y difusión: Junio 2009

Evaluación continua

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

<b>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</b>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<b>Material de imprenta y fotocopia</b>	<b>300</b>
<b>1 Inscripción congreso nacional de calidad</b>	<b>600</b>
<b>TOTAL</b>	<b>900</b>

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
**“Actualización y mejora del Banco de información de recursos sanitarios y sociosanitarios de nuestro ámbito”**

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**  
Nombre y apellidos  
**Angel Luis Arricivita Amo**  
Profesión  
**Trabajador social**  
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  
**EAP Santo Grial**  
Sector de SALUD:  
**Huesca**  
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.  
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
<b>Marisa Juan Germán</b>	<b>Trabajadora Social</b>	<b>EAP Pirineos. Sector Huesca</b>
<b>Fernando Grimal Aliacar</b>	<b>Médico de familia. Técnico de Salud</b>	<b>DAP Sector Huesca</b>
<b>Jose A. Zamora</b>	<b>Jefe del Servicio Informática</b>	<b>Sector Huesca</b>
<b>Carlos Calvo Vila</b>	<b>Subdirector de Suministros y Asesoría jurídica.</b>	<b>Sector Huesca</b>
<b>Elena Pérez Turrau</b>	<b>Trabajadora Social</b>	<b>EAP Jaca. Sector Huesca</b>

**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 y sanitarios de los que dispone el profesional para mejorar su actuación y práctica diaria con el usuario. Así como herramienta de utilidad para los servicios sociosanitarios y sanitarios y de atención al paciente.**

**De esta manera estamos siguiendo la estrategia número once del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: “Utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos”- Con el fin de generalizar el uso de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario para mejorar la atención a pacientes y a ciudadanos, se promoverá su uso desde los niveles más básicos de asistencia hasta las estructuras y dispositivos de mayor complejidad.**

En este marco, resulta de gran utilidad disponer de un Banco de información de recursos sociosanitarios y sanitarios, que se convierta en una herramienta accesible para el profesional y eficaz para la correcta información del usuario del Sistema Aragonés de Salud.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

##### **Actividades realizadas:**

**Cinco reuniones del equipo de mejora.**

**Elaboración de la herramienta informática necesaria.**

**Realización de los diferentes modelos de ficha de recurso.**

**Estructuración por temas de interés del banco de información.**

**Difusión a los EAP en: Comisión Técnico Asistencial, correo electrónico corporativo, reuniones del equipo de calidad de Atención Primaria–Sector Huesca, difusión en EAP Santo Grial.**

##### **Resultados alcanzados:**

**Actualmente existen 150 recursos diferentes disponibles alojados en la red para el profesional del Sector Huesca.**

#### 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, permanente, rápida, objetiva y accesible de recursos sociosanitarios y sanitarios.**
- **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

- **Detección, recopilación y actualización continua del banco de recursos según criterios de inclusión de forma periódica.**

- Continuar con la difusión del proyecto en los EAP, y nos planteamos otros centros del sector (ESAD, salud mental,..), del Salud (Consejería de salud, Dirección de atención al usuario, 061,...), IASS, etc.
- Recopilación de datos de acceso y actividad de la herramienta.
- Informe anual de uso y nuevas necesidades.
- Díptico de presentación y uso del banco de recursos.

#### 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 nuevos recursos incorporados.**
- Nº de recursos actualizados.**
- Nº de consultas realizadas al banco de datos**
- Cuantificación de los recursos más buscados**
- Nº de actividades de difusión**

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- **Recopilación y actualización continuada de los recursos a incluir en el banco.**
- **Medición de indicadores de forma semestral.**
- **Elaboración de informe final de resultados.**

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<b>Dípticos informativos</b>	<b>600</b>
<b>2 suscripciones al Congreso Nacional de Trabajo Social y Salud.</b>	<b>800</b>
<b>Actividad de una persona administrativa a tiempo parcial</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>1400</b>

Angel Luis Arricivita Amo

Huesca, a 18 Febrero de 2009

Firmado

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1. - TÍTULO</b> PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA RECEPCIÓN Y ENTREGA DE RECETAS DE TRATAMIENTOS CRÓNICOS
--

<b>2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos LOURDES DUASO ALLUE
Profesión AUX-ADMINISTRATIVA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) Centro de Salud Santo Grial
Sector de SALUD: Huesca
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: lduaso@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974-244122 ADMISION

<b>3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 M <sup>a</sup> JOSE SANTOLARIA USIETO	Aux. admin.	Centro Salud Santo Grial
2 RAMON CAMPOS REIG	médico	

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

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

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

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

**8. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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. Disminuir a un 10% el número de bolsas en mal estado.
2. Disminuir en un 30% la frecuencia con que el paciente demanda recetas de forma injustificada
3. Un 10% de los pacientes del cupo médico que utiliza lotes recibirán la prescripción de esta forma.
4. A menos, un cupo médico trabajará la entrega de recetas por lotes.

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

#### **9. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

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



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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

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

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos: María Elfau Mairal Profesión: Farmacéutica de Atención Primaria Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Dirección Atención Primaria Sector de SALUD: Huesca En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Correo electrónico: melfau@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo:974 247249
--

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
2. Daniel Escribano Pardo	Médico	Centro salud Perpetuo Socorro (Huesca)
3. Divina Doste	Pediatra	Centro salud Santo Grial (Huesca)
4. Ana Calvo	Enfermera	Centro salud Santo Grial (Huesca)
5. Victoria Ramírez Alesón	Médico	Directora Atención Primaria sector Huesca.
6 Fernando Grimal Aliacar	Técnico de salud	Dirección Atención Primaria 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...

El aumento en la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que están influyendo en el hecho de que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud .

Los ancianos son una población especialmente vulnerable, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones.

Conforme se van añadiendo fármacos al esquema terapéutico, con diferentes dosis y momentos de administración, con recomendaciones específicas para tomarlos con / sin alimentos, va siendo más probable que aparezcan olvidos o confusiones en la toma de los medicamentos.

Uno de los problemas más importantes es la falta de adherencia al tratamiento, sobre todo en patologías crónicas donde se estima que el cumplimiento terapéutico se sitúa entorno al 30-50%. La falta de adherencia se considera un problema relacionado con medicamentos con entidad propia estando considerado por la OMS como un tema prioritario de salud pública.

La polimedicación favorece la aparición de RAM e interacciones medicamentosas. En una reciente revisión de resultados de salud en ancianos, se observó que la polimedicación es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. Algunos autores han indicado que cuando se utilizan 10 medicamentos el riesgo de sufrir una RAM llega casi al 100%. También se estima que entre un 5-17% de los ingresos hospitalarios en ancianos son debidos a problemas relacionados con el uso de medicamentos.

El Sistema Nacional de Salud Británico ha incluido en su cartera de servicios la revisión anual de tratamientos en los pacientes con más de 75 años, siendo al menos semestral cuando toman cuatro o más medicamentos.

El seguimiento farmacoterapéutico viene recogido en la Resolución del Consejo de Europa del año 2001, como un elemento esencial de prevención y limitación de los riesgos iatrogénicos .

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

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la Seguridad del Medicamento en el paciente polimedcado mediante la detección y resolución de incidentes relacionados con la utilización de medicamentos (duplicidades, reacciones adversas, interacciones farmacológicas).
- Mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente.
- Mejorar la gestión de prescripciones en OMI-AP.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

### **METODOLOGÍA**

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

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

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

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

### **ACTIVIDADES**

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

-Iniciación del programa a través de consulta programada o a demanda del médico de familia o de enfermería. A los pacientes candidatos se les informa del programa y se les cita para una próxima visita a la que acudirá con toda la medicación que está tomando.

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

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

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

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

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

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

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

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

Indicadores:

1. Porcentaje de pacientes  $\geq 75$  años y que toma 6 ó más principios activos que tienen abierto el episodio correspondiente en OMI-AP (incluidos en el programa).
2. Porcentaje de pacientes incluidos en el programa con registro de valoración de adherencia al tratamiento farmacológico (test de Morisky).

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

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

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

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

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Formación para la implantación del programa</i>	1.000 €
<b>TOTAL</b>	1.000 €

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Elaboración del proceso "GESTIÓN PROGRAMA DE APOYO A INICIATIVAS DE CALIDAD EN SALUD EN EL SECTOR DE HUESCA"

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

FERNANDO GRIMAL ALIACAR

Profesión

MÉDICO

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

TÉCNICO DE SALUD DE A.P,

Correo electrónico:

Fgrimal@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 24 72 50

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Aurora Calvo Pardo	Médica, Coord. Calidad del Sector	Hospital Sdo. Corazón de Jesús
Juan Rodríguez García	FEA Preventiva, Coordinador Calidad	Hospital San Jorge
Carmen Tosat	Adjunta Dirección enfermería formación y calidad.	Hospital San Jorge

### 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 año 2008 se realiza una encuesta de seguimiento a los responsables de los proyectos de nuestro Sector incluidos en el Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en SALUD. En ella se objetiva que la mayor causa de insatisfacción con el programa se concentra en las dificultades en la financiación derivadas sobre todo de la gran variabilidad en la forma de solicitar recursos y de ser adjudicada, dependiendo de cada centro de gasto.

Por otra parte se percibe también algunas dificultades en la difusión tanto de la convocatoria como de la evaluación final, lo que ha ocasionado que grupos de mejora interesados no hayan presentado sus proyectos en plazo.

Por último falta una unidad de criterio en el momento de la selección aunque existe una planilla de priorización que sería necesario revisar y actualizar.

Se decide por parte de la Unidad de Calidad elaborar el proceso "GESTIÓN PROGRAMA DE APOYO A INICIATIVAS DE CALIDAD EN SALUD EN EL SECTOR DE HUESCA". Se identifican varios subprocesos que se pretende trabajar de forma particular:

- Subproceso Difusión
- Subproceso Priorización

- Subproceso Financiación
- Subproceso Apoyo y seguimiento
- Subproceso Evaluación

Aunque no se refleja en la encuesta, se hace llegar a la Unidad de Calidad la dificultad de los grupos de mejora para financiar su participación (inscripción y dietas) en los Congresos y Jornadas de Calidad para difundir los resultados de su trabajo.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

**Aumentar la eficiencia:** La Normalización del Proceso, facilitará la labor de la Unidad de calidad y de la gerencia en la gestión de los presupuestos. Asegurar que el presupuesto asignado se gestiona correctamente garantiza la inversión de recursos dirigida a proyectos que han pasado un sistema de evaluación y priorización externo. La valuación de Indicadores al finalizar el proyecto, nos asegura la monitorización de las acciones desarrolladas acorde a los objetivos planteados.

**Aumentar la satisfacción de los profesionales:** La Normalización del proceso eliminará las causas de insatisfacción de los participantes en el Programa de apoyo.

Promoviendo la participación en Jornadas y Congresos, de las personas implicadas en los proyectos priorizados para poder difundir los resultados de sus trabajos contribuimos a su motivación en la búsqueda de la calidad en su actividad diaria.

**Aumentar la satisfacción de los pacientes:** El desarrollo de los proyectos de mejora en nuestro Sector, repercutirá positivamente en la satisfacción de los pacientes ya que la mayoría de las iniciativas están dirigidas a la mejora de la satisfacción del paciente.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. **Normalizar** la difusión, priorización, selección, financiación, seguimiento y evaluación del Programa de Apoyo a las Iniciativas de calidad en SALUD.

Siguiendo la metodología de la gestión por procesos, se crea un grupo de mejora constituido por los miembros de la Unidad de Calidad del Sector de Huesca.

Se identificará misión, límites, clientes, medios y recursos necesarios.

Además de la identificación de los subprocesos, se elaborará el mapa correspondiente, las actividades a desarrollar así como sus responsables y se definirán indicadores de medida.

Como anexos figurarán:

- Planilla de Priorización
- Instrucciones para solicitar la financiación
- Encuesta de satisfacción con el Programa
- Modelo de memoria/evaluación final

2. **Monitorización** de los proyectos: Se introduce también en el proceso una encuesta de seguimiento (revisada y actualizada) que ya se viene realizando años anteriores.

3. **Difusión** de los resultados de los Proyectos: participación de los grupos de mejora en Jornadas y Congresos de Calidad. Será condición imprescindible que se presente una comunicación relacionada con la iniciativa de mejora de la calidad que se esté llevando a cabo y que esté incluida en el Programa de Apoyo. Se tendrá en cuenta las dificultades de financiación por otros mecanismos.

## 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Los indicadores definidos y que serán evaluados a fin del 2008 son:

### **1.- INDICADORES DE CALIDAD DE DIFUSIÓN:**

1.1 convocatoria difundida antes de 15 días de su publicación a:

- direcciones médicas de centro
- direcciones de enfermería
- coordinadores de centro de salud
- responsables de calidad de equipos
- coordinadores de calidad de servicios
- supervisores/as

### **2.- INDICADORES DE CALIDAD DE PRIORIZACIÓN**

2.1 proyectos priorizados y enviados al gerente al menos 3 días antes de la finalización del plazo

### **3.- INDICADORES DE CALIDAD DE COMUNICACIÓN/FINANCIACIÓN**

3.1. 100% de los proyectos seleccionados comunicados a su coordinador antes de 15 días

3.2. 100% de solicitudes de financiación presentadas en el servicio de contabilidad con respecto a los proyectos seleccionados

3.3 100% de los proyectos financiados con respecto al total de proyectos seleccionados

### **4.- INDICADORES DE CALIDAD DE APOYO Y SEGUIMIENTO**

4.1 informe recibido por parte de control de gestión respecto a solicitudes de financiación en plazo determinado

4.2 índice de respuesta a la encuesta de seguimiento en un plazo < 15 días

4.3 informe del análisis de la encuesta por parte de la unidad de calidad (si/no)

### **5.- INDICADORES DE CALIDAD DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS**

5.1 100% de informes de evaluación de cada proyecto antes de 15 días de su solicitud por parte de la unidad de calidad

5.2 emisión de informe final por parte de la unidad de calidad (si/no)

### **6.- INDICADORES DE CALIDAD DE DIFUSIÓN DE PROYECTOS:**

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>
-------	---

**6.1** % proyectos presentados (Póster/comunicación) / total Proyectos seleccionados.

**6.2** % proyectos premiados (Póster/comunicación) / total Proyectos seleccionados.

6.3 % errores en la financiación / total solicitudes financiación.

### 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: octubre 2008

Fecha de finalización: febrero 2010

Calendario:

Octubre 2008- enero 2009:

- encuesta de satisfacción con el Programa de Apoyo
- Análisis de la encuesta
- Definición del proceso

Febrero –marzo 2009:

- Elaboración de subprocesos
- Revisión de anexos (planilla de priorización, instrucciones para financiación)

Mayo 2009:

- Si el proyecto es admitido: definición de criterios para financiar asistencia a congresos

Enero 2010:

- Evaluación de indicadores
- Nueva encuesta de satisfacción con el Programa
- Elaboración de memoria final



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p><b>Valoración de enfermería del paciente crónico-dependiente institucionalizado en residencias ubicadas en la zona de salud de Centro de Salud Santo Grial.</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Seguimiento</b></p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos Maria Picontó Novales, Juana Ruiz Carcavilla, Elena Monzón Moreno.</p> <p>Profesión DUE</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Centro de Salud Santo Grial (Huesca)</p> <p>Sector de SALUD: Huesca</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico: emonzon salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 228109</p>
--

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alicia Garcia Lacasta		
Olga Ara Laliena		
Pilar Escartin Suelves		
Julia Buil Calvo		
Teresa Fernández Navascues		
Mercedes Montaner Molina		
Blanca Bescos Garcia		
Angel Luis Arricivita Amo.		

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></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>Comunicación deficitaria entre los responsables de las residencias y los profesionales sanitarios en relación con altas y bajas de residentes, así como ingresos y altas del Hospital .</p> <p>Formación insuficiente de las auxiliares en los cuidados básicos de personas inmovilizadas (prevención de úlceras por presión, caídas, nutrición....)</p> <p>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.</p>
--

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

Reuniones con los responsables de las residencias. Reuniones periódicas con enfermería y trabajador social. Elaborada una hoja de registro de constantes de los pacientes para el personal auxiliar de las residencias. Talleres formativos a las auxiliares de las residencias sobre movilizaciones de pacientes encamados, cuidados en diabéticos, prevención de úlceras, alimentación, ejercicio, demencias, higiene.

Resultados de los indicadores: Residencias conocidas 100%, 1ª visita enfermera 69,8%.  
Nº de charlas y sesiones impartidas = 4, reuniones = 11.

Causas favorables : Buena aceptación por profesionales y trabajadores de las residencias. Saber el nº de pacientes con grado de dependencia grave.

Causas desfavorables : No recoger el nº de pacientes conocidos respecto a las altas realizadas durante el curso del proyecto. No recoger las valoraciones de enfermería realizadas en el año.

Aspectos pendientes : Realizar la guía de apoyo de cuidados y realizar el poster.

Reforzar la educación y sensibilización en el proceso iniciado del Proyecto

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mejorar los resultados propuestos del año pasado reforzando la educación y sensibilización de los trabajadores de las residencias con sus directores incluidos y continuidad de los profesionales sanitarios en el cuidado y seguimiento de los internos en especial de los gran dependientes como se tiene organizado en el Proyecto.

**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.

Mantenimiento del protocolo de altas y bajas.

Recogida de la hoja de registro de constantes por la enfermera responsable de cada residencia / 3 meses.

Proporcionar folletos sobre cuidados básicos.

**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  
----- x100

Total de residentes nuevos

Nº de reuniones de enfermería /año.

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

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de Inicio Marzo 2009      Fecha de finalización Marzo 2010  
 Reunión de enfermería y comunicación al resto del EAP del proyecto Marzo  
 Taller de actualización de los temas tratados.

**10.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i><u>Días de sustitución para preparar las sesiones formativas</u></i> <i><u>1 día por c/componente del proyecto.</u></i>	<i><u>1díax11profesionales.</u></i>
TOTAL	

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  <b>PROYECTO MULTICENTRO:</b>          “Mejora en la documentación clínica de Terapia Ocupacional en el paciente psiquiátrico en el SALUD - HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUATRÍA”</p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>          Nombre y apellidos  <b>ELENA SANCHEZ MOYA</b></p>
<p>Profesión  <b>TERAPEUTA OCUPACIONAL</b></p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  <b>HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUATRÍA</b></p>
<p>Sector de SALUD:  <b>HUESCA</b></p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.  <b>HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUATRÍA</b></p>
<p>Correo electrónico:  <b>mesanchezm@salud.aragon.es</b></p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:  <b>974292029</b></p>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ARTURO BIERGE	A.T.S.	HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUATRÍA
2 BARBARA MOLES	PSIQUIATRA	HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUATRÍA
3 ELVIRA VENTURA	PSICÓLOGA	HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUATRÍA
4 INMACULADA ASCASO	T.SOCIAL	HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUATRÍA

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>          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>Se ha creado un grupo de trabajo formado por las Terapeutas Ocupacionales del SALUD que ejercen su profesión en Salud Mental, para detectar oportunidades de mejora en la intervención/tratamiento con el paciente psiquiátrico.          Este grupo ha considerado prioritario que el proyecto inicial vaya dirigido a la elaboración de un documento unificado sobre la Historia Ocupacional del paciente para incluirlo en la Historia Clínica, por los siguientes motivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En muchas unidades no existe la Historia Ocupacional del paciente.</li> <li>▪ En las unidades que utilizan este documento se ha observado que su contenido no sigue una terminología uniforme, ya que actualmente existen, entre los distintos profesionales, gran variedad de criterios e instrumentos, por lo que se ve necesario consensuar estas herramientas en un documento único.</li> <li>▪ Necesidad de contar con un único instrumento de recogida de datos en los servicios de Terapia Ocupacional para facilitar la comunicación entre profesionales, evitando así problemas de continuidad en los servicios.</li> <li>▪ Con la homogeneización del instrumento se contribuirá a la comprensión de las actuaciones del rol del Terapeuta Ocupacional por parte del resto de profesionales del equipo.</li> <li>▪ La necesidad de trabajar en equipo y difundir la información sobre nuestra intervención de forma ágil y coordinada.</li> </ul> <p>Aunque el grupo de trabajo ha esbozado las líneas generales de este documento para conseguir este objetivo, es necesario mantener reuniones periódicas para revisar y</p>
--

analizar diferentes fuentes de información como: Modelo de Ocupación Humana (Gary Kielhofner), recomendaciones de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional), documentos de recogida de datos utilizados hasta el momento en los diferentes servicios, etc., para unificar criterios y poner en marcha el proyecto.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Lograr homogeneidad en la valoración y recogida de datos en los servicios de Terapia Ocupacional.
2. Facilitar la información referente a la intervención de Terapia Ocupacional al resto de profesionales del equipo.
3. Introducir el documento elaborado en la historia clínica del paciente.
4. Detectar carencias/mejoras del documento para sentar las bases de futuras actuaciones conducentes a la unificación de criterios (protocolos, programas, actividades).

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las siguientes actividades se llevarán a cabo para conseguir la creación e implantación del documento unificado en las diferentes unidades de Salud Mental:

- Reuniones periódicas entre los Terapeutas Ocupacionales de los recursos de Salud Mental de las tres provincias. Dichas reuniones se convocarán y organizarán de forma rotatoria en los recursos de las tres provincias.
- Trabajo individual y por grupos en el intervalo entre reuniones, con comunicación vía mail y telefónica entre los distintos grupos.

#### **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 reuniones.
2. Creación del documento unificado.
3. Implantación del citado documento en las unidades de Salud Mental. Nº de servicios que han incorporado el documento a su práctica clínica.
4. Utilización del documento en las unidades de Salud Mental. Porcentaje de usuarios valorados con este documento en cada servicio.

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Se establecerá una periodicidad cuatrimestral para las reuniones en las diferentes provincias (marzo-julio-octubre).
- En la reunión de marzo se revisarán las líneas generales del documento existentes en la actualidad y se podrán aportar nuevas ideas y/o nueva información relevante para la elaboración del mismo.
- Se fijará como fecha límite de confección del documento la reunión del mes de julio.
- Los meses siguientes a la elaboración del documento se dedicarán a su incorporación a la práctica clínica y al seguimiento del proyecto, para poner en común y solventar en la reunión de octubre, los problemas que surjan para conseguir su implantación.
- Igualmente en la reunión de octubre se realizará una evaluación inicial de los indicadores mencionados, y se aportarán nuevas ideas de mejora, en función de los resultados de esta evaluación.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Material bibliográfico</i>	200
<i>Gastos de media dieta: 34,20 €/día x 3 reuniones hasta final de año</i>	$34,20 \times 3 = 102,6$
<i>Gastos de kilometraje: 0,19 €/km y por vehículo utilizado</i>	400
TOTAL	702,6

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**“Sesiones semanales de continuidad para la mejora en el abordaje de ansiedad y afrontamiento del estrés en pacientes con trastorno de ansiedad en el Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca”**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ARTURO BIARGE RUIZ

Profesión Enfermero

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

Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca

Sector de SALUD:

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

Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca.

“H. Sagrado Corazón de Jesús de Huesca”

Correo electrónico: [abiarge@salud.aragon.es](mailto:abiarge@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 29 20 29

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Elvira Ventura Rubio	Psicóloga	H.D.Psiqu.
2 Bárbara Molles Arcos	Psiquiatra	H.D.Psiqu.
3 Pilar Aused Lanau	Aux. Enfer.	H.D.Psiqu.
4 M <sup>a</sup> Antonia Carnicer Quiled	Aux. Enfer.	H.D.Psiqu.
5 Paloma Ayllon	Aux. Enfer.	H.D.Psiqu.
6		
7		

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El Hospital de Día de Psiquiatría pertenece al Servicio Aragonés de la Salud del G.A. y está ubicado en el edificio anexo del H. Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

Se creó el 1 de Junio de 1.999 tras ser trasladada la U.C.E. del Hospital Provincial al Hospital San Jorge (7º planta).

Más bien correspondió a una reestructuración de la plantilla que a una planificación global de los recursos de Salud Mental.

Se han ido produciendo profundos cambios en el dispositivo hasta el 1 de Marzo de 2.000 que quedó estructurado definitivamente. Para su estructuración definitiva se ha tenido en cuenta la guía de Hospitales de Día del antiguo INSALUD y el Plan Estratégico de Atención a La Salud Mental 2.002 – 2.010.

El horario de atención es desde las 9.00 horas hasta las 16.00 horas de Lunes a Viernes y donde se incluye la comida.

Actualmente tiene 15 plazas de atención continuada más otras 15 en condición de seguimiento de Apoyo, es decir de atención puntual o parcial.

El Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca es un recurso intermedio de hospitalización parcial con abordajes terapéuticos multidimensionales:

- psicofarmacológicos.
- psicoterapéuticos.
- rehabilitadores.

Cuyos pilares de funcionamiento son:

- trabajo en equipo interdisciplinar.
- participación coordinada de todos los profesionales.
- planes terapéuticos individualizados.
- sistema de tutorías.

Y objetivos Generales:

- Prestar atención integral a los enfermos mentales.
- Atención médica continuada a los enfermos que no precisen su ingreso en una unidad cerrada por tener un apoyo familiar o social de contención
- Ser paso intermedio terapéutico entre la U.C.E. y la comunidad en ambos sentido.
- Además es un dispositivo de apoyo a las familias.
- Permite un apoyo a las personas sin perder el contacto con el medio familiar.

Dentro de las actividades proponemos la continuación del Proyecto de Mejora del año anterior para dar continuidad al programa de intervención dirigido a aquellas personas que padecen de trastornos ansiosos con autonomía personal suficiente para vivir en la comunidad, con o sin apoyo familiar, y desplazarse al centro por sus propios medios y que participaron en el mismo el año pasado, dado la acogida y utilidad recogida según los criterios de los profesionales, medidos por los test de valoración test-retest Stai estado/rasgo, manifestada la utilidad por los propios pacientes, recogida en una encuesta de satisfacción y evidenciado por la contención ante otros posibles ingresos.

##### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

Se realizó todo el programa con 20 sesiones teórico prácticas de psicoeducación sobre estrés y control de la ansiedad y técnicas de afrontamiento, en grupo, en el Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca a la vez de aprendizaje de varios métodos de relajación según el cronograma.

Se elaboró un protocolo de actuación ante el paciente con trastorno ansioso y se dio a los pacientes junto con otro material (CD con música y técnicas de relajación...) para poner en práctica en su propio entorno.

Se ha mejorado los procesos organizativos y administrativos en el abordaje multidisciplinar (psicología, enfermería, terapia ocupacional, auxiliar enfermería...) ante este tipo de pacientes. Para lo cual, nos marcamos, de una forma más implícita, la creación de un grupo de trabajo para la mejora de la calidad que aumente en lo posible la consistencia del equipo.

