

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:28 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z1	AT.PRIMARIA	473	ARNAL ALONSO, JOSE MARIA	PROYECTO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES	CS ACTUR NORTE	
Z1	AT.PRIMARIA	295	BENITO JIMENEZ, ALFREDO	LA GESTION DEL PACIENTE SIN CITA PREVIA EN EL CS ACTUR NORTE	CS ACTUR NORTE	
Z1	AT.PRIMARIA	463	GRASA LAMBEA, MARIA INMACULADA	ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE AUTOANALISIS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN LAS PERSONAS CON DIABETES DEL CS ACTUR NORTE	CS ACTUR NORTE	
Z1	AT.PRIMARIA	612	LARRIPA DE LA NATIVIDAD, SUSANA	MEJORA EN LA DETECCION DE PACIENTES OBESOS QUE ACUDEN A NUESTRAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA Y EN SU ADECUADO REGISTRO EN OMI	CS ACTUR NORTE	
Z1	AT.PRIMARIA	326	VIÑAS VIAMONTE, MARIA CARMEN	PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE EDUCACION AL NIÑO ASMÁTICO (DESDE LACTANTES HASTA 14 AÑOS).	CS ACTUR NORTE	
Z1	AT.PRIMARIA	588	MELUS PALAZON, ELENA	AMPLIACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN FORMACION Y DIFUSION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION CON EL PACIENTE GRACIAS UNA HERRAMIENTA SECOND LIFE	CS ACTUR OESTE	
Z1	AT.PRIMARIA	250	MUR DE FRENNE, LILIANE	MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE	CS ACTUR OESTE	
Z1	AT.PRIMARIA	248	OJEDA AVILLERA, RAFAEL	MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD DERMATOLOGICOS QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA ACTUR-OESTE	CS ACTUR OESTE	
Z1	AT.PRIMARIA	597	ALVAREZ ROCHE, TERESA	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL ESTRES EN SANITARIOS MEDIANTE UNA TECNICA DE RELAJACION SIMPLE	CS ACTUR SUR	
Z1	AT.PRIMARIA	99	GONZALEZ UBEDA, ROSA	PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES EN LA REDUCCION DEL ESTRES	CS ACTUR SUR	
Z1	AT.PRIMARIA	413	MUÑOZ DOMINGUEZ, MARIA LOURDES	EDUCACION A GRUPOS EN LACTANCIA MATERNA	CS ACTUR SUR	
Z1	AT.PRIMARIA	353	DIESTE AISA, LUCIA	INTRODUCCION DE LA CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN	CS ALFAJARIN	
Z1	AT.PRIMARIA	492	AREVALO MIGUEL, ELISA	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD CONSISTENTE EN LA CREACION DE UN DESARROLLO TECNOLÓGICO PARA APOYO A PACIENTES CRONICOS DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL	CS ARRABAL	
Z1	AT.PRIMARIA	478	BELLOSO RODANES, MARIA ISABEL	CONSOLIDACION DE LA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL	CS ARRABAL	
Z1	AT.PRIMARIA	542	JUAN GERMAN, MARISA	LA SALUD FISICA Y EMOCIONAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL DE ZARAGOZA	CS ARRABAL	
Z1	AT.PRIMARIA	438	MAGALLON BOTAYA, MARIA ROSA	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE REGISTRO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN OMI	CS ARRABAL	
Z1	AT.PRIMARIA	544	OLLOBARREN HUARTE, EMILIA	LA ATENCION, ACOMPAÑAMIENTO E INFORMACION, DE LA INTERRUPCION DE EMBARAZO EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA I	CS ARRABAL	
Z1	AT.PRIMARIA	454	ENCISO CIRIANO, LOURDES	ACTUALIZACION GUIA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD , APOYADOS EN UN INSTRUMENTO INFORMÁTICO Y UN SISTEMA INTERNO DE FORMACION Y CONTROL	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
Z1	AT.PRIMARIA	383	MENDI METOLA, CAROLINA	LA MEJORA DE LOS RESULTADOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMO INSTRUMENTO PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE EN EL CS AVENIDA CATALUÑA (LA JOTA).	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
Z1	AT.PRIMARIA	611	PARDO PARDO, CONSUELO	MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN SU SALUD MEDIANTE ENCUENTROS CON ASOCIACIONES DE SALUD Y AYUDA MUTUA	CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)	
Z1	AT.PRIMARIA	470	ECHEVERRI OYAGA, ANA ISABEL	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL REGISTRO CON EL PROGRAMA OMI EN EL CENTRO SALUD DE LUNA EN 2011 Y ACTUALIZACION EN FORMACION BASICA EN GESTION DE CALIDAD	CS LUNA	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:29 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z1	AT.PRIMARIA	569	ERDOCIAN AYERYE, FELIX	OPTIMIZACION DE LA GESTION DE UN ALMACEN DE MEDICACION Y MATERIAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL. LUNA 2011	CS LUNA	
Z1	AT.PRIMARIA	584	BARTOLOME MORENO, CRUZ	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE SOBRE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE	CS PARQUE GOYA	
Z1	AT.PRIMARIA	477	BROTO CIVERA, ELENA	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A PAUTAR INSULINA COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE	CS PARQUE GOYA	
Z1	AT.PRIMARIA	485	GOMEZ GIL, PILAR	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A PRACTICAR UN TEST DEL ALIENTO COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE	CS PARQUE GOYA	
Z1	AT.PRIMARIA	164	VALLES PINTO, MARIA DOLORES	PARA LAS MUJERES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ETAPA DE LA PERI Y MENOPAUSIA	CS SANTA ISABEL	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	581	BANDRES NIVELA, MARIA OROSIA	EVALUACION DEL PRIMER AÑO DE IMPLANTACION DE UNA AGENDA PARA ATENCION A GESTANTES CON PATOLOGIA ENDOCRINO-METABOLICA EN CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA	CME GRANDE COVIAN	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	95	LORENTE GORDO, MARIA PURIFICACION	REUBICACION Y ORGANIZACION DE HISTORIAS CLINICAS	CME GRANDE COVIAN	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	71	MARTES CATIVIELA, PILAR	ESTABLECIMIENTO DE LA TERAPIA FOTODINAMICA EN EL SECTOR DE SALUD ZARAGOZA I	CME GRANDE COVIAN	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	495	CANOVAS PAREJA, CARMEN	EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DEL PROCESO TERAPEUTICO CON EL USO DE LA "PRESCRIPCION ELECTRONICA": MEJORANDO LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. PROYECTO 2008-2011	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	311	CORCHERO MARTIN, JOSE IGNACIO	ENCUESTA INTERNA SOBRE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	336	DOMEQUE VALIENTE, NIEVES	MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UASA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA (CONTINUACION).	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	551	FERRER CAMEO, ANA ISABEL	IMPLANTACION DE UN DOSSIER INFORMATIVO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CENTRALITA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	532	GAMBOA HUARTE, BEATRIZ	ANEMIA EN UN SERVICIO DE GERIATRIA: MEJORANDO CON EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	527	GARCIA LASHERAS, PILAR	UNIFICACION DE PROTOCOLOS ENTRE LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA, DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG) Y EL HOPITAL ROYO VILLANOVA (HRV) EN LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) DE CATARATAS	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	410	GARCIA-ARILLA CALVO, ERNESTO	CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: VALORACION DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA E INTEGRACION EN EL PLAN TERAPEUTICO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	172	GASPAR RUZ, MARIA LUISA	MEJORA DE LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	103	GOMEZ RUIZ, MARIA CRISTINA	INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO DE CONSULTA DE PREANESTESIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	64	GRANADA LOPEZ, JOSE MANUEL	PROTOCOLO DE ACOGIDA, PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES, E INFORMACION A CENTROS QUE LES DERIVAN A LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	109	HERNANDEZ FLETA, FABIOLA	MEJORA DE DOCUMENTACION DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA: ELABORACION DEL REGISTRO BASICO DE TERAPIA OCUPACIONAL	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	411	IRIARTE RAMOS, SONIA	FORMACION Y RECICLAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE LA IMPLANTACION DE LOS NUEVOS	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:31 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				SISTEMAS DE INFORMACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG).	GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	145	JIMENEZ SAENZ, JUANA	DERIVACION PREFERENTE DESDE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	405	JORDAN JARQUE, MANUEL	AMPLIACION DE FONDO DOCUMENTAL Y CONVERSION DE ARCHIVOS PDF ESTATICOS EN FORMULARIOS INTERACTIVOS, PARA EL GESTOR DIGITAL DE DOCUMENTACION SANITARIA DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	344	LOZANO ORTIZ, ROBERTO	MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE PACIENTES GERIATRICOS EN TRATAMIENTO CON DIGOXINA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	184	MARIN LACASA, MARIA REYES	MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN USM MEDIANTE EL TRABAJO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	282	MATEOS BARRIONUEVO, FRANCISCO JAVIER	SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL, Y AMPLIACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A OTROS PROCESOS DE ANATOMIA PATOLOGICA (CITOLOGIAS Y PAAF).	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	224	MEDINA CEREZAL, MARIA PILAR	ELABORACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DEL INSTRUMENTAL DIRIGIDO AL PERSONAL DEL HNSGZ QUE REALIZA ESTE PROCESO EN SU SERVICIO (TALLER TEORICO-PRACTICO).	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	659	MEDINA CEREZAL, MARIA PILAR	CONTINUACION DEL PROYECTO DE ELABORACION DEL CATALOGO DE MATERIAL/INSTRUMENTAL Y GUIA PRACTICA PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DE LOS MISMOS SEGUN LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	278	MESA LAMPRE, MARIA PILAR	DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE UNA VIA CLINICA PARA REGULAR EL NUEVO ESQUEMA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA. ADAPTACION DE LA GESTION DEL PROCESO "FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL EN EL ANCIANO".	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	401	MORLANES NAVARRO, TERESA	ADECUACION DEL MATERIAL DE SOPORTE EDUCATIVO PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	417	PAMPLONA CALEJERO, ELENA	REVISION Y ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG).	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	447	PEREZ MILLA, MARIA ANGELES	ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INTERVENCION QUIRURGICA DE CATARATA	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	375	REBOLLAR TORRES, ELENA	PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACION DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL ALTA HOSPITALARIA Y A RESIDENTES VALIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	45	RUBIO LARROSA, VICENTE	PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	437	ALLO COMAS, LOLA	ESTANDARIZACION DE TECNICAS ENFERMERAS EN HOSPITALIZACION	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	92	ANDRES PEIRO, CARLOS DOMINGO	ELABORACION Y DIFUSION DE RECOMENDACIONES PRACTICAS SOBRE MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	371	ARBONES COBOS, VICTORIA	SISTEMA DE COLORES PARA EQUIPOS DE GOTERO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	475	AZNAZ COSTA, JOAQUIN	MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS DE ACTUACION DE CARDIOLOGIA DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR EN EL AREA DE URGENCIAS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	679	BANDRES LISO, ANA CRISTINA	MEJORA EN LA GESTION Y ATENCION FARMACEUTICA PRESTADA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA AL CENTRO DE ATENCION A DISMINUIDOS PSIQUICOS DEL INSTITUTO ARAGONES DE SERVICIOS SOCIALES	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:32 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z1	AT.ESPECIALIZ.	182	BEJARANO TELLO, ESPERANZA	ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN SECTOR ZARAGOZA 1. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION SOCIOFAMILIAR Y DE COMORBILIDAD	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	80	BLASCO AULES, MARIA PILAR	MEJORA EN LA MEDICION DE LA TEMPERATURA CORPORAL. PARA ADOPTAR UNA POSTURA MAS RACIONAL EN EL USO DE ANTITERMICOS TANTO POR PARTE DE LOS PEDIATRAS COMO POR PARTE DE LOS PADRES	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	664	BONED JULIANI, BEATRIZ	MEJORA DE LA FASE PREANALITICA DE LOS LABORATORIOS DE BIOQUIMICA, HEMATOLOGIA Y MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	575	BORDONADA HERRERO, MARIA JESUS	IMPLANTACION DE NUEVA GRAFICA DE ENFERMERIA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. INCLUSION EN LA MISMA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DESTINADOS A PREVENIR LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA DENTRO DEL PROYECTO NEUMONIA ZERO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	197	CAMPELLO MORER, ISABEL	PLAN DE ATENCION AL PACIENTE CON ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: SECCION DE NEUROLOGIA Y SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	22	CANALES CORTES, VICENTE	DETECCION DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	180	DIEZ MANGLANO, JESUS	ATENCION AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 1. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y DE LA FUNCION COGNITIVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	387	DORADO REGIL, MARIA PALOMA	IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	216	EIZAGUIRRE ZARZA, BEATRIZ	CONFECCION DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	170	ESTEVE MIR, ANTONIO	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION: ESTUDIO DEL CARCINOMA BRONCOPULMONAR SIN INGRESO HOSPITALARIO CON EL FIN DE MEJORAR LA GESTION DE LAS CAMAS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	673	EZPELETA ASCASO, IGNACIO	VIGILANCIA DE LA SALUD EN TRABAJADORES EXPUESTOS A RUIDO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	226	EZPELETA GALINDO, ANA ISABEL	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA REDUCIR LAS BACTERIEMIAS REALACIONADAS CON CATETER INTRAVASCULAR EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	458	FATAS CABEZA, JOSE ANTONIO	NORMALIZACION DOCUMENTAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	322	FERNANDEZ LIESA, RAFAEL	PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE TRASTORNOS DE LA FONACION	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	52	FERRANDO VELA, JUAN	ADIESTRAMIENTO Y VALORACION DE LA TECNICA DE MEDICION DEL GROSOR DE INTIMA-MEDIA EN LA ARTERIA CAROTIDA DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	333	FRANCO GARCIA, MARIA ESTHER	CONSENSO EN EL MANEJO PERIPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA: DERMATOLOGIA, DIGESTIVO, OFTALMOLOGIA, ORL (PARTE 2).	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	579	GARCIA GARCIA, ALEJANDRO	ARCHIVO DE IMAGENES MEDICOQUIRURGICAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	191	GIMENEZ MUÑOZ, ALVARO	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA): REDACCION DE GUIAS DE INFORMACION Y RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA Y APOYO PARA PACIENTES Y CUIDADORES	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	249	GONZALEZ CABALLERO, MARTA	INCIDENCIA DE UPP EN EL PACIENTE CRITICO. VALORACION DE CUIDADOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:33 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z1	AT.ESPECIALIZ.	358	HORNA OREJA, OIHANA	MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	97	JAVIERRE MIRANDA, ELENA	PROGRAMA DE RECICLAJE DE RCP BASICA Y AVANZADA EN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA (HRV), SECTOR I ZARAGOZA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	149	LAZARO ALAEZ, ANA BELEN	MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE ANTIBIOTERAPIA EN LA OTITIS MEDIA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	214	LOU FRANCES, GRACIA MARIA	MEJORA EN EL CONOCIMIENTO Y USO DE ANTITUSIGENOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	281	LUMBRERAS VIRGOS, RUTH	OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR I (ZARAGOZA) DE SALUD	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	363	MARTINEZ ALVAREZ, ROSA	EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS MEDIANTE LOS HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DE ESPECIAL RELEVANCIA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	314	MARTINEZ MARCO, MARIA ANGELES	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL PAC DE PEDIATRIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	68	MONCIN TORRES, CARLOS ANGEL	ACTUALIZACION Y DIFUSION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	272	NASARRE NAVARRO, LAURA	RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	18	NAVARRO GARCIA, EVELIO JOSE	PROTOCOLO DE INFORMACION PARA EL INICIO DE LA AUTO-REHABILITACION PRECOZ TRAS UNA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO. IMPLICACION DEL PACIENTE	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	642	ORDOÑEZ RUBIO, BEATRIZ	PROGRAMA DE MEJORA EN LA REALIZACION DE CARDIOVERSION PROGRAMADA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	634	ORTEGA LAMATA, JESUS	IMPLEMENTACION DE UN DOCUMENTO DE REGISTRO DE CUIDADOS ASISTENCIALES DE EL TCAE EN LA UCI	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	464	PARDO DIEZ, MARIA JESUS	DETECCION Y EXPLORACION DE PACIENTES CON DISFAGIA EN ATENCION ESPECIALIZADA (AE) Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA (AP).	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	142	PEREZ TRULLEN, JOSE MARIA	PROYECTO DE MEJORA DEL ACCESO A LA INFORMACION DEL PERSONAL Y DE LOS PACIENTES DE LA SECCION DE NEUROLOGIA DEL SECTOR 1 DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA INFORMATICA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	533	SANCHEZ VALIENTE, SARA	PLAN DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	570	SANTOLAYA SANCHEZ, NATIVIDAD	IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA UNIDAD DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	151	SANZ GASPAR, INES	CREACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION PREGRADO DE ENFERMERIA EN ANESTESIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	301	SARASA CLAVER, PILAR	FORMACION DE UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	126	SEBASTIAN DOMINGO, JUAN JOSE	OFERTA Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTORIA TELEMATICA DEL SERVICIO DE DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA PARA ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA I	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:35 horas)

