

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INTOXICACIONES AGUDAS EN LA URGENCIA PREHOSPITALARIA.
PROPUESTA DE 20 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL, ESPECIFICOS PARA EL 061 ARAGON.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

EMILIO GUZMAN SANCHEZ

Profesión

MEDICO DE URGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA

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

CENTRO COORDINADOR DEL 061 ARAGON

Correo electrónico:

egs061@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976.309100

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Begoña Bearasategui Urruticoetxea	Médico	061 Aragón
Marta Sampérez Murillo	Médico	061 Aragón
Ana Isabel Recaj Ibáñez	Médico	061 Aragón
Pilar López Cuartero	Enfermera	061 Aragón
Ignacio González Herraiz	Médico	061 Aragón

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 España, la calidad en sanidad es una inquietud relativamente reciente, pues hace sólo 20 años que se implantó por primera vez un programa de calidad asistencial, en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Desde entonces, esta inquietud se ha ido expandiendo progresivamente a diferentes instituciones y especialidades médicas del ámbito de las Urgencias, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ó el Grupo Intercomarcal de Servicios de Urgencias Hospitalarias de Cataluña (GISUHC). Este último publicó en el 2001, junto con la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) y la Fundación Avedis Donabedian, un documento con más de 100 indicadores de Calidad en Urgencias, pero sólo 2 de ellos hacen referencia a la asistencia específica de los intoxicados.

Hoy por hoy no existen datos objetivos sobre cómo se está tratando al intoxicado en la Urgencia Hospitalaria y mucho menos en la Extrahospitalaria, a pesar de que existen diversos registros puntuales como el "Multicatox", el "Registro Español de Toxicovigilancia" ó el "SemesTox". Sólo muy recientemente, en una reunión de la Sección de Toxicología Clínica de la Asociación Española de Toxicología (AET), se ha realizado por primera vez una propuesta específica de indicadores de calidad en la asistencia toxicológica en Urgencias.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

a) Hemos definido 20 Indicadores de Calidad válidos para el Estudio de las Intoxicaciones Agudas en el ámbito extrahospitalario. Son los citados en el Apartado nº 9 de este documento.

b) Tras el análisis de 350 Historias e Informes de enfermería (ver Tabla) y una vez descartadas 3 de ellas por estar incompletas ó ilegibles, se obtienen los siguientes resultados respecto a las **variables recogidas como Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)** y a los **“estándares”** de los Indicadores seleccionados como válidos para el 061 Aragón:

Tabla

VARIABLES/HISTORIAS	Totales	247 historias		
TIPO DE INTOXICACION*				
Fármacos	184	74,5%	Venoclisis*	190 7,7%
Drogas de Abuso	75	30,3%	Sondajes Gástrico	34 13,7%
P. Domésticos	4	1,6%	Sondaje Ulnario	2 0,8%
Gases	14	5,6%	SOPORTE VITAL*	
P. Químicos	3	1,2%	Oxigenoterapia	70 28,3%
Setas	3	1,2%	Cánula de Guedel	9 3,6%
			Balón reservorio	5 2%
			IOT-V.Mecánica	4 1,6%
DATOS DEL PACIENTE*			DECONTAMINACION*	
Nombre y Apellidos	247	100%	Ocular	0
Edad	246	99,6%	Piel y mucosas	3 1,2%
Sexo	246	99,2%	Lavado gástrico- LG	25 10,1%
DATOS DEL TOXICO*			ANTIDOTOS*	
¿Qué tóxico?	235	95,1%	Atropina	0
¿A qué dosis?	141	57,1%	Bicarbonato	1 0,4%
¿Qué vía de contacto?	218	88,2%	Carbón Activado	33 13,3%
¿Accidental?	24	9,7%	Flumazenilo	102 41,2%
¿Voluntaria?	217	87,8%	Glucosa	5 2%
MOTIVO DE CONSULTA*			Glucagon	2 0,8%
Síntoma "Guía"	218	88,2%	Gluconato Calcioo	0
TIEMPOS ASISTENCIALES*			Hidroxicobalamina	0
T0- Hora de exposición	86	34,8%	Naloxona	33 13,3%
T1- Activa Recurso	246	99,6%	Oxígeno	29 11,7%
T2- Llega Recurso	246	99,2%	DESTINO DEL PACIENTE	
T3- Llega Hospital	213	86,2%	Consejo médico y Alta*	30 12,1%
REGISTRO CONSTANTE*			Ingreso Hospitalario*	203 82,1%
TA- Tensión Arterial	226	91,5%	NO PROCEDE SVA	59 23,8%
FC- Frecuencia Cardíaca	237	95,9%	EXITUS*	0
FR- Frecuencia Respiratoria	195	78,9%	OTROS	
Tº- Temperatura	59	23,8%	Parte de Lesiones*	7 2,8%
GL- Glucemia	121	49%	Codificación CIE9*	238 96,3%
PROCEDIMIENTOS ATS			Firma / Nº Colegiado*	233 94,3%
Electrocardiograma- ECG*	160	68,4%	Flumazenilo (Glasgow > 12)	48 19,4%
Nivel de Conciencia- Glasgow*	212	85,8%	Naloxona (Glasgow > 12)	9 3,6%
Saturación- SatO2*	204	82,5%		

Respecto al Indicador nº 1:

Siendo $\geq 90\%$ el estándar de calidad para este Indicador, está claro que al no existir en la actualidad dicho Protocolo, **no se alcanza ese estándar**. Se conseguirá cuando se implante la nueva GUIA.

Respecto al Indicador nº 2:

Siendo $\geq 90\%$ su estándar de calidad y dado que las UVIs Móviles del 061 Aragón disponen de una serie de antidotos, pero carecen de alguno que consideramos debe estar presente en su botiquín antidótico (ejemplo: hidroxocobalamina), **no se alcanza ese estándar**.

Respecto al Indicador nº 3:

Siendo el 100% su estándar de calidad y viendo que se observa en el estudio la utilización de sondas nasogástricas convencionales, **no se alcanza dicho estándar**.

Respecto al Indicador nº 4:

Siendo el 100% su estándar de calidad y quedando en todos los casos analizados (68,4% de casos) constancia documental del ECG realizado, se alcanza plenamente dicho estándar.

Respecto al Indicador nº 5:

Siendo $> 90\%$ su estándar de calidad y no existiendo dicho Protocolo en la actualidad, queda claro que **no se alcanza dicho estándar**.

Respecto al Indicador nº 6:

Siendo $> 90\%$ su estándar de calidad y teniendo en cuenta las reducidas indicaciones de diuresis extrarrenal y que no se obtiene ningún caso en el que se realice ó estuviera indicada la misma, **no se puede comparar con el estándar buscado**.

Respecto al Indicador nº 7:

Siendo el 100% su estándar de calidad y no existiendo en los informes ninguna comunicación respecto a una eventual broncoaspiración ó tratamiento derivado de la misma (uso del Carbón en un 13,3% de casos), se concluye que se ha alcanzado el estándar buscado.

Respecto al Indicador nº 8:

Siendo el 100% su estándar de calidad y existiendo constancia documental en su caso de la aplicación correcta de la técnica, se concluye que se ha alcanzado el estándar buscado.

Respecto al Indicador nº 9:

Siendo $< 10\%$ su estándar de calidad y teniendo en cuenta que se documenta un 19,4% de

indicaciones de su uso incorrecto, se concluye que **no se ha alcanzado el estandar buscado.**

Respecto al Indicador nº 10:

Siendo < 10% su estandar de calidad y teniendo en cuenta que se documenta un 3.6% de indicaciones de su uso incorrecto, se concluye que se ha alcanzado el estandar buscado.

Respecto al Indicador nº 11:

Siendo el 100% su estandar de calidad y teniendo en cuenta que no en todos los informes hay constancia documental de las horas de activación y llegada del recurso medicalizado, se concluye que **no se ha alcanzado el estandar buscado.**

Respecto al Indicador nº 12:

Siendo el 100% su estandar de calidad y teniendo en cuenta que se documenta un 23.8 de asignaciones a UVI Móvil consideradas no procedentes (envío de un recurso no adecuado, quizás por mala gestión en el CCU ó por no disponibilidad del recurso idóneo), se concluye que **no se ha alcanzado el estandar buscado.**

Respecto al Indicador nº 13:

Siendo el 100% su estandar de calidad y teniendo en cuenta que no existe en la actualidad tal Protocolo, se concluye que **no se alcanza el estandar buscado.**

Respecto al Indicador nº 14:

Siendo el 100% su estandar de calidad y teniendo en cuenta que de un 87.8% de intoxicaciones voluntarias sólo se documentan un 2.8% de Partes de Lesiones, se considera que **no se ha alcanzado el estandar buscado.**

Respecto al Indicador nº 15:

Siendo el 100% su estandar de calidad y dado que no hay constancia de reclamaciones no atendidas, se concluye que se alcanza el estandar fijado.

Respecto al Indicador nº 16:

Siendo \leq 1% el estandar de calidad y dado que no se documenta ningún Exitus durante la asistencia extrahospitalaria, se concluye que se alcanza el estandar buscado.

Respecto al Indicador nº 17:

Siendo \leq 3% el estandar de calidad y dado que no se documenta ninguna muerte por este motivo, se concluye que se alcanza el estandar de calidad buscado.