Los resultados son evidentes ya que seguimos en contacto con los pacientes solicitando una sesión de grupo a la semana para dar continuidad, lo cual queda reflejado en el retest Stai estado7 rasgo y en la encuesta de satisfacción y lo que es más importante, ninguno de estos enfermos ha precisado de un nuevo ingreso en un ámbito hospitalario, UCE,

De todo el material recogido y evaluado se le hizo llegar a la comisión de calidad del Sector para evidenciar que el programa se había llevado a cabo.

Del grupo de trabajo se recogió información para la realización de un trabajo científico cuyo resultado queda reflejado al ser premiado con el tercer puesto en el Certamen de investigación del Colegio de Enfermería de Sevilla.

Los resultados de los indicadores utilizados son los siguientes:

**Indicador 1:** Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo,

**Aclaración:** estar implicado en el proyecto se considera la realización de las actividades según el cronograma del proyecto

$$\text{Fórmula / formato : } \frac{\text{Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo}}{\text{Número de personas del equipo multidisciplinar}} \% = \frac{7}{9} = 77.77 \%$$

**Indicador 2:** Pacientes psiquiátricos acogidos en el estudio con valoración de la ansiedad postratamiento.

**Aclaración:** El estado de la ansiedad se evaluó mediante el Test STAI-estado.

$$\text{Fórmula / formato : } \frac{\text{Número de pacientes del estudio con valoración de ansiedad postratamiento}}{\text{Número de pacientes acogidos en el estudio}} \% = \frac{11}{14} = 78.57 \%$$

El programa ha sido finalizado por completo pero se cree necesario dar la continuidad haciendo un grupo una vez a la semana con los pacientes que participaron por criterios profesionales y a petición de los propios participantes en el programa.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Establecer un “continuo” entre el HD y el seguimiento ambulatorio
- Mantener la estabilidad conseguida en el HD por medio del programa
- Evitar las recaídas y las crisis a través de un seguimiento más continuado del que se puede ofrecer en los CSM.
- Incidir en los programas de psicoeducación iniciadas con el anterior proyecto de calidad
- Beneficio del aprendizaje de las sesiones de relajación ya que a través de un estudio con estos pacientes se vio la directa relación entre esta y los niveles de ansiedad
- Beneficiarse de una actividad grupal ya que creemos que la mejoría está directamente relacionada con “los otros”
- El grupo en su dimensión biopsicosocial enriquece en cuanto a comprensión de uno mismo y de los demás y aporta herramientas para las relaciones interpersonales.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La actividad consistiría en dar continuidad al proyecto con una sesión diaria, los jueves de 11.30 a 12.30 horas)

El responsable del proyecto será el enfermero del HD (Arturo Biarge Ruiz) supervisado y participando directamente en el mismo el Psicólogo del mismo centro (Elvira Ventura Rubio), con la colaboración del equipo multidisciplinar (psiquiatra y Auxiliares de Enfermería)

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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 1:** Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo,

**Aclaración:** estar implicado en el proyecto se considera la realización de las actividades según el cronograma del proyecto

Número de personas que están implicadas  
en el proyecto del equipo

Fórmula / formato : \_\_\_\_\_ %  
Número de personas del equipo multidisciplinar

**Indicador 2:** Pacientes psiquiátricos acogidos al programa con valoración de la ansiedad postratamiento y que no han precisado de otros dispositivos de SM

**Aclaración:** El estado de la ansiedad se evaluara mediante el Test STAI-estado.

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

<p>Número de pacientes del estudio con valoración de ansiedad postratamiento sin hacer uso de otros dispositivos de SM</p> <p>Fórmula / formato : _____ %</p> <p>Número de pacientes acogidos en el estudio</p>
---

<p><b><u>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</u></b></p> <p>Indicar el calendario de las actividades previstas</p> <p>Las actividades serían semanales en el HD de 11.30 a 12.30 horas con el compromiso de hacer una evaluación de la utilidad del Programa para alcanzar los objetivos marcados a finales de Diciembre del 2009.</p> <p>El grupo se ha iniciado como experiencia piloto en Diciembre del 2007 viendo la necesidad de continuidad del Proyecto de Calidad.</p>
---



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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p><b>“Aplicación de Nuevas Tecnologías, Programa Grador, Rehabilitación Neuropsicológica del Deterioro cognitivo en la Esquizofrenia”</b></p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos BÁRBARA MOLES ARCOS</p> <p>Profesión MÉDICO PSIQUIATRA</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DE HUESCA</p> <p>Sector de SALUD: HUESCA</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DE HUESCA</p> <p>Correo electrónico: bmolesa@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 29 20 29</p>
--

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CARMELO PELEGRÍN VALERO	Psiquiatra	U.C.E. H. San jorge
ELVIRA VENTURA RUBIO	Psicóloga	H. Día de Psiq. de Huesca
ARTURO BIARGE RUIZ	DUE	H. Día de Psiq. de Huesca

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></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>Los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia y en el trastorno mental grave en general están intrínsecamente relacionados entre sí y son los que se correlacionan directamente con la discapacidad de la enfermedad.</p> <p>Dentro de los síntomas negativos en la escala PANS se incluyen los siguientes: afectividad aplanada, alogia, abulia, anhedonia/asociabilidad y atención. Este último es un trastorno cognitivo que se presentan en la esquizofrenia junto a otros déficit como la memoria episódica, la velocidad de procesamiento de la información y la capacidad de abstracción.</p> <p>Estos dos “cluster de síntomas” son los que se correlacionan con la discapacidad de la enfermedad. No existe un tratamiento farmacológico eficaz por ello en la última década con la aparición de las nuevas tecnologías se han implementado con buenos resultados los programas de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia de forma similar a como</p>
---

se realiza en otras patologías como las demencias o el daño cerebral adquirido.

El Hospital de Día de Psiquiatría pertenece al Servicio Aragonés de la Salud del G.A. y está ubicado en el edificio anexo del H. Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

Se creó el 1 de Junio de 1.999 tras ser trasladada la U.C.E. del Hospital Provincial al Hospital San Jorge (7º planta).

Se han ido produciendo profundos cambios en el dispositivo hasta el 1 de Marzo de 2.000 que quedo estructurado definitivamente. Para su estructuración definitiva se ha tenido en cuenta la guía de Hospitales de Día del antiguo INSALUD y el Plan Estratégico de Atención a La Salud Mental 2.002 – 2.010.

El horario de atención es desde las 9.00 horas hasta las 16.00 horas de Lunes a Viernes y donde se incluye la comida.

El Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca es un recurso intermedio de hospitalización parcial con abordajes terapéuticos multidimensionales:

- psicofarmacológicos.
- psicoterapéuticos.
- rehabilitadores.

Cuyos pilares de funcionamiento son:

- trabajo en equipo interdisciplinar.
- participación coordinada de todos los profesionales.
- planes terapéuticos individualizados.
- sistema de tutorías.

Y objetivos Generales:

- Prestar atención integral a los enfermos mentales.
- Atención médica continuada a los enfermos que no precisen su ingreso en una unidad cerrada por tener un apoyo familiar o social de contención
- Ser paso intermedio terapéutico entre la U.C.E. y la comunidad en ambos sentido.
- Además es un dispositivo de apoyo a las familias.
- Permite un apoyo a las personas sin perder el contacto con el medio familiar.

En este último año los ingresos han amentado un 155% y las altas un 175% respecto al año pasado, siendo el diagnóstico principal de los ingresados el de Esquizofrenia en pacientes jóvenes

Como oportunidad de mejora y dentro de las actividades, con ampliación de las mismas en horario de tardes, se propone la realización de un nuevo programa de intervención dirigido a aquellas personas que padecen deterioro o alteraciones de las funciones cognitivas en la esquizofrenia; ya que numerosos estudios establecen que la rehabilitación neuropsicológica constituye unos de los instrumentos de Mayor importancia en el tratamiento de las alteraciones cognitivas.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1.-Mejora del proceso asistencial a las personas que padecen deterioro o alteraciones de las funciones cognitivas en la esquizofrenia: Este proyecto consiste en poner en marcha un programa dentro del ámbito del HDPSq. en horario de tardes, dos tardes a la semana; consistente en evaluar el grado de deterioro cognitivo y establecer unos objetivos y tratamientos individualizados para cada paciente con una evaluación posterior, utilizando como herramienta un soporte informático con pantallas táctiles adaptadas a cada paciente y dentro de un programa validado para tales fines, Programa Grador, estando conectados en red, a nivel nacional, permitiéndonos formar parte de un grupo de investigación en relación a la rehabilitación del deterioro cognitivo en la esquizofrenia.

2.-Elaboración de un protocolo de actuación ante el paciente con dicho deterioro.

3.-Mejorar los procesos organizativos y administrativos en el abordaje multidisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, auxiliar enfermería...) ante este tipo de pacientes. Para lo cual, nos marcamos, de una forma más implícita, la creación de un grupo de trabajo para la mejora de la calidad que aumente en lo posible la consistencia del equipo.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las actividades las realiza el Grupo de Trabajo en Calidad para la rehabilitación del deterioro cognitivo en la esquizofrenia, mediante la realización de reuniones semanales de coordinación de actividades. En las cuales se procede a elaborar un documento de trabajo, crear un equipo para protocolo de valoración y adecuar el contenido de las sesiones de tratamiento.

Con respecto a las actividades a realizar con los pacientes, en primer lugar se valorara el deterioro cognitivo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia con los siguientes instrumentos:

- Test de atención: PASAT y Continuos Performance Test
- Memoria: escala de memoria de Weschler.
- Abstracción: test de clasificación de cartas de Wisconsin
- Valoración psicopatológica de los síntomas negativos con la escala SANS (Scale for the Assessment of negative symptoms)
- Valoración de la capacidad funcional con la escala ONOS

Reseñar por otra parte que vamos a participar en un estudio multicéntrico de validación en nuestro país de la escala MATRICS (the Measurement and Treatment

Research to improve Cognition in Schizophrenia Project) con lo cual utilizaríamos esta batería auspiciada por el NIMH (Nacional Institute of Mental Health) para la aprobación por parte de la FDA (Food and Drug Administration) para constatar la eficacia de los fármacos antipsicóticos en los síntomas negativos (todavía no ha demostrado ninguno dicha eficacia).

Tras la valoración neuropsicológica y psicopatológica inicial se realizarán diversas sesiones de tratamiento aplicando el PROGRAMA GRADIOR que tiene la capacidad de poder individualizar cada tratamiento en función del perfil de cada paciente. Tras finalizar el tratamiento realizaremos de nuevo una valoración neuropsicológica, psicopatológica y funcional para observar la eficacia o no eficacia del programa.

Objetivos de las sesiones:

- Poner en marcha el programa GRADIOR, programa informático de aplicación a la rehabilitación neuropsicológica del deterioro cognitivo en la esquizofrenia.
- Efectuar una aproximación a los sistemas de rehabilitación cognitiva tradicionales y conocer el desarrollo y funcionamiento del Programa GRADIOR, así como establecer futuras líneas de investigación y tratamientos en enfermos con deterioro cognitivo en la esquizofrenia.
- Detectar las manifestaciones iniciales de algunos trastornos neurológicos.
- identificar lesiones cerebrales en pacientes psiquiátricos
- Evaluación del deterioro cognitivo en un momento dado y su evolución en el tiempo.

## 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 1:** Número de personas que están implicadas en el proyecto.

Aclaración: estar implicado en el proyecto se considera la realización de las actividades según el cronograma del proyecto

Número de personas que están implicadas en el proyecto.

Fórmula / formato :  $\frac{\text{Número de personas que están implicadas en el proyecto.}}{\text{Número de personas del equipo multidisciplinar}} \%$

**Indicador 2:** Pacientes psiquiátricos acogidos en el estudio con valoración de deterioro cognitivo.

Nº Pacientes del estudio con valoración de deterioro cognitivo

Fórmula / formato :  $\frac{\text{Nº Pacientes del estudio con valoración de deterioro cognitivo}}{\text{Número de pacientes acogidos en el estudio}} \%$

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

<b><u>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</u></b> Indicar el calendario de las actividades previstas
<p>Calendario por determinar por el grupo de trabajo y dependiendo de la formación de los profesionales en el Programa Grador y del grupo de investigación.</p> <p>Las actividades serán de rehabilitación cognitiva en horario de tardes, dos tardes a la semana, dirigido a aquellas personas que padecen deterioro o alteraciones de las funciones cognitivas en la esquizofrenia.</p>

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
PROGRAMA GRADIOR	1.200 €
BATERIA DE MEMORIA DE WESCHILER	600 €
TEST DE CLASIFICACION DE CARTAS DE WISCONSIN	600 €
MATERIALES SOPORTES INFORMATICOS (2 PANTALLAS TACTILES)	1.500 €
CURSO FORMACION PROGAMA GRADIOR	700 €
MATERIALES DE ADECUACIÓN DE ESPACIO DEL TALLER	800 €
TOTAL	5.400

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  <b>PROYECTO MULTICENTRO:</b>          “Mejora en la documentación clínica de Terapia Ocupacional en el paciente psiquiátrico en el SALUD - C.R.P. Santo Cristo de los Milagros”</p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>          Nombre y apellidos  <b>ALMUDENA MARTÍNEZ SOTO</b></p>
<p>Profesión  <b>TERAPEUTA OCUPACIONAL</b></p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  <b>C.R.P. SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS</b></p>
<p>Sector de SALUD:  <b>HUESCA</b></p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.  <b>UNIDAD DE LARGA ESTANCIA Y PSICOGERIATRÍA</b></p>
<p>Correo electrónico:  <b>mamartinezso@salud.aragon.es</b></p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:  <b>974 220 772 ext. 252</b></p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 SONIA SANZ MALUENDA	T.O	U.M.E CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
2 DANIEL PÉREZ	PSIQUIATRA	PSICOGERIATRÍA CRP STO CRISTO MILAGROS
3 MARÍA MARTÍNEZ	PSICÓLOGA	U.M.E CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
4 TERESA VIGO	AUXILIAR ENFERMERÍA	U.L.E CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
5 INMACULADA ASCASO	T.SOCIAL	U.L.E CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
6 CONCEPCIÓN RUBIO	DIRECTORA ENFERMERÍA	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
7 ESTHER GRACIA	AUXILIAR ENFERMERÍA	U.M.E CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>          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>Se ha creado un grupo de trabajo formado por las Terapeutas Ocupacionales del SALUD que ejercen su profesión en Salud Mental, para detectar oportunidades de mejora en la intervención/tratamiento con el paciente psiquiátrico.          Este grupo ha considerado prioritario que el proyecto inicial vaya dirigido a la elaboración de un documento unificado sobre la Historia Ocupacional del paciente para incluirlo en la Historia Clínica, por los siguientes motivos:</p>
--

- En muchas unidades no existe la Historia Ocupacional del paciente.
- En las unidades que utilizan este documento se ha observado que su contenido no sigue una terminología uniforme, ya que actualmente existen, entre los distintos profesionales, gran variedad de criterios e instrumentos, por lo que se ve necesario consensuar estas herramientas en un documento único.
- Necesidad de contar con un único instrumento de recogida de datos en los servicios de Terapia Ocupacional para facilitar la comunicación entre profesionales, evitando así problemas de continuidad en los servicios.
- Con la homogeneización del instrumento se contribuirá a la comprensión de las actuaciones del rol del Terapeuta Ocupacional por parte del resto de profesionales del equipo.
- La necesidad de trabajar en equipo y difundir la información sobre nuestra intervención de forma ágil y coordinada.

Aunque el grupo de trabajo ha esbozado las líneas generales de este documento para conseguir este objetivo, es necesario mantener reuniones periódicas para revisar y analizar diferentes fuentes de información como: Modelo de Ocupación Humana (Gary Kielhofner), recomendaciones de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional), documentos de recogida de datos utilizados hasta el momento en los diferentes servicios, etc., para unificar criterios y poner en marcha el proyecto.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Lograr homogeneidad en la valoración y recogida de datos en los servicios de Terapia Ocupacional.
2. Facilitar la información referente a la intervención de Terapia Ocupacional al resto de profesionales del equipo.
3. Introducir el documento elaborado en la historia clínica del paciente.
4. Detectar carencias/mejoras del documento para sentar las bases de futuras actuaciones conducentes a la unificación de criterios (protocolos, programas, actividades).

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las siguientes actividades se llevarán a cabo para conseguir la creación e implantación del documento unificado en las diferentes unidades de Salud Mental:

- Reuniones periódicas entre los Terapeutas Ocupacionales de los recursos de Salud Mental de las tres provincias. Dichas reuniones se convocarán y organizarán de forma rotatoria en los recursos de las tres provincias.
- Trabajo individual y por grupos en el intervalo entre reuniones, con comunicación vía mail y telefónica entre los distintos grupos.

**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 reuniones.
2. Creación del documento unificado.
3. Implantación del citado documento en las unidades de Salud Mental. Nº de servicios que han incorporado el documento a su práctica clínica.
4. Utilización del documento en las unidades de Salud Mental. Porcentaje de usuarios valorados con este documento en cada servicio.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Se establecerá una periodicidad cuatrimestral para las reuniones en las diferentes provincias (marzo-julio-octubre).
- En la reunión de marzo se revisarán las líneas generales del documento existentes en la actualidad y se podrán aportar nuevas ideas y/o nueva información relevante para la elaboración del mismo.
- Se fijará como fecha límite de confección del documento la reunión del mes de julio.
- Los meses siguientes a la elaboración del documento se dedicarán a su incorporación a la práctica clínica y al seguimiento del proyecto, para poner en común y solventar en la reunión de octubre, los problemas que surjan para conseguir su implantación.
- Igualmente en la reunión de octubre se realizará una evaluación inicial de los indicadores mencionados, y se aportarán nuevas ideas de mejora, en función de los resultados de esta evaluación.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material bibliográfico	200
Gastos de media dieta: 34,20 €/día (x 2 terapéutas y x 3 reuniones hasta final de año)	34,20 x 2= 68,40 68,40 x 3= 205,20
Gastos de kilometraje: 0,19 €/km y por vehículo utilizado	400
TOTAL	805,20

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>MEJORA EN LA GESTIÓN DEL MEDICAMENTO: ROTACIÓN DE STOCK Y CONTROL DE CADUCIDAD.</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos <b>Víctor Manuel Morlán Avellanas</b>
Profesión <b>Auxiliar de Farmacia</b>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) <b>C.R.P. Santo Cristo de los Milagros</b>
Sector de SALUD: En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. <b>Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia y Psicogeriatría</b>
Correo electrónico: <b>vmorlan@aragon.es</b>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: <b>974 220772 - Ext. 231</b>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>Priscila Monclus Llanas</b>	<b>Directora</b>	<b>C.R.P. Santo Cristo de los Milagros</b>
<b>Concepción Rubio Soriano</b>	<b>Directora Enfermería</b>	<b>C.R.P. Santo Cristo de los Milagros</b>
<b>Maria Olmos Belio Sebastián</b>	<b>Supervisora Enfermería</b>	<b>C.R.P. Santo Cristo de los Milagros</b>
<b>Marta Elboj Saso</b>	<b>Supervisora Enfermería</b>	<b>C.R.P. Santo Cristo de los Milagros</b>
<b>Concepción Gracia Bercero</b>	<b>Supervisora Enfermería</b>	<b>C.R.P. Santo Cristo de los Milagros</b>

**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...

**Situación de partida y utilidad:**

Con el cambio al nuevo edificio del C.R.P. Sto. Cristo de los Milagros se vio necesaria una reestructuración e implantación del sistema de solicitud, recepción, almacenamiento, selección y distribución del medicamento.

Para ello se creo un grupo de trabajo que desarrollo las actividades planteadas a lo largo del año 2008. Para este año, se han detectado nuevas oportunidades de mejora que se han analizado y buscado soluciones para ordenar la medicación condicional y pauta horaria cruzada.

**Problema/Oportunidad de mejora.**

Dispersión de la medicación existente en las plantas.

Mobiliario de almacenamiento inapropiado.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

Se ha implantando en junio de 2008 la solicitud de los medicamentos mediante pactos analizando el consumo por paciente.

Los resultados de los indicadores se examinaran una vez transcurrido un año.

No obstante las devoluciones al Servicio de Farmacia evolucionan de la siguiente forma:

	Unidades	% Caducidad	% Rotación "O" o fin tratamiento
Año 2006	2365	96,91	3,09
Año 2007	1712	73,95	26,05
Año 2008	3373	42,28	57,22

El aspecto pendiente mas importante es la falta de operatividad del programa informático Domion en lo que se refiere a la prescripción electrónica

El recurso utilizado hasta la fecha es una hoja de calculo Excel.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR****Objetivo General:**

Optimizar el acceso a los fármacos.

**Objetivos Específicos:**

Aumentar la rotación de especialidades farmacéuticas  
 Minimizar la caducidad de los fármacos almacenados  
 Aumentar el uso seguro del medicamento  
 Evitar acumulaciones innecesarias

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Agrupar todos los medicamentos que se utilizan en las plantas en un lugar determinado y mediante mobiliario adecuado.

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

Teniendo en cuenta el resultado obtenido al cambiar el sistema de almacenamiento de los medicamentos existente en el anterior edificio, (Estanterías con cajetines de plástico abiertos), se propone utilizar un sistema similar al instaurado en el botiquín de la U.L.E. y Psicogeriatría.

Sistema modular con cajetines transparentes, abatibles y extraíbles que se caracteriza por:

- Fácil acceso.
- Ausencia de polvo y otros animales.
- Total visualización del producto almacenado.
- Imposibilidad de mezclar fármacos sin darse cuenta.

#### **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

La evaluación formara parte del proyecto presentado el año 2008 y lo indicadores son:

- Nº Especialidades Farmacéuticas Caducadas  
----- x100 = % Esp. Caducadas
- Nº Especialidades Farmacéuticas Solicitadas
- Nº Especialidades Farmacéuticas Consumidas  
----- x100 = % Rotación
- Nº Especialidades Farmacéuticas Solicitadas
- Nº Solicitudes Mediante Pacto  
----- x100 = % Solicitud Pactos
- Nº Total de Solicitudes
- Numero de fármacos desubicados.

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo de 2009

Fecha de finalización: Diciembre de 2009

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Sistema modular de almacenamiento	3000
TOTAL	3000

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

"MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE HUESCA"

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Concepción Rubio Soriano

Profesión

Enfermera

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

CRP "Santo Cristo de los Milagros

Sector de SALUD:

Huesca

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

Dirección de Enfermería

Correo electrónico:

crubio@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 24 0772 / 680653797

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PILAR BLASCO GRAU	ENFERMERA	USM INFANTOJUVENIL - HUESCA
CARMEN CINCA MONTERDE	ENFERMERA	USM DE JACA - HUESCA
MARTA ELBOJ SASO	ENFERMERA	UNIDAD DE LARGA ESTANCIA - HUESCA
CONCEPCIÓN GRACIA BERCERO	ENFERMERA	UNIDAD DE MEDIA ESTANCA - HUESCA
M <sup>a</sup> CARMEN MARCÉN SERAL	ENFERMERA	UCE. HOSPITAL SAN JORGE - HUESCA
ARACELI ORDUNA COARASA	ENFERMERA	USM PIRINEOS - HUESCA
M <sup>a</sup> JESÚS RIVARÉS MORCATE	ENFERMERA	UCE. 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...

Siguiendo el ciclo de mejora de la calidad (círculo Deming – PDCA), en febrero de 2006, se presentó al Gerente de Sector, el informe del *Grupo de Mejora de Enfermería en Salud Mental del Sector de Huesca*. El grupo lo forman por enfermeros de distintos niveles asistenciales de Salud Mental del sector de Huesca.

En una primera etapa, utilizamos la Técnica de Grupo Nominal para dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué necesidades / dificultades encuentra en relación a la prestación de cuidados enfermeros en su ámbito de trabajo? Los resultados se representaron y analizaron a través de un diagrama de Ishikawa agrupados en tres categorías: estructura, profesionales y organización. A continuación realizamos una priorización de las necesidades detectadas utilizando una parrilla de priorización, adaptación del método Hanlon. En la segunda etapa estudiamos posibles soluciones de cada necesidad / dificultad, siguiendo también la Técnica de Grupo Nominal.

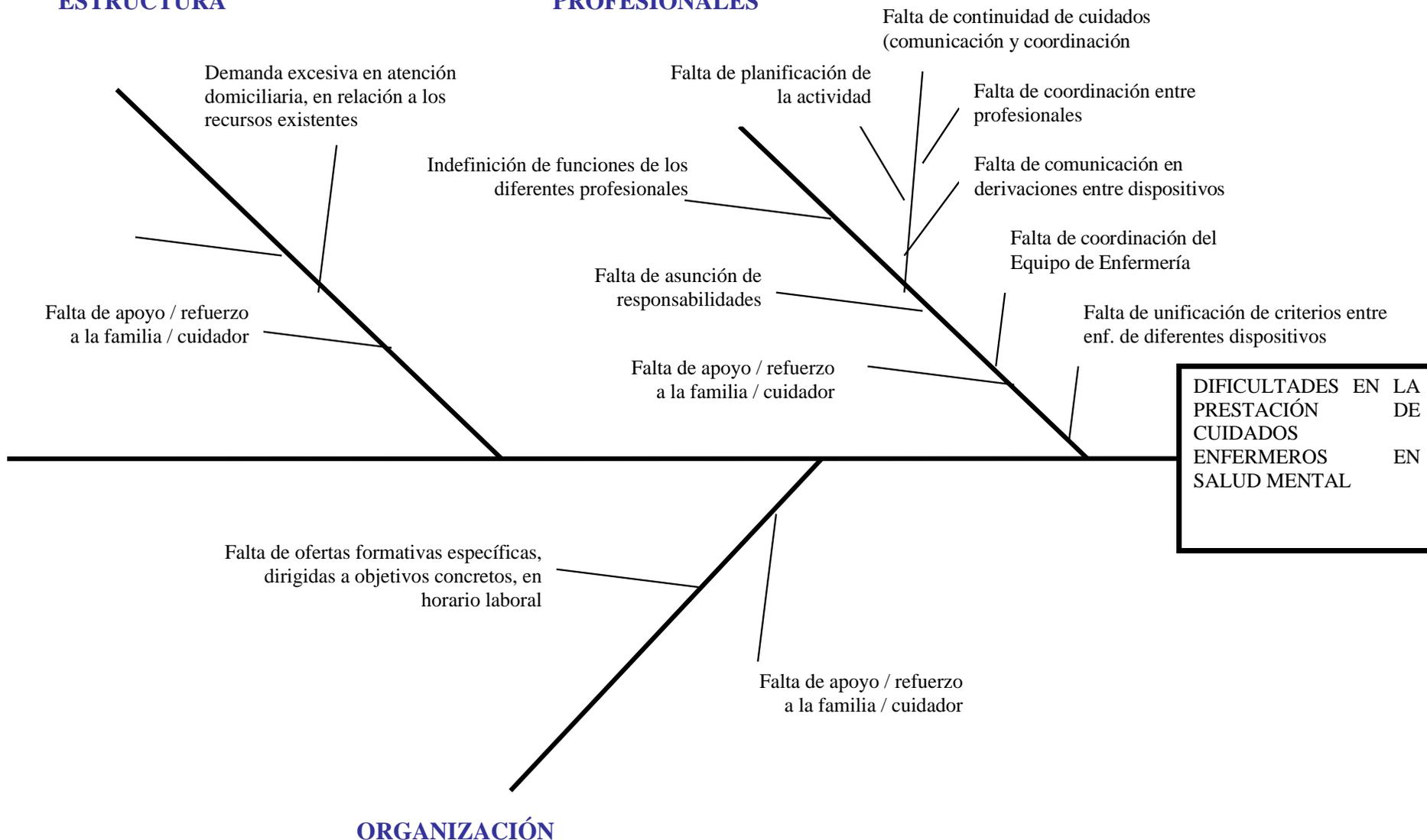
### **NECESIDADES PRIORIZADAS**

1. Falta de continuidad de cuidados (comunicación y coordinación).
2. Falta de comunicación cuando se produce un ingreso procedente de otro dispositivo o si lo vamos a derivar a otro.
3. Falta de planificación de la actividad y coordinación entre profesionales.
4. Demanda excesiva de atención comunitaria al paciente y cuidador, en relación a los recursos existentes (Recursos Humanos, pisos, talleres, instituciones...).
5. Falta de coordinación del equipo de enfermería.
6. Estado deficitario de espacios y equipamientos.
7. Falta de unificación de criterios entre todas las enfermeras de los distintos dispositivos.
8. Problemas e indefinición de las funciones de los diferentes profesionales.
9. Falta de apoyo / refuerzo a la familia / cuidador.
10. Falta de ofertas formativas específicas (cursos, seminarios, etc.), dirigidas a objetivos concretos en horario laboral.
11. Falta de asunción de responsabilidades como enfermeros.