Sector ZARAGOZA 1

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
Z1	AT.ESPECIALIZ.	622	SIERRA APARICIO, ANA CRISTINA	ELABORACION DE UNA GUIA DE LAS POSICIONES QUIRURGICAS EN TRAUMATOLOGIA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	493	SIMON PARACUELLOS, MARIA PAZ	IMPLANTACION DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA PARA: PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	225	TIRADO ANGLAS, GABRIEL	PROGRAMA DE MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	158	TOLON SORO, ESPERANZA	ACTUALIZACION Y CREACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	201	UTRILLA BUEY, JUANA	DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	598	VARONA LOPEZ, WENCESLAO	DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	104	VICENTE ITURBE, CRISTINA	REESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DISPENSACION A PACIENTES AMBULATORIOS Y MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA AL INICIO Y CAMBIO DE TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	229	VICENTE MOLINERO, ANGEL	AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO DE TCE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	AT.ESPECIALIZ.	124	VIDAL PERACHO, CONCEPCION	COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DELSECTOR 1 MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA (CONTINUACION DEL PROYECTO 2010).	HOSPITAL ROYO VILLANOVA	
Z1	SALUD MENTAL	150	ESCUDERO SEVILLANO, MARIA SOLEDAD	PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FAMILIAR DEL CENTRO DE DIA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL	USM INFANTO-JUVENIL ACTUR SUR	
Z1	OTROS ÁMBITOS	602	GARCIA GARCIA, INMACULADA	APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE GESTION DE LA CONSULTA QUE INCIDAN EN EL SERVICIO RECIBIDO POR LOS PACIENTES	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	
Z1	OTROS ÁMBITOS	637	LABARTA MANCHO, CARMEN	MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS: EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	
Z1	OTROS ÁMBITOS	647	TIRADO AZNAR, MARTA	CREACION DE UNA APLICACION INFORMATICA DISTRIBUIDA EN RED PARA EL REGISTRO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	
Z1	OTROS ÁMBITOS	515	RIBOTE CALVO, JAVIER	CALCULO DEL COSTE POR UNIDAD DE PRODUCCION EN EL LABORATORIO DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN	GERENCIA DE SECTOR ZARAGOZA 1	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

473

PROYECTO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

2. RESPONSABLE JOSE MARIA ARNAL ALONSO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ACTUR NORTE
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PUIG GARCIA CARMEN. MEDICO. E.A.P.ACTUR NORTE. PEDIATRIA
- GARCIA-LATASA DE ARANIVAR FRANCISCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
- ALCALDE HERRERO VICTOR. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
- MARTES CATIMEL PILAR. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
- SANCHEZ ZAPATER ASUNCION. MEDICO. E.A.P.ACTUR NORTE. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las enfermedades de la piel, si bien no suelen ser causa de una gran morbilidad o mortalidad, tienen la característica de no poder evitar ser vistas y, la observación diaria de una lesión cutánea puede ocasionar una gran preocupación en la familia. El desarrollo de nuevas tecnologías, como la telemedicina, permite el intercambio de datos entre profesionales, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes. La utilización de formas no presenciales en la visita médica facilita el acceso de ciertos pacientes a las consultas de especializada, disminuyendo por tanto el número de consultas presenciales. El objetivo de este trabajo sería realizar un intercambio de imágenes digitales entre pediatras de Atención Primaria y los Dermatólogos del Sector con el fin de agilizar los diagnósticos de las lesiones cutáneas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la calidad de asistencia al paciente en nuestro Sector en el campo de la Dermatología
- Mejorar la formación de los Pediatras de Atención Primaria en el manejo de las patologías de la piel.
 - Mejorar las relaciones entre los Pediatras de Atención Primaria y los Dermatólogos de nuestro Sector
 - facilitar el acceso inmediato a la información que requiere el profesional

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se programará una reunión con los facultativos participantes en el proyecto con el fin de establecer un horario determinado y acordado por ambas partes. Se contactará con informática del Sector para valorar el mejor sistema de transmisión de información. Los pediatras identificarán en su consulta de demanda las lesiones cutáneas del niño. Realizarán una fotografía digital que se enviará mediante correo electrónico a los Dermatólogos implicados. Los Dermatólogos enviarán informe con el diagnóstico, tratamiento y si procede su derivación a especializada. Responsables: todos los miembros del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Encuestas de satisfacción a los pacientes /padres atendidos en la consulta de Pediatría. - Evaluación por parte de los dermatólogos sobre los cambios que este proyecto ha generado en cuanto al número de pacientes que se derivan desde Atención Primaria

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde su aprobación y tras reunión con los facultativos implicados, de forma inmediata.

Antes de Julio de 2011:
Evaluación inicial con los dermatólogos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

473

PROYECTO DE MEJORA EN LA DERIVACION DE PACIENTES PEDIATRICOS CON PATOLOGIA DERMATOLOGICA DESDE ATENCION PRIMARIA MEDIANTE ENVIO DE IMAGENES DIGITALES

Diciembre de 2011:

Valoración de las encuestas de los padres

Comprobar como han disminuido el número de derivaciones a dermatología desde pediatría de Atención Primaria del año 2011 con respecto al año 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Camara Nikon D3 100	489 €
· cámara Nikon D3 100	489 €
· Material informático de apoyo	500 €
Total	1.478 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 295

1. TÍTULO

LA GESTION DEL PACIENTE SIN CITA PREVIA EN EL CS ACTUR NORTE

2. RESPONSABLE ALFREDO BENITO JIMENEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS ACTUR NORTE
 - Servicio/Unidad .. AP
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS. MEDICO. CS ACTUR NORTE. AP
 - GALVE ROYO EUGENIO. MEDICO. CS ACTUR NORTE. AP
 - BEL CEBRIAN TERESA. MEDICO. CS ACTUR NORTE. AP
 - ABAD MONESMA PEDRO. MEDICO. CS ACTUR NORTE. AP
 - RUBIRA MARTINEZ EMERENCIANA. AUX. ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMINISTRACION
 - RODRIGO PABLO MARIA JESUS. AUX. ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMINISTRACION
 - SALAS SIMON AMPARO. AUX. ADMINISTRATIVO. CS ACTUR NORTE. ADMINISTRACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PARTIMOS DE UNA "NO CONFORMIDAD" SURGIDA EN EL CS POR LAS MÚLTIPLES Y REITERADAS QUEJAS POR PARTE DE LOS FACULTATIVOS DEL CS SOBRE EL AUMENTO EXCESIVO DE LAS DEMANDAS DE ATENCIÓN SIN CITA PREVIA POR PARTE DE NUESTRO USUARIOS.

CAUSAS FUNDAMENTALES:

- 1) REESTRENO RECIENTE DEL CS CON LA MODIFICACIÓN DE MÁ S DE UN TERCIO DE LAS TIS DE CADA CIAS CON PACIENTES PROCEDENTES DE OTRA ZBS PRÓXIMA ACOSTUMBRADOS A UNA ATENCIÓN CONTINUADA QUE NO DISPONEMOS EN NUESTRO CS.
- 2) MODIFICACIONES EN LA PLANTILLA DEL SERVICIO DE ADMISIÓN DEL CS QUE DESCONOCEN EN PARTE LAS NORMAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN ANTE ESTAS DEMANDAS DE ATENCIÓN.
- 3) MODIFICACIONES RECIENTES DE NUESTRAS AGENDAS DE CONSULTA QUE TIENDEN A ASUMIR TODA LA DEMANDA QUE SURGE DIARIAMENTE, SIN QUE EXISTAN LISTAS DE ESPERA EN EL CS. LA "IMPORTANCIA" DEL PROBLEMA RADICA FUNDAMENTALMENTE EN LA TRASCENDENCIA DE LA PROPIA "NO CONFORMIDAD" ORÍGEN DEL MALESTAR MANIFESTADO POR LOS FACULTATIVOS DEL CS QUE VEN INTERRUMPIDA SU ACTIVIDAD DIARIA HABITUAL POR ESTE TIPO DE DEMANDA DE ATENCIÓN INESPERADA Y POR LO GENERAL INJUSTIFICADA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. PROYECTO NUEVO PARA IMPLEMENTAR DURANTE ESTE AÑO 2011.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1) LA DISMINUCIÓN EN EL NÚMERO DE ESTE TIPO DE DEMANDA DE ATENCIÓN DE FORMA PROGRESIVA Y TENDIENDO A LA PREMISA DE QUE TODA DEMANDA DE ATENCIÓN SIN CITA PREVIA EN EL CS, SEA EQUIPARABLE A UNA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE JUSTIFICADA.
- 2) LA EDUCACIÓN SANITARIA ADECUADA DE NUESTROS USUARIOS SOBRE EL USO EFICIENTE DE UNOS RECURSOS SANITARIOS LIMITADOS, PARA QUE LA CALIDAD GLOBAL DEL SISTEMA NO SE RESIENTA.
- 3) LA ACTUACIÓN CONCORDANTE DE TODOS LOS PROFESIONALES DEL EAP CON RESPECTO A UNAS NORMAS DE ACTUACIÓN QUE HEMOS ESTABLECIDO PREVIAMENTE.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. SE HAN ESTABLECIDO UNAS NORMAS GENERALES DE ACTUACIÓN AL RESPECTO PARA TODOS LOS PROFESIONALES DEL EAP Y OTRAS ALGO MÁS ESPECÍFICAS, DE APLICACIÓN EN EL ÁREA DE ADMISIÓN.

NORMAS GENERALES PARA EL EAP:

SOLICITUD DE ATENCIÓN SANITARIA SIN CITA PREVIA EN EL CS:

- Todo usuario que solicita ser atendido de urgencia (sin cita previa) ante el mostrador del área de admisión, sin evidencia aparente de urgencia verdadera y valorado de este modo por el administrativo que le atiende, deberá ser informado del contenido de la hoja expuesta al público (Ver hoja informativa expuesta al público), referente a la atención sin cita previa en el centro y de la vía ordinaria de atención a esa solicitud no urgente, a través de la cita con su médico de familia/enfermera en menos de 24 h, con el fin de no interferir con el funcionamiento normal del centro. Si a pesar de ello, el usuario solicita ser visto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

295

LA GESTION DEL PACIENTE SIN CITA PREVIA EN EL CS ACTUR NORTE

por un profesional, rechazando la opción anterior, se le derivará a su médico de cabecera/enfermera si éstos se encuentran en el centro en ese tramo horario y si no es así, con el profesional que en ese momento esté cubriendo la urgencia en el centro según plantilla de urgencias y avisos del CS (PO-04-01_Z1(P)E-AN), contactando previamente por teléfono con él, para que valore a su juicio si ese usuario debe ser atendido en ese momento, derivado a otro servicio específico de urgencia si piensa que la valoración debe de ser más exhaustiva, o por el contrario, su atención puede diferirse hasta 24 h para ser visto en la consulta habitual de su médico de familia/enfermera, ofertándole la cita pertinente.