Respecto al Indicador nº 18:

Siendo > 80% el estandar de calidad y teniendo en cuenta que constan como documentado un CBMD en la mayoría de los Informes, se puede considerar alcanzado el estandar buscado.

Respecto al Indicador nº 19:

Siendo \geq 5% el estandar de calidad y teniendo en cuenta que ha existido una actividad formativa no exhaustiva pero suficiente, se considera alcanzado el estandar de calidad buscado pero se echa de menos un Grupo específico de Trabajo en Intoxicaciones.

Respecto al Indicador nº 20:

Siendo \geq 3% el estandar de calidad y considerando que hasta el momento no se ha trabajado en fomentar la investigación ni se ha publicado nada en materia toxicológica, **no se considera alcanzado el estandar buscado.**

c) En base a estos resultados y como Conclusión, se puede afirmar que se está trabajando con criterios de calidad mínimos pero claramente mejorables, tanto en la gestión desde el CCU como en la intervención in situ (sólo se alcanza el estandar fijado en 9 de los 20 Indicadores).

d) Hemos confeccionado una **Guía de Atención a las Intoxicaciones Agudas Graves en el ámbito Extrahospitalario.**

e) Quedamos a la espera de los resultados obtenidos tras el análisis de dichas Historias Clínicas y de la Guía, por parte de el Departamento de Calidad del 061 Aragón.

f) Finalizado dicho Análisis se entregará la citada documentación a los profesionales sanitarios de las distintas Unidades Asistenciales, con el fin de que utilicen los resultados obtenidos del estudio de las 350 Historias y la Guía, durante el Proceso Asistencial.

g) Pasados 10 meses, será realizado un nuevo estudio a partir de una segunda muestra de 350 historias, con el fin de valorar si se ha dado la esperada Mejora de Calidad en la asistencia a las Intoxicaciones Agudas en el medio Extrahospitalario.

h) Quedarán pendientes la implantación del Programa CARDIOTOX, la creación de un Grupo

Docente para el estudio de las Intoxicaciones Agudas Extrahospitalarias y la incorporación del Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 Aragón a la Red de Toxicovigilancia.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La Hipótesis de trabajo es que la calidad de la asistencia en la Intoxicación Aguda Extrahospitalaria es medible a través de Indicadores específicos. Dicha medida puede demostrar si la calidad asistencial del 061 Aragón alcanza los estándares prefijados y si la aplicación de medidas correctoras puede mejorar la calidad de nuestro Servicio.

Los Objetivos de este trabajo van a ser:

1º - Extrapolar al ámbito extrahospitalario en el que se mueven las Unidades del 061, el documento elaborado por el Grupo de Trabajo de la Sección de Toxicología Clínica (STC) de la Asociación Española de Toxicología (AET), en el que se proponen unos Indicadores para medir la calidad de la asistencia toxicológica en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

2º - Realizar una propuesta específica de Indicadores válidos para la asistencia toxicológica de la Urgencia Extrahospitalaria y medir a partir de ellos la calidad asistencial prestada por las UVI's Móviles del 061 Aragón.

3º - Crear un Grupo de Trabajo para el control y mejora de la asistencia a las urgencias toxicológicas, sustentado en la elaboración de una GUIA DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS GRAVES EXTRAHOSPITALARIAS.

4º - Crear un Programa específico para detección de Intoxicaciones Graves por Cardiotóxicos u otros tóxicos (CARDIOTOX 061ARAGON).

5º - Propuesta y creación de un Grupo Docente en Intoxicaciones Agudas Extrahospitalarias.

6º - Incorporación del Centro Coordinador (CCU) del 061 Aragón a la Red de Toxicovigilancia, con el fin de agilizar la inmediata detección/comunicación de las Intoxicaciones de mayor trascendencia y en especial las debidas a contaminantes químicos.

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

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

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	25%
<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>	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	25%
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Durante el periodo asistencial que va desde el 1 de Marzo de 2003 al 1 de Diciembre de 2006 y tomando como referencia de estudio los Informes médicos y las Hojas de enfermería de las UVI's Móviles, se analizarán los pacientes atendidos en su domicilio ó en la vía pública, valorando las variables recogidas en dichos soportes desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo. Sus resultados se compararán posteriormente con los obtenidos en un segundo análisis, tras la introducción de un conjunto mínimo básico de variables (CMBD) y de los nuevos Indicadores propuestos.

El Método se define a partir del diseño de 20 Indicadores ya probados en el ámbito hospitalario, de su extrapolación al ámbito prehospitalario y del establecimiento de unos estándares a cumplir.

Este planteamiento se basa en un estudio del SERVICIO DE URGENCIAS Y UNIDAD DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA, en colaboración con el SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA DE PALMA DE MALLORCA, publicado en la Revista Emergencias 2006; 18: 7-16, en el que se analiza de forma descriptiva y retrospectiva la asistencia prestada a 139 intoxicados una vez consensuados mediante una revisión bibliográfica los estándares hospitalarios de calidad para cada Indicador.

Las variables a analizar serían: epidemiológicas (para permitir definir el perfil del intoxicado y de la intoxicación) y las referentes a los indicadores de calidad previamente definidos. Las variables se almacenarían en una base de datos usando el programa (SPSS 10.0) para su explotación estadística, expresando las variables cualitativas en forma de porcentaje y las cuantitativas en forma de media: de pacientes asistidos, tipo de intoxicación, edad y sexo, tipo de tóxico implicado, vías de contacto ó absorción del tóxico, manifestaciones clínicas postexposición, causas de la intoxicación, motivos más frecuentes de consulta en pacientes sintomáticos, constantes clínicas (TA, FC, FR, Tª axilar y Glucemia capilar) y procedimientos de enfermería (ECG, Glasgow, SatO2, canalización de vías y extracción de muestras para análisis toxicológico), medidas de Soporte Vital (oxigenoterapia, IOT y Ventilación Mecánica, sueroterapia y técnicas de diuresis forzada), medidas terapéuticas (descontaminación digestiva y uso de antídotos), análisis de respuestas adversas (broncoaspiración tras carbón activado ó convulsiones tras el uso de antídotos) y tiempos medios (desde la exposición hasta la llegada del recurso medicalizado y hasta el transfer hospitalario) que en conjunto representan el llamado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se clasificarán y evaluarán como:

1 - Indicadores "Centinela" (miden la presencia de un evento grave no deseado, evitable y de frecuencia esperada 0 ya que nunca debe estar presente: broncoaspiración de carbón activado, disponibilidad de sondas de Faucher de lavado gástrico)

2 - Indicadores de "Índice" (miden aspectos prácticos, pudiendo aceptar un cierto grado de

incumplimiento que se calcula mediante una fórmula matemática)

3 - Indicadores de Demanda ó Cantidad, que evalúan el uso de los recursos y su gestión con el fin de comparar con los servicios 061 de otras comunidades (nº de pacientes asistidos / 1000 habitantes / año)

4 - Indicadores de Actividad (tiempo de demora en la asistencia a pacientes atendidos)

5 - Indicadores de Estructura, que cuantifican los recursos asistenciales en cuanto a material específico y personal cualificado (disponibilidad de antídotos)

6 - Indicadores Funcionales ó de Proceso, que van a evaluar la calidad del proceso asistencial desde el punto de vista organizativo (uso correcto de un antídoto frente a una situación clínica concreta y un determinado tóxico)

7 - Indicadores Administrativos ó de Resultado, que miden la actividad sanitaria sin entrar en el modo en que se ha realizado (tasas de mortalidad, existencia de partes judiciales en pacientes suicidas, tiempos asistenciales)

PROPUESTA: MAPA DE INDICADORES ESPECIFICOS SELECCIONADOS PARA EL 061 ARAGON

INDICADOR nº 1.- El 061 dispone de un Protocolo asistencial de tratamiento específico y precoz del tóxico responsable de la intoxicación aguda.

INDICADOR nº 2.- El 061 dispone de un botiquín antidótico propio, para el tratamiento del paciente intoxicado.

INDICADOR nº 3.- El 061 dispone de sondas orogástricas de Faucher, para la realización de un lavado gástrico.

INDICADOR nº 4.- En el paciente asistido ante una intoxicación por agentes cardiotóxicos, queda constancia documental de la práctica de un ECG.

INDICADOR nº 5.- El 061 dispone de un Protocolo de descontaminación digestiva precoz, para su aplicación en todos los pacientes afectados por una intoxicación medicamentosa aguda.

INDICADOR nº 6.- El 061 dispone de un Protocolo de diuresis forzada, para su aplicación en determinados pacientes afectados por una intoxicación aguda.

INDICADOR nº 7.- La administración de Carbón Activado, como método de descontaminación digestiva, no genera la broncoaspiración del mismo.

INDICADOR nº 8.- Se somete a oxigenoterapia precoz con $FiO_2 > 0.8$ + mascarilla reservorio (si no intubado) ó con FiO_2 de 1 (si intubado), a todo paciente presuntamente intoxicado por Monóxido de Carbono.

INDICADOR nº 9.- No se administra Flumazenilo a pacientes con un Glasgow > 12 ó que han convulsionado previamente en el curso de la intoxicación.