La coordinación entre diferentes niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados enfermeros en Salud Mental supone la oportunidad de mejora en la que se quiere trabajar.

**ESTRUCTURA**

**PROFESIONALES**



**PROPUESTA DE SOLUCIONES PARA CADA NECESIDAD / ÁREA DE MEJORA****1. Falta de continuidad de cuidados (comunicación y coordinación).**

## PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Diseñar un informe de seguimiento o de alta de enfermería común a todos los dispositivos.
- ✓ Establecer comunicación directa cuando de una Unidad se derive a un paciente a otra.
- ✓ Información útil y relevante en los informes de enfermería.
- ✓ Reuniones de coordinación regladas y organizadas entre enfermeros de distintos dispositivos.
- ✓ Mayor cobertura de enfermería en atención comunitaria.
- ✓ Disponer de un tiempo durante la jornada laboral para contactar con otros profesionales, centros, etc. implicados en la atención.
- ✓ Elaborar un plan de continuidad de cuidados.

**2. Falta de comunicación cuando se produce un ingreso procedente de otro dispositivo o si lo vamos a derivar a otro.**

## PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Programa informático específico de Salud Mental que facilite la elaboración de informes
- ✓ Disponer de línea de teléfono, FAX y ordenador en todos los dispositivos
- ✓ Comunicación por FAX desde Admisión de los ingresos a su Centro de Salud Mental
- ✓ Agilizar la llegada de los informes de enfermería al alta para que la enfermera pueda citar/contactar con el paciente lo antes posible
- ✓ En pacientes de riesgo, tramitar la cita con la enfermera de la USM antes del alta y reflejarla en el informe
- ✓ Reuniones entre profesionales de distintos dispositivos para planificar las altas y la continuidad de cuidados en la comunidad.

**3. Falta de planificación de la actividad y coordinación entre profesionales.**

## PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Establecer horarios y programación de actividades en todos los dispositivos
- ✓ Protocolos/procedimientos de actuación para distintos cuidados o situaciones.
- ✓ Reuniones periódicas diarias y/o semanales, con la participación de todo el personal del equipo (médicos, psicólogos, enfermeros, auxiliares.....)
- ✓ Elaboración de planes de cuidados individuales que sean efectivos, concretos y con la implicación del paciente.

**4. Demanda excesiva de atención domiciliaria al paciente y cuidador, en relación a los recursos existentes (Recursos Humanos, pisos, talleres, instituciones...).**

## PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Análisis de necesidades en Salud Mental en la comunidad.
- ✓ Dotación de personal en los Centros de Salud Mental según las carencias reflejadas en el análisis.
- ✓ Talleres ocupacionales y pisos protegidos y supervisados, que cubran las necesidades de la población.
- ✓ Organizar los diferentes recursos de Salud Mental para que el paciente utilice el recurso mas apropiado que le corresponda según su situación, en el momento oportuno.

#### **5. Falta de coordinación del equipo de enfermería.**

##### PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Reuniones de equipo que clarifiquen y definan nuestras funciones y tareas.
- ✓ Implicación de los puestos de responsabilidad en la coordinación y control de los equipos de enfermería.

#### **6. Estado deficitario de espacios y equipamientos**

##### PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Mantenimiento sistemático de los espacios y equipamientos.
- ✓ Aumento de número de espacios físicos en los CSM.
- ✓ Análisis periódico de necesidades en cada uno de los centros/unidades.

#### **7. Falta de unificación de criterios entre todas las enfermeras de los distintos dispositivos**

##### PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Necesidad de definir qué es el cuidado en Salud Mental, qué cuidados se imparten y como se hace una continuidad de cuidados.
- ✓ Acordar un modelo enfermero común para todos los dispositivos de Salud Mental y tomar medidas de difusión y aplicación.

#### **8. Problemas e indefinición de las funciones de los diferentes profesionales**

##### PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Favorecer a través de la Formación Continuada las conductas respetuosa y asépticas de todos los profesionales de Salud Mental.
- ✓ Protocolizar las diferentes actividades y tareas que definan las competencias de cada profesional
- ✓ Cambiar la conducta de los profesionales de manera que sea afín a la misión y valores que deban regir la actividad de cada dispositivo.

#### **9. Falta de apoyo / refuerzo a la familia / cuidador**

##### PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Potenciar la visita domiciliaria para seguimiento del paciente y del cuidador

- ✓ Educación para la salud a grupos de familiares
- ✓ Elaborar un programa conjunto de atención a familiares para todos los dispositivos del sector

**10. Falta de ofertas formativas específicas (cursos, seminarios, etc.), dirigidas a objetivos concretos e horario laboral.**

PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Detección de necesidades formativas en función de los objetivos de cada centro.
- ✓ Realización de las actividades formativas dentro del horario laboral
- ✓ Posibilitar el desplazamiento puntual de otros centros donde se pueda aprender / intercambiar experiencias que puedan ser aplicadas en nuestra actividad diaria.

**11. Falta de asunción de responsabilidades como enfermeros**

PROPUESTA DE POSIBLES SOLUCIONES:

- ✓ Formación continuada orientada a fomentar el conocimiento de las responsabilidades
- ✓ Aplicación de estrategias que fomenten la motivación y el reconocimiento de los profesionales
- ✓ Establecer las condiciones organizativas que faciliten la actividad profesional del enfermero.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

Durante el 2007 y 2008 se han ido implementando por orden de priorización las distintas soluciones para cada dificultad:

- Se ha mejorado la coordinación y agilidad de los informes de continuidad de cuidados enfermeros (ICCE) desde los distintos niveles asistenciales enviándolos a través de FAX y/o correo electrónico.
- Se ha unificado el ICCE para todos los recursos de Salud Mental del Sector, adaptando el nuevo ICCE del Hospital San Jorge, para salud mental.
- Envío de ICCE a las enfermeras de las USM y de Atención Primaria en el 100% de los pacientes dados de alta en la UCE.
- Aportar información útil y relevante en los ICCE, criterio que se ha tenido en cuenta en su diseño.
- Elaboración de todos los Planes de Cuidados según la metodología enfermera, utilizando la taxonomía Nanda, NOC, NIC; en la UCE.
- Realización de sesiones de Planes de Cuidados con esta metodología con casos prácticos, en las reuniones del equipo de mejora (8 reuniones en 2008), para incorporar su utilización en el resto de los recursos.

Anexo

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

 <p><b>GOBIERNO DE ARAGON</b> Departamento de Salud y Consumo</p>	<p><i>Etiqueta identificativa:</i>          1er Apellido: _____          2º Apellido: _____          Nombre: _____          Nº Hª Clínica: _____          Fecha de nacimiento: _____          Cama: _____ Servicio: _____</p>	 <p><b>salud</b> servicio aragonés de salud  <b>HOSPITAL SAN JORGE</b>          Av. Martínez de Velasco, 36          22004 Huesca          Tfno. 974 247 000</p>
---	---	---

**INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS**

Fecha de ingreso:  
 ALERGIAS / INTOLERANCIAS:  
 Motivo del ingreso:  
**RESUMEN DE CUIDADOS:**

**PROBLEMAS AL ALTA**

**PROBLEMAS DE AUTONOMÍA / DÉFICITS DE AUTOCUIDADO:**  NO  SÍ

	ALIMENTACIÓN	ELIMINACIÓN / WC	HIGIENE/VESTIDO	MOVILIZACIÓN
PREVIO	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST
ALTA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> ST

Significado siglas: A: Autónomo. SP: Suplencia Parcial. ST: Suplencia Total.

BARTHEL=  NORTON=  CUIDADOR/A:

**VÍAS, SONDAJES, OSTOMÍAS, DRENAJES:**  
 NO  
 SÍ (tipo, fecha de colocación y de última cura):

**LESIONES / HERIDAS**  
 NO  
 SÍ (tipo, localización, evolución y fecha última cura):

**OTROS PROBLEMAS:**

**INDICACIONES / RECOMENDACIONES**

Seguimiento del plan terapéutico:  
 - Tratamiento farmacológico y controles analíticos:

Fecha de alta: (dd/mm/aaaa)  
 Destino:  DOMICILIO, en:

OTROS. Especificar:  
 ¿Necesita atención domiciliaria?:  SÍ  NO

Nombre y firma de la enfermera/o:

Unidad:

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Se seguirá trabajando en la implantación y seguimiento de las distintas soluciones / acciones de mejora estudiadas. En 2009:

- Seguimiento específico de los pacientes de riesgo y del cuidador, potenciando la visita domiciliaria e implicando a las enfermeras de Atención Primaria.
- En pacientes de riesgo ingresados, tramitar la cita con la enfermera de Salud Mental / Atención Primaria antes del alta y reflejarla en el ICCE.
- Utilización de la taxonomía NANDA, NOC, NIC en todos los recursos de Salud Mental del Sector de Huesca.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Visitas del equipo de mejora (3/4 miembros) a los 14 Centros de Salud del Sector de Huesca. Con estas visitas se pretende:
  - o Informar a los Equipos de Atención Primaria de los recursos de Salud Mental y sus características, criterios de ingreso, vías de acceso y los diferentes circuitos que puede por los que puede pasar un paciente en Salud Mental.
  - o Transmitir la importancia del seguimiento del paciente psiquiátrico, y de la visita domiciliaria.
  - o Establecer un acercamiento entre los equipos de Salud Mental y Atención Primaria, y transmitir apoyo y colaboración.
- Reuniones mensuales del equipo de mejora. Cada miembro del equipo (están representados todos los niveles asistenciales de Salud Mental) se responsabiliza de transmitir los resultados de las reuniones a su centro de trabajo y de trasladar las aportaciones de sus compañeros, así como desarrollar las tareas planificadas en cada reunión, relacionadas con el nivel asistencial en que trabaja.



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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Desplazamiento a los Centros de Salud	1000
Bibliografía para elaboración de planes de cuidados	1500
TOTAL	2500 €

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  <b>MEJORA DEL NIVEL DE ORGANIZACIÓN Y DOCUMENTACION DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL “SANTO CRISTO D E LOS MILAGROS” DE HUESCA</b></p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  Nombre y apellidos  M<sup>a</sup> Teresa Vigo Feixa</p>
<p>Profesión  Auxiliar de Enfermería (Titulada: Técnico Superior en Documentación y codificación sanitaria)</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  C.R.P. “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca</p>
<p>Sector de SALUD:  En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.  C.R.P. “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca</p>
<p>Correo electrónico:</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:  974- 22.07.72</p>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Guadalupe Vázquez García	Auxiliar Admvo.	C.R.P. “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca
2 Priscila Monclus Llanas	Directora Médico	C.R.P. “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca
3 Silvia Lou Mur	Psiquiatra	C.R.P. “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca
4 Ana Isabel Romero Ruíz	Enfermera	C.R.P. “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  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>Dadas las características del perfil del paciente ingresado en el C.R.P. “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca (ingresos de larga duración)  La multidisciplinariedad del Centro  La falta de unificación de criterios  Todo esto genera el acumulo de información en documentación clínica a veces poco útil para el manejo de la misma</p> <p><b>Método para mejorar</b>  En las historias clínicas de los pacientes deberá haber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hoja de ingreso</li> <li>– Historia del paciente (antecedentes, motivo del ingreso, valoración según escalas y consentimiento informado)</li> <li>– Órdenes médicas. Tratamiento</li> <li>– Valoración de enfermería</li> </ul>
--

- Historia social y/o judicial
- Hojas de evolución del enfermo desde el punto de vista médico y desde el punto de vista de enfermería
- Hoja de orden de alta escrita y firmada por el médico
- Informe de alta de enfermería (planes de cuidados y continuidad de cuidados)

### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

Habiendo llevado a cabo el C.R.P. "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca una valoración de la organización y documentación, que debe de formar parte de la historia clínica del Centro, compuesta de los siguientes apartados

1. Información General y Social I y II
2. Antecedentes médico psiquiátricos I y II
3. Historia médico- psiquiátrica
4. Historia de enfermería
5. Historia social
6. Historia terapia ocupacional
7. Pautas de conducta
8. Evolución psiquiátrica
9. Evolución médica
10. Evolución de enfermería
11. Tratamientos
12. Informes
13. Analíticas y pruebas complementarias

Se han obtenido los resultados que siguen:

Los puntos 1,2,3 están al 98,5%

El punto 4 está al 95%

El punto 5 está al 60%

El punto 6 está al 0%

El punto 7 está al 5,2%

El punto 8 está al 91,5%

El punto 9 está al 79,5%

El punto 10 está al 47%

Los puntos 11 , 12 y 13 están al 94%

### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Para el ejercicio 2009 esperamos conseguir:

#### **Objetivos generales:**

- Reorganizar el contenido de las Historias Clínicas para su máxima efectividad en la práctica asistencial

#### **Objetivos específicos:**

- Revisar el contenido de las Historias Clínicas y detectar posibles carencias (consentimiento informado, órdenes de tratamiento, pautas de conducta...)
- Unificar los apartados sobre los que debe versar la Historia Clínica
- Mejorar la calidad en los cuidados a pacientes

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) Subsanan las deficiencias que se han encontrado en las historias tras su reorganización
- 2) Realizar un planning-guía para que la documentación esté debidamente organizada y cumplimentada
- 3) Formación y curso para mejora de la calidad : LOPD y Consentimiento Informado a celebrar en el Hospital San Jorge de Huesca el 03/03/09 de 16 h. a 20 h.

**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

**El grado de cumplimentación de las Historias clínicas:**

- El motivo de ingreso
- Consentimiento informado
- Informe de continuidad de cuidados al alta
- Orden de tratamiento actualizada y verificada por el facultativo

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

**Fecha de inicio:** 22/02/09

De marzo a abril : revisión Historias Clínicas  
Mayo, Junio, Julio: corrección de posibles fallos  
Agosto, Septiembre, Octubre: unificar criterios  
Noviembre, Diciembre: evaluar resultados

**Fecha de finalización:** 31/12/09

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<b>MATERIAL</b>	<b>300</b>
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>

Lugar y fecha:

Huesca, 18/02/09

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>          Proyecto de estudio de la obra artística como elemento de información para la mejora de los pacientes con Trastorno Mental Grave: “ HUELLAS I”</p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>          Nombre y apellidos          M<sup>a</sup> José Lloro Lloro</p>
<p>Profesión          Trabajadora Social</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)          Centro de Día de Salud Mental “ ARCADIA “, Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca</p>
<p>Sector de SALUD:          Huesca</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.          Centro socio-sanitario</p>
<p>Correo electrónico:  <a href="mailto:Mjlloro@aragon.es">Mjlloro@aragon.es</a></p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo          974/ 29 20 24</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Olivera	Psiquiatra	Coordinadora de Salud Mental. Medico especialista en psiquiatría y Medicina Familiar
Sergio Benabarre Ciria	Psicólogo	Fundación Agustín Serrate. Centro de Día ARCADIA
Olga Lafuente Peña	Educadora Social	Fundación Agustín Serrate. Centro de Día ARCADIA
Magdalena Guerra	Profesora del Taller de Artes Plásticas	Fundación Agustín Serrate .Centro de Día ARCADIA y Hospital de Día
Paco Grasa Ubieto	Dinamizador	Fundación Agustín Serrate. Centro de Día.

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

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

Dentro de las Actividades de Ocio y Tiempo Libre, en el Centro de Día ARCADIA, se encuentra el Taller de Artes Plásticas, donde se realizan varios tipos de trabajo, tanto grupal como individual ( pintura mural, pintura en tela, acrílico sobre lienzo, dibujo a lápiz, serigrafía, etc ).

Para nuestro proyecto, nos vamos a centrar en la obra individual realizada por algunos pacientes de dicho taller.

Al mismo asisten personas con Trastorno Mental Grave ( incluyendo diferentes grados y varios tipos de patología ), pacientes del Centro de Día, Hospital de Día de Psiquiatría y pacientes de la Unidad de Media Estancia y Unidad de Larga Estancia del Centro Psiquiátrico de Huesca.

El colectivo de Enfermos Mentales Graves tiene alteraciones de la percepción, de lo cognitivo, memoria, conducta que en muchos casos condiciona la comunicación de estas personas con el resto.

A través de la obra artística, muestran sus sentimientos, angustias, sus experiencias, sus afectos y hasta sus psicosis. El proceso de creación ayuda a recuperar y dar forma al “imaginario personal”, estableciendo por tanto un canal de expresión.

- ❖ Por un lado, el Taller de Artes Plásticas, pretende ser un espacio donde no solo se aprendan conocimientos técnicos, sino un lugar de acogida, donde cada uno/a se sienta respetado/a y sea capaz de ser el/ella mismo/a. Representa una oportunidad de interacción, a nivel personal y social.
- ❖ Por otro lado, desde el Centro de Día hemos concluido, a través de la observación de algunos elementos como: el color, la forma, el trazo, los temas, etc. que la obra plástica aporta muchos datos sobre el estado psíquico del paciente en ese momento. Vemos necesario pues la sistematización e interpretación de las obras de algunos usuarios en toda su evolución.

Este estudio nos daría pautas de su estado emocional y posibilitaría una mejor intervención multidisciplinar.

Un sueño común es buscar un espacio expositivo dentro del futuro Congreso Internacional de Educación Artística y Visual con el objetivo de dar a conocer el gran esfuerzo que supone la creación de nuestra obra artística y mostrar el significado del proceso creativo y la evolución personal.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- ❖ Sistematizar y organizar la información que nos proporciona el paciente a través de la Actividad Plástica.
- ❖ Buscar unos cauces de información objetiva, ( ficha de evaluación ).
- ❖ Trabajar de manera multidisciplinar dentro del área de salud mental y coordinar los servicios y la información en beneficio del conocimiento global del paciente.
- ❖ Posibilitar un intercambio de información profesional y una mejora de atención, optimizando los recursos y dando la oportunidad de que se contemple la información que nos proporciona el paciente, a través de sistemas basados en la evidencia.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En la investigación el punto de partida es no perder información susceptible de tener un valor de diagnóstico y abrir vías de conocimiento para la rehabilitación integral del paciente, con todos los elementos de información.

Lograr una buena difusión del trabajo y seguimiento realizado. Tanto a nivel interno: Centro de Día, Hospital de Día, Unidad de Media Estancia, etc. como a nivel externo: participación en jornadas y congresos sobre El papel del Arte como terapia.

Consideramos que en este proyecto de investigación es necesario **una primera fase de estudio de aproximadamente seis meses de trabajo individualizado con los pacientes**, ( sería la etapa inicial de expresión del paciente en los elementos simbólicos elegidos para el estudio ).

Para ello hemos seleccionado los cuadros de cinco pacientes del Taller de Artes Plásticas.

El método de trabajo va a seguir el siguiente guión:

- Consentimiento informado del paciente.
- Definición de los ítems que se van a trabajar: paisaje urbano, paisaje natural, retrato.
- Elaboración de una ficha personal de evaluación.
- Reunión semanal del grupo objeto de estudio.

## 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 objetivos:

- “Años de evolución “

- Numero de ingresos del usuario o crisis existentes.
- Asistencia a la Actividad Terapéutica.

Indicadores cualitativos de los responsables a lo largo del tiempo:

Conocimiento de si mismo, conciencia de sus delirios, conciencia de enfermedad, relación con su entorno.

Seguimiento y evaluación:

- De la obra plástica realizada.
- De la ficha de observación del usuario.
- Reuniones semanales con los usuarios. Autoevaluación.
- Reuniones del equipo de mejora.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

En el punto 7 del Proyecto, Método y Actividades para Mejorar, habíamos indicado una primera fase de seis meses, tiempo necesario para la recogida de información documentación y ejecución de los programas individualizados de los pacientes.

En fases sucesivas se dará continuidad al proyecto de estudio de la obra artística como elemento de información para la mejora del paciente de Trastorno Mental Grave “ Huellas I “, realizando una evaluación metodológica y la mejora que a supuesto para el paciente este proyecto de estudio.

#### CALENDARIO:

- Marzo, Abril Mayo: Reunión del equipo de mejora. Información del proyecto a los pacientes y a los dispositivos que forman parte del equipo multidisciplinar. Elaboración del programa individual del paciente. Elaboración de la ficha de observación del paciente. Calendario de posteriores reuniones.
- Junio, Septiembre, Octubre: Recogida de datos de los diferentes indicadores objetivos y cualitativos de los trabajos realizados por los pacientes. Valoración del trabajo con los propios pacientes.

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
Presupuesto estimado según tarifas a fecha de Febrero del 2009	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Billetes de autobús Huesca- Zaragoza y Zaragoza-Huesca. ( 5 pacientes y 4 profesionales )	180 Euros
Billetes de tren Zaragoza-Málaga y Málaga-Zaragoza ( 5 pacientes y 4 profesionales )	945 Euros
Habitación doble en Hotel con desayuno para tres noches. ( 5 pacientes y 4 profesionales )	550 Euros
Dietas ( 5 pacientes y 4 profesionales ): comidas y cenas, desplazamientos dentro de la ciudad.	350 Euros
Gastos imprevistos	200 Euros
Inscripciones al Congreso Internacional de Educación Artística y Visual ( 5 pacientes y 4 profesionales ).	1080 Euros
TOTAL	3305 Euros

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Mejora en la seguridad de los pacientes: Protocolo de prevención de errores de medicación por técnicas de administración en pacientes con disfagia.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**ELISA NOGUERAS BRAVO**

Profesión

Farmacéutica

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

**Hospital Sagrado Corazón de Jesús**

Sector de SALUD:

**Huesca**

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

**Servicio de Farmacia**

Correo electrónico:

**enogueras@aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**974 292 016**

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>ANA LOPEZ FORNIES</b>	<b>Geriatra</b>	<b>HSCJ</b>
<b>NIEVES DOZ SAURA</b>	<b>Supervisora</b>	<b>HSCJ</b>
<b>TERESA MOYA PORTE</b>	<b>Supervisora</b>	<b>HSCJ</b>
<b>ANGELA GRACIA BENITO</b>	<b>Aux. Enfermería</b>	<b>HSCJ</b>
<b>PILAR SERRANO GARCIA</b>	<b>Aux. Enfermería</b>	<b>HSCJ</b>
<b>MILAGROS LUIS ANGUITA</b>	<b>Aux. Enfermería</b>	<b>HSCJ</b>

### 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...

#### INTRODUCCIÓN:

Diferentes estudios muestran que la media de medicamentos administrados al paciente geriátrico oscila entre 4 y 8 fármacos. Estos tratamientos son susceptibles de ser administrados por sonda enteral (nasogástrica, nasoduodenal, nasoyeyunal, gastrostomía, yeyunostomía).

En este sentido debe tenerse en cuenta el potencial de posibles interacciones entre medicamentos, nutrición enteral, sus componentes y técnicas de administración.

Si bien tanto las técnicas de administración como las complicaciones de la nutrición enteral están ampliamente documentadas, no ocurre lo mismo con la administración de medicamentos a través de sonda enteral, para la cual no existe uniformidad de criterios en cuanto a las técnicas de administración y preparación del medicamento.

Este proyecto va enfocado al diseño y puesta en marcha de un protocolo para evitar los errores en la prescripción, manipulación y administración de medicamentos por vía oral en pacientes con disfagia portadores o no de sonda enteral.

Dado que el Servicio de Farmacia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, tiene vinculados los botiquines de las Residencias del IASS: “Sagrada Familia” y “Ciudad de Huesca”, se presentará el proyecto en ambas.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Elaborar y difundir el protocolo con el fin de mejorar la seguridad del paciente:

- Aumentar los beneficios derivados de la correcta administración de medicamentos en estos pacientes
- Analizar las causas de los errores y emitir recomendaciones para prevenirlos
- Obtener la satisfacción de nuestros usuarios/pacientes/clientes con los servicios recibidos
- Implicar a todos los profesionales en el uso adecuado de medicamentos
- Aumentar la implicación de la familia y/o cuidadores en la aplicación de cuidados

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Analizar los procedimientos de administración de medicamentos por vía oral en pacientes con disfagia portadores o no de sonda enteral en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
- Elaborar :
  - “Protocolo de administración de medicamentos por sonda nasogástrica”
  - “Protocolo de administración de medicamentos por sonda de gastrostomía”
  - “Guía de Administración de Medicamentos por sonda enteral”, adaptada a los medicamentos incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del HSCJ
- Difundir y presentar los documentos, en al menos tres sesiones informativas con el fin de facilitar la asistencia del personal que realiza turnos, así como en las Residencias “Sagrada Familia” y “Ciudad de Huesca”.
- Elaborar una encuesta acerca del grado de conocimiento de los Protocolos y Guía elaborados y su aplicación práctica, dirigida al personal de enfermería y auxiliar.
- Al alta del paciente informar sobre las técnicas de manipulación y administración de medicamentos al paciente y familiar o cuidador.