- Si el administrativo tiene la más mínima duda sobre la valoración clínica de esa solicitud, deberá derivarla al facultativo correspondiente para su valoración clínica, tras contactar telefónicamente con él con el fin de que el facultativo esté al tanto de esa solicitud, e igualmente a como ya se ha indicado, si el usuario solicita ser atendido en ese momento, a pesar de toda la información aportada a que hace referencia el párrafo anterior.
- La cita se anotará con carácter de urgente en el momento de su solicitud, forzando la cita en la agenda del profesional que deba de atenderla, según la plantilla de distribución de tareas del CS (PO-04-01_Z1(P)E-AN).
- Toda urgencia que deba ser valorada por un profesional del centro, deberá pasar primero por el área administrativa, para ser registrada convenientemente y anotada en la agenda del mismo, orientando al usuario hacia esa consulta. En este contexto, será el propio profesional el que decida según su criterio y haciendo una valoración de la misma, cuándo y cómo debe de atenderla, haciéndoselo indicar de esta manera al usuario.
- En el caso de una urgencia verdadera, que corre peligro la vida del paciente si no se atiende precozmente, se activará desde el propio servicio de admisión, el protocolo de atención a la urgencia verdadera, trasladando al paciente a la sala de urgencias por el celador y avisando con premura al equipo médico/enfermera que en ese momento cubren el servicio, es decir, su médico/enfermera de referencia, si están en el centro, y si no, al que corresponda según plantilla de distribución de tareas (PO-04-01_Z1(P)E-AN).
- Nuestra actuación como profesionales responsables pertenecientes a un sistema público de salud y en relación con la atención urgente al usuario, deberá ser de trato respetuoso y cordial, respetando sus derechos, pero a la vez, procurando ser asertivos al exigir sus deberes para con los demás usuarios y con nosotros mismos.
- Igualmente, nosotros mismos, deberemos ser solidarios con nuestros compañeros de los servicios específicos de urgencias, procurando no sobrecargar unos servicios ya de por sí masificados, en aras de una atención asistencial de mayor calidad para nuestros usuarios.

SOLICITUD DE ATENCIÓN SANITARIA DOMICILIARIA ORDINARIA Y URGENTE:

- Este servicio deberá ser utilizado por aquellos usuarios que necesiten atención sanitaria y se encuentren impedidos para poder desplazarse al Centro de Salud.
- El administrativo que recoge el aviso domiciliario ordinario (el que se puede realizar sin premura a lo largo de la jornada laboral del profesional), deberá asesorarse de la justificación del mismo y en caso de duda, ofertar la asistencia a esa solicitud en el propio CS, compensando la colaboración del usuario, con una atención inmediata a su llegada al centro.
- Todos los profesionales del centro, deberemos esforzarnos al máximo, con respecto al punto anterior, pues se trata de un servicio que consume una gran cantidad de recursos sanitarios, en muchas ocasiones de forma injustificada, con el perjuicio añadido, de una atención de menor calidad para el resto de nuestros usuarios.
- En caso de duda sobre la justificación del aviso por parte del administrativo, que no ha podido convencer al usuario para poder ser atendido en el propio CS, deberá desviar la llamada telefónica a su médico de cabecera y si éste no se encuentra en el centro, al profesional encargado de cubrir ese servicio, según plantilla (PO-04-01_Z1(P)E-AN), con el fin de que sea éste, quien intente convencer a su paciente sobre la conveniencia de poder ser atendido por él mismo y con carácter urgente en el CS a su llegada al mismo.
- En el caso de que el usuario accediese acudir al centro para poder ser atendido, el administrativo suprimirá ese aviso y lo citará con carácter urgente en la agenda de su médico de cabecera si está presente en el centro, o del profesional a cargo de la urgencia en el centro en ese momento según plantilla (PO-04-01_Z1(P)E-AN), en caso contrario, y siempre contactando telefónicamente con él para su conocimiento.
- En el caso de una solicitud de atención sanitaria domiciliaria urgente por parte del usuario y valorada de esta forma por parte del administrativo que la atiende, en función del tipo (descripción detallada) y premura (requerimiento de atención precoz) de la misma, derivará directamente la llamada telefónica a su médico de cabecera para que valore adecuadamente la urgencia de esa solicitud por parte de su paciente, e informe de ello al profesional encargado en ese momento del servicio, según plantilla (PO-04-01_Z1(P)E-AN), para su conocimiento y actuación consecuente. Se deberá informar igualmente al administrativo que intervino para finalizar la gestión del mismo con respecto a esa solicitud.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

295

LA GESTION DEL PACIENTE SIN CITA PREVIA EN EL CS ACTUR NORTE

HOJA INFORMATIVA EXPUESTA AL PÚBLICO EN EL CS:

ATENCIÓN A LA CONSULTA SIN CITA PREVIA (URGENTE):

En nuestro Centro de Salud ACTUR NORTE, no existen médicos de guardia para la atención de las urgencias médicas y son los propios médicos del centro quienes deben atenderlas, interfiriendo el desarrollo de la consulta habitual, con cita previa.

Si todos deseamos una atención de calidad, partiendo de unos recursos sanitarios limitados, deberemos ser respetuosos con los derechos de los demás y solicitar la atención médica urgente que esté plenamente justificada, es decir, la que pueda implicar un riesgo importante para la salud, si no se atiende precozmente.

En el resto de situaciones, deberemos solicitar consulta, previa cita, con nuestro médico de cabecera, que es el que más información posee del paciente, para ser atendido en menos de 24 h, ya que en nuestro Centro de Salud no existen listas de demora para esta consulta.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO:

ATENCIÓN AL PACIENTE QUE ACUDE AL C.S. SIN CITA PREVIA:

MG:

- **URGENCIA VERDADERA:** Si los administrativos aprecian gravedad en la clínica que presenta el paciente (dolor torácico, dolor cólico intenso, insuficiencia cardiorrespiratoria, hemorragia incontrolable, o cualquier otro proceso que haga sospechar una situación clínica de gravedad para el paciente), se avisará rápidamente a su médico/enfermera y en caso de que estos no se encontraran en el centro, al médico/enfermera que cubren las urgencias en ese momento, siendo trasladado por el celador a la sala de urgencias, que acompañará al paciente en todo momento hasta la llegada de la ayuda médica. Se anotará como cita urgente en la agenda de los profesionales que han intervenido.

- **EN GENERAL PARA TODOS LOS CASOS TANTO DE MG COMO DE PEDIATRÍA:** Al paciente que solicite consulta médica sin cita previa, se le advertirá que en el centro no hay un médico de urgencias y que por tanto deberá ser atendido por un médico que en esos momentos está pasando la consulta habitual, ofertándole ser visitado por su propio médico de cabecera en menos de 24 h (próxima consulta). Y si el paciente insiste en ser atendido en ese momento, se le comunicará que deberá esperar a que el médico pueda atenderle cuando lo crea conveniente, según la disponibilidad de su agenda. Y en este caso:

- 1) Si su médico está pasando consulta: se le avisa telefónicamente para que haga una valoración inicial según la demanda del paciente, tras la cual, decidirá la actuación que crea conveniente, haciéndolo indicar de esta forma al administrativo, quien forzará la cita si es preciso, poniéndolo como acto URGENCIA EN EL CENTRO (nunca se les da recordatorio) y en OTROS, se indican los síntomas que refiere el paciente. Se orienta al paciente hacia la consulta, advirtiéndole que su médico, que ya ha sido avisado, le llamará cuando disponga de un hueco en su agenda.

- 2) Si su médico no se encuentra en ese momento en el centro, se le cita en la consulta del médico encargado de las urgencias en el centro, según planning, con las mismas indicaciones que en el caso anterior.

PEDIATRÍA:

- **MAÑANAS Y TARDES** hasta las 15 h: igual que para MG.

- **TARDES** a partir de las 15 h: para todas las urgencias, excepto si es verdadera que en ese caso la deberá valorar el pediatra del centro, se informará que debe acudir a urgencias del HRV.

ATENCIÓN AL PACIENTE QUE LLAMA POR TELÉFONO SOLICITANDO CITA Y LA CONSULTA ESTÁ COMPLETA:

EN GENERAL: advertir al usuario que la consulta está llena, ofertándole cita para otro día (el hueco más próximo en la agenda del profesional).

MG:

Si insiste en que no se encuentra bien y que desea ser visitado en el día:

- Se le cita en la agenda de su médico para este día (cuando la solicitud se hace durante la mañana para el turno de mañana o el de tarde, o cuando se hace durante la tarde para el turno de tarde), ocupando un hueco disponible, según el orden: demanda, indemorable y concertada (se cambia el acto a indemorable).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

295

LA GESTION DEL PACIENTE SIN CITA PREVIA EN EL CS ACTUR NORTE

Si la cita ha de ser forzada porque no quedan más huecos en la agenda de ese día, se le indica que acuda al centro para ser atendido por su médico y dentro del horario de consulta del mismo, según se ha descrito anteriormente para la atención en el centro al paciente sin cita.

- Si la solicitud es durante la mañana para el turno de tarde, pero no puede esperar hasta la tarde en que podría ser visto por su médico de cabecera, alegando una causa justificada, se le indicará que acuda al centro para ser atendido por el médico que cubre las urgencias en el centro según planning.
- Si la solicitud se hace durante la tarde para el turno de la mañana, pero no puede esperar hasta el día siguiente en que podría ser visto por su médico de cabecera, alegando una causa justificada, se le informará que puede acudir al centro para ser atendido por el médico que cubre las urgencias en el centro según planning.

PEDIATRÍA:

- Si la solicitud se hace durante la mañana y la tarde hasta las 15 h: se actúa igual que para MG.
- Si la solicitud se hace más tarde de las 15 h: se informa que a partir de ese momento las urgencias deberán ser atendidas en el HRV.

AVISOS A DOMICILIO:

MG:

- Si el paciente demanda una atención domiciliaria urgente, el servicio de admisión tomará los datos de ese aviso y derivará la llamada en primer lugar a su médico de cabecera, que tras hablar con el domicilio del paciente, decidirá o no la urgencia de esa demanda, haciéndolo indicar de esa manera al administrativo y personalmente al médico encargado de los domicilios urgentes en ese momento, con el fin de poner en su conocimiento la demanda real de una atención domiciliaria urgente.
- Si sospechamos que el usuario podría acudir para ser atendido en el centro, se le informará que sería atendido inmediatamente a su llegada al centro, por su médico de cabecera si se encuentra en el centro, o por el médico encargado de la urgencia en el centro según planning, en caso contrario.
- Si el usuario accede a venir al centro para ser atendido, le indicaremos que al llegar lo comunique en el mostrador sin esperar en la fila, para ser atendido de la forma que se ha especificado anteriormente, como urgencia en el centro con atención preferente. Previamente, el administrativo que haya tomado el aviso lo habrá comunicado para su conocimiento al resto de compañeros/as del mostrador.
- Si el usuario insiste en que debe ser atendido en su domicilio, se le tomarán los datos y se derivará la llamada a su médico de cabecera si se encuentra en el centro, o al médico encargado de los domicilios ordinarios, en caso contrario. El médico que ha gestionado el aviso, deberá informar al área de admisión en caso de que se deba retirar dicho aviso, al convencer al usuario para que acuda al centro para ser atendido. Si no se comunica con el área de admisión, se dará por entendido que el aviso domiciliario, queda pendiente para su realización en el casillero de los avisos.

PEDIATRÍA:

- El servicio de admisión tomará los datos de ese aviso y derivará la llamada a su pediatra si se encuentra en el centro, en caso contrario al que le corresponda según planning, quien gestionará ese aviso e informará posteriormente del resultado al servicio de admisión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES:

- 1) NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CS SIN CITA PREVIA, EN HORARIO DE MAÑANA Y TARDE Y CON DISTRIBUCIÓN MENSUAL.
- 2) NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN SU DOMICILIO, EN HORARIO DE MAÑANA Y TARDE Y CON DISTRIBUCIÓN MENSUAL.

LOS DATOS SERÁN OBTENIDOS DE LOS REGISTROS MENSUALES DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y PREFERIBLEMENTE DESDE EL ÁREA DE ADMISIÓN DEL CS (QUE ACTUALMENTE NO ES POSIBLE, POR LO QUE DEBEREMOS SOLICITAR COLABORACIÓN CON LA GERENCIA DEL SECTOR) Y SERÁN MONITORIZADOS CONVENIENTEMENTE PARA SU ESTUDIO Y COMPARACIÓN CON LOS OBTENIDOS EN PERÍODOS DE TIEMPO SIMILARES DE AÑOS POSTERIORES.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2011:

- 1) DISTRIBUIR LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN ÉSTE PROYECTO A TODOS LOS MIEMBROS DEL EAP Y DE FORMA PREFERENTE AL PERSONAL DEL ÁREA ADMINISTRATIVA DEL CS, PARA SU CONOCIMIENTO Y POSTERIOR CONSULTA, SI PRECISA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 295

LA GESTION DEL PACIENTE SIN CITA PREVIA EN EL CS ACTUR NORTE

2) COLOCAR DE FORMA VISIBLE AL PÚBLICO EN GENERAL Y EN ZONAS DE TRÁNSITO DEL CS, LA HOJA INFORMATIVA A LA QUE HEMOS HECHO REFERENCIA EN APARTADO ANTERIOR. MONITORIZACIÓN Y REGISTRO DE AMBOS INDICADORES CON UNA PERIODICIDAD MENSUAL (DURANTE LA PRIMERA SEMANA DEL MES SIGUIENTE) Y CON BALANCE GLOBAL AL FINALIZAR EL AÑO.

ÉSTE PROYECTO SE ENTIENDE COMO UN CICLO DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD, ACORDE CON LA FILOSOFÍA EFQM, QUE PRECISA ADEMÁS DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUADA EN EL TIEMPO, AL MENOS DURANTE 2 AÑOS CONSECUTIVOS, CON EL FIN DE PODER ESTABLECER UNAS TABLAS COMPARATIVAS CON LOS INDICADORES QUE HEMOS INDICADO Y DURANTE PERÍODOS DE TIEMPO SIMILARES, SI QUEREMOS DESCARTAR FACTORES CLIMÁTICOS INFLUYENTES EN LOS RESULTADOS COMPARATIVOS DEL ESTUDIO.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL INFORMÁTICO	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

1. TÍTULO

ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE AUTOANALISIS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN LAS PERSONAS CON DIABETES DEL CS ACTUR NORTE

2. RESPONSABLE MARIA INMACULADA GRASA LAMBEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ACTUR NORTE
· Servicio/Unidad .. EAP
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE PEDRO PICAZO BELEN. ENFERMERA. C.S. ACTUR NORTE. EAP
· NUÑEZ OBON MARIA JESUS. ENFERMERA. C.S. ACTUR NORTE. EAP
· LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA. MEDICO. C.S. ALIAGA. EAP
· BENITO JIMENEZ ALFREDO. MEDICO. C.S. ACTUR NORTE. EAP
· VIÑAS VIAMONTE CARMEN. ENFERMERA. C.S. ACTUR NORTE. EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se identifica:
-Una frecuencia de autocontroles no adecuada al tratamiento antidiabético recibido
-Información del diabético deficitaria respecto al objetivo del autoanálisis.
-Variabilidad en los profesionales sanitarios en el consejo de frecuencia de autocontroles
-Registro del número de tiras entregadas poco útil.