INDICADOR nº 10.- No se administra Naloxona a pacientes que presenten un Glasgow > 12 .

INDICADOR nº 11.- El intervalo de tiempo entre la llamada al 061 y la primera asistencia medicalizada (soporte vital, uso de antídotos y descontaminación ocular, cutánea ó digestiva), será inferior a 30 mn en el ámbito urbano ó a 60 mn en el ámbito rural (siempre en función de los recursos disponibles).

INDICADOR nº 12.- La asistencia a un paciente en el que se sospecha desde el Centro Coordinador la existencia de una intoxicación aguda grave (inconsciente-coma/Glasgow < 12 , convulsiones, dosis en niveles tóxicos, exposición a cardiotóxicos, etc), se sigue de la movilización de la UVI móvil y/ó del recurso medicalizado más próximo al lugar del Incidente.

INDICADOR nº 13.- La asistencia a pacientes intoxicados por sustancias que condicionan elevada morbimortalidad (CNH, CO, metanol, sustancias cardiotóxicas, etc), se sigue de una prealerta y traslado al hospital útil de referencia (departamento de toxicología y medicina legal).

INDICADOR nº 14.- Se cursa parte judicial en toda aquella asistencia en la que se sospeche ó confirme intoxicación suicida, criminal, laboral, accidental, body packer/stuffer, que pueda condicionar gravemente la vida del paciente.

INDICADOR nº 15.- Se atienden todas las quejas ó reclamaciones relacionadas con la asistencia de un paciente intoxicado.

INDICADOR nº 16.- La mortalidad prehospitalaria por intoxicación medicamentosa aguda, es menor del 1%.

INDICADOR nº 17.- La mortalidad prehospitalaria por intoxicación no medicamentosa aguda, es menor del 3%.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)</i>
---------	---

INDICADOR nº 18.- Se cumplimenta un “conjunto mínimo de datos” (CMBD), en el informe asistencial del paciente intoxicado.
INDICADOR nº 19.- Se garantiza para el personal médico y de enfermería, la formación continuada en toxicología clínica.
INDICADOR nº 20.- Se potencia la publicación de los trabajos de investigación ó notas clínicas realizados por el personal asistencial.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 1 de Mayo de 2007	Fecha de finalización: 1 de Junio de 2009
<p>Calendario:</p> <p><u>1 de Mayo al 1 de Diciembre de 2007:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Extrapolación de los Indicadores Hospitalarios al ámbito Prehospitalario, analizando cada uno de los mismos para definir cual es extrapolable y cual no. - Recogida de datos (variables e indicadores) y análisis de la información obtenida relativa al proceso asistencial, a partir del seguimiento de INDICADORES y de las VARIABLES que consten en los Informes Médicos/Hojas de Enfermería en una muestra seleccionada entre el día 1 de Enero de 2003 y el 1 de Diciembre de 2006 mediante CIE-9. - Selección del Conjunto Mínimo de Datos ó Variables Clinicoepidemiológicas, que deberían recogerse en toda Intoxicación Aguda Grave Prehospitalaria (Ver tablas anexas). - Desarrollo de una GUIA de ayuda y enfoque diagnósticoterapéutico frente a una exposición tóxica y Selección de los Antídotos que deben estar presentes en el Botiquín de las Unidades Móviles del 061 Aragón, que incluye el Programa específico de detección de Intoxicaciones Graves por sustancias Cardiotóxicas y otras de interés (CARDIOTOX 061ARAGON). - Realización de una propuesta de 20 Indicadores Específicos de Calidad, para el ámbito prehospitalario en el que desarrolla su labor el 061 Aragón. <p><u>1 de Marzo de 2008:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se entregará a los equipos sanitarios del 061 Aragón (CCU, UAD y UMEs) la nueva GUIA, para su inmediata incorporación y aplicación al Procedimiento Sanitario Asistencial. <p><u>1 de Enero de 2009:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recogida de datos (variables e indicadores) y análisis de las Intoxicaciones asistidas en ese lapso de tiempo (Marzo-Diciembre 2009) frente a la etapa de estudio anterior (2003-2006), tras la introducción de los nuevos Indicadores. <p><u>1 de Febrero/2009:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de evidencias de mejora de calidad. <p><u>1 de Junio de 2009:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición de los resultados obtenidos (Comunicación Oral). 	

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)</i>
---------	---

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Asesoramiento y formación sobre metodología y herramientas necesarias en las actividades de mejora de calidad.	
Dotación económica para asistencia a Cursos/Congresos, en los que estén interesados los componentes del Proyecto.	1300
TOTAL	1300

En Zaragoza a 28 de Enero de 2008

Fdo.: Emilio Guzmán Sanchez

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ESTUDIO DE CORRELACIÓN PARA CORREGIR LA VARIABILIDAD EN LA TIPIFICACIÓN DE LAS LLAMADAS DE URGENCIA / EMERGENCIA, POR PARTE DEL OPERADOR DE RECEPCIÓN, EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS DEL 061 ARAGÓN.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Mario Pintos Pintos

Profesión

Médico de Emergencias

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

Centro Coordinador de Urgencias del 061 Aragón

Correo electrónico:

mpintos@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976309100

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gracia García Bescós	Médico	061 Aragón
José Luis Larrea Gimeno	Informático	061 Aragón

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 recepción de las llamadas en el 061 Aragón es realizada por operadores de recepción (teleoperadores), personal no sanitario. El CCU dispone de un programa informático ("Séneca"). Cuando la llamada entrante es de demanda asistencial el teleoperador crea una intervención en la que queda reflejada la localización del incidente. Esta intervención lleva asociados uno o más avisos (uno por paciente enfermo o accidentado), aviso con los datos de filiación y antecedentes del paciente. Cada aviso es además tipificado con la causa que lo ha originado (p.e. atropello) o la patología que describe el llamante (p.e. convulsión). Para tipificar el aviso el teleoperador utiliza un "árbol" en el que se puede mover por sus diferentes ramas según lo que el llamante contesta a unas preguntas prefijadas. Esta tipificación supone darle a cada uno de los avisos una prioridad inicial y una recomendación del recurso más adecuado. El aviso es posteriormente valorado por un médico regulador que ratifica o cambia la tipificación, prioridad y/o recurso adecuado.

Este árbol de tipificación tenía hasta el mes de Junio de 2007 170 ramas terminales diferentes. En aras a intentar conseguir por una parte una detección más eficaz de aquellas patologías emergentes (prioridad 1) y urgentes (prioridad 2) y por otra una mayor eficiencia en el uso de los recursos existentes se procedió a elaborar un nuevo árbol de tipificación, árbol que dispone de 720 ramas terminales. Este árbol ha empezado a funcionar el día 2 de Julio de 2007.

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

La hipótesis de trabajo es que es posible evitar la variabilidad en la tipificación por parte del teleoperador actuando desde dos frentes: formación específica en el manejo del árbol de tipificación; y estudio de correlación entre la tipificación inicial elegida por el teleoperador y la final dada por el médico regulador. Los resultados de este estudio de correlación indicarán, por un lado, aquellas ramas del árbol que deben adecuarse, es decir, qué preguntas están fallando en la encuesta para que el teleoperador no llegue a la tipificación adecuada y, por otro lado, aquellos teleoperadores en los que es necesario reforzar la formación.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El método consiste en el desarrollo de un programa informático que actuando sobre la base de datos de avisos del CCU realice un estudio de correlación retrospectivo entre las tipificaciones iniciales de los teleoperadores y las finales de los médicos reguladores. El programa dará resultados sobre las desviaciones e indicará aquellas ramas del árbol que deben revisarse y/o aquellos teleoperadores en los que hay que reforzar la formación. Inicialmente se estudiarán todos los avisos realizados desde el 2 de Julio del 2007 al 2 de Abril de 2008. Con ello se pretende detectar los errores iniciales que hubieran podido cometerse en la elaboración inicial del árbol de tipificación.

Una vez corregidos los posibles errores iniciales del árbol se realizará una segunda evaluación con una muestra de avisos similar a la anterior para verificar si las correcciones han sido adecuadas.

Posteriormente se pretende realizar de forma continuada un análisis bimensual, análisis que, con la hipótesis de que ya no existen errores en el árbol, marcará unas desviaciones teóricamente debidas al factor humano y cuya solución será de refuerzo en la formación.

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 que el programa informático va a evaluar son los siguientes:

1. Número de avisos TOTALES en los que *NO se mantiene la tipificación* inicial del teleoperador.
2. Número de avisos TOTALES en los que *se mantiene la tipificación* inicial del teleoperador.
3. Número de avisos, *según rama del árbol*, en los que *NO se mantiene* la tipificación inicial del teleoperador.
4. Número de avisos, *según teleoperador*, en los que *NO se mantiene* la tipificación inicial del teleoperador.
5. Número de avisos, *según regulador*, en los que *NO se mantiene* la tipificación inicial del teleoperador.
6. Número de avisos, *según rama del árbol*, en los que *se mantiene* la tipificación inicial del teleoperador.
7. Número de avisos, *según teleoperador*, en los que *se mantiene* la tipificación inicial del teleoperador.
8. Número de avisos, *según regulador*, en los que *se mantiene* la tipificación inicial del teleoperador.
9. Número de avisos TOTALES en los que *cambia la prioridad* pero no la tipificación inicial.
10. Número de avisos TOTALES en los que *NO cambia la prioridad* ni la tipificación inicial.
11. Número de avisos, *según rama del árbol*, en los que *cambia la prioridad* pero no la tipificación inicial.
12. Número de avisos, *por regulador*, en los que *cambia la prioridad* pero no la tipificación inicial.