#### **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

- Elaboración del “Protocolo de administración de medicamentos por sonda nasogástrica” Si  No
- Elaboración del “Protocolo de administración de medicamentos por sonda de gastrostomía” Si  No

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

- Elaboración de la “Guía de Administración de Medicamentos por sonda enteral” ” Si  No
  
- N° técnicas de administración erróneas/N° técnicas de administración totalesX100 = Tasa de errores de administración

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero 2009: Reunión inicial. Búsqueda bibliográfica.

Marzo 2009: Recogida de datos para ver la situación real y la mejora que puede suponer el proyecto.

Abril 2009: Elaboración de Protocolos y Guía.

Mayo 2009: Difusión del proyecto. Tres sesiones informativas.

Junio-Noviembre 2009: Diseño de la encuesta. Elaboración de los folletos para los pacientes y familiares. Seguimiento de las actuaciones.

Diciembre 2009: Recogida de datos. Análisis de la encuesta. Evaluación del proyecto.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Material gráfico e imprenta</i>	350 €
TOTAL	

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN Y/O COLONIZACIÓN POR SAMR (Staphylococcus Aureus resistente a la Meticilina) EN UN HOSPITAL GERIÁTRICO Y DE CONVALECENCIA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

TERESA MOYA PORTE

Profesión

SUPERVISORA DE HOSPITALIZACIÓN

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

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS – HUESCA (HSCJ)

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 29 20 00

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre:	Profesión	Centro de trabajo
NIEVES DOZ	SUPERVISORA ENFERMERIA	HSCJ
CLARA MAIRAL DOMINGUEZ	ENFERMERA. SECCIÓN A	HSCJ
MIGUEL ANGEL ALLUE GRACIA	ENFERMERO. SECCIÓN B	HSCJ
ALMA GARCIA ESPOT	ENFERMERA. SECCIÓN C	HSCJ
CARMEN LUESMA	Directora de Enfermería	HSCJ
CARMEN GORGAS	Médico Geriatra	HSCJ
MERCEDES CLERENCIA	Médico Geriatra	HSCJ

### 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 grupo de mejora parte de la preocupación del personal de enfermería de las plantas de hospitalización del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca por la alta prevalencia de la infección y/o colonización de los pacientes ingresados por Staphylococcus Aureus Meticilin Resistente (*en adelante SAMR*). Existen protocolos de actuación pero no están unificados, aplicándose distintas medidas en una planta o en otra.

Se elaboró un protocolo de medidas de control en pacientes con SAMR teniendo en cuenta únicamente pacientes agudos con ingresos de corta duración.

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús es un Hospital cuyos pacientes son fundamentalmente geriátricos, atendiendo también pacientes que precisan un periodo de convalecencia y/o rehabilitación que requieren estancias más prolongadas que un hospital general.

La aplicación del protocolo en funcionamiento actualmente impide que numerosos pacientes puedan acudir al Servicio de Rehabilitación, frenando su progresión e impidiendo la parte fundamental de su tratamiento y su pronta recuperación.

Por otra parte, si se aplica el protocolo de control del SAMR propio de pacientes institucionalizados (residencias de ancianos fundamentalmente), se percibe que al disminuir lo estricto de las medidas tomadas, aumenta la incidencia de infección y colonización por SAMR.

El presente proyecto pretende estudiar y analizar la aplicación actual de los dos protocolos en nuestro centro y elaborar uno común y adecuado a un hospital de nuestras características.

#### **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**

- Aplicación del mismo protocolo de actuación ante pacientes infectados y/o colonizados por SAMR en todas las Unidades de Hospitalización del Centro
- Adecuar el protocolo a un Hospital de Geriátrica y convalecencia, de forma que no dificulte el tratamiento rehabilitador y prolongue así su estancia y los riesgos que conlleva una estancia prolongada
- Formar a todo el personal implicado en el cuidado del paciente para que la aplicación del protocolo sea rigurosa y efectiva
- El resultado final será el aumento de la seguridad del paciente, disminuyendo la tasa de infección o colonización por SARM.
- Si esto se consigue aumentará la eficiencia, disminuyendo el gasto por paciente y mejorando su calidad de vida.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- En principio conocer con exactitud la tasa de infección y la tasa de colonización por SAMR en el momento actual, separando los pacientes que se colonizan o infectan en nuestro centro de los que ingresan siendo ya portadores del SAMR.
- Búsqueda bibliográfica
- Elaborar un registro individual de los pacientes con SAMR que recoja las medidas adoptadas en cada caso y el seguimiento, incluyendo el protocolo que se ha adoptado en ese caso
- Con la evaluación de los datos obtenidos, los conocimientos extraídos de la bibliografía consultada y los protocolos existentes elaborar un único protocolo de actuación para todo el centro, teniendo en cuenta el tipo de pacientes atendidos
- Sesiones formativas a todo el personal (incluidos celadores y limpieza) acerca de la aplicación estricta del protocolo elaborado
- Designar en cada unidad un enfermero/a responsable de velar por el cumplimiento del protocolo
- A final del año, nuevamente tasa de infección o colonización por SARM y estudio de los posibles beneficios que haya supuesto en los pacientes las medidas adoptadas

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>
-------	---

<p><b>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b></p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y <b>señalar al menos dos indicadores</b> que se van a utilizar para su monitorización</p> <p>TASA DE INFECCIÓN POR SAMR EN DICIEMBRE &lt; 20% QUE LA TASA INICIAL</p> <p>TASA DE COLONIZACIÓN POR SAMR EN DICIEMBRE &lt; 20% QUE LA TASA INICIAL</p> <p>ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES INFECTADOS POR SAMR (Dos cortes, uno a principio de año y otro al final)</p>
---

<b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: febrero 2009	Fecha de finalización: diciembre 2009
<p>Febrero 2009: Reunión del grupo de mejora en la que se pondrá en común la tasa de pacientes con SAMR en este momento y se distribuirán las siguientes tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración del registro individual de pacientes con SAMR</li> <li>- Búsqueda bibliográfica</li> <li>- Aportación de distintos protocolos actualizados de control de SAMR en hospitales de agudos, instituciones y hospitales geriátricos</li> </ul> <p>Marzo 2009: Elaboración del protocolo propio</p> <p>Abril 2009: Difusión y sesiones formativas a todo el personal del centro</p> <p>Mayo 2009: Aplicación del protocolo y registro de las medidas adoptadas de manera individual.</p> <p>Diciembre 2009: evaluación de indicadores y memoria final. Valoración por parte del equipo de mejora de la continuidad.</p>	

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>_Dietas y kilometraje para acudir a las Jornadas de Calidad del SALUD para el personal responsable</i>	200 euros
TOTAL	200 euros

Lugar y fecha: HUESCA – 18 – 02 - 2009

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
**MEJORA DE LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA: CREACIÓN DE UN ESPACIO MULTIFUNCIONAL DOCENTE/BIBLIOTECA.**

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**  
**Nombre y apellidos**  
**MARIA JESÚS MUR LALUEZA**  
**Profesión**  
**Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)**  
**HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**  
**Sector de SALUD:**  
**HUESCA**  
**En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.**  
**SERVICIO DE GERIATRÍA**  
**Correo electrónico:**  
**Teléfono y extensión del centro de trabajo:**  
**974 29 20 00**

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
NIEVES DOZ SAURA	SUPERVISORA DE ENFERMERIA	HSCJ
JOSÉ GALINDO ORTIZ DE LANDÁZURI	GERIATRA	HSCJ
CARLOS CARRETER OROÑEZ	DIRECTOR DEL HOSPITAL	HSCJ
MARI ANGELES ASENJO LOSTAO	FISIOTERAPIA	HSCJ
AURORA CALVO PARDO	MÉDICA	HSCJ
SIMEÓN LÓPEZ GRACIA	RADIÓLOGO	HSCJ
MARIA JOSÉ LERA	AUX. ADMINISTRATIVA	HSCJ
PILAR NAVARRO CAMEO	ADMINISTRADORA	HSCJ

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

El Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con un espacio denominado Biblioteca donde se guardan libros y revistas indexados, en armarios cerrados con llave. Este espacio permanece cerrado siempre, siendo posible acceder al material únicamente en horario de mañana, lo que dificulta la consulta de bibliografía y su utilización como lugar de estudio y trabajo, sobre todo en el resto de franja horaria, cuando el personal que está de guardia o que acude al centro fuera de su horario podría disponer de más tiempo y más tranquilidad para su utilización.

Aunque existen puntos informáticos en el centro con acceso a las redes de las que dispone el Departamento de Salud, en el propio espacio no puede accederse y se percibe un desconocimiento por parte del personal de la forma de acceso a estas redes.

No existe una sistemática escrita y difundida entre el personal del hospital para solicitar razonadamente la adquisición de nuevo material bibliográfico, ni constancia de quien debe tomar la decisión y si es posible destinar fondos económicos a este fin.

En cuanto a los fondos bibliográficos se observa que no se han actualizado las últimas ediciones en libros básicos de consulta ni revistas de uso habitual. La mayoría del material está obsoleto o corresponde a publicaciones del Ministerio de Sanidad o de laboratorios farmacéuticos, que aunque tienen utilidad no son suficientes.

Existe una base de datos que contiene los fondos bibliográficos pero no está actualizada, no es conocida su existencia y solo se puede acceder a ella desde fuera del espacio llamado biblioteca, en un único punto informático gestionado por una auxiliar administrativa.

Se observa también que no existe prácticamente ningún material bibliográfico dirigido especialmente al personal de enfermería.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Crear un espacio polivalente, dinámico, y abierto que pueda utilizarse como biblioteca entendido en el amplio sentido de depósito de libros y revistas, punto de acceso a bibliotecas virtuales, lugar de estudio y trabajo , incluso espacio docente si la ocasión lo requiere.

Actualizar los fondos bibliográficos del Hospital, dando oportunidad a los trabajadores interesados a solicitar debidamente motivado, la adquisición de nuevos fondos.

Promover la formación del personal en búsquedas Bibliográficas de manera que aumente el uso eficiente del material tanto físico como virtual.

Facilitar el acceso a la información también a personas en formación (MIRes, estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud etc.) que pasan por nuestro centro.

Aumentar la motivación y la satisfacción de los profesionales con su trabajo.

Fomentar el estudio y la investigación entre los profesionales del centro.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación de un grupo de mejora multidisciplinar para mejorar actualizar y mejorar el uso de la biblioteca y los fondos existentes. Entre sus tareas estarán:
  - o Establecer los criterios para adquisición de nuevos fondos
  - o Normalizar una sistemática de funcionamiento de la Biblioteca, incluyendo préstamo de material.
  - o Coordinar actividades formativas encaminadas a que todo el personal

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

- interesado conozca la metodología de búsqueda y acceso a redes bibliográficas.
- Valorar la idoneidad de los fondos donados y su inclusión o no en Biblioteca y notificarlo al Departamento correspondiente para su uso.
  - Dotar al espacio multifuncional docente/Biblioteca de al menos un punto informático, con acceso a base de datos de fondos bibliográficos propios y a Bibliotecas virtuales.

#### 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

- EXISTEN NORMAS ESCRITAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA BIBLIOTECA  
SI  NO
- % DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE UTILIZAN LA BIBLIOTECA (A PARTIR DEL MOMENTO DE LA DIFUSIÓN DE LA NUEVA NORMATIVA) DURANTE EL AÑO 2009
- NÚMERO DE PRÉSTAMOS QUE SE REALIZAN
- % DE PROFESIONALES DEL CENTRO QUE ASISTEN A LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS PROGRAMADAS.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

MARZO 2009: constitución del grupo multidisciplinar para la mejora de la biblioteca.

ABRIL 2009: Difusión de normativa sobre el uso de la Biblioteca

MAYO 2009: Actividades formativas dirigidas a todo el personal

OCTUBRE 2009: Revisión de la eficacia de las medidas adoptadas

DICIEMBRE 2009: Evaluación de indicadores y memoria final.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
FONDOS BIBLIOGRÁFICOS	500 EUROS
CURSO DE FORMACIÓN PARA BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS Y ACCESO A LAS BIBLIOTECAS VIRTUALES DIRIGIDO A TODO EL PERSONAL DEL CENTRO ¿IACs?	1000 EUROS
TOTAL	1500 EUROS

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Programa de Orto geriatría para el sector de salud de Huesca: manejo integral de la fractura de cadera en el anciano
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos: Juan Vallés Noguero
Profesión : geriatra
Lugar de trabajo: Hospital San Jorge (HSJ) de Huesca Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca (HSCJ)
Sector de SALUD: Huesca
Servicio o unidad: Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVSS) del sector de Huesca (HSJ) Servicio de Geriatria (HSCJ)
Correo electrónico: javalles@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 639401987 (móvil trabajo) 974247000 (HSJ), ext. 24420 (busca) 974292000 (HSCJ)

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José Galindo Ortiz de Landázuri	geriatra	H. Sº Corazón: Sº Geriatria
2 Blanca Hualde Mozota	trabajo social	H. S. Jorge: UVSS
3 Alberto Ladaga Vela	traumatólogo	H. S. Jorge: Sº Traumatología
4 Lorena Mairal Salinas	DUE	C.S.Pirineos:enf.enlace de sector
5 Isabel Peralta Gascón	DUE	H. S. Jorge: UVSS
6 Almudena Pueyo Artieda	DUE	H. Sº Corazón: H. Día Geriátrico
7 Javier Lera Del Amo	fisioterapeuta	H. Sº Corazón: Sº Rehabilitación

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
<p>La patología ortopédica en el anciano y la fractura de cadera en particular suponen un problema de primera magnitud con un enorme coste sanitario, social, familiar y personal. La mortalidad de la fractura de cadera al año se calcula en un 25-30% asociando gran número de complicaciones médicas severas. Una tercio de estos pacientes sufrirán una dependencia funcional severa y otro tanto moderada de forma permanente. Igualmente las fracturas vertebrales precipitan alto grado de invalidez.</p> <p>Desde hace cinco años se ha implantado progresivamente un Programa de Orto geriatría para el sector de salud de Huesca, ya consolidado. Atiende a todas las personas con criterios de paciente geriátrico que ingresan en los hospitales San Jorge y Sagrado Corazón de Jesús de Huesca con alguna patología traumatológica u ortopédica, incluyendo la fractura de cadera o la vertebral. Su misión es garantizar la provisión y coordinación de recursos y actuaciones de forma integral e interdisciplinar</p>

desde el inicio del proceso hasta la resolución completa del episodio. Esto es posible gracias a la intervención de dispositivos especializados en los diferentes niveles asistenciales además de la utilización de los recursos convencionales.

La detección inicial de pacientes es realizada por la UVSS en el HSJ en menos 24 horas tras el ingreso (no incluye fin de semana o festivos). Los objetivos prioritarios son el control médico perioperatorio en colaboración con el Sº de Traumatología (pase de visita diario conjunto), disminuir la mortalidad, las complicaciones por inmovilidad, la incapacidad y la institucionalización, coordinar los profesionales participantes, detectar el riesgo social, preparar precozmente el alta y asegurar la continuidad asistencial en otros niveles (Sº de Geriatría, hospital de día geriátrico, Atención Primaria, rehabilitación ambulatoria...). Simultáneamente el Sº de Geriatría del HSCJ recibe pacientes procedentes del sector de Barbastro para recuperación funcional.

Los resultados han demostrado una reducción de la estancia media y otros índices de gestión para los GRD con mayor impacto en el HSJ desde el inicio de la actividad. El nº de pacientes atendidos en este programa en 2008 fue de 410 aproximadamente de los que 44% fueron fracturas de cadera. De ellas, un 42% precisaron ser remitidas a hospital de convalecencia. La edad media es de 82 años con un predominio del sexo femenino de 3 a 1. La coordinación sanitaria y social interniveles se considera satisfactoria pero mejorable. Existe un grupo de trabajo para diseñar el proceso de fractura de cadera en el sector pero no hay un sistema de información único que monitorice la gestión de todo el programa.

La actividad de la UVSS en el HSJ se registra diariamente mediante una base de datos gestionada por dicha unidad de la que se extrae el cuadro de mando para este y otros programas. Los datos relativos al HSCJ y Atención Primaria son recopilados por la Unidad de Documentación del HSCJ y la enfermera de enlace respectivamente.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

No se han realizado proyectos de mejora de calidad previos para este tipo de convocatorias

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- a: Minimizar la aparición y las consecuencias de complicaciones clínicas y funcionales.
- b: Implementar mediciones que monitoricen la recuperación funcional de forma más eficaz y contribuyan a mejorar el control de la estancia media (EM).
- c: Incrementar la coordinación interniveles.
- d: Diseñar e implantar un sistema de información común para el sector.
- e: Dar a conocer y exportar el modelo a otros ámbitos de la Comunidad Aragonesa.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- a: Controlar precozmente las circunstancias que producen aumento de morbimortalidad en el periodo perioperatorio y disminuir la aparición de úlceras por presión. Optimizar el tiempo de espera quirúrgica intensificando la coordinación entre servicios.
- b: Incorporar parámetros de monitorización pronóstica en rehabilitación: eficiencia del Barthel = (índice de Barthel al alta – índice de Barthel al ingreso)/EM y realización periódica de la FAC (Functional Ambulation Classification) en forma de iconograma.
- c: Enviar informe de la UVSS al alta, antes de la salida del paciente del hospital, al siguiente nivel asistencial: Atención Primaria (AP) y/o HDG, hospital de convalecencia y

a enfermera de enlace (EE) de sector. También a servicios sociales de la comunidad o HSCJ si intervención de trabajo social necesaria. Realizar las comunicaciones telefónicas oportunas para asegurar la transmisión temprana de información.

d: Fabricación de una base de datos accesible para todos los niveles. Utilizar el informe clínico de la UVSS para HSJ y HSCJ como documento común de comunicación.

e: Dar a conocer y exportar el modelo a otros sectores de salud divulgando el método, resultados del programa en otros servicios, reuniones científicas, Jornadas Aragonesas de Calidad y, si procede, en órganos gestores del Servicio Aragonés de Salud.

*La realización de las actividades será compartida por los servicios/unidades participantes excepto a y c que correrán a cargo de de los miembros de la UVSS.*

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

a.1: Pacientes captados por UVSS < 24 h. / pacientes atendidos por la UVSS.

a.2: Éxito en hospital de agudos / pacientes atendidos por la UVSS.

a.3: Úlceras por presión > grado I durante la estancia en el Sº de Traumatología.

b.1: Pacientes con cálculo de la eficiencia del Barthel al alta.

c.1: Comunicaciones de UVSS < 72 h. al alta a AP-EE / pacientes atendidos por UVSS.

c.2: Coordinación social al alta / pacientes con intervención de trabajo social.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

- Duración total y consolidación de objetivos: año 2009.

- Monitorización de los indicadores: mensual.

- Diseño y pilotaje de base de datos común: primer semestre de 2009.

- Implantación progresiva del Sº de información: segundo semestre de 2009.

- Evaluación de parámetros e indicadores: al final de periodo.

- Divulgación de los resultados: año 2010.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
- <u>Todos los incluidos en los dispositivos de los diferentes asistenciales ya en funcionamiento</u>	<u>no suponen coste adicional</u>
- <u>Apoyo informático: fabricación de base de datos común para todos los niveles del sector y disponer de un sistema de comunicación informático interniveles</u>	<u>Los correspondientes al trabajo del personal de informática</u>
- <u>Medios informáticos: un mini pc portátil (opcional)</u>	<u>0-300 euros</u>
- <u>Los correspondientes a la divulgación del proyecto (inscripción en Jornadas Aragonesas de Calidad u otras reuniones científicas pertinentes, desplazamientos...)</u>	<u>A determinar según cuotas</u>
<b>TOTAL</b>	<b>0-300 euros</b>

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>Mejora de la calidad de la asistencia prestada al paciente usuario del Hospital de día de Geriatría: Acogida diaria</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos <b>ITZIAR CARRERO Y ALMUDENA PUEYO</b>
Profesión <b>AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ENFERMERA</b>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) <b>HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE HUESCA</b>
Sector de SALUD: <b>HUESCA</b>
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. <b>HOSPITAL DE DIA DE GERIATRÍA</b>
Correo electrónico: <b>apueyo@salud.aragon.es</b>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: <b>974 29 20 00</b>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M <sup>a</sup> JOSÉ GRASA	AUX. ENFERMERÍA	HSCJ
JUAN JOSÉ SIERRA	AUX. ENFERMERÍA	HSCJ
LOURDES MARTIN	TERAPEUTA OCUPACIONAL	HSCJ
NIEVES DOZ	SUPERVISORA DE ENFERMERÍA	HSCJ

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

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

Los profesionales del Hospital de Día de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús perciben en los usuarios y familiares que ingresan por primera vez un gran desconocimiento de este dispositivo asistencial, sus objetivos, su cartera de servicios y su funcionamiento, lo que provoca en ocasiones en el anciano cuando llega al centro un cierto grado de ansiedad.

Se trata de un Centro de atención diurno integrado en el Servicio de Geriatría del Centro que atiende a ancianos de la comunidad y cuyo objetivo fundamental es facilitar que los ancianos continúen viviendo en su domicilio, realizando recuperación funcional y el control clínico hasta lograr la máxima mejoría posible, diferente en cada tipo de paciente.

Para lograr los resultados esperados es de vital importancia mantener un contacto permanente con las personas del entorno del paciente, familiares fundamentalmente. También es importante la comunicación bidireccional con otros profesionales como su médico y enfermera de Atención Primaria, profesionales del transporte sanitario etc.

La cartera de Servicios del Hospital de Día de Geriatría incluye: Diagnóstico y tratamiento médico y de enfermería, rehabilitación, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, radiología y análisis clínicos.

Se plantea la necesidad de realizar un protocolo de acogida diaria y personal a los pacientes cuando acuden por la mañana de forma que:

- Mejorar el circuito de información entre todas las personas que influyen en el proceso asistencial,
- Preparar un ambiente adecuado y personalizado para que el paciente se sienta esperado y acogido (taquillas, pizarra con los datos del día, ayudas técnicas necesarias para cada paciente...)
- Mobiliario preparado para las actividades de psicomotricidad
- Aprovechar la coyuntura actual que hace que las personas del transporte sanitario sean todos los días las mismas, con lo que conocen al paciente, sus circunstancias y facilitan el flujo de información entre el domicilio y el hospital de día
- El personal de enfermería prepara historias de pacientes de nuevo ingreso, analíticas para el día, listado actualizado diariamente.
- La enfermera responsable planifica los cuidados lo que incluye consulta con otros profesionales: terapeuta ocupacional, geriatra, fisioterapeuta, logopeda...
- Planificación también del orden en el que el paciente recibirá la asistencia a lo largo de su estancia.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

Este proyecto puede considerarse una continuación de los que se vienen incluyendo dentro del Programa de Apoyo a Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud, fruto de la preocupación del grupo multidisciplinar de profesionales del Hospital de Día de Geriatría por mejorar el servicio que prestan a los usuarios del dispositivo y a sus familias. Se pretende también mejorar el grado de conocimiento y de satisfacción de este servicio que tienen los usuarios, sus familias, otros profesionales y la sociedad en general.

En la pasada edición el grupo de mejora decidió titular su proyecto: “**REGISTRO DE ACTIVIDAD DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA**”.

Los objetivos generales iban en la misma línea:

- Mejorar la atención prestada a los pacientes.
- 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.

Los objetivos específicos fueron:

- 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.

#### RESULTADOS:

0) Elaboración de la hoja de actividad: **Sí**

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

$$\frac{\text{Pacientes con registro de actividad}}{\text{Pacientes ingresados en el Hospital de Día}} \times 100 = \mathbf{32\%}$$

No se alcanzó el estándar esperado, porque una vez elaborada la hoja, comenzó su registro y el grupo de mejora decidió, tras un periodo de prueba, que la información que aportaba, con respecto a la que ya recogía la terapeuta ocupacional, no era relevante y no añadía valor, incrementando una carga de trabajo burocrático que no repercutía favorablemente en el trabajo diario y, por tanto, no mejoraba la calidad de la asistencia prestada. En el mes de Junio se decidió no seguir utilizándola.

2) % de cumplimentación de hoja la hoja de registro

$$\frac{\text{Ítems cumplimentados}}{\text{Nº de ítems totales de la hoja de registro}} \times 100 = \mathbf{87\%}$$

Estándar: 60%

Mientras se utilizó la hoja de registro, el nivel de cumplimentación fue elevado.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Mejorar la acogida diaria e individualizada a los pacientes que acuden a Hospital de día de Geriatría,
- Favorecer el flujo de información bidireccional con los demás profesionales que intervienen en el proceso asistencial del paciente dentro y fuera del hospital Sagrado Corazón de Jesús:
  - Unidad de Valoración Sociosanitaria
  - Servicio de Geriatría
  - Equipo de Atención Primaria
  - Servicios de Urgencias (en caso de que el paciente haya hecho uso de estos Servicios)
- Favorecer también el intercambio de información con la familia, el cuidador principal y el entorno del paciente, de forma que pueda utilizarse en beneficio de la calidad del servicio que se le proporciona al paciente.
- Protocolizar las actividades de acogida, favoreciendo que el paciente perciba su estancia en Hospital de Día con satisfacción y seguridad.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de protocolo de acogida diaria al paciente usuario del hospital de día de geriatría
- Identificación de las actividades a llevar a cabo por enfermeras, terapeutas y auxiliares en la acogida a los pacientes.
- Mejorar los flujos de información entre profesionales
- Informar en la reunión semanal del grupo profesional aquellos aspectos relativos a la acogida que sean susceptibles de ser modificados o que se incorporen de nuevo a la actividad diaria
- Análisis cualitativo del protocolo de acogida por parte del grupo multidisciplinar que trabaja a diario en este dispositivo (geriatra, enfermera, terapeuta, auxiliares de enfermería).
- Diseñar e implementar una encuesta de satisfacción para el paciente usuario de HDG, incluyendo ítems relativos al proceso de acogida.

**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

- Elaboración de protocolo de acogida a pacientes de HDG **SI** **NO**

Hasta el momento no se realiza encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares. Los indicadores indirectos de medida de mejora de la calidad de la asistencia prestada a usuarios de Hospital de Día de Geriatría se extraerán de los resultados de la encuesta, sobre todo en lo referente a grado de conocimiento del dispositivo como de la acogida prestada al ingreso y a la llegada cada día al centro.

- Encuesta de satisfacción a los propios pacientes y o familiares **SI** **NO**
- Valoración satisfactoria de la acogida **> 80%** de las encuestas recogidas

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

**Calendario:**

Febrero – Marzo 2009: elaboración del protocolo de acogida

Abril – Mayo 2009: implementación

Septiembre 2009: elaboración de encuesta de satisfacción para pacientes ingresados en el Hospital de Día de Geriatría.

Octubre – noviembre 2009: encuesta a los usuarios

Diciembre 2009: evaluación de indicadores.



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## **1.- TÍTULO**

Programa de atención analgésica postoperatoria en cirugía con ingreso.