Utilidad del proyecto:
-Adoptar criterio de consejo de autoanálisis de glucemia en las personas con diabetes, individualizado y acorde al uso de fármacos antidiabéticos recibidos.
-Incluir el autoanálisis de glucemia en el proceso de educación diabetológica, con el objetivo de facilitar el seguimiento, aumentar la autonomía del paciente y prevenir complicaciones.
-Optimizar el coste del uso de tiras reactivas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Adecuación del autoanálisis a los objetivos terapéuticos del paciente diabético.
- Mejora del conocimiento de los pacientes diabéticos del valor del autocontrol.
- Disminuir la frecuencia de autocontroles en pacientes qu

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisión de las Historias clínicas de los pacientes incluidos en el servicio de Atención al Paciente Diabético: inclusión correcta en el servicio/ Registro de tratamiento actualizado/Registro de indicación de frecuencia de autocontroles/Registro de numero de tiras entregadas/Registro de episodios de descompensación.
Actividades para mejorar:
-Incluir el número de tiras entregadas en los DGPs y facilitar el registro y cuantificación de las tiras que se entreguen.
-Consenso de consejo de autoanálisis con los especialistas del Servicio de Endocrinología de referencia.
-Sesiones informativas con el EAP, para unificar criterios de actuación en la atención del paciente con diabetes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Número de tiras reactivas entregadas adecuadas al tratamiento recibido y a los episodios de descompensación registrados si los hubiera.
-Revisión de la Historia Clínica en los controles programados de la consulta de enfermería, de la constancia del registro del tratamiento antidiabético actualizado, consejo de autoanálisis y frecuencia, y número de tiras entregadas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 463

ADECUACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS DE AUTOANALISIS DE MEDICION DE GLUCEMIA CAPILAR AL CONSENSO DE RECOMENDACION DE FRECUENCIA DE AUTOANALISIS EN LAS PERSONAS CON DIABETES DEL CS ACTUR NORTE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fase 1: del 1 de abril al 1 de julio: Revisión Historias incluidas en el servicio de atención al paciente diabético/Sesiones consenso y estrategia del EAP.

Fase 2: del 1 de julio al 1 de enero 2012: Aplicación de la medidas adoptadas.

Fase 3: Primera valoración de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material de apoyo informático y papelería	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

612

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE PACIENTES OBESOS QUE ACUDEN A NUESTRAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA Y EN SU ADECUADO REGISTRO EN OMI

2. RESPONSABLE SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ACTUR NORTE
- Servicio/Unidad .. MEDICO
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABAD MONESMA PEDRO. MEDICO. C. S. ACTUR NORTE.
- LOZANO ENGUITA ELOISA. DUE. C.S. ACTUR NORTE.
- FERNANDEZ PARCES MARIA JESUS. MEDICO. C.S. ACTUR NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Oportunidad de mejora: Aumentar la prevalencia en el registro de obesidad como Factor de Riesgo Cardiovascular en nuestros pacientes. Importancia y utilidad: - Por la trascendencia que supone la identificación, conocimiento e intervención sobre la obesidad como FRCV en constante aumento en todos los grupos de población, con el fin de aplicar las medidas necesarias en función de su grado y de los objetivos de control en cada paciente.

- Por el aumento de la prevalencia en los países desarrollados, siendo además la obesidad un FRCV que influye directamente en la evolución, control u desarrollo de otros FRCV como HTA, Diabetes Mellitus, ... Métodos de detección y priorización empleados: Captación oportunista por el médico y/o enfermero de pacientes que acuden a la consulta por cualquier problema de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la identificación de la obesidad como FRCV. Aplicar las medidas de intervención necesarias para tratar de aumentar su control y así disminuir el RCV de nuestros pacientes.

- Cumplir con los estándares exigidos en Cartera de Servicios, con respecto al registro, seguimiento y control de la obesidad como F RCV.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Situación de partida: - Porcentaje de pacientes de Actur Norte que tienen registrado el FRCV "Obesidad" en OMI, a fecha marzo-2010 (Pendiente de confirmar datos de cartera).- Baja prevalencia obtenida en el registro en relación a la esperada (14% en población española) Posibles causas (tras la realización de diagrama de causa-efecto de Isikawa para identificar la causa):· Dependientes del profesional: falta de tiempo para cumplimentar medidas antropométricas, falta de motivación, etc.· Dependiente de la organización interna: ausencia de un protocolo o consenso de actuación con respecto al registro de los factores de riesgo y la enfermedad cardiovascular.· Dependiente de los recursos y estructura: falta de recursos formativos sobre las ECV, informatización relativamente reciente del C.S., cambios de personal (traslados de enfermería,...). El diagrama de Pareto nos delimitará y priorizará las causas más influyentes en el proceso.

Metodología:

- Preparación de sesiones informativas para el resto de profesionales sanitarios del centro, sobre el registro en OMI de los FRCV.

- Sesiones formativas, impartidas en el CS a los profesionales sanitarios del mismo sobre actualización y evidencia en obesidad y su importancia como FRCV, y su repercusión e influencia sobre otros factores de riesgo en la ECV.

- Establecer un compromiso de trabajo por parte de los miembros del EAP, para aumentar la captación oportunista de estos pacientes y su registro en OMI.- Evaluación cuatrimestral de la actividad realizada y su comunicación al EAP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluarán los resultados antes del 30/12/2011. Indicador principal:

- o Número de pacientes del centro que tienen registrado en OMI el FR Obesidad a fecha 1/03/2010. Objetivo principal del proyecto:
- o Mejorar la identificación y registro de obesidad y cumplir con el estándar mínimo establecido en cartera de servicios Objetivo secundario:
- o Aumentar el control de los pacientes obesos. Esto se traduce en mejoras en su calidad y esperanza de vida, así como, en la disminución de gastos sanitarios

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

612

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE PACIENTES OBESOS QUE ACUDEN A NUESTRAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA Y EN SU ADECUADO REGISTRO EN OMI

indirectos que de ello se derivan.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: 01/01/2011
Controles: 31/07/2011 y 31/12/2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático de apoyo	500 €
· MAPA	1.000 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 326

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE EDUCACION AL NIÑO ASMATICO (DESDE LACTANTES HASTA 14 AÑOS).

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN VIÑAS VIAMONTE

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS ACTUR NORTE
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ ZAPATER ASUNCION. PEDIATRA. C.S. ACTUR NORTE.
- MARTINEZ ABADIA BLANCA. ENFERMERA. C.S. ACTUR NORTE.
- REDONDO CUERPO MARIA VICTORIA. ENFERMERA. C.S. ACTUR NORTE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Oportunidad de mejora: continuar con la formación y adiestramiento a niños y familiares para controlar el tratamiento y cuidados del niños asmático.

Importancia y utilidad: en las consultas de A.P. de Pediatría se comunica el diagnóstico de la enfermedad pero la información resulta insuficiente. Las entrevistas previas a los grupos de educación de los años 2009 y 2010, nos confirman este hecho.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La población está formada por los niños asmáticos de 7 a 14 años incluidos en el programa de atención al niño asmático del Centro de Salud Actur Norte y Actur Oeste que hayan presentado síntomas de asma en los últimos 12 meses.

DESARROLLO DEL PROYECTO DE MEJORA

Etapas de Desarrollo.

1ª ETAPA. De enero de 2010 a julio de 2010.

- Realización de una base de datos de los niños/as asmáticos que han participado en la educación sanitaria en el año 2009
- incluyendo datos clínicos del niño/a asmático para posteriormente completar su historia clínica de OMI, encuesta de calidad de vida en niños/as asmáticos y padres y datos de morbilidad en los últimos 6 meses (nº de consultas a urgencias, ingresos hospitalarios por asma, nº de días de absentismo escolar y nº de veces que han tenido que administrar corticoides orales).
- Se programaron reuniones en el centro de salud con los niños/as asmáticos en junio de 2010, 6 meses después de haber recibido la educación sanitaria con el fin de evaluar los cambios en la calidad de vida y morbilidad. Se diseño para ello una hoja de recogida de datos que incluía: nº de consultas a urgencias, ingresos hospitalarios por asma, nº de días de absentismo escolar y nº de veces que han tenido que administrar corticoides orales durante los 6 meses siguientes a la educación sanitaria en el niño/a asmática. Además realizaron las encuestas de calidad de vida los niños/as asmáticas y los padres.

2ª ETAPA. De julio 2010 a septiembre de 2010.

- Se programaron sesiones de educación sanitaria en el centro de salud por las enfermeras componentes del Proyecto de Mejora para los niños/as asmáticos de 7 a 14 años que vinieron el año pasado (revisión de seguimiento) y para aquellos que no pudieron realizarla.
- Preparación de la educación sanitaria grupal en asma.
- Transcripción de los datos recopilados de cada niño/a asmático a la historia clínica de OMI.

3ª ETAPA. De septiembre 2010 a diciembre de 2010.

- Transcripción de los datos recopilados de cada niño/a asmático a la historia clínica de OMI.
- Puesta en marcha de la educación sanitaria del niño asmático.

Las sesiones de educación sanitaria en el niño/a asmático/a se han realizado los siguientes días:

- Primer grupo: 27/09/2010-18/10/10 y 08/11/2010.
- Segundo grupo: 04/10/2010-25/10/2010 y 15/11/2010.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 326

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN GRUPO DE EDUCACION AL NIÑO ASMATICO (DESDE LACTANTES HASTA 14 AÑOS).

Se han realizado 6 sesiones de educación asmática, 3 sesiones en cada niño/a asmático distanciadas por 3 semanas entre cada una de ellas y se crearon grupos de 10-13 niños distribuidos por grupos de edad.

La educación sanitaria ha sido realizada por dos enfermeras del centro de salud Actur Norte: Carmen Viñas Viamonte y Blanca Martínez Abadía.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Que tanto los niños mayores de 6 años, como todos los padres sepan reconocer una crisis de asma y puedan actuar adecuadamente.
- 2.- Lograr que en niño lleve una vida normal, (en caso de niños mayores, incluidas las actividades deportivas).
 - 3.- Mantener la función pulmonar dentro de límites normales.
 - 4.- Prevenir la limitación crónica del flujo aéreo.
 - 5.- Evitar los efectos secundarios de la medicación y retirarla en cuanto sea posible.
 - 6.- Elaborar un plan individual de tratamiento.
 - 7.- Elaborar un plan para el tratamiento de la agudización del asma en el domicilio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras la detección de las deficiencias señaladas, se cree conveniente hacer una priorización y estructuración de las actividades a llevar a cabo. Para ello establecemos unos criterios de trabajo:

PRIMER SEMESTRE 2011:

- A) Niños entre 6 y 14 años:
- 1.- Complimentar la historia clínica: antecedentes familiares y personales sobre alergias, dermatitis atópica, rinitis y otros.
 - 2.- Evaluar la gravedad de la enfermedad en el niño asmático.
 - 3.- Establecer un plan de cuidados personalizado.
 - 4.- Entrevista individualizada a cada niño con sus padres para recoger los datos sobre la vivencia de la enfermedad después de las charlas.
 - 5.- Valoración de la evolución de la enfermedad durante 6 meses desde la educación sanitaria recibida el año anterior.
 - 6.- Puesta en común con el pediatra del niño para estimar la eficacia de las tareas realizadas.
- B) Niños menores de 2 años:
- 1.- Evaluar la gravedad de la enfermedad en el niño asmático.
 - 2.- Entrevista individualizada sobre cada niño a sus padres para recoger los datos sobre la vivencia de la enfermedad.
 - 3.- Propuesta de sesiones informativas para padres/tutores.

SEGUNDO SEMESTRE 2011:

- A) Niños entre 6 y 14 años:
- 1.- Captación activa de niños asmáticos entre 6 y 14 años para repetir los pasos de la primera etapa (entrevista, obtención de datos y educación).
 - 2.- Sesión de reciclaje para los niños y padres que han recibido la formación en los años anteriores.
 - 3.- Realización de espirometrías.
- B) Niños menores de 2 años
- 1.- Captación activa de lactantes (0-2 años) con bronquitis asmática (entrevista, obtención de datos y educación).
 - 2.- Preparación de formación para padres de niños menores de 2 años, que han presentado bronquitis asmática.
 - 3.- Sesión de educación sanitaria a los padres.

RESPONSABLES: Todos los miembros del Equipo de Mejora.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 588

1. TÍTULO

AMPLIACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN FORMACION Y DIFUSION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION CON EL PACIENTE GRACIAS UNA HERRAMIENTA SECOND LIFE

2. RESPONSABLE ELENA MELUS PALAZON

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ACTUR OESTE
- Servicio/Unidad .. MFYC
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAFUENTE LAFUENTE ANTONIO. MEDICO DE FAMILIA. DIRECCION AP.
- GARCIA GARCIA INMACULADA. ADMINISTRATIVO. UNIDAD DOCENTE SI.
- GALVE ROYO EUGENIO. MEDICO. CS ACTUR NORTE.
- ALVIRA GIMENEZ DE AZCARATE URSULA. MEDICO. CS ACTUR SUR.
- ARIÑO PELLICER SARA. MEDICO. CS AMPARO POCH.
- ALONSO LOPEZ CRISTINA. MEDICO. CS LA JOTA.
- REIXA VICIOSO SOL. MEDICO. CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se realizó en Noviembre de 2009, encuesta de opinión, sobre necesidades de formación. En base a los resultados se detectó, entre otras, la necesidad de respuesta para poder facilitar las labores de formación y docencia, por lo que se pensó en alguna herramienta que diese solución a estos problemas. La herramienta propuesta, Second Life, es sencilla y permite dar solución a todos los Centros del Sector rentabilizando recursos, con bajo coste en inversión tras la informatización de todos los centros de salud del sector. Dado los buenos resultados obtenidos hasta el momento se plantea ya incorporar a los CS que faltan así como al hospital de Referencia para poder conectar a todo el sector. El fin último es la mejora del proceso asistencial dotando a los sanitarios de herramientas novedosas para actualizar conocimientos, así como para transmitir protocolos de actualización en diagnóstico y derivación de pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

A. SESIONES CLINICAS:

De los 16 médicos participantes en la primera edición, 14 completaron las encuestas de confianza de pre y post, y 10 impartieron sesión clínica y 9 participaron en todas las de los demás en 5 centros y son los que calificaron la experiencia en curso.