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>
-------	---

- | |
|---|
| 13. Número de avisos, <i>según rama del árbol</i> , en los que NO cambia la prioridad ni la tipificación inicial. |
| 14. Número de avisos, <i>por regulador</i> , en los que NO cambia la prioridad ni la tipificación inicial. |

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: 2 de Febrero de 2008	Fecha de finalización: 30 de Diciembre de 2009
---------------------------------------	--

<p>Calendario:</p> <p><u>2 de Febrero a 31 de Marzo de 2008</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración del programa informático <p><u>1 de Abril a 30 de Junio de 2008</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los datos obtenidos con la muestra del último semestre del 2007 y primer semestre del 2008 y corrección de errores en el árbol de tipificación. - Actividades de formación a teleoperadores. <p><u>1 de Octubre 2009 a 31 de Diciembre de 2008</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los datos obtenidos con la muestra del tercer trimestre del 2008. <p><u>2 de Enero a 31 de Marzo de 2009</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los datos obtenidos con la muestra del último trimestre del 2008. - Verificación de la corrección de errores en el árbol de tipificación. <p><u>1 de Abril a 30 de Diciembre de 2009</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis bimestrales y actividades de formación a teleoperadores.
--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Asesoramiento y formación en programas informáticos de análisis estadístico de datos.	
Ordenador portátil para el análisis estadístico de los datos, elaboración de correcciones en el programa informático del CCU y apoyo en la formación de los teleoperadores.	1500
TOTAL	1500

Lugar y fecha: Zaragoza a 3 de Febrero de 2008

Fdo: Dr. Mario Pintos Pintos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la calidad de los accidentados atendidos por la Unidad de Rescate en Montaña del 061 Aragón.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Iñigo Soteras Martínez

Profesión

Médico Emergencias

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

061 Unidad de rescate en Montaña

Correo electrónico:

inigosoteras@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

606995253

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gema Urzola Escartín.	Enfermera	URM
Juan Perez-Nievas	Médico	URM

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 usuarios de los servicios públicos, como los de cualquier otro ámbito, se acercan a la administración con determinadas necesidades y expectativas, que deben ser satisfechas con criterios de excelencia. Así pues, cuando un servicio público se responsabiliza de una labor sanitaria concreta debe ir en busca de esta excelencia, ajustándose para ello a los modelos de gestión de calidad existentes. Cuando analizamos estos modelos de gestión de calidad, en vías de mejorar la atención a nuestros usuarios, vemos que la evaluación de la satisfacción por los clientes tiene un peso destacado, ya que es una información inicial básica para mejorar la calidad del servicio

Siguiendo los modelos de gestión de calidad, tras 7 años de evolución y más de 2000 rescates realizados, es el momento de preguntarnos si cumplimos las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y valorar la satisfacción de los accidentados atendidos por esta unidad.

La Unidad de Rescate de Montaña del 061 Aragón lleva desde el año 2001 prestando asistencia médica a los accidentados en montaña. Aunque se están realizando encuestas de satisfacción por el SALUD, las peculiaridades de este servicio de rescate en montaña hacen que estos estudios no reflejen la satisfacción de los accidentados atendidos por nuestra Unidad. Por lo que, si no realizamos esta investigación, no tenemos la información básica y necesaria para una mejora de la calidad en nuestra atención y caeríamos en la ineficiencia.

Entonces nuestro objetivo inicial es conocer estas necesidades, ya que, difícilmente podremos satisfacerlas si no las sabemos. Se generará insatisfacción, así pues, cuando el servicio esperado o necesitado no coincida con el recibido

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la satisfacción del accidentado en montaña rescatado por nuestro servicio.

Conocer las expectativas que tienen del rescate medicalizado en montaña la población susceptible de sufrir un accidente en montaña, o está vinculada a las actividades deportivas de montaña por distintos motivos.

Conocer la valoración que tienen sobre La Unidad de Montaña los accidentados que han usado nuestro servicio recientemente.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Análisis de la demanda por medio de informadores clave (Iñigo Soteras, Gema Urzola)
2. Elección de los atributos a estudiar. (Iñigo Soteras, Gema Urzola)
3. Importancia relativa de cada atributo. I. Soteras
4. Diseño y tamaño de la muestra. I. Soteras
5. Modelo de medición de la satisfacción. I Soteras
6. Valoración de la Satisfacción. I.Soteras
7. Administración de la encuesta. I..Soteras, G. Urzola , J Perez-Nievas)
8. Tratamiento de la información. I. Soteras
9. Valorar en grupo los atributos en que no hallamos superado la puntuación de 6.
10. Plantear acciones de mejora. I..Soteras, G. Urzola , J Perez-Nievas)
11. Nueva administración de la encuesta. I..Soteras, G. Urzola , J Perez-Nievas

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. Obtención de los 10 atributos para estudio (Así saber que hemos realizado bien el análisis de la demanda)
2. Definiremos satisfacción por el servicio recibido con el valor de 6 o mayor.
3. Habrá mejoría si al año siguiente ha mejorado la puntuación de 6.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo-2008

Fecha de finalización: Noviembre 2009

Calendario:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Actualización y divulgación de las guías de practica clínica, vigentes en SUAP Zaragoza del 061 Aragón

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a Jesús Modrego Jiménez
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SUAP Zaragoza
Correo electrónico: mariajesusmodrego@auna.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976282521 por la tarde

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Colomer Simón	Médico	SUAP Zaragoza
M ^a Victoria Sanz González	Enfermera	SUAP Zaragoza
Carmen Suárez Guzmán	Médico	SUAP Zaragoza
Neila Minguijón García	Enfermera	SUAP Zaragoza
Margarita Lasala Benavides	Médico	SUAP Zaragoza
Alberto garcía Montenegro	Médico	SUAP Zaragoza

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>La actualización periódica de las guías de práctica clínica, siguiendo las evidencias científicas y recomendaciones de expertos, contribuye a mejorar la práctica asistencial, disminuir la variabilidad en las actuaciones y permite evaluar los resultados</p> <p>Durante la evaluación de las guías vigentes y en las reuniones de la unidad, se han detectado discordancias entre el contenido de las recomendaciones y la practica de los profesionales. Causado en unas ocasiones por la falta de actualización de las mismas y en otras por desconocimiento de los contenidos</p> <p>La diversidad de lugares en las que realizamos nuestro trabajo, la turnicidad, y la ausencia de tiempo establecido en la jornada laboral para reuniones y sesiones clínicas dificulta el conocimiento y aplicación de las mismas</p> <p>Con este proyecto, pretendemos establecer los mecanismos que garanticen la actualización y divulgación de las guías entre los profesionales de la unidad</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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminución de la variabilidad en la práctica asistencial
 Disponer de guías actualizadas
 Facilitar a todos los profesionales del SUAP tanto fijos como contratados, las guías vigentes en la unidad

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Designar un responsable de cada guía cuyas funciones serán:

- Reunir al grupo de revisión y actualización al menos cada dos años
- Comunicar las modificaciones a la Comisión correspondiente

El equipo de mejora será el responsable de la divulgación de los contenidos de las guías actualmente en uso mediante :

- Sesiones clínicas
- Documentación escrita
- Algoritmos plastificados de uso individual ,fáciles de transportar y manejar

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 del proyecto será anual

Los indicadores a utilizar

- Nº de guías de práctica clínica revisadas por año
- Nº de sesiones de divulgación por guía actualizada
- Nº de profesionales de plantilla que dispongan del contenido de las guías elaboradas en la unidad, en material impreso

Estándares

- Mínimo una guía revisada por año
- Mínimo una sesión de divulgación por guía actualizada
- El 100% de la plantilla dispondrá de algoritmos impresos de las guías vigentes, (excepción, los trabajadores ausentes: por ILT de larga duración, excedencia, comisión de servicios)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Abril 2008

Fecha de finalización: Abril 2009

Calendario:

- Mayo a junio de 2008. Divulgación por el equipo de mejora de las guías actualmente en uso
- Abril 2008 designación de responsables de cada Guía
- Mayo reunión de los equipos de revisión
- Junio a diciembre revisión de guías
- Enero 2008 a Marzo 2009: divulgación de las modificaciones
- Enero 2009 a Abril 2009 evaluación del programa

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

APLICACIÓN DE LA GESTION POR PROCESOS EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS MEDICAS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ANA BELEN MENDOZA BARQUIN

Profesión MEDICO DE EMERGENCIAS

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UME EJEJA-061 ARAGON-

Correo electrónico: umeejea@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 630830939/ 976677975

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Navarro Aznarez	DUE	UME Ejea
Sergio Andreu Gracia	DUE	UME Ejea

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...