## **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Nombre y apellidos: Cuan Carlos Carrión Pareja y María Jesús Martín Arnal

Profesión: Anestesiólogos.

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.

## **4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

### **Detección del problema.**

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

### **Situación inicial.**

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

### **Causas.**

El exceso de trabajo puntual, rotación del personal de enfermería, falta de programación para revisar las pautas y protocolos con periodicidad y la inercia de la rutina, así como el tiempo necesario para los registros y su análisis son las causas señaladas sobre las que habría que actuar para mejorar. El propio seguimiento del proceso consume muchos recursos debido a las dificultades para automatizar el registro de todas las variables con la PDA.

### **Importancia de la mejora.**

Vigilar, controlar el proceso y los resultados de la analgesia postoperatoria, además de evitar el sufrimiento innecesario, supone reducir la morbilidad directamente relacionada con el dolor<sup>4</sup>.

### **Fuentes y modelos.**

Elección de un modelo con eficacia y eficiencia contrastada<sup>5</sup>. 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.**

#### **Análisis de los resultados.**

Los valores de los indicadores medidos son los siguientes:

**Indicadores de calidad del programa.  
Resultados. Indicadores 2008.**

Indicadores.	Resultados	
	1º semestre	2º semestre
1- Accesibilidad (cobertura del programa). 1.1.1	96%	95.4%
2- Efectividad. 2.1.1	78%	75.6%
3- Efectividad. 2.1.2	85%	96%
4- Seguimiento del procedimiento. (1.1.2 + 1.2)	-	63%
5- Seguridad (PNVPO) 2.2.1	16%	18.6%
6- Seguridad (PEAG) 2.2.2	0%	0%
7- Utilización de PCA ev. 1.4	-	0.53%
8- Utilización de analgesia multimodal. 1.3	-	7.11%

**Análisis y revisión de los resultados.**

Los resultados del proceso demuestran estabilidad, si bien persisten algunos defectos en el mismo que ya se habían detectado en evaluaciones anteriores y que son relativos al registro. Estos son:

- 1- 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 registra siempre en la sala de hospitalización la intensidad del dolor con el movimiento.
- Los valores de los indicadores en el último semestres sugieren estacionalidad en el sentido de que los periodos vacacionales pudieran inestabilizar el proceso con respecto a los registros, seguimientos y actividades dependientes.

Sigue siendo necesario potenciar las nuevas técnicas, sobre todo la analgesia endovenosa controlada por el paciente.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

**Mantener las actitudes y actividades iniciadas con el programa sobre:**

- Implicación.
- Formación.
- Liderazgo y asunción de responsabilidades.
- Elaboración de un protocolo de analgesia postoperatoria.

**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 I<sup>4</sup>.

**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**

**Automatizar el registro de las variables que se utilizan para evaluar el funcionamiento del proceso.**

**Consensuar modelos de analgesia endovenosa controlada por el paciente.**

### **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. Puntuación en la escala numérica en reposo  $\leq 3$  ( 2.1.1) y  $\leq 5$  ( 2.1.2)

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: 01/01/09**

**Fecha de finalización: Sin límite**

Calendario:

Act.	Enero	Febre.	Mar	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	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>
Ordenador ultraportatil. Se sugiere el modelo indicado, si bien uno similar, sobre todo en cuanto al tamaño (portabilidad, dada su utilidad en el pase de visita) puede servir, en el caso de que el centro pueda adquirirlo a través de sus suministradores.	
<b>Ordenador ultraportatil Asus Eee PC 701</b>	<b>300</b>
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>

Fecha y firma:

12/02/09

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: Anestesiólogos.

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](mailto:jccarrion@salud.aragon.es)  
[gramos@salud.aragon.es](mailto: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% <sup>1</sup>- como por la importancia de los resultados adversos<sup>2</sup>. La vía aérea difícil (VAD) constituye la principal causa de morbi – mortalidad directamente relacionada con la administración de la anestesia<sup>2</sup>. La intubación traqueal fibro – óptica (ITF) se considera la técnica de referencia<sup>3</sup> para el manejo de la VAD, pero tiene el inconveniente de las restricciones que se dan para adquirir las habilidades necesarias para su práctica.

#### Detección del problema.

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

Hay una opinión unánime entre los miembros del servicio sobre la necesidad de implantar de forma extensa la técnica de ITF y ordenar el uso de las numerosas y diversas técnicas alternativas y dispositivos disponibles en el SAR y TD.

#### Situación inicial.

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

#### Causas.

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

Las características de la técnica de ITF tampoco la hacen adecuada para practicarla sin más

preparaciones de manera rutinaria.

**Importancia de la mejora.**

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

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

Se han realizado las actividades desde la 1.1 a la 1.3, lo cual supone no haber conseguido los objetivos fijados para el ejercicio 2008.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

La conclusión del programa iniciado tiene como objetivos finales los siguientes resultados:

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.

Se prevé que estos objetivos no podrán alcanzarse en su totalidad durante el ejercicio 2009. Por ello se planea durante este año conseguir consolidar la implantación del resultado de las actividades 1.2 y 1.3 y comenzar con las actividades del punto 2 que se detallan más adelante en el punto 8

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 Anesthesiologists<sup>2</sup>.

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, FOCUSS sobre la vía aérea etc.

**9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

1- Medición del cumplimiento / realización del 80% de los objetivos / actividades programadas.

La actividad 1.2 y 1.3 se medirán mediante una encuesta a los profesionales.

Las actividades 2 se medirán mediante la comprobación de la evidencia de su realización (sesiones teóricas y prácticas, realización de las prácticas)

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

**Fecha de inicio: 01/01/2007**

**Fecha de finalización: 05/2009**

**Calendario: Año 2009.**

Act.	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Medición De la realización de act. 1												<b>X</b>
1.2						<b>X</b>						
1.3						<b>X</b>						
Medición de las act. 2												<b>X</b>
2.2						<b>X</b>						
2.2						<b>X</b>						
2.2.1						<b>X</b>						
2.2.2						<b>X</b>						

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.

<b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
En esta convocatoria no se solicitan recursos.	
<b>TOTAL</b>	<b>€0</b>

Fecha y firma:

En Huesca a 14/02/09

Gonzalo Ramos Moreno

Juan Carlos Carrión Pareja

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

EVALUACIÓN DE INDICADORES DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE PROCESO Y RESULTADO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE APARATO DIGESTIVO.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Javier Alcedo González.

Profesión

Médico

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

Hospital San Jorge. Huesca.

Sector de SALUD:

Huesca.

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

Unidad de Gastroenterología y Hepatología.

Correo electrónico:

[jalcedo@salud.aragon.es](mailto:jalcedo@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974247000 – Ext 24358 – 24158.

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Miguel A. Montoro Huguet.	Médico	H. San Jorge. Huesca.
2 Santos Santolaria Piedrafita.	Médico	H. San Jorge. Huesca.
3 Ramón Guirao Larrañaga.	Médico	H. San Jorge. Huesca.
4 Luis Cortés García.	Médico	H. San Jorge. Huesca.
5 Juan Rodríguez García	Médico	H. 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...

Actualmente se desconoce la gestión de los procesos de enfermedad que se lleva a cabo en los pacientes atendidos en consultas externas. No se recoge la información referente al perfil clínico del paciente, ni el motivo de la consulta, ni se consigna el diagnóstico definitivo establecido en cada caso. También se desconoce el número de visitas y el tiempo empleado hasta llegar al diagnóstico, el número de exploraciones complementarias solicitadas y la demora media de las mismas según el tipo de enfermedad. Finalmente, tampoco se ha evaluado la eficiencia del seguimiento ambulatorio de los pacientes con una enfermedad digestiva crónica.

Con la iniciativa de mejora de calidad que se presenta se busca poder detectar problemas y demoras en el proceso diagnóstico de cada patología, y secundariamente diseñar las estrategias de mejora ajustadas a las deficiencias observadas. Asimismo, se persigue conocer el perfil clínico de los pacientes remitidos a la consulta especializada de aparato digestivo, incluyendo el diagnóstico definitivo al que se llega en función de cada motivo de consulta. Por último, se evalúa la efectividad del seguimiento de la patología crónica digestiva en función del número medio de ingresos hospitalarios precisados en cada caso y la mortalidad por la misma.

Para conseguir los objetivos citados se plantea el diseño e instalación en las consultas de aparato digestivo de un programa informático del tipo base de datos, que permita la recogida de la información de cada paciente de forma ágil, complementada con la adquisición de datos de forma automática desde el programa de citación externa del hospital. Se ha previsto que la aplicación informática cumplirá con la legislación sobre protección de datos del paciente.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Establecer el perfil clínico de los pacientes que acuden a la consulta especializada de aparato digestivo (procedencia, edad, sexo, comorbilidad, cronicidad).
2. Conocer el diagnóstico o diagnósticos derivados de cada motivo de consulta.
3. Conocer la demora en el diagnóstico según motivo de consulta y diagnóstico definitivo.
4. Conocer la demora de las pruebas complementarias solicitadas, de forma global e individualizada por patologías y motivos de consulta.
5. Conocer la incidencia de las patologías crónicas digestivas de manejo ambulatorio, su evolución y su tendencia a lo largo de los años.
6. Evaluar la efectividad del seguimiento ambulatorio de los pacientes con patología digestiva crónica.
7. Obtener la información necesaria para el diseño de estrategias de mejora en el proceso diagnóstico ambulatorio, ajustadas a las deficiencias detectadas.
8. Valorar la idoneidad de los procedimientos aplicados en la práctica clínica habitual de consultas externas (protocolos de actuación y guías clínicas).

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración e instalación del programa informático:
  - Asesoría en el diseño (tipo de variables y adecuación al sistema de trabajo en consultas) por parte del staff médico de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología del Hospital San Jorge de Huesca, en colaboración con el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital San Jorge.

- Elaboración del software en empresa de servicios informáticos.
  - Instalación del programa informático en la red del sistema de consultas externas del Hospital San Jorge. Labor realizada por profesional informático externo y coordinada por los responsables del Servicio de informática del Hospital San Jorge de Huesca.
2. Recogida de la información de forma rutinaria en consultas externas por cada uno de los integrantes de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología del Hospital San Jorge, de Huesca.
  3. Análisis del cumplimiento de recogida de la información en consultas, mediante revisión de la base de datos, de la información aportada por el Servicio de Admisión del Hospital y de la historia clínica individual de los pacientes. Labor a realizar periódicamente por el responsable de calidad de la Unidad con la asistencia del resto de los facultativos de la misma.
  4. Análisis semestral y anual de la información recogida por parte del responsable de calidad de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Detección de problemas y demoras diagnósticas.
  5. Propuestas de mejora en el proceso diagnóstico y manejo terapéutico de los pacientes atendidos en consultas, ajustadas a los resultados del análisis previo. A elaborar por el conjunto de la Unidad de Gastroenterología y Hepatología.

#### **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 A EVALUAR**

1. Comorbilidad extradigestiva de los pacientes atendidos en consultas (escala numérica).
2. Demora diagnóstica (tiempo en meses desde la fecha de la primera consulta y la fecha de diagnóstico).
3. Número de visitas empleadas hasta el diagnóstico, global y por patologías.
4. Demora media entre visitas, global y por patologías.
5. Número de exploraciones complementarias solicitadas hasta el diagnóstico, global y por patologías.
6. Demora media de las exploraciones, global y por patologías.
7. Nº de ingresos hospitalarios que precisan los pacientes en seguimiento por una determinada enfermedad crónica digestiva.
8. Razón de pacientes que son dados de alta en consultas por una patología crónica / pacientes diagnosticados el mismo año de esta patología crónica.
9. Densidad de Incidencia en consultas de una determinada patología crónica: Nº casos nuevos en un año / Total de pacientes con la enfermedad x Tiempo de seguimiento en consulta en el mismo año (hasta que son dados de alta, o hasta que fallecen, o hasta que acaba el año).
10. Tasa específica de mortalidad por una patología crónica en seguimiento en consultas: Nº pacientes fallecidos en un año por una determinada patología crónica / Población media de pacientes totales con la misma patología a lo largo del año x 100.

**INDICADORES DE MONITORIZACIÓN (PROCESO)**

1. Indicador de Cobertura: N° de pacientes vistos en consultas / N° pacientes recogidos en la base de datos (%)
2. Indicador de Cumplimiento: N° pacientes recogidos en la base de datos / N° pacientes dados de alta con diagnóstico definitivo consignado en la base de datos (%).

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- 1º. Elaboración del programa informático: 1 mes. Marzo de 2009.
- 2º. Inicio de recogida de la información: Desde 1 de abril de 2009.
- 3º. Evaluación de resultados de los indicadores: 6 meses y 1 año. Octubre de 2009 y Abril de 2010.
- 4º. Con posterioridad se prevee integrar la herramienta en la actividad rutinaria de consultas externas de la especialidad y efectuar análisis de los resultados con periodicidad anual.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Aplicación informática (base de datos) para la recogida de la información en consultas externas	3000 € + IVA.
TOTAL	3000 € + IVA.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Nutrición Parenteral Discontinua Domiciliaria en Atención Primaria en la ciudad de Huesca

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr. José Antonio Chena Alejandro

Profesión

Medico especialista en Endocrinología y Nutrición

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

Hospital S. Jorge

Sector de SALUD:

Huesca

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

Unidad de Nutrición

Correo electrónico:

jachena@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974247000 ext 24152

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Quintana Velasco	medico	Subdirectora de AP
Ana Grasa Arnal	medico	Atenc. Cont. A. P.
Mar Bescos Oros	medico	ESAD
Beatriz Abad Bañuelos	farmaceutica	Farmacia HSJ
Lorena Mairal Salinas	enfermera	Enf. de Enlace
Isabel Peralta Gascon	enfermera	Enf. sociosanitaria
Carmen Urzola Castro	enfermera	Supervisora Nutrición
Ana C. Zamora Moliner	enfermera	ESAD
Lourdes Cavero Martinez	enfermera	Superv. Farmacia HSJ

### 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...

Durante el año 2008 ha habido 3 pacientes candidatos a recibir Nutrición Parenteral en su domicilio, en 2 pacientes se llevo a cabo y en 1 de ellos no fue posible el entrenamiento ya que no había un familiar responsable.

En todos los casos se dio el alta de forma precipitada sin el entrenamiento necesario ocasionando problemas en la Unidad de Nutrición, Atención Primaria y Servicio de Farmacia.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Elaborar los criterios y las indicaciones necesarias para pacientes subsidiarios de NPD, que garanticen que la NP puede realizarse en el domicilio con éxito y con independencia del paciente, para lo que se necesita establecer un tiempo mínimo de entrenamiento en el Hospital, al no disponer en nuestra Comunidad de un Soporte Domiciliario específico de Nutrición artificial Domiciliaria.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se realizarán reuniones entre los integrantes del equipo de trabajo, para llevar a cabo una Guía Clínica de Cuidados y Procedimientos en la que se recojan todos los pasos que deben seguirse con respecto a la posibilidad de realizar la NP en el domicilio por parte de la Enfermera Socio Sanitaria, entrenamiento hospitalario realizado por la enfermera de la Unidad de Nutrición en colaboración con la Enfermera Socio Sanitaria y la Enfermera de la Unidad de Hospitalización donde este ubicado el paciente, recogida de las bolsas de nutrición en el Servicio de Farmacia y manejo de las mismas, seguimiento en el domicilio por Atención Primaria y ESAD, plan de cuidados en el domicilio y seguimiento en la Consulta de Nutrición por parte de la Unidad de Nutrición

Se realizará consulta mensual por parte de la Unidad de Nutrición de dichos pacientes

Se realizará control de las complicaciones, reingresos y calidad de vida de dichos pacientes

## 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

La Evaluación de las complicaciones será anual, con un corte a los 6 meses

- Nº pacientes con NPD incluidos en programa/Nº pacientes con criterios para NPD  $\geq$  60%
- Nº total de reingresos por complicaciones relacionadas con la NP al año

Se realizará una Guía clínica de Cuidados y Procedimientos en la Nutrición Parenteral Domiciliaria

## 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero 2009 : Reunión de equipo. Definición del Proyecto. Presentación.

Marzo-Julio 2009: Reunión mensual para elaboración de la guía

Septiembre 2009: medición de indicadores

Octubre 2009-Febrero 2010 : Reunión mensual de equipo

Marzo 2010: Evaluación anual de indicadores.

Presentación de la Guía Clínica



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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> MEJORA EN LA ATENCION FARMACEUTICA EN LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS A PACIENTES EXTERNOS
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos CARMEN VIÑUALES ARMENGOL
Profesión F.E.A. (Facultativo Especialista de Area)
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Sección de Farmacia del Hospital San Jorge de Huesca
Correo electrónico: cvinnuales@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247023

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
BEATRIZ ABAD BAÑUELOS	FARMACEUTICA	Hospital "San Jorge" Huesca
PILAR AMADOR RODRIGUEZ	FARMACEUTICA	Hospital "San Jorge" Huesca
JOSE MANUEL GARCIA MARQUEZ		COLABORADOR EXTERNO
LOURDES CAVERO	SUPERVISORA	Hospital "San Jorge" Huesca
PILAR CASTAN PUEYO	AUX. ENFERM.	Hospital "San Jorge" Huesca
VIRTUDES HERRERA ROMERO	AUX. ENFERM.	Hospital "San Jorge" Huesca
CARMEN DE LA SERNA ATARES	AUX. ENFERM.	Hospital "San Jorge" Huesca
MARIA ANGELES SEGURA ISARRE	AUX. ENFERM.	Hospital "San Jorge" Huesca
MARIA ANGELES LACASA GRACIA	AUX. ENFERM.	Hospital "San Jorge" Huesca
MARIA JESÚS ESCABOSA PEREZ	AUX. ENFERM.	Hospital "San Jorge" Huesca

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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 unidad de dispensación a pacientes externos tiene como objetivo general la dispensación de medicamentos, desarrollando actividades de farmacia clínica y atención farmacéutica, estableciendo un adecuado seguimiento en cada caso y desarrollando técnicas de educación sanitaria e información sobre los tratamientos y productos dispensados. Asimismo, tendrá como objeto, promover la utilización racional de los medicamentos que deban ser dispensados, siempre de acuerdo a la legislación vigente, de ámbito estatal o autonómico que le sea aplicable, con el fin de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la adecuación de la prescripción médica.</li> <li>• Garantizar la correcta conservación de los medicamentos.</li> <li>• Informar sobre el tratamiento farmacológico al paciente</li> <li>• Detectar posibles incidencias o problemas relacionados con el medicamento.</li> <li>• Evitar los errores asociados al uso de los medicamentos.</li> <li>• Establecer el seguimiento farmacoterapéutico al paciente.</li> <li>• Articular la comunicación e intercambio de información entre el farmacéutico y el</li> </ul>

equipo asistencial.

- Conseguir la adherencia del paciente al tratamiento prescrito.
- Optimizar los recursos sanitarios disponibles.

La importancia del proyecto expuesto radica en el elevado aumento de pacientes externos sujetos a dispensación de medicamentos en el Hospital San Jorge, así como el importe económico que lleva asociado -3,5 millones de euros- que supone la tercera parte del consumo de medicamentos de todo el Hospital.

Se detectan las carencias mencionadas a continuación respecto a la dispensación de medicamentos a pacientes externos:

1. Insuficiente información facilitada al cliente.
2. Accesibilidad limitada en los horarios de atención.
3. Falta de control de los medicamentos dispensados: cantidades, uso y consumo de los mismos.
4. Regulación de los horarios de citas y entrevistas con el fin de estructurar la relación personal con los pacientes.
5. Coordinación insuficiente con el Facultativo respecto a la información relacionada con la dispensación:
  - Uso de los medicamentos.
  - Posibles efectos secundarios de los mismos.
  - Administración / dosificación.

#### **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**

1. Incremento del nivel de satisfacción de los pacientes y/o familiares relacionados con la dispensación de medicamentos.
2. Ahorro económico en los consumos.
3. Racionalización en el tiempo dedicado a esta actividad sin penalizar los resultados.
4. Mejora en las relaciones interdepartamentales.

Dado los diversos programas clínicos a los que se asigna la dispensación, se pretende comenzar las acciones por los más relevantes y trasladarlas posteriormente al resto de programas.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Obtener la satisfacción de pacientes externos.
2. Obtener y elaborar datos cuantitativos sobre la situación de los programas y pacientes relacionados con la dispensación.
3. Estructurar la información a facilitar a los pacientes sobre los medicamentos y su administración.
4. Mejorar la transmisión de la información a través del contacto directo. Sistematizar las entrevistas y valorar el apoyo de herramientas informáticas (infowin).
5. Priorizar los fármacos sobre los que intervenir a partir de datos objetivos.
6. Establecer plazos de dispensación de medicamentos atendiendo a los criterios:

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

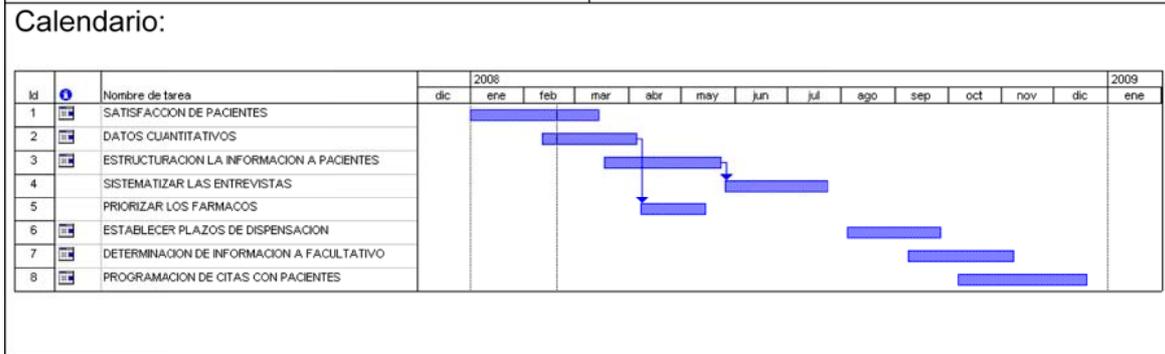
- Tipología de medicamento y su conservación.
  - Concurrencia de cita con el especialista.
  - Frecuencia de suministro de recetas.
  - Otros.
7. Determinar la información y metodología de transmisión al Facultativo.
  8. Establecer la programación de citas con los pacientes.

**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. Valor cuantitativo de índice de satisfacción de pacientes
2. Tasa de dispensación y valoración económica de la misma.

**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 2009      Fecha de finalización: diciembre 2009





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS Y DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO ESPECÍFICO PARA EL CONTROL Y MEJORA EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSÉ MANUEL LOGROÑO GONZÁLEZ

Profesión NEFRÓLOGO

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

HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Sector de SALUD:

HUESCA

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

Correo electrónico: jmlogronno@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 247029

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 CARLOS BERGUA AMORES	nefrólogo	H. San Jorge de Huesca
2 RAFAEL VIRTO RUIZ	nefrólogo	H. San Jorge de 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...

- El SALUD está potenciando la terapia sustitutiva renal por medio de la Diálisis Peritoneal (DP) para intentar llegar a los estándares nacionales de pacientes incluidos en dicha técnica.
- A nivel nacional se estima que entre un 10-15% de los pacientes en diálisis deberían realizar la técnica sustitutiva renal por medio de DP.
- Ante el número creciente de pacientes en dicha terapia es necesaria la implantación de unos protocolos y de un sistema informático para aplicar la DP.
- El paciente en diálisis peritoneal presenta una serie de particularidades (pluripatología, comorbilidad, técnica dialítica **diaria**) cuyo seguimiento aporta una gran cantidad de datos que requieren un soporte informático para el análisis de los mismos.
- La informatización de la Unidad de Diálisis Peritoneal conlleva dos mejoras esenciales: 1/ Mejorar la atención de los pacientes en DP (mejora en salud). 2/ Evaluar la implantación de protocolos.
- La Sociedad Española de Nefrología recomienda la informatización de la Unidad de Diálisis Peritoneal como objetivo primordial para la óptima realización de dicha técnica.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- **Mejoría de la atención** de los pacientes a través del control continuo de las variables clínicas y analíticas.
- Mejoría en el control y seguimiento que redundará en que de esta forma garantizamos una **mayor seguridad del paciente** ya que controlamos los principales factores de riesgo, especialmente los cardiovasculares (principal causa de muerte del paciente en diálisis).
- Del proceso de control e información vamos a conseguir un **mayor grado de satisfacción por parte del paciente**, ya que esperamos que perciba la atención de todos los problemas que están en el contexto del paciente en diálisis: enfermedades comórbidas, problemas nutricionales, tolerancia a la técnica, implicación en el entorno familiar y social.
- **Evaluar la implantación de protocolos** y corroborar con la implantación de los protocolos y del programa informático para DP como existe una mejora en la atención y en la satisfacción de los pacientes.
- **Optimización y eficiencia del trabajo asistencial** por parte del personal de la Unidad de Diálisis Peritoneal gracias al soporte informático y los protocolos implantados.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de protocolos para el manejo de pacientes en Diálisis peritoneal (DP).
- Compra e instalación del módulo informático para DP.
- Necesidad de formación en el manejo de dicho programa informático por parte del personal (responsable y colaboradores) de la Unidad de DP.
- Registro de variables: datos analíticos, incidencias clínicas, tipo de tratamientos.
- Análisis de: 1/ Variables clínicas. 2/ Implantación de protocolos. 3/ Incidencias.
- Desarrollo de acciones de mejora en función del análisis de resultados.
- Encuesta de satisfacción del paciente.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

**Proceso:**

- Módulo informático instalado antes del 30/04/09 (si/no).
- Número de protocolos de DP realizados: cuatro (1/ Inserción de catéter de peritoneal, peritonitis, 2/ Seguimiento orificio de salida del catéter, 3/ Realización de Test de Equilibrio Peritoneal).
- Informe anual con acciones de mejora (si/no).
- Porcentaje de acciones de mejora implantadas sobre planificadas (Nº acciones implantadas/nº acciones planificadas x 100).

**Resultado:**

- Tasa de exitus

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

- Tasa de peritonitis
- Porcentaje de pacientes con hemoglobina entre 11-13 g/dl
- Porcentaje de pacientes con Kt/V urea semanal mayor de 2.
- Porcentaje de satisfacción por parte del paciente donde se comprenden 4 categorías: Muy satisfecho; satisfecho; poco satisfecho, nada satisfecho.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**  
Indicar el calendario de las actividades previstas

**Año 2008**

ACCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Instalación módulo informático				X								
Implantación protocolos									X			
Informe de resultados												X

- La implantación de protocolos así como del soporte informático en DP se llevaría a cabo según el calendario adjunto con el fin de evaluar los resultados a finales del año vigente.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORÍA DE LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN FUNCIÓN DEL PROCESO DE INDICADORES DE CALIDAD DEL GRUPO ESPAÑOL DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA (S.E.N.)