Se presentan primero los resultados de las encuestas antes del taller:

conocen SL 28,6% (4/14)

nadie tiene avatar ya creado, 0% (1/14)

¿ha visto la isla? 28,6% (4/14)

nadie había participado previamente en actividades en este medio virtual, 0% (0/14)

Respecto a las encuestas tras el taller de formación en Second Life:

Organización del taller: mediana 4 (IQR 0,25)

objetivos del taller: media 4,40 (DS 0,516)

grado de cumplimiento: media 4,70 (DS 0,483)

adecuación contenido temático: media 4,70 (DS 0,483)

formador conoce temas: mediana 5 (IQR 0)

formador resuelve dudas: mediana 5 (IQR 0)

formador explica con casos prácticos: media 4,7 (DS: 0,483)

formador explica con claridad: mediana: 5 (IQR 0)

formador comprueba: mediana 5 (IQR 0)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

588

AMPLIACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN FORMACION Y DIFUSION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION CON EL PACIENTE GRACIAS UNA HERRAMIENTA SECOND LIFE

formador fomenta: mediana 5 (IQR 0)
formador relación: mediana 5 (IQR 0)
materiales se adaptan: media 4,6 (DS 0,516)
materiales comprensibles: media 4,40 (DS 0,516)
materiales bien presentados: media 4,60 (DS 0,516)
materiales suficientes: media 4,50 (DS 0,527)
instalaciones condiciones aula: media 3,80 (DS 0,632)
instalaciones mobiliario media 3,60 (DS 0,516)
instalaciones equipamiento: media 3,80 (DS 0,422)
valoración global del taller: media 4,70 (DS 0,483)

Durante las sesiones clínicas se cumplimentaba:

Si todos pueden acceder a Second Life: solo uno de los participantes (1/9) no pudo acceder a 4 de las sesiones, un centro rural.

si hay problemas de sonido: en dos sesiones (2/10) el ponente hablaba pero no emitía sonido, nadie más le oía.

si no se ven correctamente las presentaciones: se han visto correctamente en el 100% (10/10) de los casos.

si se participa mediante chat de voz: 100% (10/10) en todas las sesiones se ha participado mediante Chat de voz en distintos momentos de la sesión, son muy participativas.

si se participa mediante chat escrito: 100% (10/10) el Chat escrito se ha usado también en todas las sesiones pero solo durante la sesión clínica. Para comentar o preguntar tras la sesión siempre se ha usado el hablado.

si se exponen dudas mediante chat de voz: 100% (10/10) si en todas las sesiones tras finalizar la sesión clínica.

si se exponen dudas mediante chat escrito: 100% (10/10) en todas las sesiones pero durante la sesión clínica.

si se mandan citas o enlaces de materiales o paginas web a las que se hace referencia en la sesión: se ha mandado el enlace a la pagina web de la unidad docente en una ocasión y nombres comerciales de principios activos a los que se hacia referencia en la sesión en tres ocasiones.

si se presenta alguna otra incidencia: En cuatro sesiones han aparecido otras personas distintas al grupo habitual, en una de las sesiones apareció un avatar que no se pudo identificar que intentó sabotear la sesión.

B. CÓDIGO ICTUS

Mediante esta herramienta, Second Life, se logró la difusión de un nuevo programa desde Neurología del Hospital de referencia a todos los CS del sector en una sola sesión clínica y facilitando el dialogo entre todos, sin necesidad de desplazamientos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Formación tanto del personal sanitario del Sector Zaragoza I en una herramienta básica para la docencia, puesto que da la oportunidad de realizar o asistir a una reunión o sesión clínica, de manera virtual y no física, lo cual permite a todos los asistentes un ahorro de tiempo, a la vez que asegura una mayor asistencia de todos los miembros.

Se pretende promover la realización de sesiones clínicas y otras actividades formativas sin la barrera de la dispersión ni la presión asistencial y sin necesidad de desplazamientos en todo el sector I.

Difusión de protocolos y Guías para sanitarios y pacientes.

Facilitar dialogo entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Taller para conocer el programa, saber crear avatar, conocer la isla de la salud, saber tanto participar como asistente a una sesión clínica y contar con los recursos necesarios para dar una sesión clínica en Second Life. El taller se impartirá en la Unidad Docente.

Sesiones clínicas conjuntas en Second Life. Participarán todos los CS del sector que se hayan formado y el Hospital de referencia, se elaborará un calendario conjunto de sesiones clínicas.

Encuesta antes de iniciar la actividad formativa y encuesta de satisfacción después del período formativo y de la actividad propuesta (sesiones clínicas).

Difusión de Guías, protocolos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 588

AMPLIACION DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN FORMACION Y DIFUSION DE PROTOCOLOS DE ACTUACION CON EL PACIENTE GRACIAS UNA HERRAMIENTA SECOND LIFE

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de proceso: numero de sesiones clínicas realizadas en los centros.
Número de Guías o protocolos difundidos a través de esta herramienta
Objetivo: >20% difundidas por este sistema
Periodicidad: trimestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero- Febrero 2011: Solicitud acreditación actividad formativa y búsqueda recursos
Febrero-Junio 2011: Sesiones clínicas conjuntas
Julio 2011: evaluación indicadores y propuestas de mejora.
Septiembre 2011: evaluación indicadores y propuestas de mejora.
Diciembre 2011: evaluación indicadores y presentación resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material informatico: 6 altavoces	150 €
· material informatico: 2 modem USB MIFI 3252	500 €
· material informatico: 16 auriculares para PC	320 €
Total	970 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE

2. RESPONSABLE LILIANE MUR DE FRENNE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ACTUR OESTE
- Servicio/Unidad .. ZONA 1 DE ZARAGOZA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARIÑO SARA. MEDICO. CS ACTUR OESTE.
- MAYAYO CASTILLEJO EVA. MEDICO. CS ACTUR OESTE.
- CABALLERO CARMEN. MEDICO. CS ACTUR OESTE.
- OJEDA RAFAEL. MEDICO. CS ACTUR OESTE.
- JIMENEZ GUADALUPE. MEDICO. CS ACTUR OESTE.
- PEREZ RAMIREZ ISABEL. MEDICO. CS ACTUR OESTE. SOMOS 10 MEDICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La idea es continuar con el proyecto YA INICIADO POR EL DR ROBERTO GARUZ, COORDINADOR MEDICO DEL CENTRO DE SALUD DE ACTUR OESTE incorporando a los nuevos médicos, Y COORDINADO EL CONTROL DE CALIDAD X dra liliane mur de frenne a partir de este año 2011 y continuando la labor del DR. ROBERTO GARUZ BELLIDO

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos
Profesión
Centro de trabajo

- 1 Sara Ariño Pellicer
Médico
EAP Actur-Oeste
- 2 Carmen Caballero Alemany
Médico
EAP Actur-Oeste
- 3 Roberto Garuz Bellido
Médico
EAP Actur-Oeste
- 4 Rafael Ojeda Avillera
Médico
EAP Actur-Oeste
- 5 Guadalupe Jiménez Marques
Médico
EAP Actur-Oeste
- 6 Isabel Aurea Perez Ramirez
Médico
EAP Actur-Oeste
- 7 Concha Pueyo Goñi

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE

Médico
EAP Actur-Oeste
8 Elena Melus Palazon
Médico
EAP Actur-Oeste
9 Maria Jose Bruscas Alijarde
Médico
EAP Actur-Oeste

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 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.

5-1) En diciembre de 2010 se incorporan 4 medicos al equipo y se van 3 con lo que nos hemos planteado de nuevo el trabajo los nuevos y se han incorporado 4 más de los médicos antiguos al control de calidad, nos ha parecido muy interesante y el personal con gran capacidad de ayuda al equipo de calidad y motivación de trabajo con lo que en total somos 11 médicos los que formamos este Equipo de Calidad.

5-2)Se ha hecho una revisión Chocrane sistematica sobre nuestro tema:

Abu-Ramadan 2002, Banait 2000, Bertakis 1987, Bennett 2001, Bower 2000, Coulter 1993, Davidson 1992, Emslie 1993, Grimshaw 1998, Jones 1993, Kinnersley 1999, Krasnik 1990, Kammerling 1996, Linnala 2001, Morrison 2001, McWhinney 1989, O'Cathain 1995 Roland 1992, Thomas 2003, Vanselow 1995, Vierhout 1995, Wilkin 1992

5-3) Se ha estudiado un año de derivaciones a especializada, tipo de derivación y profesional de atención primaria encargado de la derivación:

Estas derivaciones fueron realizadas por los médicos titulares y sustitutos del equipo de atención primaria entre el 1-7-2008 y el 30-6-2009 inclusive.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE

5-4) No están englobadas en estas derivaciones las realizadas a las unidades de apoyo (ej. Fisioterapia o Matrona).

Ni las realizadas a algunas especialidades como oftalmología y obstetricia, en el primer caso porque la mayoría corresponden a la medición de la agudeza visual y en el segundo, a las mujeres embarazadas, episodios ambos, que siempre se han seguido inicialmente desde atención especializada.

5-5) Constatar que hemos indicado a todo el Equipo la conveniencia de hacer constar en las derivaciones las REVISIONES ANUALES que tenemos que seguir derivando desde la consulta de atención primaria como una burocracia administrativa no asumida por parte de la Consulta Especializada, también tenemos que derivar como otra tarea burocrática meramente administrativa las derivaciones que URGENCIAS de los distintos Hospitales de la Capital, a la que los pacientes acuden de motu proprio o bien derivados por AP. No ocurre lo mismo en Huesca o Teruel, donde las citas de revisiones son derivadas desde los respectivos equipos de ADMISION gestionados por administrativos, de forma secuencial en el tiempo por medio de un programa de ordenador.

5-6) Se ha realizado una HOJA DE CONTROL unificado para valorar si la derivación a especializada por parte de los médicos de atención primaria ha sido: ADECUADA, NO ADECUADA O PRECISA MAS INFORMACION, Y SI LA INFORMACION ADICIONAL HA SIDO CERRADA POR UN ESPECIALISTA: constatar que los especialistas contestan aun manualmente, en su mayoría con letras ilegibles para pacientes y para nosotros, y con la coletilla CITAR EN 1 AÑO por vuestra parte (o sea AP); no usan ordenador, en cambio las ALTAS HOSPITALARIAS si contestan por ordenador, pero no los citan a CONSULTAS ESPECIALIZADAS, con lo que todas estas citas a especialistas, nos son atribuidas, erróneamente a ATENCION PRIMARIA.

5-7) Durante 2 meses se ha procedido a revisar 20 derivaciones de las dos especialidades más demandadas por cada médico y se ha procedido a clasificarlas en las 3 valoraciones que menciono en el apartado anterior, y que se refleja en el gráfico adjunto. La evaluación fue realizada por un médico distinto al que solicitó la interconsulta y se verificó en una posterior revisión por pares.

Como consecuencia de la evaluación se obtuvieron algunas conclusiones, unas generales y otras específicas, dirigidas a implementar medidas de mejora.

Entre las generales: que en muchas ocasiones no quedaba claro el motivo principal de la derivación, en otras, la derivación obedecía a la solicitud del paciente sin que mediara otra razón o motivo técnico que motivara la solicitud de derivación (Ginecología).

También observamos, que en algunas ocasiones, no se cerraban los episodios que habían originado la derivación con la respuesta del especialista.

En algunas especialidades, los motivos de derivación inadecuadas se centraban en determinadas patologías (traumatología: patología del pie y procesos degenerativos). En los procesos músculo-esqueléticos se observó la posibilidad de mejorar las derivaciones en función de la oferta disponible y las soluciones ofrecidas por los distintos servicios (fisioterapia, rehabilitación, reumatología y traumatología)

Las medidas de mejora adoptadas se pueden agrupar en diversas categorías: información y registro, intervenciones formativas, reciclaje con especialistas y establecimiento de la posibilidad de una segunda opinión entre los mismos médicos de atención primaria.

Entre las medidas de información y registro: la necesidad de que el motivo de la derivación quede claro es una primera medida necesaria para establecer, en futuras evaluaciones. El cierre de los episodios derivados con anterioridad también parece una medida inicial decisiva que debería contener toda historia clínica. Se han realizado sesiones formativas relacionados con episodios músculo-esqueléticos y ginecológicos. Algunos profesionales han realizado reciclajes con especialistas durante una semana.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1/ Disminuir la derivación inadecuada a los servicios de atención especializada y urgencias del hospital por parte de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE

los médicos de familia.

2/ Aumentar la capacidad resolutoria de los médicos y mejorar la atención médica de algunos procesos o enfermedades, facilitando la accesibilidad

3/Disminuir los costes y adaptar la práctica médica a las indicaciones sugeridas en guías de práctica médica elaboradas con criterios de MBE.

ar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1/En primer lugar se analiza la desviación de derivaciones a atención especializada por parte de cada médico y especialidad.

2/Se selecciona aquellas especialidades con mayor desviación y se procede a analizar por medio de un audit. (realizado por otro médico distinto al analizado) cada uno de los episodios de derivación (con un formato estandarizado) clasificando las derivaciones en dos categorías: adecuada o inadecuada.

3/ Estas, a su vez, son revisadas por un comité (Peer Reviews) al objeto de validar la clasificación y agrupar las derivaciones inadecuadas en función de la/s medidas correctoras en cada caso;

3-1) adquisición de aparatos: ECG informado e informatizado, aparato de crioterapia, bisturí eléctrico que corta y coagula para pequeñas cirugías, adaptación de la práctica clínica a guías consensuadas por criterios de MBE,

3-2) sesiones clínicas con especialistas: traumatólogo, urologo, cardiólogo; reciclaje con los especialistas de referencia: preguntas y dudas surgidas en la consulta diaria de atención primaria, u otras soluciones posibles:cosos de second life...).

4/ Este proyecto tiene espíritu de continuación, evaluando los resultados, incorporando especialidades y médicos cada año, en lo que podría transformarse en un sistema de formación continuada y de mejora de los médicos del EAP de Actur-Oeste. 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) Porcentaje de derivación por médico y especialidad con respecto al total de derivaciones en cada especialidad (el objetivo es conseguir la disminución global de derivaciones a costa de la reducción de las derivaciones clasificadas como inadecuadas).