Recientemente se ha inaugurado el Centro Sanitario de Alta Resolución "Cinco Villas" con un área de influencia que abarca cinco zonas básicas de salud: Ejea de los Caballeros, Luna, Sádaba, Sos del Rey Católico y Tauste. La población que engloba dicha área es de unos 34.000 habitantes.

Al generarse este nuevo servicio de atención al ciudadano con atención de urgencias permite realizar determinaciones analíticas y radiológicas para llegar al diagnóstico, estabilización y si procede derivación de pacientes. También permite estancias de hospitalización generadas por derivación de hospitales de agudos de la zona de referencia para finalizar tratamientos, ingresos procedentes de consultas externas, pacientes intervenidos en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, así como los derivados de urgencias del sector ó del propio centro.

La colaboración entre el CASAR y el servicio de Urgencias del 061, en este caso la Unidad Móvil de Emergencias de Ejea es casi a diario, por ello pensamos que es necesario la adecuación de un proceso que trate el traslado del paciente derivado desde este centro hospitalario a cualquier otro de referencia (principalmente HCU) .

Los métodos de detección y priorización se han basado en técnicas de "brainstorming" entre los miembros del equipo de la UME de Ejea y los profesionales del CASAR.

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

- Reducir la variabilidad de los procesos, unificando criterios de actuación entre el personal del CASAR, Centro Regulador y UME de Ejea de los Caballeros a la hora de derivar pacientes a otros centros hospitalarios como al propio CASAR.
- Gestionar toda la organización basándose en los procesos, entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que a su vez satisfaga los requerimientos del cliente
- Proporcionar un aumento de la calidad asistencial de los pacientes.
- Centrar las actuaciones de los profesionales teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del usuario.
- Impulsar la evaluación sistemática y mejora continua de los procesos.
- Evitar los “tiempos en blanco” en la continuidad asistencial por descoordinación.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Una de las características de las actuaciones profesionales es su enorme variabilidad en las pautas de actuación, de forma que idénticas situaciones son abordadas de forma distinta por profesionales diferentes. Por ello la normalización de los procesos sería una práctica de gestión que serviría para mejorar la eficiencia de los mismos ya que su metodología permitiría analizar de forma sistemática la secuencia de actividades.
- Reunión informativa de pautas de actuación entre todos los profesionales.

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 los clientes internos/externos orientados a medir la satisfacción del proceso (quejas y reclamaciones, satisfacción global con los resultados, percepción de la rapidez, percepción de la amabilidad y profesionalidad del personal de contacto) valorados mediante encuestas.
- Indicadores de procesos orientados a informar de que la operativa del trabajo funciona bien y se siguen los procedimientos de trabajo (tiempo de respuesta...) mediante registros de llamadas de CCU.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Febrero 2009

Calendario:

- 1-31 de Marzo: Comunicación al personal de CASAR, CCU y UME de Ejea .
- 1 de abril-31 de Diciembre: puesta en marcha del proyecto.
- 1-31 de Enero: Estudio y análisis de resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO “PROYECTO DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS TRASLADOS INTERHOSPITALARIOS EN ARAGON. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos ANTONIO REQUENA LÓPEZ
Profesión MEDICO DE EMERGENCIAS
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) 061 ARAGON (HUESCA)
Correo electrónico: AREQUENAL@telefonica.net
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974.242504

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JAVIER ARRANZ SANJUAN	DUE	061 ARAGON (UVI Huesca)
RAFAEL CASTRO SALANOVA	MEDICO	061 ARAGON (UVI Alcañiz)
JOSE ANTONIO GALLEGO CATALAN	MEDICO	061 ARAGON (UVI Barbastro-Monzón)
PASCUALA GARCES BAQUERO	MEDICO	061 ARAGON (UVI Calatayud)
IGNACIO BANDRÉS CAJAL	DUE	061 ARAGON (UVI Sabiñánigo-Jaca)
Mª ROSARIO LOPEZ GARCÍA	DUE	061 ARAGON (UVI Calatayud)
JAVIER ORTE GUERRERO	MEDICO	AMBUIBERICA (UVI Zaragoza)
LOURDES PALACIOS NEGUERUELA	MEDICO	061 ARAGON (UVI Teruel)
MARIO J. PINTOS PINTOS	MEDICO	061 ARAGON (Centro Coordinador de Urgencias)
JOSE Mª PORQUET GRACIA	MEDICO	AMBUIBERICA (UVI Zaragoza) Helicóptero SOS Aragón112 (Teruel)
SARA RUIZ CARVAJAL	DUE	AMBUIBERICA (UVI Zaragoza)
ANA Mª SEGURA LARA	DUE	061 ARAGON (UVI Teruel)
FERMIN SUBERVIOLA GONZALEZ	MEDICO	061 ARAGON (UVI Alcañiz) Helicóptero SOS-Aragón-112 (Zaragoza)

UVI: Unidad Móvil de Vigilancia Intensiva

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 transporte interhospitalario (TIH) o transporte secundario, es el que se realiza desde un hospital o centro sanitario hasta otro, habitualmente para proporcionar a los pacientes un mayor nivel de servicios que en el hospital remitente, ya sea en medios terapéuticos o diagnósticos. En los últimos años se han desarrollado de manera extraordinaria todas las formas de TIH, tanto en medio terrestre como aéreo o marítimo. La regionalización de la asistencia, la disponibilidad de determinados servicios especializados, entre ellos cuidados intensivos, o factores geográficos como dispersión de la población, han determinado la necesidad de contar con equipos o sistemas de transporte interhospitalarios que permitan trasladar a pacientes en estado crítico con las mayores garantías posibles de seguridad.

Desde Febrero del 2007, el 061-Aragón asume los traslados interhospitalarios en Unidades Móviles de Vigilancia Intensiva (UVIs) de manera compartida con una empresa de transporte sanitario contratada que, hasta la fecha, venía realizando este tipo de traslados mayoritariamente.

A diferencia de otras comunidades autónomas donde esta modalidad de transporte de pacientes posee protocolos específicos, en Aragón no existe un documento que regule este servicio. Por ello, y aprovechando la adquisición de estas competencias por el personal sanitario del 061-Aragón, junto con la experiencia del personal sanitario que venía realizando esta actividad, se pensó en elaborar un proyecto con el objeto de mejorar la calidad asistencial de los TIH en Aragón.

En primer lugar, para tener una idea clara de la demanda de TIH en UVIs móviles en nuestra comunidad, se ha diseñado un estudio multicéntrico que recoge los realizados en los 6 primeros meses tras asumir el 061-Aragón este servicio. Las unidades participantes son las localizadas en aquellas poblaciones con centros hospitalarios: Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Huesca, Jaca, Teruel y Zaragoza, y los Helicópteros de emergencias del SOS Aragón-112 de Zaragoza y Teruel. El número total estimado para este tiempo es de 1.580 pacientes trasladados. La información recogida de los informes clínicos asistenciales médicos y de enfermería hace referencia a los servicios y centros hospitalarios emisores y receptores, motivos del traslado, situación inicial del paciente, evolución y transferencia, etc. El análisis de los datos permitirá tener una visión real de los TIH, y de este modo presentar, en una segunda fase, los resultados a los servicios y centros hospitalarios implicados, con el fin de explicar las características de este recurso asistencial y elaborar de manera consensuada un protocolo. Finalmente, una tercera fase incluirá la aplicación de dicho protocolo en la práctica diaria, y una evaluación a los 6 meses de su puesta en funcionamiento.

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

En primer lugar, un mayor conocimiento por los profesionales que solicitan este tipo de traslados del funcionamiento del servicio, sus características y el equipamiento material y humano del que está dotado. Mejorar el proceso asistencial que determina la atención recibida por los pacientes: transferencias en el hospital emisor y receptor, garantizando una continuidad de la asistencia; optimización de recursos, sobretudo en hospitales más alejados de los centros sanitarios de referencia; informes clínicos y hojas de registro de enfermería adaptadas a este tipo de servicio; consensuar la documentación clínica que ha de acompañar al paciente; e incluir en la documentación específica el consentimiento informado del paciente y/o familiares, como recomiendan las guías y protocolos sobre el tema.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Basándonos en el modelo de Deming, una vez analizada la situación de los TIH en Aragón, e identificados los problemas según una encuesta realizada, tanto al personal sanitario del 061-Aragón como a los profesionales de los servicios hospitalarios que más solicitan estos traslados (médicos y DUEs), se elaborará un protocolo que incluya los cambios y las acciones de mejora expresados en dichas encuestas. Se convocará una reunión informativa en cada uno de los centros hospitalarios, donde se explicará el funcionamiento del servicio; así mismo, se expondrán los resultados correspondientes a dicho hospital del estudio multicéntrico elaborado, y se presentará el protocolo. Este protocolo será revisado por los profesionales de cada servicio, aportando las sugerencias oportunas, y con las modificaciones realizadas se presentará de nuevo a los servicios para su visto bueno definitivo. Con el protocolo aceptado por todas las partes, se aplicará en los TIH con UVIs móviles durante los siguientes 6 meses, evaluándose al finalizar dicho periodo.

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 del proyecto se realizará al finalizar el periodo de aplicación establecido (6 meses) y consistirá en valorar el grado de satisfacción del servicio por los profesionales implicados (personal sanitario del 061-Aragón que trabaja en estas unidades y personal hospitalario) mediante la misma encuesta que se realizó antes de la elaboración del protocolo, comparando los resultados obtenidos.