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Rafael C. Virto Ruiz

Profesión

Médico especialista en Nefrología.

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

Hospital San Jorge.

Sector de SALUD:

Huesca

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

Sección de Nefrología

Correo electrónico:

rvirt@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974247029

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Carlos Bergua Amores	Médico	Hospital San Jorge
2 José Manuel Logroño González	Médico	Hospital San Jorge

### 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...

- Proyecto de análisis, estandarización y mejora de indicadores de calidad en el tratamiento de los pacientes renales sometidos a tratamiento sustitutivo de la función renal mediante hemodiálisis.
- A día de hoy estamos participando 25 centros de hemodiálisis en todo el estado español. En el momento actual somos el único centro que participa de Aragón.
- Este grupo de trabajo comienza su andadura el 01-01-2007, y nuestra Unidad de Hemodiálisis ha estado presente desde el mismo momento de su inicio.
- Los pacientes beneficiarios de este estudio son todos aquellos incluidos en nuestra Unidad de Hemodiálisis, lo que supone un promedio de entre 44 y 46 pacientes.
- Es un proceso muy útil en estos pacientes que presentan pluripatología importante de la que se desprende una gran morbimortalidad, especialmente en el ámbito cardiovascular, aunque no exclusivamente, y que con su seguimiento y valoración puede mejorarse la atención, prevención y tratamiento de su enfermedad.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- A pesar de que el proyecto no ha sido enviado en anteriores convocatorias, la Unidad de Hemodiálisis viene realizando el Proyecto desde el 01-01-2007.

- Se han valorado desde entonces los indicadores de:

Anemia como son :

1.- % de pacientes con Hb > 11gr/dl (indicador mensual que debe de ser > 80%) siendo a diciembre de 2008 el 81,4%.

2.- % de pacientes con ferritina entre 100 y 800 (indicador trimestral que debe ser > 80%) siendo a diciembre de 2008 el 97,67%.

Indicadores de Diálisis adecuada:

- % de pacientes con KTV (Daurgidas) igual o >1,3 (indicador mensual que debe ser > 80%) siendo a diciembre de 2008 el 83,72%.

- Se realizó una encuesta de satisfacción entre los pacientes de la Unidad con 37 items cerrados y una pregunta abierta. Los resultados de la encuesta, y en relación con la Valoración Asistencia Global, ofrecen: Un 37,25% cree que la asistencia es Muy satisfactoria; un 30,42% satisfactoria; un 22,08% adecuada; un 0,83% poco adecuada; un 0,42% nada adecuada y un 8,75% fueron respuestas nulas. La calificación media de la escala de Likert (siendo 1 nada adecuado y 5 muy satisfactorio) fue de 4,08.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejoría de la atención de los pacientes a través del control continuo de las variables clínicas y analíticas. Por tanto de este mayor control, el paciente va a obtener una mayor información acerca de los problemas de salud relativos a su enfermedad.

- Del proceso de control e información vamos a conseguir un mayor grado de satisfacción por parte del paciente, ya que va a verse más atendido en todos los problemas que le afectan: calidad de diálisis, enfermedades comórbidas asociadas especialmente el riesgo cardiovascular que es la primera causa de morbi-mortalidad, problemas nutricionales, entorno familiar y social.

- De esta forma garantizamos una mayor seguridad del paciente ya que controlamos los principales factores de riesgo, especialmente los cardiovasculares.

- Aumentamos la eficiencia al controlar al paciente de una manera más estrecha y con una mayor optimización de los recursos, ya que estos van enfocados en cada paciente a sus problemas concretos.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º.- Compra de Software actualizado más instalación del mismo y conexión de dicho programa con Laboratorio para descarga directa de datos.

2º.- Formación del personal responsable del proyecto, elaboración del manual de registros, adecuación del programa a nuestra Unidad, desarrollo de indicadores y elaboración de informes.

3º.- Registro de las variables de interés, una vez realizada la adecuación del programa a nuestras necesidades, los cuales incluyen datos relativos a análisis clínicos, incidencias clínicas (acceso vascular, a fenómenos comórbidos, necesidad de transfusiones,...) y tipo de tratamiento.

4º.- Se realiza un Análisis de Resultados cada mes para tomar acciones de mejora en nuestros pacientes.

5º.- Se realiza Análisis de Resultados **cada 6 meses comparados con otros hospitales**, para realizar acciones de mejora en función de los procesos utilizados por otros centros.

6º.- Se piensa mantener el sistema de Encuesta de Satisfacción en la Unidad como método de medida de satisfacción por parte de los paciente.

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Proceso:

- Comprar Software, realizar instalación del mismo y realizar la conexión del mismo con el software del Laboratorio antes del 30/04/2009.
- Realización de Informes de Comparación Interna, siendo estos  $\geq 12$ /año.
- Realización de informes de Comparación Externa (Benchmarkin), siendo estos  $\geq 2$ /año.
- Numero de acciones tomadas en relación a los hechos obtenidos en los informes.
- Porcentaje de acciones de mejora realizadas sobre las planificadas ( $n^{\circ}$  de acciones realizadas/ $n^{\circ}$  de acciones planificadas x 100).

Resultado:

- Resultados de satisfacción: Porcentaje de satisfacción con relación a la satisfacción percibida por el paciente (Muy satisfecho; satisfecho; adecuado; poco adecuado; nada adecuado).
  - Variables clínicas:
    - 1.- % de pacientes con Hb > 11gr/dl (indicador mensual que debe de ser > 80%).
    - 2.- % de pacientes con ferritina entre 100 y 800 (indicador trimestral que debe ser > 80%).
- Indicadores de Diálisis adecuada:
- % de pacientes con KTV (Daurgidas) igual o >1,3 (indicador mensual que debe ser > 80%).

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

ACCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Instalación módulo informático				X								
Conexión a laboratorio				X								
Informe de resultados comparación interna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informe de resultados comparación externa						X						X



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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> <b>Nombre y apellidos:</b> Coordinadores del grupo de calidad Genma (Grupo de Neuromuscular de Aragón): Dra María Bestué** /Dra Isabel Benavente*/
<b>Profesión:</b> *Neurofisiólogo. **Neurólogo. Hospital San Jorge
<b>Lugar de trabajo</b> (centro de salud, hospital, etc) Hospital San Jorge
<b>Sector de SALUD:</b> Sector I (coordinadores del proyecto). Resto de componentes del equipo todos los sectores de Aragón.
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Neurología y Neurofisiología
Correo electrónico: <a href="mailto:ibenavente@salud.aragon.es">ibenavente@salud.aragon.es</a> / <a href="mailto:mbestue@salud.aragon.es">mbestue@salud.aragon.es</a>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247000 -24154

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Jose Luis Capablo	Neurólogo	H. Miguel Servet
2 José Gazulla	Neurólogo	H. Miguel Servet
3.Alicia Sáenz de Cabezón	Neurofisióloga	H. Miguel Servet
4 Carmen Almárcegui	Neurofisióloga	H. Miguel Servet
5. Isabel Dolz	Neurofisióloga	H. Miguel Servet
6. Javier López-pisón	Neuropediatra	H. Miguel Servet
7. Jose Luis Peña	Neuropediatra	H. Miguel Servet
8. Pilar Larrodé	Neuróloga	H.Clínico Lozano Blesa
9. Sonia Adelantado	Neurofisióloga	H.Clínico Lozano Blesa
10. MªJosefa López-Moreno	Neuropediatra	H. Clínico Lozano Blesa
11. Jose María Errea	Neurólogo	H. Barbastro
12. Jose Antonio Oliván	Neurólogo	H. Alcañiz
13. Alfredo López	Neurólogo	H. Teruel
13. Yolanda Lasierra	Neurofisióloga	H. Alcañiz
14. Juan Rodriguez	Preventivista/Presidente Comisión Calidad hospital	H. San Jorge

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA****Antecedentes:**

El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía aguda que, en los países occidentales, es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda. Aunque su patogénesis es desconocida, existen numerosos indicadores que lo indentifican con proceso autoinmune, a menudo desencadenado por una infección precedente. La debilidad puede desarrollarse de forma aguda ( en días) o subaguda ( hasta cuatro semanas )

Los datos epidemiológicos son dispares y no existe certeza acerca del desenlace de esta patología, probablemente debido, en opinión de los expertos, al hecho de que la mayoría de los estudios incluyen poblaciones escasas, los análisis son retrospectivos o focalizados hacia ensayos clínicos, y también debido a que desde el año 2001 se han propuestos nuevos criterios diagnósticos y de clasificación (Van der Merche et al. Euro Neurol 2001). En general los estudios realizados en centros especializados y aquellos efectuados en pacientes incluidos en ensayos, muestran un peor desenlace. La incidencia estimada según los distintos estudios: Niños (0-15 años): entre 0,34 y 1,24 / 100.000. Población general : entre 0,84 y 1,91/100.000 (1,5/100000 Govoni, Current Opinión Neurol 2001). Un estudio prospectivo realizado en España (Cuadrado Ji, Neurol Sci 2004), halla un incidencia de 1,25 (1,77 en hombres y 0,76 en mujeres ). No obstante, se cree que la incidencia de esta enfermedad puede ser mayor que la publicada, ya que los casos de evolución más benigna, podrían no haber sido hospitalizados, y no haberse visto reflejados en los estudios retrospectivos basados en los registros hospitalarios.

Es una enfermedad grave con una mortalidad alrededor del 5%, una gran mortalidad potencial ya que provoca una insuficiencia respiratoria hasta en un 30% de los pacientes y es causante de importante morbilidad en los pacientes afectos provocando gran discapacidad de forma que tan sólo un 46% se encuentran asintomáticos a los 6 meses, y un 20% de los pacientes presentan una incapacidad a largo plazo.

El diagnóstico precoz de este proceso, permite la instauración del tratamiento también precoz, lo que contribuye a mejorar el pronóstico. Con frecuencia, la confirmación del diagnóstico se ve obstaculizada, ya que en un 20-40% de los pacientes no hay síntomas previos, y en las dos primeras semanas los test diagnósticos habituales, neurofisiológicos y bioquímicos, son poco concluyentes según los criterios diagnósticos mas utilizados. Es, por lo tanto, necesario la revisión de estos criterios y el estudio de signos precoces, fundamentalmente en el estudio neurofisiológico, que permitan la confirmación diagnóstica y la instauración del tratamiento lo antes posible.

**Importancia del proyecto:**

- Mejorar el proceso diagnóstico

- Conocer la metodología diagnóstica y su variabilidad en los distintos centros.
- Conocer la incidencia de los distintos subtipos de S. De Guillain- Barré en nuestra comunidad, los antecedentes, los factores de riesgo, la morbimortalidad y las secuelas permanentes en forma de incapacidad a largo plazo.

### **Oportunidad de mejora**

1. Mejorar la eficiencia diagnóstica, mediante la elaboración de protocolos de diagnóstico precoz.

2. Implantación de los protocolos de diagnóstico precoz en los centros del Salud, encaminados a lograr una instauración del tratamiento, también precoz, con objeto de disminuir la morbimortalidad y la incapacidad a largo plazo.

### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

No realizado ningún proyecto anterior sobre el tema

### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Mejorar el proceso diagnóstico en cuanto a distintas variables:
  - En tiempo: Disminución del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico.
  - En eficiencia: Mediante el uso de los test más sensibles al menor coste
  - Disminuyendo la variabilidad del proceso diagnóstico a través de la implantación de protocolos de diagnóstico
2. Mejorar el proceso del tratamiento:
  - En tiempo: Disminución del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la instauración del tratamiento.
3. Mejorar la seguridad del paciente:
  - Disminuir la iatrogenia (estancia en UCI, infecciones, menor tiempo de ingreso etc.....)
4. Mejorar el desenlace:
  - Disminuir la mortalidad
  - Disminuir la morbilidad: incapacidad a largo plazo.

5. Conocer la incidencia de los diferentes subtipos del síndrome de Guillain-Barré en Aragón según los criterios diagnósticos actuales

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Uno de los principales objetivos del programa propuesto es la mejora del proceso diagnóstico, lo que incidirá en la disminución del tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento. Estas acciones están encaminadas a lograr una disminución de la mortalidad y de la incapacidad a largo plazo.

Aunque el síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad aguda, la recuperación de las secuelas producidas es un proceso lento que dura varios meses, e incluso, años. La valoración de la incapacidad, con independencia de la escala elegida, se lleva a cabo habitualmente, a los seis meses y un año de iniciado el cuadro. Esta es la principal razón por la que el tiempo propuesto de estudio es, al menos, dos años.

- Durante los dos primeros meses los coordinadores del estudio, elaborarán y remitirán el manual del estudio a los distintos participantes en el proyecto.
- De forma trimestral los coordinadores se pondrán en contacto con los distintos hospitales para monitorizar la adhesión, la recogida de datos y actualizar la base de datos.
- De forma semestral se analizarán los datos obtenidos y se apoyarán a los hospitales con problemas para la recogida.
- Al año y a los dos años del inicio se realizará un análisis de los datos obtenidos y de los indicadores.
- Con los datos obtenidos al año se plantearán acciones de mejora para iniciar en el año 2010.
- 

Al final del año se analizarán los datos obtenidos para estudiar :

- **Tiempo al diagnóstico:** Tiempo transcurrido desde que se solicita asistencia hasta el diagnóstico.
- **Criterios clínicos utilizados**
- **Criterios neurofisiológicos utilizados.**
- **Tiempo de tratamiento:** Tiempo transcurrido desde que se solicita asistencia al inicio de tratamiento
- **Mortalidad**
- **Valoración de la incapacidad:** al nadir, a los 30 días, a los 6 meses , al año y al año . (según la escala de Hughs).
- **Morbilidad hospitalaria.**
- **Número de pacientes que requieren asistencia respiratoria**
- **Número de paciente que requieren cuidados intensivos**
- **Número de pacientes con tratamiento con inmunoglobulinas.**
- **Número de pacientes con plasmaféresis**

**Actividades para mejorar :****En el año 2010, se elaborarán los siguientes protocolos :**

- Protocolo definitivo de diagnóstico clínico del síndrome del Guillain-Barre.
- Protocolo definitivo de diagnóstico neurofisiológico del síndrome del Guillain- Barré.
- Protocolo definitivo del tratamiento del síndrome de Guillain- Barré.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Indicadores de proceso

1. % de adhesión al proyecto (Nº Hospitales participantes/Nº hosp. Comunidad)
2. Base de datos y manual del estudio elaborado antes de 1/4/ 2009 (si/no)
3. Base datos y manual del estudio enviado a coordinadores de centro antes de 15/4/09 ( si/no)
4. Formación en el registro/análisis de concordancia interobservador antes de 1/ 10 /2009 (SI/NO).
5. Nº reuniones mantenida/año
- 6...Envío de datos 6 meses (% de los centros).
7. Acciones de Mejora planteadas y priorizadas antes de 1/12/ 2009.
8. Evaluación de las acciones de mejora en 2010 utilizando los mismos indicadores de resultado y la misma base. ( si/no)

Indicadores de resultado

Tiempo al diagnóstico  
 Tiempo al tratamiento  
 Mortalidad  
 Morbilidad hospitalaria  
 Número de pacientes que requiere asistencia respiratoria.  
 Valoración de incapacidad

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. Enero-Febrero: Contacto con todos los participantes del proyecto.
2. Marzo- Abril: Elaboración y envío del manual.
3. Mayo: Contacto vía grupo online para ver el desarrollo del proyecto y los posibles problemas de recogida.
4. Octubre: Análisis de los primeros seis meses de recogida.
5. Final de marzo de 2010: Análisis del 1º año y reevaluación para establecer con los primeros datos obtenidos acciones de mejora.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>IMPLANTACION DEL PROCESO ELA A TRAVES DE LA CREACION DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR</b>
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> <b>Nombre y apellidos: Dr Val*/Dra Bestué**</b>
<b>Profesión:</b> <b>*Neumólogo/**Neurólogo. Hospital San Jorge</b>
<b>Lugar de trabajo</b> (centro de salud, hospital, etc) Hospital San Jorge
<b>Sector de SALUD: Sector I</b>
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Hospital San Jorge. Servicios de Neurología y Neumología
Correo electrónico: pval@salud.aragon.es/mbestue@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974207000-24128

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Dr Borderías	Neumólogo	Hospital San Jorge
2. Dr. Garrapiz	Neumólogo	Hospital San Jorge
3. Dra Briz	Neumólogo	Hospital San Jorge
4. Dra Feijoo	Neurólogo	Hospital San Jorge
5. Dra Latorre	Neurólogo	Hospital San Jorge
6. Dr. Tordesillas	Neurólogo	Hospital San Jorge
7. Dra Alberti	Neurólogo	Hospital San Jorge
8. Maribel Claver	Auxiliar Neurología	Hospital San Jorge
9. Marisa Nogues	Enfermera Neurología	Hospital San Jorge
10. Nieves Inglán	Enfermera Neumología	Hospital San Jorge
11. Rosa Biescas	Enfermera Pruebas funcionales	Hospital San Jorge
12. Pilar Nerin	Auxiliar Neumología	Hospital San Jorge
13. Ana Eizmendi	Secretaria Neurología	Hospital San Jorge

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  <b>Antecedentes:</b> La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una enfermedad neurológica progresiva, de evolución fatal, que ataca a las células nerviosas encargadas de controlar los músculos voluntarios. Esta enfermedad pertenece a un grupo de dolencias llamado enfermedad de las neuronas motoras, que son caracterizados por la degeneración gradual y muerte de las neuronas motoras. La ELA ocasiona debilidad con un rango amplio de discapacidades. Se afectan todos los músculos bajo control voluntario y los pacientes pierden su fuerza y la capacidad de mover sus brazos, piernas y cuerpo. Cuando fallan los músculos del diafragma y de la pared torácica, los pacientes pierden la capacidad de respirar sin un ventilador o respirador artificial. La mayoría de las personas con ELA mueren de fallo respiratorio, generalmente entre 3 a 5 años a partir del comienzo de los síntomas. Aunque alrededor del 10% de los pacientes sobreviven 10 años o más. Los signos de colapso respiratorio inminente en estos pacientes son sutiles y en la mayoría de las ocasiones cuando se
---

detectan el desenlace es fatal. Sin embargo, cuando los pacientes son controlados de forma adecuada con estrecha relación entre los neurólogos y los neumólogos se puede prever el deterioro funcional respiratorio mediante una identificación precoz de la debilidad muscular respiratoria realizando pruebas funcionales-como FVC, presiones máximas, gasometría, monitorización de saturación de oxígeno nocturna. De todas ellas y especialmente en las ELAS bulbares, la SNIF (sniff nasal inspiratory force) es la que más información precoz proporciona. De esta forma, si se identifica la debilidad muscular de forma precoz se pueden establecer estrategias terapéuticas como la aplicación de ventilación mecánica no invasiva ( $\beta$ ipap) que prolonga la supervivencia en las ELAS no bulbares y mejora la calidad de vida en las bulbares con sintomatología respiratoria.

### **Problemas actuales**

En la actualidad los pacientes con ELA son citados en la consulta de Neurología junto con otros pacientes y de forma independiente a la citación en Respiratorio. En muchas ocasiones, cuando se remiten al servicio de respiratorio su situación es avanzada y sin posibilidad de establecer acciones de mejora. Por otra parte, estos pacientes presentan dificultad para la movilización, muchos de ellos viven en áreas rurales lo que muchas veces implica que realicen hasta tres visitas cada trimestre (Neurólogo, realización de pruebas funcionales respiratorias y visita en Neumología).

### **Oportunidad de Mejora**

- Creación de un proceso Neumología-Neurología de atención al paciente con ELA.
- Mejorar la asistencia del paciente:
  - Disminuyendo el número de desplazamientos
  - Coordinando la atención entre Neumólogo-Neurólogo
  - Identificación precoz de la debilidad muscular respiratoria (mediante la realización de pruebas funcionales periódicas).
  - Previniendo el colapso respiratorio inminente a través de la instauración de la bipap en el momento adecuado.
  - Mejorando la comunicación con los pacientes y familiares sobre todos los aspectos de su enfermedad en especial en los relacionados con órdenes de no reanimación y directrices previas.
  - Realizando una atención individualizada con tiempo y espacio adecuado
  - Incrementando los índices de satisfacción de los pacientes y familiares.

## **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

## **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Mejorar la asistencia del paciente con ELA:
  - Atención (disminuir el número de visitas a través de consultas de alta resolución).
  - Prevención de complicaciones
  - Mejorar la supervivencia y calidad de vida
  - Aumentar la satisfacción con la asistencia recibida
2. Mejorar la eficiencia de los recursos sanitarios
3. Mejorar la comunicación con los pacientes.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Se realizará un registro de todos los pacientes existentes en el sector I con enfermedad de neurona motora (Criterios del Escorial). (Secretaria: Ana Eizmendi).
2. Se realizará el protocolo de actuación sobre el manejo de estos pacientes una vez que se realiza el diagnóstico de ELA. (Dra Bestué/Dr. Val).
3. Se realizará una guía para los pacientes sobre información sobre su proceso y sobre la consulta de alta resolución.
4. Se realizará una reunión con todos los componentes del grupo de mejora para explicar el proyecto y realizar la distribución de los pacientes de acuerdo con los criterios del protocolo.
5. De forma trimestral se establecerá una consulta específica (CONSULTA DE ALTA RESOLUCION) en la que se atenderán a estos pacientes que se realizarán en la misma mañana: Gasometría arterial y pruebas funcionales, posteriormente acudirán a la consulta de respiratorio y finalmente a la del Neurólogo.
6. Se recogerán los datos de las pruebas realizadas en cada visita: Gasometría arterial, pruebas funcionales y pulsioximetría nocturna si procede (valorar evolución del paciente).
7. Se realizará información adecuada sobre directrices previas.
8. De forma SEMESTRAL SE REUNIRA EL EQUIPO DE MEJORA PARA ANALIZAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD
  - Tiempo medio de Supervivencia desde el diagnóstico
  - Tiempo medio de Supervivencia desde el inicio de la afectación respiratoria
  - Tiempo medio de Supervivencia desde que inician la aplicación de Bipap

### 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 Reuniones/año (estándar  $\geq 3$  reuniones/año)
2. Proceso ELA elaborado (SI/NO).
3. Guía de información para los pacientes elaborada (SI/NO):
4. Porcentaje de CAR=(Nº pacientes vistos en mismo día/nºpacientes atendidos)x100
5. Porcentaje de pacientes a los que se indica Bipap con signos tardíos de Insuficiencia respiratoria (hipercapnia).
6. Tiempo medio de Supervivencia desde el diagnóstico
7. Tiempo medio de Supervivencia desde el inicio de la afectación respiratoria
8. Tiempo medio de Supervivencia desde que inician la aplicación de Bipap (diferenciando entre ELAS bulbares y no bulbares).
9. Tasa de pacientes que precisan ventilación no invasiva.
10. Tasa de Éxitos
11. Satisfacción del paciente con la atención recibida
12. Porcentaje de pacientes con directrices previas en la historia clínica

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. Durante el mes de marzo se realizará un registro de todos los pacientes existentes en el sector I con enfermedad de neurona motora (Criterios del Escorial).
2. Se realizará el protocolo de actuación sobre el manejo de estos pacientes una vez que se realiza el diagnóstico de ELA.
3. Durante el mes de marzo se realizará una reunión con todos los componentes del grupo de mejora para explicar el proyecto y realizar la distribución de los pacientes de acuerdo con los criterios del protocolo.
4. De forma trimestral se establecerá una consulta específica (CONSULTA DE ALTA RESOLUCION) en la que se atenderán a estos pacientes que se realizarán en la misma mañana: Gasometría arterial y pruebas funcionales, posteriormente acudirán a la consulta de respiratorio y finalmente a la del Neurólogo.
5. De forma SEMESTRAL SE REUNIRA EL EQUIPO DE MEJORA PARA ANALIZAR LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD.
6. Al año se realizará una evaluación de la implantación de la consulta de alta resolución, los resultados conseguidos y las posibles acciones de mejora para el siguiente año.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material iconográfico para los pacientes</u>	<u>300</u>
<u>Aparato para realizar SNIF (documento adjunto)</u>	<u>1300</u>
<u>Soporte informático para el análisis del aparato (PUMA)</u>	<u>300</u>
<u>Miniordenador portátil</u>	<u>400</u>
TOTAL	2300

**ANEXO:****APARATO MicroRPM (Respiratore pressure Meter)**

Aparato portátil, no invasivo para valoración con precisión de la fuerza de los músculos respiratorios.

Las mediciones que obtenemos con el aparato son:

- **P<sub>lmax</sub>/P<sub>lM</sub> (Presión inspiratoria máxima en la boca)**
- **P<sub>E</sub>max/P<sub>E</sub>M (Presión expiratoria máxima en la boca)**
- **SNIP (Sniff Nasal Inspiratory Pressure)**

De una forma rápida y sencilla nos permite la detección precoz de la debilidad muscular.

Es especialmente útil en los pacientes con ELA bulbar que debido a la debilidad de la musculatura orofaríngea no son capaces de realizar las pruebas funcionales respiratorias Estándar con lo que no se puede estimar con precisión su situación respiratoria. Esto si que es posible con este método que determina la SNIP.



**Bibliografía:**

1. Use of Sniff Nasal Inspiratory force to predict survival in amyotrophic lateral sclerosis. Ross K, Morgan et al. American Journal of respiratory and critical care 2005, 171:269-274.
2. The amyotrophic Lateral sclerosis functional rating scale predicts survival time in ALS patients on invasive mechanical ventilation. Daniel lo Coco et al. Chest 2007:132.
3. [Prognostic factors in ALS: A critical review.](#) Chio A, Logroscino G, Hardiman O, Swingler R, Mitchell D, Beghi E, Traynor BG.. Amyotroph Lateral Scler. 2008 Dec 5:1-14.
4. [Causes of death amongst French patients with amyotrophic lateral sclerosis: a prospective study.](#) Gil J, Funalot B, Verschueren A, Danel-Brunaud V, Camu W, Vandenberghe N, Desnuelle C, Guy N, Camdessanche JP, Cintas P, Carlier L, Pittion S, Nicolas G, Corcia P, Fleury MC, Maugras C, Besson G, Le Masson G, Couratier P. Eur J Neurol. 2008 Nov;15(11):1245-51.
5. A comparaison of maximal inspiratory pressure and FVC as potential criteria for initiating non invasive ventilation in ALS. Amyotrophic lateral sclerosis 2007;8:106-11-
6. [Outcome measures and prognostic indicators in patients with amyotrophic lateral sclerosis.](#)Beghi E, Millul A, Logroscino G, Vitelli E, Micheli A; SLALOM GROUP.. Amyotroph Lateral Scler. 2008 Jun;9(3):163-7
7. [Effect of non-invasive ventilation on survival, quality of life, respiratory function and cognition: a review of the literature.](#)Piepers S, van den Berg JP, Kalmijn S, van der Pol WL, Wokke JH, Lindeman E, van den Berg LH.Amyotroph Lateral Scler. 2006 Dec;7(4):195-200. Review.
8. Early nasal ventilation in amyotrophic lateral sclerosis: impact on survival and quality of life (the VNP-SLA study)][Perez T](#), [Salachas F](#). Rev Mal Respir 2003;20:589-98.
9. [Noninvasive positive-pressure ventilation in ALS: predictors of tolerance and survival.](#)Lo Coco D, Marchese S, Pesco MC, La Bella V, Piccoli F, Lo Coco A.Neurology. 2006 Sep 12;67(5):761-5
10. Factors predicting survival following noninvasive ventilation in amyotrophic lateral sclerosis.[Peysson S](#), [Vandenberghe N](#), [Philit F](#), [Vial C](#), [Petitjean T](#), [Bouhour F](#), [Bayle JY](#), [Broussolle E](#). Eur Neurol. 2008;59(3-4):164-71.