2) Número de actividades de mejora en cada categoría: para mejorar el conocimiento (número de sesiones, interconsultas, sesiones de reciclaje), mejorar la organización (mejoras en los registros, circuitos, etc.), incremento de actividad relacionada con nueva adquisición de aparataje clínicoEnero 2012 revision detección de casos y audit peer reviews para detectar las oportunidades de mejora.

Adaptación a guías de práctica clínica y/o puesta en marcha de las actividades relacionadas con la adquisición de aparataje.

Reciclaje con especialistas.

Centrarnos el las derivaciones a Traumatología y Urgencias

Evaluación de los indicadores de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. .

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. .

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESORA A COLOR 280 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE

Total 280 €

11. OBSERVACIONES. Usuario: Anonymous

<< Menú

Atras

Ayuda

```
... 5 - IMPRESORA LASER COLOR DE GRUPO DESDE 20 PPM A4 ...  
[5.1 - IMPRESORA DE 25 PPM]  
CATÁLOGO VIGENTE DESDE 08/02/2011 HASTA 07/06/2011
```

Modelo:

C3800DN

Marca

EPSON

Precio:

280,00 € (I.V.A. no incluido)

Referencia:

3-5-51037-0

CARACTERISTICAS GENERALES

Tecnología de impresión

Láser Color

Velocidad de impresión (negro, calidad máxima, A4)

25 ppm

Tiempo de impresión 1ª página

15 segundos

Resolución de impresión (ppp)

4.800 RIT

Lenguaje de impresión

Adobe PS3, PCL6, PCL5c, PDF 1.3, PCLxl, IBM I239x, ESC/Page TM Color, ESC/P2 TM

Red

Ethernet 10/100 Base Tx

Unidad duplex

Automática

Puertos

1 puerto USB de alta velocidad (2.0 Compatible), 1 puerto Ethernet 10/100 BaseTx, 1 puerto USB para impresión directa desde llave de memoria

Memoria

256 Mb ampliable a 1Gb

Bandeja/s de alimentación

Bandeja multipropósito: 150 hojas - Bandeja standard: 550 hojas

Otras características

Documentación, drivers, símbolo de euro soportado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE

GARANTÍA Y PLAZO DE ENTREGA

Plazo de garantía

2 años

Plazo de entrega

Inmediato

MEDIOAMBIENTE

Nivel de ruido

51db - 30db

Consumo de energía

750 vatios (activa) - 78 vatios (en espera) - 17 vatios (ahorro de energía)

Empresa Adjudicataria

Código

Nombre de Empresa

Localidad

033

RUPRABLAS, S.L. - ZARAGOZA - T/ 902 44 02 20 - 976 73 50 34

ZARAGOZA

Agrupación de Referencias

Referencia

Descripción

Modelo

Precio

3-5-51037-000

IMPRESORA LASER COLOR GRUPO 25 PPM

EPSON - C3800DN

280,00 €

3-5-51037-001

MEMORIA RAM 128MB

EPSON - C3800DN

14,44 €

3-5-51037-002

MEMORIA RAM 512MB

EPSON - C3800DN

33,33 €

3-5-51037-003

BANDEJA DE PAPEL DE 500 HOJAS

EPSON - C3800DN

200,00 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 250

MEJORAR LA CAPACIDAD DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD POR PARTE DE LOS MEDICOS DE FAMILIA DEL EAP ACTUR-OESTE

TOTAL

280

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD DERMATOLOGICOS QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA ACTUR-OESTE

2. RESPONSABLE RAFAEL OJEDA AVILLERA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ACTUR OESTE
- Servicio/Unidad .. EAP
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARIÑO PELLICER SARA. MEDICA. CS ACTUR OESTE. A. PRIMARIA
- CABALLERO ALEMANY CARMEN. MEDICA. CS ACTUR OESTE. A. PRIMARIA
- GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO. CS ACTUR OESTE. A. PRIMARIA
- JIMENEZ MARQUES GUADALUPE. MEDICA. CS ACTUR OESTE. A. PRIMARIA
- PEREZ RAMIREZ ISABEL. MEDICA. CS ACTUR OESTE. A. PRIMARIA
- PUEYO GOÑI CONCHA. MEDICA. CS ACTUR OESTE. A. PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es habitual encontrar en la derivación a los especialistas cierta variabilidad por parte de los distintos médicos que componen los equipos de atención primaria, mas allá del tamaño de los cupos, distribución por edad, morbilidad, etc. En muchos casos, se trata de derivaciones que se podrían evitar, garantizando e incluso mejorando la calidad de la atención recibida a través de favorecer la accesibilidad, evitando retrasos en la atención recibida por parte del especialista, y con costes menores. Esto se podría conseguir en algunos casos incorporando tecnología médica de carácter ambulatorio y en otros mejorando el conocimiento o la destreza clínica de los médicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la derivación a la consulta de dermatología por parte de los médicos de familia, aumentando la capacidad resolutoria de los médicos, mejorando la atención médica de algunas enfermedades dermatológicas y adaptando la práctica médica a las indicaciones sugeridas en guías de práctica médica elaboradas con criterios de MBE.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los médicos de atención primaria del equipo, podrán semanalmente, enviar uno o varios correos electrónicos con el/los caso/s (incorporando la imagen de las lesiones dermatológicas) que quieran consultar con el especialista en dermatología (solicitando consejo y respuesta sobre dudas de diagnóstico, tratamiento o derivación). Para ello disponemos de todos los elementos tecnológicos necesarios (lente y cámara fotográfica digital: Marca CANON CAMARA POWERSHOT G12+SD46GB) ordenadores y la tecnología de comunicación necesaria para la transmisión de las imágenes).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) Porcentaje de derivación por médico a dermatología (el objetivo es conseguir la disminución global de las derivaciones a esta especialidad).

2) Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-Junio 2011: Establecimiento de los canales de comunicación necesarios entre los médicos del equipo y el especialista dermatólogo que permitan consultar los casos. Elaboración y envío del cuestionario de calidad que nos permita conocer la satisfacción con la atención recibida en una muestra de la población que haya recibido algún servicio de consulta dermatológica previa a la implantación de este proyecto.

Julio-Diciembre 2011: Desarrollo del proyecto. Procesamiento de los datos del cuestionario previo de satisfacción con la atención recibida en las consultas de dermatología.

Enero 2012: envío del cuestionario de calidad que nos permita conocer la satisfacción con la atención recibida en una muestra de la población incluida en el proyecto.

Febrero-Marzo 2012: elaboración y presentación de resultados.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 248

MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD DERMATOLOGICOS QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA ACTUR-OESTE

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dermoscopio Dermilite DL 100. Dos Unidades	700 €
· iPad 64 Gb	699 €
Total	1.399 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

597

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL ESTRÉS EN SANITARIOS MEDIANTE UNA TÉCNICA DE RELAJACION SIMPLE

2. RESPONSABLE TERESA ALVAREZ ROCHE

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS ACTUR SUR
- Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GISTAU NAVARRO MGUEL ANGEL. MEDICO. CS ARRABAL.
- CONCHA MAYAYO JOSE ENRIQUE. MEDICO. CS ACTUR SUR.
- GUILLEN LORENTE SARA. MEDICO. CS ARRABAL.
- LOPEZ FELEZ CARLOS. MEDICO. CS ACTUR SUR.
- CLEMENTE JIMENEZ SILVIA. MEDICO. CS ARRABAL.
- ESTEBAN GIMENO ANA BELEN. MEDICO. CS ACTUR SUR.
- LOPEZ DEL HOYO YOLANDA. MEDICO. IACS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de la conducta de un individuo que intenta adaptarse a tensiones internas y/o externas.

Es conocido que el estrés esta relacionado directa o indirectamente con el descenso de la de capacidad de concentración, creatividad y productividad, así como aumento de la agresividad en el trabajo y a la larga, merma de la calidad de vida y del bienestar. Es uno de los principales factores de riesgo para diversas enfermedades crónicas (1) y fuente de problemas sociológicos y médicos con importantes repercusiones económicas, ya que puede ser la causa o estar relacionado con hasta el 75% de las consultas médicas no administrativas y frecuente motivo de baja laboral, siendo causa de hasta el 75% de las horas de trabajo perdidas (2). Existen diversos factores de estrés en el ámbito laboral de los trabajadores sanitarios que se demostró que aumentan el riesgo de desarrollar tensión y agotamiento, por ejemplo el aumento de la carga de trabajo, la respuesta emocional al contacto con pacientes que sufren o que se están muriendo, y los problemas y conflictos de la organización (3). Además, muchos estudios revelaron que los niveles de insatisfacción, tensión y agotamiento en el lugar de trabajo de los profesionales de la atención sanitaria son muy altos (4,5).

Es conocido por todos que con medidas para controlar el estrés, por cada euro invertido en este tipo de programas se recuperan hasta 20 euros en 5 años, gracias a las mejoras en productividad, creatividad, salud y relaciones interpersonales (6). También se han estudiado otras medidas como la intervención más intensiva. Por ello se propone utilizar un cuestionario autoadministrado que permita conocer la situación actual de los trabajadores sanitarios de Centros de Salud de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón, como base para futuras intervenciones en otros centros de salud de otras comunidades autónomas. Se utilizará un cuestionario autoadministrado con preguntas sencillas, con respuesta cerrada, para que el profesional elija la opción correspondiente. En el cuestionario, además de datos de filiación, o de situación laboral o personal, se han incluido dos cuestionarios ya validados, para conocer ansiedad y depresión se ha incluido test de Ansiedad y Depresión de Goldberg (7) y para conocer grado de burn-out se ha usado cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud (8). Además se han incluido preguntas para conocer el ámbito laboral, la presión asistencial y los posibles factores de confusión o modificadores del efecto, se pregunta sobre posibles sesgos del estudio como consumo de fármacos y patología prevalente relacionada con el estrés, así como sus repercusiones laborales. Respecto a su diseño, se ha optado por realizar un estudio multicéntrico para garantizar el tamaño suficiente que se precisa y para conseguir representatividad de los trabajadores de Centros de Salud de Atención Primaria. No se diseña un estudio coordinado por considerar que con un único equipo de investigación sería suficiente para dirigir el proyecto lo que permitía además abaratar costes y simplificar la organización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. No se ha obtenido ningún resultado aun.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción del estrés y patología asociada, en sanitarios mediante técnicas de relajación simple.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 597

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL ESTRES EN SANITARIOS MEDIANTE UNA TECNICA DE RELAJACION SIMPLE

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se citará a todos los profesionales del Centro de Salud (médicos, residentes, pediatras y personal de enfermería), tras solicitar día y hora con el coordinador del centro.
En cada centro seleccionado (se aleatorizará en centro intervención o control) un investigador informará del estudio, proporcionará información por escrito del mismo y solicitará consentimiento informado a los sujetos que participen, a los que se entregará cuestionario para ser autocumplimentado.
Si el centro es "control" se recopilarán los datos del cuestionario el primer día que se explica el estudio y a las 6 semanas, sin realizar ningún tipo de intervención.

Si el centro es "intervención" se les enseñará el procedimiento para realizar la técnica de relajación simple y se les emplazará a un total de 8 sesiones durante 6 semanas, realizando el cuestionario igualmente el primer día y a las 6 semanas, tras la última intervención.
Reevaluando, en ambos grupos, a los 3 y 6 meses, por lo que los sujetos participantes en el estudio, tanto intervención como control, al finalizar el mismo, habrán autocumplimentado el cuestionario 4 veces.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador de proceso:
% asistentes a sesiones
Periodicidad: trimestral

Indicador de resultado:
% escala ansiedad de golberg (antes y después de la intervención)
(cuestionario)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2010:

- Se diseña estudio.
- Presentación proyecto a la Comisión de Investigación y al Comité Ético de Investigación Clínica.
- Solicitud de los permisos necesarios (direcciones de atención primaria de todas las comunidades autónomas en las que se va a realizar).
- Informar sobre el proyecto a todos los coordinadores de los centros de salud y fijar una fecha para la primera entrevista, proporcionándole la información del estudio.
- Formación de los investigadores en la técnica de relajación de Jacobson reducida.
- Búsqueda de financiación necesaria para llevarlo a cabo.

Enero -marzo 2011:

- Estudio de campo (6 semanas).

Mayo-Junio 2011:

- Análisis resultados preliminares.
- Redacción resultados preliminares.
- Difusión de los resultados preliminares.

Junio 2011 y Septiembre 2011:

- Estudio a los 3 y 6 meses.

Octubre 2011:

- Análisis resultados definitivos.
- Redacción resultados y conclusiones.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 597

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR EL ESTRES EN SANITARIOS MEDIANTE UNA TECNICA DE RELAJACION SIMPLE

•	Difusión de los resultados	
10.	PREVISIÓN DE RECURSOS.	
	· 1 Grabadora externa DVD LG	375 €
	· 3 grabadoras de sonido	375 €
	Total	750 €
11.	OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR	

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

099

PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES EN LA REDUCCION DEL ESTRES

2. RESPONSABLE ROSA GONZALEZ UBEDA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS ACTUR SUR
- Servicio/Unidad .. CS ACTUR SUR
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALVAREZ ROCHE TERESA. ENFERMERA. CS ACTUR SUR.
- MARZO GARCIA MARIA LUISA. ENFERMERA. CS ACTUR SUR.
- LOPEZ MARTINEZ SARA. ENFERMERA. CS ACTUR SUR.
- SAINZ AYENSA ELENA. ADMINISTRATIVA. CS ACTUR SUR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El programa es la continuación del iniciado en 2009 para el aprendizaje grupal de la técnica de la relajación muscular progresiva (TRMP)

Durante los años 2009 (primer año de implantación) y 2010 se ha ofrecido el aprendizaje en grupo de TRMP dirigido a adultos de la ZBS con problemas de estrés por diferentes motivos: trabajo, situación familiar, social, cuidadores y problemas de salud.

Durante el año 2011 pretendemos continuar con el Aprendizaje de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva (método de Jacobson) e incorporar técnicas de atención plena (mindfulness) basándonos en el modelo desarrollado por Jon Kabat-Zinn en la Clínica de Reducción de Estrés- Centro de Atención Plena de la Universidad de Massachussets.