Como indicadores de proceso, se analizarán, entre otros:

- **Relacionados con el personal sanitario de la UVI móvil:** registro de la totalidad de las horas del servicio (hora de activación, hora de salida al hospital emisor, hora de llegada al hospital receptor, hora de salida del hospital receptor, hora de llegada al hospital emisor, hora de disponibilidad tras el servicio), registro, como mínimo, de las constantes vitales al inicio y al final del servicio.
- **Relacionados con la transferencia del paciente:** registrar qué personal realiza la transferencia al equipo de la UVI móvil, si se entrega con el paciente la documentación clínica completa, si se entrega una copia para el médico de la UVI móvil y si se ha cumplimentado el consentimiento informado. Por último, si está reflejado en la documentación clínica, la identificación del médico emisor y del médico receptor y servicio a donde se remite al paciente.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **01 de Noviembre de 2007**

Fecha de finalización: **31 de Enero de 2009**

Calendario:

El trabajo de campo del estudio multicéntrico sobre el conocimiento de la situación de los TIH en Aragón, se comenzó a primeros de Noviembre de 2007 y en Marzo se comenzará el análisis estadístico de los datos. El resto del calendario se expone en el cronograma adjunto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Adaptación de nevera termoeléctrica para conservación de fármacos en UME del 061 Aragón.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Chabier Brosed Yuste

Profesión DUE UME 061

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UME Calatayud 061 Aragón

Correo electrónico: chabigallinas@vodafone.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976881787

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marcelo Chueca García	Médico UME 061	UME Calatayud

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...

Entre la medicación con que están dotadas las UME del 061 se incluyen fármacos que requieren conservación en frío, a temperaturas entre 5º y 10º y que estas temperaturas no sufran oscilaciones bruscas ni superen los márgenes de seguridad del fármaco, para evitar su deterioro. Hasta la fecha se han utilizado diferentes métodos, como recipientes isotermos con bloques de hielo tipo neveras portátiles para insulina y neveras termoeléctricas que utilizan un termopar para la producción de calor o frío. La temperatura en estas neveras se monitoriza con termómetros electrónicos de máximas y mínimas con memoria.

Hasta la fecha, con ninguno de estos sistemas se ha conseguido mantener los fármacos a temperatura estable, llegando incluso a congelarse en invierno y con la nevera apagada, dado que la mayoría de las UME no disponen de garaje y permanecen a la intemperie todo el año. Por el contrario, en verano, la nevera debe estar permanentemente en funcionamiento para mantener la temperatura adecuada, con el consiguiente deterioro de la batería del vehículo y de la propia nevera, ya que carece de termostato.

Hasta la fecha no se ha encontrado ningún sistema que permita mantener estable la temperatura de los fármacos, tanto en verano como en invierno. Existen en el mercado neveras portátiles con termostato, pero estas no resuelven el problema de la congelación del fármaco en invierno.

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

Mediante la adaptación de dos termostatos (uno de temperatura mínima y otro de máxima) a la nevera esperamos que esta pueda mantener estable la temperatura de los fármacos, enfriándolos cuando suba la temperatura o calentándolos cuando la temperatura ambiente descienda por debajo de 0°

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se trata de conectar dos termostatos, a través de los correspondientes relés, al conmutador de puesta en marcha de una nevera termoeléctrica, de manera que sean estos los que la pongan en funcionamiento tanto para enfriar como para calentar, en respuesta a las variaciones de la temperatura interior de la misma.

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

Una vez adaptada la nevera y dotada del termómetro y de una fuente de alimentación, se la someterá a temperaturas ambientales extremas, en entornos controlados (cámaras frigoríficas, habitaciones con calefacción o expuesta al sol).

Se monitorizará la temperatura con el termómetro y se anotarán las temperaturas registradas, tanto internas de la nevera como externas en una gráfica de temperaturas de 24 horas.

Dentro de la nevera se introducirán ampollas de agua destilada y suero fisiológico para observar si se produce algún deterioro de las mismas por un mal funcionamiento de la nevera.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Abril 2008

Fecha de finalización Mayo 2008

Calendario:

1-15 de Abril: adquisición de la nevera y resto del material

15- 20 de Abril: montaje de los termostatos, relés y fuente de alimentación por un electricista.

20 de Abril- 15 de Mayo: pruebas de la nevera y obtención de datos.

25 de Mayo: evaluación y publicación de resultados y recomendaciones

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Proyecto de mejora en la atención a los pacientes intubados por personal del 061

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Natalia Giménez Blasco
Profesión Médico de emergencias
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UME CALATAYUD, 061 Aragón
Correo electrónico: ladyarroba@amena.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976881787 / 699963199

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Maria José Benavides Moraz	Médico	UME Calatayud
Marcelo Chueca	Médico	UME Calatayud
Cualquier otro médico interesado		

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...
<ul style="list-style-type: none"> - Desconocemos la incidencia de infecciones respiratorias, secundarias a intubación, en pacientes que han precisado dicha técnica realizada por personal del 061. - Desconocemos si la incidencia de estas infecciones es: mayor, igual o menor que en pacientes intubados en medio hospitalario. - La utilidad sería, comparar la incidencia en ambos medios. Si nuestra incidencia en infección respiratoria yatrógena es mayor que en el medio hospitalario, intentar disminuirla aplicando un protocolo con medidas higiénicas básicas para realizar la intubación. - Para el estudio habría que realizar un estudio retrospectivo de un año de duración en los pacientes ingresados en UCIs hospitalarias por el 061. De todos los pacientes analizar los que fueron intubados por el personal del 061 (sin sospecha de infección respiratoria previa) y ver cuales de ellos desarrollaron infección respiratoria en un periodo de 48h y que tipo de infección, germen, evolución del paciente, etc. A su vez comparar con una muestra de los pacientes intubados en ese periodo en las UCIs hospitalarias (sin que el motivo de la intubación fuera la infección respiratoria) y analizar las mismas variables. Cuantos desarrollaron infección respiratoria en 48h, que tipo... - Una vez analizada la situación se puede poner en funcionamiento unas normas de conducta para el procedimiento de intubación orotraqueal en medio extrahospitalario como son, poner paño estéril debajo del material de intubación, tirar tubo endotraqueal si se falla el primer intento...Tras la

aplicación de estas normas durante el periodo de un año, se puede volver a hacer el mismo estudio para ver si hemos conseguido bajar la incidencia de las infecciones yatrógenas.

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

- Una mayor incidencia en infecciones respiratorias secundarias a la intubación en el medio extrahospitalario por lo hostil que es este medio.
- Poder aplicar un protocolo de mejora en esta técnica invasiva en el medio extrahospitalario, y después valorar si realmente ha sido una mejora.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Es un estudio que se puede desarrollar en dos fases completamente diferentes, podrían ser dos tesis doctorales de dos licenciados en medicina que yo podría dirigir.
- El protocolo de mejora lo podría poner en marcha con la colaboración de la Gerencia del 061.
- Para facilitar el estudio en el medio hospitalario me he puesto en contacto con el Servicio de Preventiva del Hospital Clínico Universitario.

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

$$\text{Incidencia acumulada} = \frac{\text{Nº de casos}}{\text{nº personas expuestas}}$$

$$\text{Incidencia acumulada Pacientes del 061} = \frac{\text{Nº de casos 061}}{\text{nº personas intubadas 061}}$$

$$\text{Incidencia acumulada Pacientes de Hospital} = \frac{\text{Nº de casos UVI Hospital}}{\text{nº personas intubadas UVI Hospital}}$$

$$\text{Riesgo Relativo} = \frac{\text{Tasa Incidencia Expuestos a medio hostil (Incidencia acumulada Pacientes 061)}}{\text{Tasa Incidencia no Expuestos (Incid acum. Pacientes Hospital)}}$$

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>
-------	---

Considero expuestos al medio Hostil a los pacientes intubados en el 061

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: Junio 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2013
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

- Planteamiento del estudio de Marzo del 2008 a Junio 2008
- Recogida de datos de pacientes del 061 y Hospital Clínico Universitario durante el periodo de un año. Que podría comenzar en Junio del 2008 hasta Junio del 2009.
- Análisis de datos hasta Diciembre del 2009.
- Conclusiones, discusión y elaboración de la primera tesis. Lectura tesis y publicación de artículos. Finalización Junio 2010.
- Según conclusiones, realización de protocolo e implantación. Diciembre 2010.
- Aplicación del protocolo durante un año Enero 2011 a Enero 2012.
- Recogida de datos de los pacientes 061 y Hospital Clínico del año previo. Duración de la recogida hasta Diciembre 2012 (Aproximado)
- Análisis de datos hasta Junio 2013.
- Conclusión, discusión, elaboración de tesis y artículos médicos, Diciembre 2013.
- Implantación definitiva de la mejora si el estudio así lo demuestra.