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  Disminución de los tiempos de espera de los pacientes, mediante la programación de las citas según los tiempos medios de exploración por grupos de patologías, en la Unidad de Neuromuscular del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge de Huesca.</p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  Nombre y apellidos : ISABEL BENAVENTE AGUILAR</p>
<p>Profesión : FACULTATIVO ESPECIALISTA EN NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA.  Coordinador de Calidad del Servicio de Neurofisiología Clínica.</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  Hospital San Jorge</p>
<p>Sector de SALUD:  I y II de HUESCA</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar.  Indicar el servicio o unidad.  SERVICIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA</p>
<p>Correo electrónico:  ibenavente@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974- 211728 Ext 24154</p>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Pilar Tamargo García	Médico Neurofisiólogo	Hospital San Jorge.
2 María Casanova Clemente	ATS	Hospital San Jorge
3 Virginia Gil	ATS	Hospital San Jorge
4 Virginia Majareñas	ATS	Hospital San Jorge
5 Pilar Monesma	ATS	Hospital San Jorge
6 Oscar Sienes. Sº de Admisión	Médico	Hospital San Jorge
7		

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA****Problema detectado:**

Las patologías estudiadas en la Unidad de Neuromuscular son muy heterogéneas y requieren tiempos de exploración muy variables, que oscilan entre 20 y 100 minutos. Además, en ocasiones el estudio del proceso implica la realización conjunta de otras técnicas neurofisiológicas distintas a las realizadas en la Unidad.

Actualmente, los pacientes son citados desde el Servicio de Citaciones con independencia del grupo de patología a estudio. Esta descoordinación entre los tiempos de exploración y la programación de la agenda, genera que un número de usuarios tengan que esperar durante un largo tiempo y que, en ocasiones, deban ser citados otro día para concluir el estudio, bien sea por falta de tiempo, o para realizar el resto de las técnicas que se precisan para el diagnóstico, pertenecientes a otra unidad del Servicio. Esto incide negativamente en la atención recibida por el usuario, supone un aumento de la lista de espera, una deficiente utilización de los recursos, y un aumento del tiempo transcurrido hasta la emisión del informe correspondiente.

**Oportunidad de mejora:**

Este proyecto tiene como objetivo mejorar el proceso asistencial mediante la adecuación de los tiempos de acceso y tiempos de exploración a los distintos grupos de patologías estudiadas en la Unidad de Neuromuscular del Servicio de Neurofisiología Clínica.

**Utilidad del proyecto:**

El análisis de los datos que se van a recoger es el paso previo indispensable para lograr organizar una citación específica, con asignación de los tiempos de exploración por grupos de patología, lo que permitirá disminuir la espera de acceso al servicio y lograr una mejor utilización de los recursos evitando nuevas citaciones para completar el estudio y el consiguiente aumento, evitable, de la lista de espera.

Teniendo en cuenta el volumen de pacientes estudiados anualmente, alrededor de 2200 pacientes pueden beneficiarse al año de este proyecto, de los cuales 54 % son de procedencia rural.

**Situación de partida:** desde hace tres meses se esta realizando en nuestro Servicio un estudio piloto, destinado a analizar las variables más útiles, tipo de formulario y software para la recogida de datos, y entrenamiento del personal encargado de esta tarea.

Los datos recogidos de los grupos de patologías más estudiadas son los siguientes:

**Tiempos de exploración por grupos de patología :**

Síndrome del túnel carpiano : 21'  
Radiculopatía lumbosacra unilateral 55'  
Radiculopatía cervical unilateral 27'  
Polineuropatía : 37'  
Enfermedad de la motoneurona: 70'  
Estudio de fibra simple : 70'  
Estudio de la función autonómica : 46'  
Neuropatía cubital : 30'  
Neuropatía mediano/cubital : 40'  
Neuropatía del nervio ciático poplíteo externo : 40'  
Estudio diagrfmático : 51'  
Polirradiculoneuropatías : 60'

Miopatía : 50'  
Neuropatía radial : 30'  
Estudio de transmisión neuromuscular ( repetitiva + fibra simple ) : 100'

**Tiempo de espera para el acceso a la unidad :**

Rango : 0 a 75'  
Medio : 20

**Métodos de detección:**

Medida de los tiempos de espera y de los tiempos medios de exploración  
Categorización de los grupos de patologías.  
Encuestas de satisfacción del paciente referente a los tiempos de espera y accesibilidad.  
Registros de gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias.

**Priorización**

Disminuir el tiempo de espera de acceso a la Unidad.  
Aumentar la satisfacción percibida.

**Fuentes de información:**

Historia Clínica  
Registros del Servicio de citaciones  
Información proporcionada por el facultativo.  
Encuesta de satisfacción.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mejorar la atención: Conocer los tiempos de espera para el acceso al servicio, los datos demográficos de los pacientes que solicitan asistencia, y los tiempos de exploración por patologías lo que nos permitirá mejorar la planificación de las consultas.

Mejorar la satisfacción del paciente con el tiempo de espera a consulta: clasificar las

patologías remitidas para estudio por tiempos de exploración nos permitirá ajustar la agenda en colaboración con el Servicio de Admisión, disminuyendo así el tiempo de espera.

Conocer el número y procedencia de los pacientes que deben ser re-citados para concluir el estudio, permitirá la planificación de las agendas para lograr realizar una Consulta de Acto Único, en la que el estudio se concluya en el mismo día.

Aumentar la eficiencia: el número elevado de recitaciones puede ocasionar una sobrecarga adicional para los Servicios de Apoyo como el Sº de Admisión o el de Atención al usuario. Además incrementa la lista de espera.

Aumentar la Accesibilidad : mediante el ajuste de la agenda de citaciones a los pacientes de procedencia rural para garantizar la Consulta de Acto único a todos los pacientes. Esto beneficiará especialmente a los pacientes del medio rural.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mediremos los tiempos y proporción de re-citaciones.

Debido a que las patologías neuromusculares, aunque muy variadas, son poco prevalentes, el tiempo de recogida de datos será nueve meses.

Durante este tiempo, todos los días se recogerá en las dos unidades de neuromuscular, del Servicio de Neurofisiología Clínica los datos relativos a todos los pacientes explorados, que incluirán : identificación ( nº de historia clínica, nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, procedencia intra o extrahospitalaria, rural o urbana, tiempo de espera previo al acceso al servicio, tipo de patología a estudio, duración de la exploración, necesidad de realizar otra técnica realizada en otra unidad, necesidad de una nueva citación.

Se excluirán de la recogida de datos aquellas exploraciones para las que sea preciso desplazarse fuera del Servicio, como a la Unidad de Cuidados Intensivos o a las plantas.

En el caso de los pacientes ingresados se excluirá los datos relativos a: tiempo de acceso al servicio, necesidad de realización de otras técnicas de unidades diferentes, necesidad de una nueva citación.

El análisis de los datos de los tiempos de exploración nos permitirá la clasificación de las patologías en unos pocos grupos, así como conocer los tiempos medios de exploración de cada uno de los grupos. Clasificaremos de esta manera, todos los tipos de patologías en unos pocos grupos de tiempos de exploración.

Se emitirá un informe con los resultados a la Dirección del centro y al Servicio de Admisión.

Este informe servirá de base para protocolizar, en colaboración con el Servicio de Admisión, un sistema de citación específico según unos pocos tiempos de exploración medios.

Paralelamente, se ofrecerá a una muestra aleatoria de pacientes, por ejemplo todos los atendidos una semana al mes o los tres últimos días, la cumplimentación de una encuesta de satisfacción para poder medir la situación de partida en lo referente a la percepción de la espera por el paciente. Se incluirán ítems para explorar la accesibilidad estructural y visual de la unidad en el interior del hospital.

### 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 objetivará el resultado de la acción de mejora utilizando el mismo software y base de datos y midiendo la mejora obtenida en : tiempos de espera y nº de recitaciones.

Para ello se registrará a todos los pacientes atendidos durante la última semana de mes cada tres meses.

Además se volverá a pasar el cuestionario a los pacientes atendidos la última semana de mes. Durante tres meses y luego cada tres meses.

Posteriormente, se monitorizará el proyecto durante una semana cada seis meses, lo que nos permitirá comprobar que los tiempos han bajado de una manera estable y mantenida.

#### **Indicadores:**

1. Tiempo medio de espera a consulta ( tiempo transcurrido desde que el paciente ha sido citado hasta que es avisado por la enfermera )
2. Porcentaje de recitaciones : número de pacientes que han sido citados dos veces seguidas por la misma consulta / nº de pacientes atendidos.

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

3. Satisfacción buena o muy buena con el tiempo de espera en consulta : número de pacientes con un nivel de satisfacción con el tiempo de espera buena o muy buena / nº de pacientes que consultaron la encuesta.
4. Nº de reclamaciones por tiempo de espera.
5. Nº de quejas escritas por el tiempo de espera.
6. Porcentaje de consultas de acto único ( porcentaje de pacientes en los que se realiza todas las exploraciones en un solo día)
7. Porcentaje de Consultas de acto único en la población rural.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo de 2009 inicio de la recogida de datos.

Junio 2009, primera evaluación.

Septiembre de 2009, segunda evaluación.

Diciembre de 2009 fin de la recogida de datos

Enero 2010, análisis de los datos.

Febrero de 2010, elaboración de un informe de resultados y propuesta de un nuevo sistema de citación específico.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Dos ordenadores portátiles.	2.000
Una impresora láser	200
Un disco duro externo	250
Software ( base de datos ) tipo File Maker Pro	520
Precisamos la asistencia del equipo de informática.	
<b>TOTAL</b>	<b>2970</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b> Ventilación no invasiva con presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP) en recién nacidos con dificultad respiratoria.</p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos: Marta Ferrer Lozano Profesión: Médico pediatra Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc): Hospital San Jorge. Huesca Sector de SALUD: Huesca En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad: Servicio de Pediatría Correo electrónico:mferrer@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247028 (directo)</p>
---

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alfredo Lacasa Arregui	Pediatra	Hospital San Jorge. Huesca
Natividad Tajada Cebrián	Pediatra	Hospital San Jorge. Huesca
Fernando Vera Cristóbal	Pediatra	Hospital San Jorge.
Maria Jesús Oliván del Cacho	Pediatra	Huesca Hospital San Jorge. Huesca
Eduardo Ubalde Sainz	Pediatra	Huesca Hospital San Jorge. Huesca
M Carmen Azanza Montull	Supervisora de enfermería	Huesca Hospital San Jorge. Huesca

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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 aplicación de una presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) supone un método de ventilación no invasiva cada vez más utilizado en los recién nacidos (RN) con dificultad respiratoria.</p> <p>Se ha probado que la CPAP instaurada de forma precoz en estos RN modifica el curso de la enfermedad, disminuyendo la necesidad de ventilación mecánica y reduciendo su agresividad y reduciendo la administración de surfactante en RN prematuros. Esta técnica de ventilación no invasiva ha ido sustituyendo en muchos casos a métodos de ventilación más cruentos que producen un barotrauma importante en el pulmón del recién nacido. Asimismo se han visto efectos beneficiosos de la CPAP en el tratamiento de la apnea del prematuro, con reducción significativa del número de episodios y menor intensidad de los mismos.</p> <p>Nuestro hospital tiene un nivel de asistencia neonatal II y atiende a recién nacidos de más de 34 semanas de gestación. Cuando se desencadena el parto antes de esta edad gestacional se traslada a la madre a un centro con nivel III de asistencia neonatal, en nuestro caso el centro de referencia es el Hospital Miguel Servet. De la misma manera, si el RN pretérmino u otro RN a término con distress respiratorio que precise ventilación mecánica nace en nuestro centro, lo hemos de trasladar al centro de referencia. Esto supone un problema, ya que dicha unidad de nivel III se encuentra saturada en muchas ocasiones, obligándonos a buscar una unidad en otro centro incluso fuera de nuestra comunidad autónoma. Por otro lado las condiciones del traslado del RN no siempre son</p>
---

las óptimas, debido a la falta de preparación del personal de las ambulancias en transporte neonatal.

La posibilidad de contar con un método de ventilación no invasiva, concretamente el CPAP, permitiría atender a RN con distress respiratorio disminuyendo la necesidad de su traslado al centro de referencia. También se evitarían muchos traslados intraútero por prematuridad, cada vez más frecuentes al haber aumentado el número de embarazos múltiples.

#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la asistencia del recién nacido con distres respiratorio.

Ampliar el margen de asistencia a RN prematuros, disminuyendo el número de traslados intraútero al centro de referencia.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ◆ Adquisición del sistema de CPAP nasal
- ◆ Entrenamiento del personal médico y de enfermería del servicio en su utilización
- ◆ Realización de un protocolo de uso del CPAP nasal
- ◆ Registro de los casos en los que se ha utilizado

#### 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

- ◆ Registro del número de RN con distress respiratorio candidatos a uso de CPAP nasal. Valoración de su eficacia midiendo la disminución de la necesidad de ventilación mecánica con el consiguiente traslado del RN.
- ◆ Registro del número de RN menores de 34 semanas de gestación nacidos en nuestro centro y en los que se ha evitado el traslado intraútero de la madre.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Adquisición del sistema de CPAP nasal (Abril 2009)

Realización de protocolo de utilización y de la ficha de registro de datos (Abril 2009)

Formación del personal médico y de enfermería del manejo del sistema (Mayo 2009)

Evaluación del proyecto en Diciembre de 2009

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Regulador de presión, cámara de presión autorrellenable, ramal inspiratorio calentado, ramal espiratorio y generador de VS-PEP (x10)	750,04 + IVA
Soporte de interfase VS-PEP- 70 mm (x5)	69,49 + IVA
Cánula nasal- 4 mm diámetro/3mm separación (x10)	104,79 + IVA
Arnés de 29 a 36 cms de circunferencia (x5)	89,75 + IVA
<b>TOTAL</b>	<b>1014,07 + IVA</b>

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Estudio de manipulación manual de cargas en el Hospital San Jorge de Huesca
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos <i>Jesús Torres Ramón</i>
Profesión <i>Médico del trabajo</i>
Lugar de trabajo <i>Hospital General San Jorge</i>
Sector de SALUD: <i>Huesca</i>
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. <i>Prevención de Riesgos Laborales</i>
Correo electrónico: <i>jtorresra@salud.aragon.es</i>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: <i>974 247 000, ext 24448/24129</i>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<i>Ana Campo Remacha</i>	<i>Técnico superior prevención de riesgos</i>	<i>Hospital San Jorge</i>

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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...
<i>Se pretende realizar una valoración de los puestos de trabajo que conlleven el riesgo de manipulación manual de cargas (trabajos de celadores, auxiliares administrativos de archivos, cocina, lavandería). A día de hoy se han medido las cargas en peso vertical, pero se requiere para completar el estudio, una medición del empuje y del arrastre, para lo cual se necesita un dinamómetro.</i>
<i>Las mediciones de las cargas son de gran ayuda para evaluar los puestos de trabajo. Según el Real Decreto 487/1997 de 14 de abril, se considera que la manipulación manual de toda carga que pese más de 3 kg puede entrañar un potencial riesgo dorsolumbar no tolerable, ya que a pesar de ser una carga bastante ligera, si se manipula en unas condiciones ergonómicas desfavorables (alejada del cuerpo, con posturas inadecuadas, muy frecuentemente, en condiciones ambientales desfavorables, con suelos inestables, etc.), podría generar un riesgo. El peso máximo que se recomienda no sobrepasar (en condiciones ideales de manipulación) es de 25 kg. A efectos de este Real Decreto se debería realizar una evaluación de los riesgos debidos a las cargas que pesen más de 3 kg.</i>

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. *Garantizar la seguridad de los profesionales del Sector de Huesca evitando accidentes de trabajo asociados a la manipulación manual de cargas y asegurando el cumplimiento de la Ley.*
2. *Mejorar la satisfacción de los profesionales facilitando su trabajo.*
3. *Aumentar la eficiencia disminuyendo la incidencia de enfermedades profesionales relacionadas con la manipulación de cargas lo que repercutirá en una disminución de la incapacidad temporal (IT).*

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

*El empresario está obligado a adoptar las medidas técnicas (como la automatización de los procesos o el empleo de equipos mecánicos) u organizativas necesarias para evitar la manipulación manual de las cargas, por lo que como Servicio de Prevención de Riesgos, una vez obtenidos los datos necesarios para realizar las evaluaciones de los puestos de trabajo, emitiremos un informe a Gerencia para mejorar dichos puestos si no cumplen las condiciones ideales de manipulación de cargas.*

1. *Relación de servicios en los que se va a implantar el Plan (Unidad de Archivo de Historias Clínicas y Documentación, Lavandería, Cocina, Consultas Externas, UCI)*
2. *Elaboración de los protocolos de estudio de cargas adaptados a cada servicio. Se harán mediciones en distintas condiciones: manejo de carros y camas en plano y en rampa, camas y carros vacíos y ocupados. Se plantea hacer 5 mediciones en cada condición y calcular la media aritmética.*
3. *Implantación del Plan: En cada servicio implicado se realizarán medidas de distintos pesos en horizontal (empuje y arrastre). En consultas externas y Urgencias, medición de empuje y tracción de: camas, camillas, sillas de ruedas, carros de historias clínicas. En Archivos, medición de empuje y arrastre de carros de historias clínicas, empuje y arrastre de carros pequeños de historias, medición de fuerza de giro de volantes de los archivadores compactos. En cocina, medición de empuje y arrastre de carros de bandejas. En lavandería, medición de empuje y arrastre de carros de lencería.*

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

4. *Emisión de informe con resultados y recomendaciones (a Dirección y a los responsables de cada servicio).*
5. *Sobre las recomendaciones emitidas se realizará la evaluación del grado de implantación.*

#### **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 Unidades/Servicios estudiados (ó % de estudiados sobre el total de planificados en el plan). Nº ó % de informes emitidos: informe emitido antes de 31/12/2009 ( SÍ/NO)*
2. *Nº de accidentes laborales de origen traumatológico por manipulación manual de cargas / Nº de profesionales (por Servicios estudiados).*
3. *Nº de consultas a Salud Laboral por patología profesional relacionada con sobreesfuerzo / Nº de profesionales (por Servicios estudiados).*
4. *Nº solicitudes de cambio o adaptación de puesto de trabajo relacionadas con la manipulación manual de cargas.*

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

*Las mediciones se realizarán a lo largo de 2009. Se podrán realizar en un mes.  
Los resultados se añadirán en las evaluaciones de riesgos laborales de cada puesto de trabajo relacionado con el estudio.*

#### **10.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Dinamómetro gráfico "Centor Easy" Modelo CNR EA 500 (500 Nw), de ANDILOG	795
TOTAL	795

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> MEJORA EN LA ADHESION A LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Juan Rodríguez García
Profesión FEA Medicina Preventiva
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital San Jorge de Huesca
Sector de SALUD: Sector Huesca
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Unidad de Medicina Preventiva
Correo electrónico: Jrodriguezg@ragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247000(etx. 24449) / 974247045(Directo)

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Yolanda Garcés Catalán	Enfermera	Hospital San Jorge de Huesca
2. Mº José Salaverri Nalda	Enfermera	Hospital San Jorge de Huesca
3		

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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 Infección Nosocomial (IN) es reconocida como un problema crítico que afecta a la calidad de la asistencia en Hospitales. Los estudio demuestran como 1/3 de todas las IN pueden ser prevenidas. Una gran proporción de todas la IN son transmitidas por contaminación cruzada cuyo principal vector de transmisión son las manos del personal sanitario.</p> <p>Previniedo la contaminación de flora bacteriana transitoria de la piel mediante la higiene de las manos, podemos prevenir la contaminación cruzada disminuyendo la tasa de IN en los pacientes, de hecho, la higiene correcta de las manos ha sido reconocida como la principal medida para prevenir la Infección Nosocomial</p> <p>Las últimas recomendaciones del HICPAC, en 2002 apoyan la sustitución del lavado con agua y jabón por la descontaminación frotando con alcohol antes y después del contacto con cada paciente, esta recomendación se basa sobre todo en estudios que demuestran menor tasa de alteraciones dermatológicas en profesionales y mayor adhesión a las normas de higiene. Esta recomendación tiene un nivel de evidencia (IA) . Esta recomendación es apoyada por la mayoría de los organismos internacionales y nacionales</p> <p>Dentro de los objetivos en " estrategias de seguridad del paciente" de la WHO para 2005/2006, el primer objetivo escogido para 2005 -2006 es la prevención de las infecciones nosocomiales que se focaliza en la acción de promover higiene de la manos con el lema: " el cuidado limpio</p>

es un cuidado más seguro".

En este contexto, durante 2007 fue concedida una subvención través de los fondos de la estrategia de seguridad del paciente del MSC al hospital para la implantación de los productos de base alcohólica para la higiene de manos.

Desde entonces se ha llevado a cabo un programa de implantación (resultados más abajo). Los productos han sido "bien aceptados" por los profesionales. Sin embargo, la tasa de adhesión (nº de veces que se realiza la técnica de higiene/nº de oportunidades), todavía es baja. Los estudios más optimistas observan tasas de adhesión del 60%, la mayoría del 30% aprox.

Existe unanimidad en que los mejores indicadores para evaluar la implantación de un programa de higiene de manos son las tasas de adhesión mediante observación directa junto con las tasas de infección nosocomial y gérmenes multirresistentes. Sin embargo, el estudio de la tasas de adhesión es un indicador costoso de obtener ya que la fuente es la "observación a tiempo real".

Estudiada esta información por la Unidad de Medicina Preventiva, reflexionamos que el cambio de hábitos en el trabajo diario del profesional es "duro" como para cualquiera y que la estimulación que supone la observación directa sobre el profesional intentando realizar correctamente la técnica de higiene de manos en cada momento al verse "estudiado", podría facilitar la adquisición del hábito en el profesional.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

A pesar de que el proyecto no está incluido en las iniciativas de mejora a la calidad de SALUD, desde 2007 viene desarrollándose en el hospital el proyecto de implantación cuyas acciones y resultados hasta la fecha se muestran:

Acciones 2007-2008:

1. Revisión adaptación y aprobación : " protocolo higiene manos personal sanitario"
2. Realización de "instrucciones higiene Manos"
3. Selección del producto: Realización de un estudio en el Hospital, siguiendo las recomendaciones de HICPAC y otros, para solicitar información a los profesionales sobre características percibidas de los productos y la tolerancia dermatológica.
4. Concurso compra del producto.
5. Compra e Instalación del producto en colaboración con Supervisoras responsables.
6. Programa formación.

Resultados 2007-2008:

1. Proceso de selección estructurado=SI ( protocolo de valoración alcoholes)
2. Valoración del personal=SI, N=297 profesionales ( 27% profesionales del Hosp. 3. Protocolo actualizado-aprobado y difundido=SI
4. Nº Dispensadores funcionantes =No evaluado
5. Existencia de Programa=SI(Programa implantación higiene manos)
6. Existe programa formativo=SI
7. %Asistencia formación=289,(26,27% de todos los profesionales del Hosp.).
8. Satisfacción media Programa formativo=8,35 ( Sobre 10)
- 9. Adhesión del personal mediante observación directa=no evaluado**
10. Supervisión de la cantidad de hidrogel consumido= consumo anual 570,5L por cada 1000 estancias.
11. incidencia estimada de Aislamientos gérmenes multirresistentes=0,53%
12. Prevalencia de Bacteriemia: Bact.=0%, Bact CVC=0, Bact. UCI=0, Bact. IQ=0

## **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Aumentar la adhesión a la practica de la higiene de manos en los profesionales del hospital disminuyendo así la infección cruzada y por tanto las tasas de IN.

Tomando la realización correcta de la higiene de manos entre pacientes y entre procedimientos en un mismo paciente como base para la reducción del riesgo de transmisión de infecciones:

1. Aumentar la seguridad de los pacientes ingresados: El mecanismo de transmisión principalmente identificado en la producción de brotes infecciosos nosocomiales son las manos del personal sanitario ( responsable en más del 80%). La medida demostrada como más eficaz para evitar la aparición de brotes nosocomiales es la higiene correcta de manos por el personal sanitario.

2. Aumentar la satisfacción percibida por los pacientes: La aparición de enfermedad infecciosa nosocomial repercute negativamente sobre la satisfacción del paciente debido a las medidas específicas instauradas para su control ( asilamiento en habitación individual, tratamiento antibiótico, reintervención etc) así como a las complicaciones debidas a la infección: éxitus, amputación, queloides etc.

3. Aumentar la eficiencia: La infección Nosocomial es el Efecto Adverso de la Hospitalización más frecuente en los Hospitales de nuestro país. Conlleva aumento de la estancia entre 2-20 días según el tipo, con el consiguiente aumento del gasto sanitario, además de las medidas específicas de aislamiento, personal específico etc

## **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Difusión del protocolo en la Intranet del Hospital.

2. Programa Formativo: El Programa formativo se realizará cada año ( 2 ediciones/año). El objetivo es conseguir un % de asistencia elevado de forma que cada 2 años, la mayoría de los profesionales asistan en el taller. Para ello la asistencia al taller es uno de los objetivos pactados en el Contrato de gestión Clínico y de Supervisoras pactado cada año. Esta asistencia ha de ser homogénea entre estamentos y áreas hospitalarias. Se elabora registro de asistencia y satisfacción de los alumnos.

3. Elaboración de pósters y pegatinas: Bajo el lema: " Manos limpias salvan vidas", se elaborarán pósters para colocar en zonas comunes y pegatinas para colocar en los envases.

4. Evaluación del número de dispensadores funcionantes mediante observación directa: Se realizará la evaluación después de 6 meses tras su instalación y después cada 6 meses, según los resultados, se establecerán las acciones correctoras necesarias. Esto permitirá garantizar la accesibilidad del personal a los dispensadores del producto.