El 2011 será un año de pilotaje que nos servirá para reestructurar en el 2012 el programa iniciado en 2009 con el propósito de ofrecer Talleres de Reducción del Estrés dirigido a dos grupos diana diferenciados: profesionales del Equipo de Atención Primaria por un lado y personas adultas de la Zona Básica de Salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante los años 2009 y 2010 se han realizado 5 grupos para el Aprendizaje de la Relajación Muscular Progresiva en los que han participado un total de 38 pacientes, 5 enfermeras y 2 administrativos.

EL informe de resultados del 2009 fueron ya enviados a la Unidad de Calidad del Sector.

En el año 2010 se realizaron los dos grupos previstos con una participación de 16 pacientes (95 % de los pacientes que confirmaron su asistencia) .En una de las sesiones participó una estudiante de 2º año de Enfermería. Cada grupo ha sido dirigido por dos enfermeras, con un total de 4 profesionales implicados en el programa:

Se ha contado con el apoyo de dos administrativos.

Desarrollo del Programa:En 2010 se decidió establecer las 3 primeras sesiones semanales para el aprendizaje del método de relajación muscular progresiva, de una hora de duración. La 4 sesión se programó como sesión de refuerzo a los 15 días, tuvo una duración de 90 minutos con un espacio abierto para que los pacientes pudieran compartir su experiencia personal de relajación.

Evaluación:

Los participantes han expresado el beneficio que supone para ellos la relajación. A medida que las sesiones se realizaron se pudo constatar que los participantes habían practicado en casa.

Si bien, los problemas para la cumplimentación de los registros de evaluación del nivel de relajación han continuado. Por lo que no puede hacerse una evaluación objetiva.

Para el 2011 se ha previsto retirar los registros semanales y sustituirlos por una encuesta pre y post curso.

Respecto al número de participantes por grupo, se estima que no puede superar los 8 por las condiciones de la sala donde se realiza.

Se valora positivamente que el aprendizaje se haya realizado en 3 sesiones, siendo la cuarta una sesión de refuerzo más un espacio de 30 minutos para que los participantes puedan compartir y expresar su experiencia y dar feedback a los profesionales.

Se ha decidido incluir contenidos específicos sobre la relación estrés y salud, así como técnicas de atención plena ó mindfulness que se han demostrado eficaces en la gestión y reducción del estrés.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

099

PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES EN LA REDUCCION DEL ESTRES

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Objetivo General:

Con el programa se pretenden que los participantes puedan conocer, desarrollar y fortalecer habilidades para la gestión y reducción estrés y alcancen un mayor bienestar físico y psicológico.

Objetivos específicos:

1. Ofrecer información básica sobre las bases fisiológicas y psicológicas de la reactividad al estrés y su repercusión en la salud.
2. Aprendizaje de la Técnica de Relajación Muscular Progresiva (método de Jacobson).
3. Desarrollo de habilidades en atención plena a través de la práctica de la atención plena formal (escaner ó exploración corporal, atención consciente en la respiración) e informal (ejercicios de atención plena en la vida cotidiana).
4. Incluir en el programa formativo del EAP dos sesiones sobre el Metodo de la Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena ó mindfulness.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Durante 2011 está previsto realizar las siguientes actividades:

1. APRENDIZAJE GRUPAL DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.

1. Población diana y criterios de captación:

Está dirigido a la población adulta de la ZBS con los mismos criterios de captación que en los años anteriores.

2. Desarrollo:

Se realizará en 3 sesiones semanales de 1 hora de duración y una 4 sesión de refuerzo 15 días después, de 90 minutos de duración.

Los participantes recibirán un documento informativo sobre la técnica, un CD para la práctica en casa.

3. Evaluación: Encuesta pre y post curso.

4. Registro: Específico

5. Profesionales implicados: 2 enfermeras. 1 administrativo.

2. TALLER : APRENDER A REDUCIR EL ESTRÉS EN NUESTRA VIDA COTIDIANA.

1. Población diana y criterios de captación:

Está dirigido a la población adulta de la ZBS con los mismos criterios de captación

2. Desarrollo: 5 sesiones semanales de 90 minutos de duración

Los participantes recibirán documentación de apoyo y un CD para la práctica formal en casa así como ejercicios semanales de práctica informal

3. Evaluación: Encuesta pre y post curso.

4. Registro: Especifico

5. Profesionales implicados: 2 enfermeras. 1 administrativo.

3. SESIONES FORMATIVAS DIRIGIDAS A TODOS LOS PROFESIONALES DEL EAP. (SANITARIOS Y NO SANITARIOS).

Durante el 2011 se han programado dos sesiones formativas de una hora de duración sobre : La Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP) (MBSR en inglés)

1. Desarrollo:

Primera sesión: contenido teórico

Segunda sesión: contenido práctico.

2. Registro y Evaluación: El utilizado para las sesiones clínicas en el centro siguiendo norma ISO.

Encuesta de valoración por los participantes

3. Profesionales implicados: 1 enfermera

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. ESTRUCTURA:

nº de profesionales que participan en la actividad

nº de profesionales previstos

PROCESO:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

099

PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES EN LA REDUCCION DEL ESTRES

nº de grupos que realizados

nº de grupos previstos

nº de sesiones realizadas

nº de sesiones previstas

RESULTADOS:

nº de participantes que valoran positivamente la utilidad de la técnica aprendida (TRMP)

nº de participantes en el grupo de aprendizaje TRMP

nº de participantes que valoran positivamente la utilidad de las técnicas aprendidas (Atención Plena)

nº de participantes en el grupo "Aprender a

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario previsto para el 2011:

1. "Aprendizaje grupal de la técnica de relajación muscular progresiva".
29 marzo, 5,12 y 26 Abril .
2. Taller: "Aprender a reducir el estrés en nuestra vida cotidiana"
3,10,17 y 24 Noviembre y 1 Diciembre.
3. Sesiones formativas: 28 y 29 septiembre.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· REPRODUCTOR DE C.D.	100 €
· COJINES PARA CUELLO PARA UTILIZAR EN LA RELAJACION (10 unidades)	100 €
· *MATERIAL OFICINA PARA ELABORACION DOCUMENTACION A ENTREGAR A ...	50 €
Total	250 €

11. OBSERVACIONES. . *MATERIAL OFICINA PARA ELABORACION DOCUMENTACION A ENTREGAR A LOS PARTICIPANTES

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

413

EDUCACION A GRUPOS EN LACTANCIA MATERNA

2. RESPONSABLE MARIA LOURDES MUÑOZ DOMINGUEZ

- Profesión MATRONA
- Centro CS ACTUR SUR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TOLEDO PEREZ ROSA MARIA. ENFERMERA. CS ACTUR SUR. ENFERMERA PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. CONTINUIDAD DEL PROYECTO DE MEJORA DEL PERIODO DE LACTANCIA MATERNA , EN CUANTO A CALIDAD Y TIEMPO; PRIO RIZANDO EL VINCULO AFECTIVO MADRE-HIJO .

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1 - AUMENTAR EL PERIODO DE LACTANCIA MATERNA

2- PREVENCION DE PATOLOGIAS FUTURAS, (OBESIDAD, ALERGIAS, HIPERTENSION ETC)

3- FAVORECER EL APEGO AFECTIVO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- EDUCACION GRUPAL CON METODOS AUDIOVISUALESY DINAMICA DE GRUPO

2º -1-2 SESIONES INSERTADAS EN GRUPO DE EDUCACION MATERNA PREPARTO

3 -3 MESES DE APOYO GRUPAL POST-PARTO, INCLUYENDO MASAJE INFANTIL.

4 -CONTROL DE LA ACTIVIDAD POST- PARTO A LOS 3/6/12 MESES, EN CONSULTA MATRONA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EVALUACION TIEMPO DE LACTANCIA A LOS 3/6 MESES.

GRADO DE SATISFACCION DE ESTE PERIODO MEDIANTE ENCUESTA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIACION MARZO 2010, FINALIZACION MARZO 2012

1-2 SESIONES EN GRUPO DE EDUCACION PREPARTO

GRUPO ABIERTO DURANTE 3 MESES CONSECUTIVOS POST-PARTO (1 DIA SEMANAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- almohadas mamaluna 8 (x25€/unidad 200 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 413

EDUCACION A GRUPOS EN LACTANCIA MATERNA

· equipo de biofeedback y estimulación para suelo pelvico de enraf nonius iberica	2.200 €
Total	2.400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

INTRODUCCION DE LA CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

2. RESPONSABLE LUCIA DIESTE AISA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CS ALFAJARIN
 - Servicio/Unidad .. LA PUEBLA DE ALFINDEN
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LOSSIO DAVALOS MARIO. MEDICO. CS ALFAJARIN. VILLAFRANCA DE E.
 - MAINAR LATORRE MARIA PILAR. MEDICO. CS ALFAJARIN. COORDINADORA
 - RAMOS GABILONDO OLGA. ENFERMERA. CS ALFAJARIN. LA PUEBLA DE ALFINDEN
 - BLASCO SELLES MARIA TERESA. ENFERMERA. CS ALFAJARIN. LA PUEBLA DE ALFINDEN
 - CABRERO CARBONERO ANA. ENFERMERA. CS ALFAJARIN. RESPONSABLE DE ENFERMERIA
 - RUBIO JIMENEZ. MEDICO. CS ALFAJARIN. ALFAJARIN
 - NAVARRO MAURES JESUS. MEDICO. CS ALFAJARIN. MEDICO DE AC

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Importancia y Utilidad:

La Cirugía Menor (CM) es una actividad desarrollada tradicionalmente en nuestro Centro de Salud (CS) por los profesionales sanitarios de Medicina y de Enfermería tanto en la Atención Urgente como de Consulta, atendiendo la demanda de los pacientes.

En este momento en que los servicios de salud están preocupados por la CALIDAD y la SEGURIDAD de la atención prestada, la tendencia de los profesionales ha de ser el realizar una CM de forma PROGRAMADA, con PROCESOS definidos y EVALUABLES.

- Se trata de un proceso clínico sistematizado realizado con criterios de calidad
- Aumenta la seguridad y satisfacción del paciente al ser una atención que tiene en cuenta sus necesidades
- Aumenta también la motivación y satisfacción del profesional al adquirir o mejorar conocimientos y habilidades
- Obtiene un resultado en el servicio sanitario con un coste razonable.

La Detección como Oportunidad de mejora se establece en la Autoevaluación del Contrato de Gestión (CG) y el método de Priorización que se utiliza es la valoración de la factibilidad del proyecto por parte del grupo de mejora al concurrir una serie de circunstancias favorables en la situación de partida: Motivación de los profesionales, Experiencia en otros CS y Formación; posibilidad de tener la Estructura necesaria adaptando y optimizando los recursos del Equipo y de conseguir la Organización necesaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

El RENDIMIENTO que se espera conseguir es:

- Asistencia sanitaria personalizada y basada en las necesidades del paciente
- Intervenciones con estándares de calidad y criterios de costo razonable.
- Alcanzar el Objetivo del Contrato de Gestión.

Los RESULTADOS por criterios (EFQM):

En Personal:

- Mejorar ó adquirir nuevas habilidades.
- Aumentar la satisfacción profesional.
- Impulsar una forma de trabajo en equipo basada en la colaboración con otros profesionales.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

353

INTRODUCCION DE LA CIRUGIA MENOR PROGRAMADA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAJARIN

En Clientes:

Diagnosticar y tratar lesiones molestas ó que pueden malignizarse
Aumentar la seguridad clínica de los pacientes.
Cubrir la demanda y aumentar la satisfacción del paciente.

En Sociedad:

Disminuir la derivación a Especializada.
Aumentar el rendimiento de los recursos de AP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

El Coordinador y Grupo de mejora elaboran el Programa:

Comparten los conocimientos y experiencias anteriores, revisan los protocolos de CM en AP y adaptan el programa a las necesidades y posibilidades del CS.

Todas las actividades las realiza siempre un equipo formado como mínimo por una persona de Medicina y una de Enfermería al considerar que la aportación interdisciplinar es imprescindible en CM.

Se analizan y definen las necesidades:

Estructura: Al no disponer de una consulta específica se adaptara un lugar en una consulta de enfermería con el material necesario:

Material mobiliario: camilla, taburete, mesas auxiliares, contenedores.

Equipo básico de reanimación.

Material quirúrgico: BISTURÍ ELÉCTRICO, equipo y material de curas.

Se solicitan los apoyos necesarios para completar las deficiencias en material: Suministros y la colaboración necesaria con otras especialidades: Anatomía Patológica.

Organización (Estrategia): se establece un modelo de Equipos Quirúrgicos que se componen de un profesional de Medicina y uno de Enfermería que realizan las intervenciones siguiendo el protocolo y asumiendo la demanda que se vaya generando en el CS.

Se definen los Procesos de los que se compone el Programa:

Diagnóstico y Captación en consulta de Enfermería ó Medicina. HªCª relevante para las intervenciones: contraindicaciones, análisis, etc.

Protocolo de Intervención:

Preparación de sala y material.

Lesiones: Nevus, Queratosis seborreicas, Q. Actínicas, Fibromas blandos, Verrugas, Pat Ungueal, Léntigos , Quistes Epidérmicos, Queloides...

Tratamiento: Biopsia-Rebanado-EDS, Fulguración, Incisión, Escisión y sutura...

Derivación a Anatomía Patológica.

Seguimiento en consulta de Enfermería ó Medicina: cura local hasta su curación.