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>2 Ordenadores portatiles para recogida de datos, con excel, windows, SPSS, Power point.</i>	<i>200euros</i>
<i>Curso de estadística inicial y avanzada para los licenciados que realicen el estudio y para el director de tesis</i>	<i>1800euros</i>
TOTAL	<i>3800 euros</i>

Lugar y fecha: Base del 061 de Calatayud. 22 feb. 08

<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INDEPI2.pdf>

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO CREACIÓN DE UNA PÁGINA WEB PARA GESTIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA FORMACIÓN DE 061 ARAGON.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Jovita Abián Alonso
Profesión Médico de Emergencias
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) 061 ARAGON
Correo electrónico: formacion061@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976716709

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ABIÁN ALONSO, JOVITA	MÉDICO (Grupo Docente (GD))	061 ARAGON
BERNABÉ CARLOS, MIGUEL	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
CALAHORRA BRUMOS, GLORIA	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
CANO DEL POZO, MABEL	RESPONSABLE DE FORMACIÓN	061 ARAGON
CAPELLA CALLAVED, ENRIQUE	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
CASTILLO AMORES, ANA BELÉN	TÉCNICO DE FORMACIÓN	061 ARAGON
CHUECA GARCÍA, MARCELO	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
CORTÉS RAMAS, JOSÉ ANTONIO	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
DE INZA MUÑOZ, GUADALUPE	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
DESPORTES BIELSA, FERNANDO	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
ECHANIZ SERRANO, EMMANUEL	ENFERMERO (GD)	061 ARAGON
FAJARDO TRASOBARES, ESTHER	ENFERMERA (GD)	061 ARAGON
GARCÉS BAQUERO, PASCUALA	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
GARCÍA MURILLO, SERGIO	ENFERMERO (GD)	061 ARAGON
GÓMEZ SERIGÓ, LUIS MIGUEL	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
LARA GONZÁLEZ, ARANCHA	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
LARREA GIMENO, JOSÉ LUIS	RESPONSABLE DPTO DE TELECOMUNICACIONES	061 ARAGON
LEÓN LARGO, EMIGDIO	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
PONTAQUE PÉREZ, MARTA	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
PUEYO VAL, JAVIER	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
REDONDO CASTÁN, LUIS CARLOS	ENFERMERO (GD)	061 ARAGON
REQUENA LÓPEZ, ANTONIO	MÉDICO (GD)	061 ARAGON
RIPOLL SUBIRÓN, VICENTE	MÉDICO (GD)	061 ARAGON

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 061 ARAGON dispone de un Plan de Formación Continuada para su personal. Este proyecto intenta <u>mejorar la comunicación</u> de dicho plan y de su gestión. Debido a la idiosincrasia del trabajo en el 061 ARAGON (no se hace una jornada laboral en el centro

de trabajo de lunes a viernes sino organizado a turnos de 24 horas) La Jornada aboral de 061 ARAGÓN dificulta la comunicación inmediata de los aspectos del Plan de Formación, convocatorias de cursos, listados de admitidos, programas docentes, docentes que imparten la actividad, etc. ya que el personal acude a las bases donde se envía la información una vez a la semana. Con la realización de la página web se dispondrá de esta información de manera constante pudiendo acceder a ella con mucha más agilidad que en la actualidad.

Por otro lado, la página web servirá como Portal del Plan de Formación de 061 ARAGÓN pudiendo acceder a información de interés que hasta ahora sólo se dispone previa petición al Departamento de Formación: por ejemplo apuntes de los cursos, investigaciones relevantes. Este acceso a la información servirá también como apoyo a la gestión de las acciones formativas ya que se puede gestionar una parte no presencial de los cursos y maximizar la eficiencia de las horas presenciales pudiendo dedicarlas en casi su totalidad a prácticas.

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

- Crear una plataforma de información, útil y fácilmente accesible para mejorar la comunicación de la información del Plan de Formación Continuada de 061 ARAGÓN, disponiendo de un medio potente tanto para ofrecer como para recoger información pertinente a todo lo relativo a la formación continuada.
- Favorecer feedback continuo entre todos los miembros del Grupo Docente a través del intercambio de información constante, repercutiendo en un aumento de los conocimientos y habilidades de sus miembros.
- Descender el número de horas teóricas presenciales, al menos en la mitad de las acciones formativas.
- Descender el número de envíos desde el Departamento de Formación del material didáctico de los cursos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación del portal (página web) de formación, realización de la plataforma informática. Responsable: José Luis Larrea, responsable del departamento de telecomunicaciones junto con el Departamento de Formación.
- Alimentación inicial de la página web con el contenido necesario.
- Gestión del contenido de la página web.
 - Actualización de la documentación referente a la comunicación del Plan de formación Continuada de 061 ARAGÓN. Responsable, Departamento de Formación.
 - Actualización de contenidos de apoyo al Plan de Formación: noticias, investigaciones, incorporación de links etc. Responsable: miembros del Grupo Docente
 - Gestión de la documentación las acciones formativas desde la página web. Responsable: Miembros del Grupo Docente.
- Evaluación de resultados y detección de áreas de mejora, se realizarán reuniones periódicas de los miembros del proyecto que ayuden a descubrir tanto las dificultades, las áreas de mejora y las fortalezas del proyecto.

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

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 quejas recibidas que tienen como objeto la mala comunicación de la información del Plan de Formación Continuada, convocatorias, listados de admitidos y posibles modificaciones.

Los siguientes indicadores se obtendrán de una encuesta realizada a los 6 meses de la implantación de la página web.

2. % de visitas que recibe la página web de formación sobre el total del personal de 061 ARAGON.
3. % de los alumnos que se han informado del curso por medio de la página web.
4. % de personas que indican como mejor fuente de comunicación la página web sobre el total de personal de 061 ARAGON.
5. % de personas que creen que la página web mejora la comunicación de los aspectos del Plan de comunicación.
6. % de personas que creen que la página web mejora el intercambio de información relativa a los contenidos de las acciones formativas.

Estándares :

- 1) Número de quejas por debajo de 5 en un periodo anual.
- 2) Número de visitas superior al 40% del personal de 061 en una primera evaluación, del 60% en la segunda evaluación y de un 75% en una evaluación final.
- 3) % de alumnos que se informan a través de la página web sea igual o mayor al 15% en la primera evaluación, un 25% en la segunda evaluación y un 50% en la última evaluación.
- 4) Que el % de personas que manifiestan que la página web es la mejor fuente de información sea igual o mayor del 20%
- 5) Que el % de personas que manifiestan que la página web ha mejorado la comunicación sea igual o mayor al 60% en la evaluación final.
- 6) Que el % de personas que manifiestan que la página web mejora el intercambio de comunicación sea igual o mayor al 60%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01/03/2008

Fecha de finalización: 31/12/2009

Calendario:

Se adjunta cronograma.

ACCIONES	CALENDARIO	RESPONSABLE
Detección de expertos y creación de subgrupos	marzo 2008	Departamento de Formación.
Trabajo grupal: cada subgrupo planificará e impartirá las acciones formativas que le correspondan.	De Abril 2008 a diciembre 2008	Responsable del proyecto. Se nombrará un responsable por área
Formación externa: impartición de cursos del Grupo Docente (GD) a personal ajeno a 061 ARAGÓN	De Abril 2008 a diciembre 2009	Coordinadores del Grupo Docente.
Primera evaluación de resultados.	Enero 2009	Departamento de Formación.
Nueva detección de necesidades formativas del GD..	Febrero 2009	Departamento de Formación.
Formación del Grupo Docente en esas necesidades detectadas.	De marzo 2009 a diciembre 2009	Responsable del proyecto.
Evaluación final de los resultados.	Enero 2010	Departamento de Formación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONTROL DE LAS TEMPERATURAS EN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO DE ALCAÑIZ.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Rafael Castro Salanova

Profesión: Médico de Emergencias

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): 061 Aragón (Alcañiz)

Correo electrónico:cassalr@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Eduardo Mir Ramos	Enfermero	061 Alcañiz
Jesús Martínez Tofé	Enfermero	061 Alcañiz

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En las ambulancias de Emergencia existen diversos medicamentos que se deben de conservar en unos rangos de temperatura concretos y que vienen especificados en los prospectos. La experiencia personal de los integrantes del proyecto es que no se consigue un control adecuado de las temperaturas.

Realización de un trabajo previo de recogida de los datos desde Junio de 2006 a Junio de 2007 basándonos en las gráficas de control de las temperaturas tanto de Alcañiz como de Monreal (se intenta conocer si en alguna de esas bases se logra un control adecuado de las temperaturas): La conclusión es que en ambas hay un mal control y se supone que el problema es que la nevera no es la adecuada.

Se ha realizado un trabajo previo y se ha observado que tanto en Alcañiz como en IMonreal del Campo el control de las temperaturas no es el adecuado.

. Se ha realizado una simulación, teniendo en cuenta las temperaturas a las que se deben conservar los medicamentos, del coste que hubiera supuesto desechar y las cifras son alarmantes tanto en Monreal como en Alcañiz, a esto hay que sumar el peligro potencial de utilizar medicamentos ineficaces y con riesgo de que sufran contaminación bacteriana.

Dada la trascendencia del problema el proyecto se ha ido desarrollando a lo largo de 2007, con la colaboración de la empresa que proporciona la ambulancia por lo que, en los aspectos de compra y adecuación ya se han elaborado.