5. Monitorización del consumo de hidrogel mensual y por plantas/areas hospitalarias: Esta medida puede ser engañosa de forma que un consumo elevado no tiene por que necesariamente deberse a una buena adhesión por el personal. Por lo tanto este indicador no sirve para estimar la adhesión del personal sino para evitar riesgos: contaminación del producto por almacenaje en plantas, utilización de dosis excesiva con posibilidad de dermatitis en el profesional etc. esta evaluación se realizará cada 6 meses y según los resultados, se establecerán las acciones correctoras necesarias.

6. Estudio de adhesión a la higiene de manos mediante observación directa: Como señala la OMS y otros, la adhesión del personal a la higiene de manos mediante observación directa, es el indicador más importante de un programa de higiene de manos ( junto a las tasas de Infección Nosocomial y OMR) ya que son los indicadores de resultados acorde con los objetivos de cualquier programa de implantación. Sin embargo, aún que su importancia es elevada, el grado de dificultad de su obtención también es elevado ya que requiere un diseño del estudio

muy específico así como observación directa en “condiciones habituales”. Los resultados del estudio de adhesión se emitirán al responsable ( Médico y Supervisora) de la Unidad/Planta.

### 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 Dispensadores funcionantes= N° de dispensadores funcionantes en planta X / N° instalados en esa planta.
2. %Asistencia formación = N° asistentes de estamneto X y servicioX /N° personas de estamneto X en ese servicio.
3. Satisfacción media Programa formativo = N° de bueno+muy bueno en item satisfacción general / N° de encuestas contestadas
4. Adhesión del personal mediante observación directa= N °de veces que se realiza la tecnica de higiene / N° de oportuidades de higiene de manos. ( por servicios/plantas)
5. Moitorización de la cantidad de hidrogel consumido= (Litros de producto consummidos /año) / dias de estancia.
6. Incidencia estimada de Aislamientos gérmenes multirresistentes =N° aislamientos OMR /(n° altas año + n° pac. Ingresados a 30 dic)
12. Prevalencia de Bacteriemia por localizaciones específicas ( Primaria, C. Central, en UCI, en IQ).
13. Tasas de Incidencia de Infección Nosocomial de Herida Quirúrgica (INHQ) por servicios.= N° de INHQ/N° pac. Intervenidos.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

ACCIONES	M	A	M	J	j	A	S	O	N	D
1. Difusión del protocolo en la Intranet del Hospital.	x									
2. Elaboración de pósters y pegatinas:		x	x							
3. Programa Formativo:				x				x		
4. Evaluación del número de dispensadores funcionantes mediante observación directa:				x				x		
5. Monitorización del consumo de hidrogel mensual y por plantas/areas hospitalarias:	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x
6. Estudio de adhesión a la higiene de manos mediante observación directa:			x		x		x		x	

### 10. BIBLIOGRAFIA

Second Internacional Consultation on WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health care: Implementation Strategies. WHO Apr. 2005.

Boyce, J.M, and Pittet. 2002. Guideline for Hand Hygiene in Health-care Settings. MMWR 2002; vol. 51, no. RR-16.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Tablet PC (1)</u>	<u>1600</u>
<u>Material de imprenta:posters</u>	<u>200</u>
<u>Material de imprenta pegatinas</u>	<u>Se realizarán en el hospital</u>
TOTAL	1800 E

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> "Mejora de la calidad en la atención a la familia del paciente hospitalizado en la unidad de corta estancia de psiquiatría"
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos M <sup>a</sup> Carmen Marcen Seral
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL SAN JORGE HUESCA
Sector de SALUD: Huesca
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Psiquiatría
Correo electrónico: mcmarcen@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247000 ext 24472

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raul Ruiz Gobantes	celador	H. SAN JORGE HUESCA
Esmeralda Garcia Lacasta	Auxiliar de enfermería	H. SAN JORGE HUESCA
Pascual Mateo Bescos	enfermero	H. SAN JORGE HUESCA

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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>Partimos de un hacer desorganizado, que produce inconvenientes a la hora de que la familia contacte con el psiquiatra para el intercambio de información sobre el paciente hospitalizado. Y de un hacer que en ocasiones produce que el paciente, al alta hospitalaria, no se lleve a casa todos las pertenencias que trajo.</p> <p>Posibles causas: De centralita las llamadas telefónicas pasan por el control de enfermería desde donde se pasan a los despachos médicos, estos a veces están atendiendo otros asuntos que son incompatibles con la comunicación, lo que supone alargar el tiempo de llamada o la repetición; con lo que supone de gasto de dinero, tiempo y sensación de atención deficiente. Las pertenencias se quedan en la unidad unas veces por no estar registradas, por desorden en la forma de guardarlas, y otras por desorden de actuación general en el momento del alta.</p> <p>La importancia del proyecto esta en que la intervención en estos problemas va a favorecer la organización del equipo y va a mejorar el contacto con las familias.</p>

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

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Favorecer el contacto de la familia con el psiquiatra

Regularizar el contacto de la familia con la enfermera.

Que al alta de la persona hospitalizada , no se quede en la unidad ninguna de sus pertenencias.

Como resultado global mejorar la organización del equipo de trabajo y por lo tanto la calidad de atención a la persona enferma.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Modificar la hoja "Información para el paciente y familiares", que se entrega a la llegada a la unidad.

Redefinir horario y método de contacto telefónico de la familia con el medico.

Regularizar la relación de enfermería con la familia.

Estimular y controlar que los cuidadores ( auxiliares de enfermería y celadores), dejen los objetos personales de los pacientes recogidos de forma adecuada.

Estimular la cumplimentación del registro, en hoja especifica, de objetos encontrados fuera del lugar que les corresponde.

Con el método de diagramas de flujo definir pautas de actuación.

## 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

La evaluación será por medio del porcentaje de cumplimentación de la encuesta de satisfacción del paciente y por el grado de satisfacción allí manifestado.

Por los registros en la hoja de objetos en lugar no adecuado.

Por el registro de "entrevista con la familia " en las observaciones de enfermería.

## 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

La recogida de datos sobre objetos sin identificar o fuera de lugar adecuado" se esta haciendo desde enero. Y los componentes del proyecto empezaran en marzo a estimular la participación del equipo.

La nueva hoja informativa, la encuesta de satisfacción, el cambio en la relación medico-familia y enfermera- familia se comenzara en marzo.

La duración del seguimiento del plan será al menos hasta enero del 2010 y si es caso hasta el cambio de hábitos del equipo.



# PROGRAMA DE CALIDAD

## 1.- ÁMBITO DEL PROGRAMA (Equipo de Atención Primaria, Servicio/Unidad hospitalaria, etc)

UNIDAD HOSPITALARIA: UNIDAD DE ESTANCIA BREVE DE PSIQUIATRIA

## 2.- COORDINADOR DEL PROGRAMA

DR. CARMELO PELEGRIN VALERO

Colaboradores:

- Dr. Alvaro Monzón
- Dra. Concepción Corral
- Dr. Luis Ortiz
- Supervisora M<sup>a</sup> Carmen Marcen
- Supervisora de Nutrición Carmen Urzola
- Enfermera M<sup>a</sup> Jesús Rivaes
- Enfermera Carmen Llacer

## 3.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN DICIEMBRE DE 2008

### 3.1.- Evaluación

Incluir: a) los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión 2008 de la unidad; b) otras actividades realizadas durante 2008 y los resultados conseguidos; c) la valoración de los distintos profesionales que componen la unidad respecto a los aspectos que consideran prioritarios mejorar en el conjunto de su ámbito de trabajo; etc

Es un tema no incluido en el contrato de gestión de la unidad; es decir en un programa de mejora nuevo para implementar en el contrato de gestión del 2009.

### 3.2.- Oportunidades de Mejora para 2009

## 4.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR DURANTE 2009

Preferentemente, contemplar las siguientes áreas de intervención : a) aumentar los beneficios de la atención; b) disminuir los riesgos de la atención; c) garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios; y d) proporcionar una atención más eficiente

Objetivos	Indicadores
<u>1. Valoración del síndrome metabólico en los pacientes en pacientes esquizofrénicos</u>	<u>1. Glucemia basal</u>
	<u>2. IMC</u>
	<u>3. Diámetro de la cintura</u>
	<u>4. HDL</u>
	<u>5. Triglicéridos</u>
	<u>6. Tensión arterial</u>

## 5.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar el procedimiento que se va a utilizar para conseguir los objetivos deseados, los responsables de las distintas tareas ...

### **EVALUACION, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS TRATADOS CON ANTIPSICÓTICO.**

#### **Introducción:**

El paciente con esquizofrenia presenta un incremento de los factores de riesgo cardiovascular que han sido agrupados bajo el nombre de síndrome metabólico. La definición de síndrome metabólico, en lo referente a los criterios, ha presentado variaciones en los últimos años aunque los factores a valorar se mantienen: alteraciones en la homeostasis de la glucosa, alteraciones de los niveles lipídicos, hipertensión arterial y obesidad.

No quedan claro las causas exactas de la elevada prevalencia de síndrome metabólico en esta población (algunos estudios se inclinan hacia la esquizofrenia per se y/o el tratamiento antipsicótico), pero es probable que se deba, al menos en parte a otras variables, incluyendo sobre todo características del estilo de vida que presentan estos pacientes (el mal hábito alimentario, la escasa actividad física, el hábito de fumar y el consumo de sustancias)

Dentro de los factores de riesgo cardiovascular es necesario diferenciar entre los factores no modificables (sexo, edad. antecedentes familiares y personales cardiovasculares) y los factores modificables.

## 6.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar cómo se van a obtener y monitorizar los indicadores seleccionados ...

### CRITERIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SOBRE EL COLESTEROL (Nacional Cholesterol Education Program –NECP) para el diagnóstico del SÍNDROME METABÓLICO:

#### Δ. Obesidad abdominal:

- Hombres: circunferencia cintura > 102 cm
- Mujeres: circunferencia cintura > 89 cm.

Δ. Glicemia venosa en ayunas > 110 y < 126 mg/dl

Δ. Tensión arterial: > 130/80 mmHg

Δ. Triglicéridos > 150 mg/dl

#### Δ. Colesterol HDL:

- Hombres: < 40 mg/dl
- Mujeres: < 50 mg/dl

Se recogerá en el formulario siguiente:

## FORMULARIO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Estatura:** \_\_\_\_\_

	Antecedentes Personales	Antecedentes Familiares
Sobrepeso (IMC 25,0-29,9)	↑ Si    ↑ No	↑ Si    ↑ No
Obesidad (IMC = o >30)	↑ Si    ↑ No	↑ Si    ↑ No
Diabetes Mellitas (GPA = o > 126)	↑ Si    ↑ No	↑ Si    ↑ No
Pre-Diabetes Mellitas (GPA 100-125)	↑ Si    ↑ No	↑ Si    ↑ No
Dislipemia	↑ Si    ↑ No	↑ Si    ↑ No
Hipertensión (PA > 140/90)	↑ Si    ↑ No	↑ Si    ↑ No
Enfermedad Cardiovascular	↑ Si    ↑ No	↑ Si    ↑ No

GPA, glucosa plasmática en ayunas, en mg/dl, índice de masa corporal; PA, presión arterial, en mmHg.

Intervalo mínimo de vigilancia	Peso Corporal ↑ Lbs ↑ Kg	Índice de masa corporal	Perímetro en cintura (↑ in/↑ cm)	Presión arterial (mmHg)	Glucosa plasmática en ayunas (mg/dl)	Perfil lipídico en ayunas
Fecha: _____ _____ Inicio de la evaluación						Colesterol: _____ _____ HDL: _____ _____ LDL: _____ _____ TG: _____ _____

Aumento del peso corporal máximo permitido (valor inicial + 5%)

\_\_\_\_\_

Fecha: _____ _____ 12 semanas						Colesterol: _____ _____ HDL: _____ _____ LDL: _____ _____ TG: _____ _____
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Fecha: _____ — 6 meses						
Fecha: _____ — 9 meses						
Fecha: _____ — 1 año						Colesterol: _____ HDL: _____ LDL: _____ TG: _____ —
A partir del año 1	Cada 3 meses	Cada 3 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses	Cada 5 años

<sup>a</sup>Pueden estar indicadas las valoraciones más frecuentes según el estado clínico.  
<sup>b</sup>Opcional; en las recomendaciones originales se especifica una vez cada 5 años después de la semana 12.

**Se recogerá también:**

**Tratamiento antipsicótico:**

- 1.
- 2.
- 3.

**Otros tratamientos:**

- 1.
- 2.
- 3.

**Tabaquismo:**

**7.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**  
 Indicar las fechas previstas de inicio y finalización, el cronograma de las actividades previstas...

Fecha de inicio: 1/3/09	Fecha de finalización: 1/3/2010
-------------------------	---------------------------------

- Calendario:
1. 1. Valoración Basal
  2. 2. Durante el ingreso:
    - 1.1. 2.1. Programa psicoeducativo: alimentación
    - 1.2. 2.2. Programa psicoeducativo: ejercicio físico
    - 1.3. 2.3. Programa psicoeducativo: tabaquismo
    - 1.4. 2.4. Valoración de cambio de neuroléptico
    - 1.5. 2.5. Tratamiento farmacológico si es preciso de la diabetes mellitus tipo 2

- 1.6. 2.6.Tratamiento farmacológico si es preciso de la dislipemia
- 1.7. 2.7.Tratamiento farmacológico si es preciso de la hipertensión arterial

2. Valoración a los tres meses, seis meses y al año.

#### PROGRAMA PSICOEDUCATIVO: ALIMENTACIÓN/ EJERCICIO FISICO

Conjunto de actividades relacionadas con la información, la revisión de hábitos, y el estímulo para que el paciente adecue la relación de la ingesta con el gasto energético.

Objetivo- El paciente tomara conciencia del problema de salud relacionado con el sobrepeso.

El paciente mantendrá su peso habitual al cabo de seis meses de comenzar el ttº con antipsicóticos.

Profesional que trabaja el programa- Enfermería.

Perfil del usuario- todo paciente en ttº continuo con antipsicóticos y con un diagnóstico enfermero de Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con hábitos higiénico dietéticos inadecuados.

Desarrollo del programa- Valoración del patrón nutricional del paciente .

Valoración del patrón actividad ejercicio.

Recogida de datos fisiológicos y cts vitales, del

“formulario para la vigilancia.....”

Educación sanitaria sobre hábitos saludables, factores de riesgo cardiovascular.

Ayuda en el afrontamiento efectivo del problema de salud : ayudando en la reflexión de puntos fuertes y puntos débiles y concreción de posibilidades de cambio.

Elaboración de un plan de cuidados enfermero personalizado.

Colaboración de la dietistas para la oferta de un plan de dieta adecuado.

Derivación- Al alta hospitalaria la enfermera en su informe de alta, reflejara la evolución del proceso y la necesidad de seguimiento; derivando al paciente a la enfermera de salud mental o en su defecto a la enfermera de atención primaria

#### PROGRAMA PSICOEDUCATIVO: TABAQUISMO

Conjunto de actividades encaminadas a la toma de conciencia en la necesidad de disminuir el consumo de tabaco.

Objetivo- Durante la hospitalización:. Disminución del número habitual de cigarrillos, consumo de tabaco inferior a 6 cigarrillos

Al alta hospitalaria: compromiso del paciente con la enfermera de no aumentar el consumo.

Profesional que trabaja el programa- Enfermería. Y celador que es el que custodia y suministra el tabaco.

Perfil del usuario- Paciente con habito tabaquico y en tt<sup>o</sup> con antipsicoticos .

Desarrollo del programa- Valoración enfermera de hábitos tóxicos en el paciente con tt<sup>a</sup> antipsicótico.

Ayuda en el análisis de motivación y displacer del consumo.

Educación sanitaria sobre alteraciones de la salud relacionadas con el consumo de tóxicos, en especial del tabaco. Información y oferta de dispositivos de apoyo( consula antitabaco).

Desarrollo de una estrategia para un afrontamiento efectivo.

Al alta hospitalaria , compromiso de no aumentar el consumo de cigarrillos.

Derivación- Al alta hospitalaria la enfermera en su informe de alta, reflejara la evolución del proceso y la necesidad de seguimiento; derivando al paciente a la enfermera dietista del hospital, la enfermera de salud mental o en su defecto a la enfermera de atención primaria.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

## CONSULTA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

FELIPE NUÑO MORER

Profesión

DIPLOMADO UNIVERSITARIO DE ENFERMERIA

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

HOSPITAL GENERAL "SAN JORGE"

Sector de SALUD:

HUESCA

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

SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Correo electrónico:

fenumo@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974-247012

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ANGEL ORDUNA ONCO	D.U.E.	Sº RADIODIAGNOSTICO
2 MARIA JESUS MIRAVETE VALIENTE	D.U.E.	Sº RADIODIAGNOSTICO
3 DANIELA NAVAS PIEDRAFITA	D.U.E.	Sº RADIODIAGNOSTICO
4 PEDRO JESUS PEREZ SOLER	D.U.E.	Sº RADIODIAGNOSTICO
5 JAVIER MONGE MIRALLAS	D.U.E.	Sº RADIODIAGNOSTICO
6 ANTONIO FRIAS CORREDOR	D.U.E.	Sº RADIODIAGNOSTICO
7 OLGA CABELLO ORDUNA	D.U.E.	Sº RADIODIAGNOSTICO

### 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...

Si bien las encuestas de opinión a usuarios muestran una gran satisfacción de éstos con la información recibida, hemos detectado que un número importante de pacientes acuden a nuestro servicio desconociendo buena parte de la naturaleza, las características y el procedimiento de la exploración radiológica que se les va a realizar. Ello, no sólo entra en contradicción con el artículo 4 de la Ley de autonomía del paciente sino que en muchos casos genera situaciones de temor y ansiedad ante la exploración que se le va a realizar.

Experiencias llevadas a cabo en otros centros hospitalarios demuestran la eficacia y la eficiencia de la implantación de una consulta de Enfermería en Servicios de Radiodiagnóstico, tanto en lo que respecta a la mejora de la información a los usuarios, como en la detección y solución de las necesidades planteadas por nuestros pacientes o como en la identificación de problemas y riesgos relacionados con su seguridad.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El objetivo principal de este proyecto es definir e implantar una Consulta de Enfermería en el Servicio de Radiología.

Como objetivos específicos de establecen:

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

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Recabar toda la información posible respecto a la implantación y funcionamiento de otras Consultas de Enfermería Radiológica fuera de nuestro ámbito y sobre las cuales ya existen datos publicados.
- Elaboración de un manual de funcionamiento de la Consulta de Enfermería Radiológica que recoja el tipo de pacientes susceptibles de ser atendidos en dicha consulta, el contenido de la misma y las competencias que ha de desarrollar el enfermero responsable.
- Diseño de una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida en la Unidad y definición del circuito de recogida de la información.
- Diseño de dípticos informativos para pacientes y usuarios.
- Creación de pequeños grupos de trabajo que definan aspectos específicos de dicho manual.
- Puesta en común y discusión de las diferentes aportaciones de los grupos.
- Presentación del manual a la Dirección.
- Implantación de la Consulta de Enfermería Radiológica.
- Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con la atención dispensada en la Unidad.
- Evaluación de la utilidad y funcionamiento de la Consulta por parte de los propios enfermeros de la Unidad y por otros miembros de la organización.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Se evaluará el nivel de implantación de la Consulta en función del porcentaje de pacientes atendidos sobre el total de los posibles:

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

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

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

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

FECHA DE INICIO: Marzo 2009	FECHA DE FINALIZACIÓN: Enero 2010
-----------------------------	-----------------------------------

CALENDARIO PREVISTO:

ACTIVIDAD	FECHA
1.- Recogida de información	Marzo 2009
2.- Formación grupos de trabajo, diseño del manual y encuestas	Abril 2009
3.- Trabajo de los grupos	Abril 2009
4.- Puesta en común. Elaboración del manual, encuestas y dpticos	Mayo 2009
5.- Presentación del manual a la Dirección	Junio 2009
6.- Implantación de la CER	Junio 2009
7.- Monitorización de indicadores, obtención de resultados y evaluación del proceso.	Octubre 2009 (Primer corte) Diciembre 2009 (segundo corte)
8.- Comunicación de resultados a la organización	Enero 2010



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>Continuidad de la Sala de Exposiciones en el vestíbulo del hospital "San Jorge" de Huesca</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos M <sup>a</sup> José Calvo salillas Profesión Técnico de Administración de Instituciones Sanitarias Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital San Jorge Sector de SALUD: Huesca En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de atención al paciente Correo electrónico: mjcalvos@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 24 71 11 – 974 24 70 00 (extensión 24019)
---

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Gema Secorun Bitrian	Administrativa	Hospital san Jorge
2 Begoña Fontana Ascaso	"	"
3 Consuelo Herrero Sancho	"	"
4 Pilar Calvete Palacio	"	"
5 Carmen Aso Escartín	"	"

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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 cumplen diez años de la inauguración de la Sala de Exposiciones en el vestíbulo del hospital. La directora de la sala hasta el momento, ha sido la pintora Carmen luz Ahijado, vinculada al hospital y que ha decidido abandonar la dirección de la misma. El Servicio de Atención al Paciente ha colaborado en el mantenimiento, cuidado y difusión de la sala, emitiendo una nota de prensa a todos los medios de comunicación, con aparición diaria en la "sección exposiciones", en los dos medios de comunicación escrita: Diario del Alto Aragón y Heraldo de Aragón, y en Radio Huesca.  Se ha realizado un análisis descriptivo del archivo de Notas de Prensa emitidas desde octubre 1998 hasta octubre 2008, en el que se analiza la distribución de las exposiciones según sean de asociaciones de pacientes, organismos humanitarios, del propio hospital y de artistas independientes, y de todos la frecuencia con la que han expuesto.  A lo largo de estos diez años, se han realizado 119 exposiciones. * 151 artistas invitados han colgado sus obras en el hospital, de ellos el 67,54 ha expuesto en 1 ocasión, el 10,59 % en 2, el 11,92 en 3 y el 3,31% en 4 ocasiones. *También ha sido utilizada la sala por asociaciones de pacientes o instituciones sanitarias:
---

Asociación Down ( en 1 ocasión), ASCC (1) y Centro Arcadia (3), con una participación total de 59 asociados.

\* Así como por organismos y asociaciones humanitarias: Asociación Alouda (1), Medicus Mundi (1), y FUDEN (1).

\* La sala también ha acogido exposiciones de sus profesionales o la Exposición "40 años de historia en imágenes". celebrada a finales de 2007.

En conclusión:

\* La Sala de Arte es una de las relaciones más potentes con la sociedad que tiene establecida el hospital.

\* Se trata de un espacio abierto a la sociedad, que participa de su cultura y mejora la imagen del hospital.

\* Al tiempo que crea un ambiente propicio para la evasión y el entretenimiento tanto de las personas que visitan el hospital como para sus 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1.- La continuidad en el funcionamiento de la sala de Exposiciones del Hospital.

2.- Una mayor participación, de Asociaciones de Pacientes o Instituciones Sanitarias, ofreciendo la sala para exponer las obras creadas en los talleres de pintura que como terapia tienen establecidos; Así como una mayor participación de Organismos y Asociaciones Humanitarias y Solidarias, con fines divulgativos y de concienciación. Sin obviar a los artistas independientes que hasta el momento han hecho una mayor utilización de la sala del hospital.

3.- Se continuará con la difusión de la sala de exposiciones del hospital en los dos medios de comunicación escrita, con aparición diaria en función de la actividad de la ciudad, y en la radio local de forma diaria.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- La dirección de la sala de arte ha sido asumida por el servicio de atención al paciente, para ello cuenta con la labor y experiencia de estos 10 últimos años, y con el listado de identificación artistas que han expuesto en la sala hasta el momento. Responsable: M<sup>a</sup> José Calvo.

2.- Renovación del sistema de colgar. Responsable: M<sup>a</sup> José Calvo

3.- Se está elaborando un registro con datos concretos de las exposiciones y una base de datos con los artistas y asociaciones que han participado con el fin de facilitar la puesta en contacto, la realización del calendario anual de exposiciones y la posibilidad de realizar estudios descriptivos. Responsable : Consuelo Herrero.

4.- Se han iniciado los contactos con las distintas asociaciones de pacientes o humanitarias, y con las instituciones sanitarias que como Arcadia disponen de talleres de pintura.

**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.- Continuidad de la sala de arte del hospital = Si/No

2.- Creación de Registro con los datos de las exposiciones = Sí / No

3.- Elaboración de base de datos = Si/No

4.- Incremento de un 30% de participación de instituciones sanitarias, asociaciones sociosanitarias o humanitarias, respecto a resultados 2008. N<sup>o</sup> exposiciones de asociaciones / N<sup>o</sup> total de exposiciones x 100.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1.- Renovación de la exposición con periodicidad mensual.

2.- Elaboración de registro y base de datos: abril 2009



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Consulta de enfermería de recambios de gastrostomías. Colaboración con Atención Primaria para los cuidados y recambios de sondas de gastrostomías.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ana Cristina Ara Rey

Profesión

Enfermera- supervisora

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

Hospital San Jorge Huesca

Sector de SALUD:

Huesca

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

Supervisora de consultas externas, pruebas especiales y neurofisiología

Correo electrónico:

acara@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974-247000 ext 24469

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Begoña Franco Allue	enfermera	Hospital San Jorge
Lorenzo Olivan Guerri	enfermero	Hospital San Jorge
Pilar Alvarez Mairal	enfermero	Hospital San Jorge
Lorena Mairal Salillas	enfermera	Enlace con AP

### 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...

Actualmente las incidencias de cuidados que se producen en los pacientes por sonda de gastrostomía tienen que acudir al servicio de pruebas especiales de digestivo del Hospital San Jorge, casi todos necesitan para su traslado de ambulancias, y la oportunidad de mejora sería que si se ponen sondas de globo para las gastrostomías, enfermería sería la responsable de los cambios y los cuidados sin tener que venir al hospital para el recambio con endoscopista.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Que dichos pacientes no tengan que desplazarse para realizar el cambio de sonda y que los recambios y cuidados de las sondas sean realizados por el personal de primaria.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Censo de pacientes con sondas de gastrostomías relacionandolos con centro de salud y enfermera de cabecera.
- Contactar con los profesionales de enfermería para informar del proyecto.
- Programar sesiones formativas de cuidados teórico-prácticas en el servicio y en los centros de salud.
- Elaborar documento informativo entre profesionales de enfermería.
- Crear consulta telefonica de enfermería para profesionales, con horario y día fijo.

**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

- censo si o no con centro de salud y enfermera
- número de sesiones formativas 3
- -% asistentes nº presentados/ nº convocados 60%
- nº de pacientes que son controlados por su enfermera de Atención Primaria  
Actualmente 0% Diciembre 30%

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Censo Marzo 09
- Contactar con los profesionales mayo 09
- Sesiones formativas a partir de sept 09