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

Conseguir un control adecuado de las temperaturas en el 90% de las mediciones
Proporcionar una comparativa de funcionamiento de una nevera con compresor frente a la que tenemos actualmente para elegir en un futuro un nuevo equipamiento

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Instalar en la uVI de Alcañiz una nevera con compresor

Elaborar una hoja de recogida de datos donde figure:

Tempera actual, máxima y mínima de cada una de las dos ambulancias, número de avisos, hora de activación y si se ha utilizado en ese3 aviso alguno de los medicamentos de la nevera.

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

Comparar los resultados obtenidos mensualmente durante siete meses para incluir en la comparativa invierno y verano, si los resultados son los que se esperan se elaborará un informe para que la comisión de equipamiento decida si equipar con este modelo u otro similar a todas las ambulancias o bien si es mejor optar por otras soluciones

Elaborar una informe del ahorro conseguido.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

(se ha pedido colaboración con la empresa concertada y ha instalado la nevera solicitada por lo que el proyecto, en este apartado, ya se está realizando)

Elaboración del estudio de las temperaturas: Noviembre de 2007

Compra e instalación de la nevera: finales de Enero de 2008.

Elaboración de la hoja de recogida de datos: Marzo de 2008

Presentación de un informe preliminar Junio de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Detección precoz y Prevención de la intoxicación por monóxido de carbono en unidades de emergencia extrahospitalarias</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos: Eduardo Mir Ramos</p>
Profesión: Diplomado Universitario en Enfermería
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): 061 Aragón (Alcañiz)
Correo electrónico: emiramos2@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Rafael Castro Salanova	Médico	UME Alcañiz

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>En las ambulancias de Emergencia existen diversos medicamentos que se deben de conservar en unos rangos de temperatura concretos y que vienen especificados tanto en los prospectos como</p> <p style="padding-left: 40px;">Se estima que en España entre 2000 y 2005 fallecieron 89 personas debido al monóxido de carbono (CO) y en Estados Unidos es la principal causa de muerte accidental.</p> <p style="padding-left: 40px;">El CO es un gas que no emite olor, sin sabor y no irritante, por lo que su exposición puede pasar completamente desapercibida. Se origina de la combustión incompleta de los combustibles orgánicos, ocurriendo la intoxicación en habitaciones mal ventiladas.</p> <p style="padding-left: 40px;">Ahora bien, el origen más frecuente de esta intoxicación son los incendios, en los que hasta el 50% de las muertes son debidas a esta intoxicación.</p> <p style="padding-left: 40px;">La mortalidad, en aquellos pacientes que entran en coma profundo, ronda el 30% de los casos, dejando secuelas neurológicas entorno al 10-15% en aquellos pacientes que consiguen superar el coma.</p> <p>Hay muchas ocasiones los servicios de emergencia extrahospitalaria se ven expuestos a situaciones en las cuales lo único que puede salvar la vida de los pacientes y la de ellos mismos es su intuición, su capacidad de diagnóstico clínico y su adecuado manejo del entorno. Estos profesionales en multitud de ocasiones son los primeros intervinientes, si estos equipos dispusiesen de dispositivos portátiles de detección de gases, el control sobre el entorno sería mayor y se favorecería la detección precoz de situaciones en las que la acumulación de gases en el ambiente es perjudicial para la salud, tanto de los propios equipos como de las personas que van a ser atendidas.</p> <p>Este proyecto pretende ser una herramienta útil que permita incorporar a nuestras prácticas de manera sistemática y sencilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso de dispositivos portátiles de detección de monóxido de carbono. - Un adecuado manejo del entorno mediante la detección de CO en el ambiente a través de los dispositivos portátiles antes mencionados - Elaboración de una guía de actuación ante situaciones por intoxicación de monóxido de

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

carbano.

El método de detección surgió tras analizar la actuación realizada por la UME de Alcañiz ante un caso de intoxicación por CO, observando que si se hubiese dispuesto de un detector de gases así como de una guía de actuación ante estas situaciones, hubiera sido posible un mejor manejo del entorno y de la situación, disminuyendo el potencial riesgo vital para el equipo de emergencias y para el propio 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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Dotar a los servicios de emergencia extrahospitalaria de detectores de equipos portátiles de detección por monóxido de carbono
- Aumentar el nivel de conocimientos, de los profesionales sanitarios, en patología derivada de una intoxicación por CO.
- Establecer una guía de actuación ante situaciones de intoxicación CO que sea útil y de sencilla aplicación en las Unidades de Emergencias Médicas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realizar una revisión de la literatura científica sobre intoxicación por monóxido de carbono: Eduardo Mir
- Documentar todos los casos de intoxicación por monóxido de carbono que pudieran surgir en la Comunidad Autónoma Aragonesa: Rafael Castro.
- Realizar una guía de actuación ante situaciones de intoxicación por CO: Rafael Castro y Eduardo Mir

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 calidad del proyecto:

- Elaboración de la guía en el segundo semestre de 2008.
- Exposición de las evidencias científicas a la comisión de investigación para su posterior difusión a todo el personal de 061

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: 1 de Marzo de 2008 | Fecha de finalización: 30 de Noviembre de 2008

Calendario:

- Revisión de literatura científica del 1 de Marzo al 30 de junio.
- Elaboración de la guía de actuación: "Actuación sanitaria ante situaciones de emergencia por emisión de monóxido de carbono en Unidades Móviles de Emergencia del 061 Aragón" del 30 de junio al 31 de octubre.
- Documentación de casos de intoxicación por monóxido de carbono en la Comunidad Autónoma Aragonesa. Del 1 de Marzo al 31 de Octubre.
- Presentación del documento a la Gerencia 061 Aragon con una serie de propuestas de mejora para que se pueda aplicar este proyecto a todas las UMEs del 061 Aragón. A lo largo del mes de noviembre.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“ INCREMENTO DEL CONOCIMIENTO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS 061 ARAGÓN EN NUESTRA COMARCA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MARCELO VIDAL PÉREZ

Profesión

MÉDICO

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

UVI TARAZONA - 061 ARAGON

Correo electrónico:

coordumetarazona@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-644917

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MIGUEL REYES	MÉDICO	UVI TARAZONA
ANA RECAJ IBAÑEZ	MÉDICO	UVI TARAZONA
MARTA PONTAQUE PÉREZ	MÉDICO	UVI TARAZONA
YOLANDA PUEYO SANCHEZ	MÉDICO	UVI TARAZONA
PILAR LÓPEZ CUARTERO	D.U.E.	UVI TARAZONA
REYES BERNAL IDOIBE	D.U.E.	UVI TARAZONA
ESTHER FAJARDO TRASOBARES	D.U.E.	UVI TARAZONA
Mª JOSÉ GÓMEZ GARCÍA	D.U.E.	UVI TARAZONA
NOELIA PUEYO ROYO	D.U.E.	UVI TARAZONA

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 UNA ENCUESTA REALIZADA POR NOSOTROS EN EL 2002, SÓLAMENTE EL 39% DE LA POBLACIÓN SABÍA QUE ERA EL 061.

NUESTRA INTENCIÓN ES REALIZAR CHARLAS DIVULGATIVAS SOBRE EL 061 ARAGON ASÍ COMO COMPLEMENTARLAS CON CHARLAS EN PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS, EN LOS DIFERENTES PUEBLOS Y PEDANÍAS DE LA COMARCA DE TARAZONA-MONCAYO Y BORJA-CAMPO DE BORJA.

HAY 34 PUEBLOS EN LA COMARCA, NUESTRA IDEA ES REALIZAR CHARLAS EN TODOS ELLOS EN UN TIEMPO DE DOS AÑOS.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

ALCANZAR EL QUE EL 75-80% DE LA POBLACIÓN DE CUALQUIER PUEBLO DE TARAZONA-MONCAYO O BORJA-CAMPO DE BORJA CONOZCA AL 061 ARAGON, NUESTRA LABOR Y COMO Y CUANDO DEBEN ACTIVAR SUS SERVICIOS

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

REALIZAR EN CADA UNO DE LOS PUEBLOS DEL ÁMBITO DE ACTUACIÓN DE NUESTRA UVI MÓVIL CHARLAS DE DIVULGACIÓN DE NUESTROS SERVICIOS, ASÍ COMO CHARLAS DE PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS.
A REALIZAR EN DOS AÑOS(LOS 34 PUEBLOS DE LA COMARCA).

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

AL FINAL DE CADA AÑO PASAR UNA ENCUESTA EN LOS PUEBLOS EN LOS QUE YA HAYAMOS REALIZADO LAS CHARLAS.
EN EL 2002 EL CONOCIMIENTO DEL 061 POR LA POBLACIÓN DE LA ZONA ERA DEL 39%, QUERIENDO ALCANZAR EL 75-80%.
EN EL 2002 SÓLAMENTE EL 3% DE LA POBLACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA LLAMABA AL 061.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Caleario:

EN LA COMARCA HAY 34 PUEBLOS, NUESTRA IDEA ES REALIZAR DOS CHARLAS INFORMATIVAS AL MES.
LA DURACIÓN SERÍAN DOS AÑOS.
EL PERSONAL DE LA UVI TARAZONA CONTACTARÁ CON LAS DIFERENTES POBLACIONES PARA ADECUAR FECHAS, HORARIOS Y LUGAR DE CELEBRACIÓN.