Control y registro de complicaciones y resultados de Anat Pat.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

INDICADORES:

Indicador Absoluto:

Nº de lesiones tratadas en programa. Se obtendrá con el registro OMI.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

492

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD CONSISTENTE EN LA CREACION DE UN DESARROLLO TECNOLOGICO PARA APOYO A PACIENTES CRONICOS DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL

2. RESPONSABLE ELISA AREVALO MIGUEL

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ARRABAL
- Servicio/Unidad .. MEDICO DE FAMILIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REIXA VIZOSO SOL. MEDICO DE FAMILIA. CS ARRABAL.
- PAU PUBIL MERCE. MEDICO DE FAMILIA. CS ARRABAL.
- CAMBRA CAMBRA ENCARNA. ENFERMERA. CS ARRABAL.
- ANTORAN ALICIA. ENFERMERA. CS ARRABAL.
- MAGALLON BOTAYA MARIA ROSA. MEDICO DE FAMILIA. CS ARRABAL.
- VALERO ARNAL BLANCA. JEFE DE EQUIPO DE ADMISION. CS ARRABAL.
- PINILLA PALLEJA RAFAEAL. MEDICO. EMPRESA BETQOL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. el aumento de pacientes crónicos en nuestro centro de salud por el envejecimiento demográfico y la introducción de nuevas tecnologías, nos hace ver como una oportunidad de mejora en nuestro centro de salud, la utilización de herramientas de comunicación y seguimiento de pacientes crónicos por otros modelos distintos de los habituales, pero muy en la línea de las nuevas tendencias en gestión de pacientes crónicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los pacientes crónicos y sus familiares necesitan ayuda para cuidarse, en particular las familias con pacientes dependientes. El modelo BETQOL se asocia al desarrollo de la red social qoolife.com, en la que cada persona está en el centro de su red de salud y se puede comunicar con ella por distintos canales (multicanal). Para facilitar y agilizar las consultas se ha desarrollado un canal de tele-consulta rápida. por tanto, el resultado que se espera obtener es la mejora de la atención a los pacientes crónicos, a través de :

1. Un programa de formación de profesionales sanitarios para adiestrarlos en la motivación y capacitación en auto-cuidado a pacientes crónicos y familiares de dependientes
2. Una estrategia de cambio cultural y de comportamientos de los usuarios del sistema sanitario
3. Una metodología de desarrollo tecnológico "guiado por el usuario" (cocreación) de la red social qoolife.com

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Captación y formación de pacientes: a los pacientes que entren a formar parte de los grupos se les proporcionará un usuario de acceso a los recursos de la red social, un curso-taller de formación inicial y medios de apoyo para facilitar el aprendizaje, tanto presencialmente como on-line (e-learning).

Presentación, captación y formación de los profesionales del centro: los profesionales sanitarios que participen en el estudio recibirán un adiestramiento específico para proporcionar feedback adecuado al equipo de ingeniería, así como formación relacionada con el programa y gestión de la demanda.

Modelo web de centro de salud arrabala para intercomunicación entre los usuarios implicados en el proceso: difusión de información, comunicación externa, anuncios, consejos etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mejorará la calidad de vida de los pacientes crónicos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 492

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD CONSISTENTE EN LA CREACION DE UN DESARROLLO TECNOLOGICO PARA APOYO A PACIENTES CRONICOS DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL

Análisis de coste- efectividad del sistema de atención sanitaria en la gestión de pacientes crónicos.
Encuesta de aceptación de usuarios: profesionales y pacientes.
Mejora de la salud percibida
Puesta en marcha de herramientas de qoolife.com y la correspondiente formación
Estudio de reducción de ingresos innecesarios, de visitas a urgencias y de consultas presenciales a demanda no esenciales
Estudio de aumento de consultas a distancia por teléfono, on-line o videoconferencia
Mejoras de eficiencia
3.1 reducción de coste de atención por paciente crónico en AP
3.2 reducción de costes para los usuarios y sus familias
3.3 mejora de la relación de coste-efectividad

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril de 2011: presentación del proyecto y preparación de la herramienta. formación
mayo 2011: captación de profesional de usuarios y puesta en marcha del proyecto
mensualmente: sesiones de intercambio de experiencias , de formación continuada, de dudas y avances.
noviembre y diciembre: análisis de costes y de satisfacción. Estudio de indicadores.
enero 2012: presentación y difusión de resultados, feedback

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· adaptación de herramienta de servidor, formación continuada y apoyo al programa .. 1.800 €
Total 1.800 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

478

CONSOLIDACION DE LA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL BELLOSO RODANES

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ARRABAL
- Servicio/Unidad .. MEDICINA DE FAMILIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA LATASA JAVIER. DERMATOLOGIA. CME GRANDE COVIAN. DERMATOLOGIA
- SANZ MARTINEZ DIANA. MEDICO DE FAMILIA. CS ARRABAL.
- OLMEDILLAS MARIA JOSE. PEDIATRA. CS ARRABAL.
- LEZAUN CARMEN. ENFERMERA. CS ARRABAL.
- BENITO CORNAGO MARIA LUISA. ADMINISTRATIVA. CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Se pretende con la continuación de este proyecto valorar la ampliación de este proyecto al resto de consultas de nuestro Equipo de Atención Primaria, y ver las dificultades y opciones de cara a su extensión y futura oferta como servicio del centro.

El proyecto ha ido dirigido a patología dermatológica vista en medicina de familia y se pretende ampliar a patología varicosa y dermatológica vista en enfermería y a patología dermatológica pediátrica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En el año 2010 se han incluido en el proyecto 22 pacientes y han participado cinco médicos de atención primaria y el dermatólogo de grande covián.

la patología ha sido esencialmente banal, con concordancia aceptable. Sin embargo se han detectado muy precozmente patología tumoral severa.

la aceptación ha sido buena por parte de los profesionales y pacientes implicados.

Se envió informe de resultados el 21 de enero de 2011.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

- Estabilización de un servicio de tele dermatología en el Centro de Salud. Estudiar la inclusión del software en programa omi
- Mayor rapidez diagnóstica.
- Aplicación del tratamiento adecuado lo antes posible y la minimización de secuelas.
- Disminución en los tiempos de demora de las derivaciones a Cirugía General, y Cirugía Plástica, de las patologías dermatológicas que lo precisen.
- Disminución de derivaciones de presencia física al nivel especializado.
- Estudio de costes, que este año no se ha podido realizar.
- Mejora de las competencias de los profesionales en patologías tan frecuentes como las dermatológicas.
- Mejora de la satisfacción del paciente, evitando demoras y desplazamientos. Realización de encuesta que este año no se ha podido realizar

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las actividades son similares a las planteadas el año pasado, con la inclusión al final de las actividades no previstas el año pasado:

Reunión de coordinación entre los integrantes del equipo.

- Reunión de formación sobre instrucciones básicas de manejo de la cámara fotográfica e instrucciones sobre normas comunes de realización de las fotografías (fondo, distancia, número de lesiones,...).
- Instrucciones sobre el modo de envío de las imágenes por correo electrónico con garantías de seguridad (imágenes y datos personales).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 478

CONSOLIDACION DE LA CONSULTA DE TELEDERMATOLOGIA DEL CENTRO DE SALUD ARRABAL

- Elaboración del consentimiento informado.
- Preparación del diagrama de flujo del circuito de envío de imágenes, sospecha diagnóstica y respuesta.
- Reuniones periódicas para comentar resultados.
- Sesiones clínicas fundamentadas en casos "especiales" y otras relacionadas con patologías más frecuentes.
- Utilizar el banco de imágenes recopiladas para realizar sesiones clínicas específicas con residentes y estudiantes de Medicina que roten por el centro.

+ Estudio de coste-eficiencia de la actividad
+ estudio de valoración de la estabilización del programa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

- Número de reuniones relacionadas con la puesta en marcha del proyecto: coordinación, seguimiento, información al equipo, ..Esperamos aumentar a una sesión bimensual. el año pasado se hicieron tres en todo el año
- Número de pacientes incluidos en la nueva consulta: supera las 22 del año pasado
- Tiempo transcurrido entre el envío de imágenes y la obtención del diagnóstico. Mantener el máximo de 5 días del año pasado
- Concordancia entre la impresión diagnóstica del médico de familia y el diagnóstico del especialista en Dermatología.
- aumentar el grado de concordancia obtenido el año pasado, sobre todo de patologías banales.
- Descripción de las patologías.
- Encuesta de satisfacción del paciente.
- Sesiones clínicas realizadas con el material obtenido.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Concitunación del proyecto en abril de 2010.

una sesión bimensual
incorporación de enfermería y pediatría la proyecto desde el inicio
estudio de concordancia en diciembre
estudio de costes desde octubre a diciembre
preparación de dossier con imágenes para docencia interna del centro y externa del sector: enero.marzo de 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• dos cámaras de alta precisión	700 €
• *una cámara para pediatría y otra para valoración de	700 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES. *una cámara para pediatría y otra para valoración de concordancia de servicio de dermatología de grande covian

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 542

LA SALUD FISICA Y EMOCIONAL DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ARRABAL DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE MARISA JUAN GERMAN
· Profesión TRABAJADOR SOCIAL
· Centro CS ARRABAL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· AREVALO ELISA. MEDICA. CENTRO DE SALUD ARRABAL.
· CHECA MARIA ANGELES. MATRONA. CENTRO DE SALUD ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dada la respuesta positiva de las mujeres participantes en el grupo formado el año anterior, en cómo ha mejorado su salud, su aspecto físico y aumentado en individualidad; se decide dar continuidad al proyecto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Han participado 20 mujeres captadas por los profesionales sanitarios del centro, reuniéndose una vez por semana en el centro de salud para hacer actividades de musicoterapia, yoga, arteterapia y diferentes técnicas de relajación, así como talleres impartidos por sanitarios, como un taller del dolor y otro de alimentación sana. El proyecto tiene de duración el curso escolar, de octubre a junio.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Captar a un mayor número de mujeres del centro que tienen cargas familiares graves, o problemas que les están llevando a la depresión.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se quiere dar continuidad al grupo, durante una sesión semanal, añadiendo otras técnicas a las sesiones, talleres para el desarrollo de la creatividad.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de mujeres participantes en el grupo.
N° de sesiones durante los meses de octubre del 2011 a junio del 2012.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Octubre del 2011, hasta junio del 2012.
Sesiones semanales.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Materiales para los talleres 1.000 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

438

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE REGISTRO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN OMI

2. RESPONSABLE MARIA ROSA MAGALLON BOTAYA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ARRABAL
- Servicio/Unidad .. MEDICINA FAMILIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REIXA VIZOSO SOL. MEDICO. CS ARRABAL.
- CAMBRA CAMBRA ENCARNA. ENFERMERA. CS ARRABAL.
- LARRAGA MARIA JESUS. ENFERMERA. CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La situación de partida es la siguiente.

En 2009 una de las profesionales del Equipo se incorporó de manera voluntaria al proyecto BIFAP.

a lo largo de estos años se han presentados los resultados individuales del trabajo de médico y enfermera del cupo inscrito, en sesiones de equipo, percibiendo el interés en ampliar la adscripción de miembros del equipo a este proyecto y la oportuna de mejorar infraregistros.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es la primera vez que se presenta este proyecto, pero se adjuntan resultados obtenidos en cupo individual, de manera parcial por la imposibilidad de adjuntar archivo:

registro de talla como dpq : 28%
registro de recetas con posología: 32%
peso registrado como dpq: 36%
etc.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. mejora de infraregistro en indicadores de :

pero, talla, posología, consumo de alcohol, tabaco, tension arterial y registri de posología en prescripciones crónicas y no crónicas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. presentacion de proyeto en el equipo,

adscripción de nuevos miembros.

hojas de recuerdo e instrucciones para todos los miembros del equipo.

sesión mensual de objetivacion de mejoras.

incentivación: comunicación a congreso, motivación interna, etc.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. mejora de infraregistro en indicadores de :

pero, talla, posología, consumo de alcohol, tabaco, tension arterial y registri de posología en prescripciones crónicas y no crónicas.

se parte de la basal de cada cupo, tanto si se adscribe al proyecto bifap como si no.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. mayo: presentacion del proyecto.

junio, valoración resultados iniciales.

de septiembre a diciembre: sesiones mensuales de mejora de indicadores evaluados.

enero-febrero: recopilación para presentación en el equipo, consejo de salud y en gerencia de sector.comunicación a congreso

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- presentacion de informe. maquetación, encuadrenación, difusion. 100 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 438

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE REGISTRO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN OMI

· ofimatica	500 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 544

LA ATENCION, ACOMPAÑAMIENTO E INFORMACION, DE LA INTERRUPCION DE EMBARAZO EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE EMILIA OLLOBARREN HUARTE
· Profesión TRABAJADOR SOCIAL
· Centro CS ARRABAL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO CONSUELO. TRABAJADORA SOCIAL. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA).
· FERNANDEZ CARMEN. TRABAJADORA SOCIAL. ACTUR SUR, NORTE, OESTE. T.SOCIAL
· FILLAT ASUNCION. TRABAJADORA SOCIAL. CS ZUERA /CS PARQUE GOYA. T.SOCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde las diferentes unidades de Trabajo Social de los centros de salud del sector Zaragoza I, se ha detectado la falta de información, atención adecuada y acompañamiento además del seguimiento de las mujeres que desean interrumpir el embarazo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que las mujeres derivadas a nuestras consultas que deseen interrumpir el embarazo tengan un trato respetuoso, dando la información necesaria de cómo se realiza la intervención y del proceso de la IVE, así como un seguimiento si fuese preciso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Atención a las mujeres que deseen interrumpir el embarazo.
Información adecuada del procedimiento.
Coordinación con la clínica.
Posterior revisión.
Seguimiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de mujeres atendidas.
N° de interrupciones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde mayo del 2011 a mayo del 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. No se precisa ningún material.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 454

1. TÍTULO

ACTUALIZACION GUIA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD , APOYADOS EN UN INSTRUMENTO INFORMATICO Y UN SISTEMA INTERNO DE FORMACION Y CONTROL

2. RESPONSABLE LOURDES ENCISO CIRIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CASAÑAL SOLANAS ISABEL. AUXILIAR CLINICA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· MARCEN MERCEDES. AUXILIAR CLINICA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· FRAJ VALLE MARIA DEL MAR. MEDICO. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· ABAD BAQUER CELIA. ENFERMERIA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SORA USON OLGA. ENFERMERA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· CASILLAS FERRANDIZ LUIS. JEFE GRUPO ADMISION. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA
· SAIZ PEREZ BEGOÑA. ENFERMERA. CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA). ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En su inicio se detectó una creciente demanda de atención médica urgente, y si bien es cierto que la mayor parte de esta actividad consistirá en la atención a urgencias banales, la necesidad de disminuir el tiempo de respuesta ante una Urgencia Médica es básico en el resultado final.

Todos los miembros del equipo deberíamos estar mínimamente capacitados para atender una urgencia en el centro. Alguna vez desconocemos el material del que disponemos, su funcionamiento, o no lo encontramos. En las situaciones de urgencia donde la carga emocional es importante a menudo se olvidan pasos fundamentales cuyas consecuencias pueden ser irreparables.

Se identificó como proyecto de mejora en primer lugar, la Supervisión y Organización de la Sala de Urgencias, de manera que cualquier trabajador pudiera acceder y reconocer el material disponible y así colaborar con la atención urgente.

En segundo lugar unificar la práctica clínica mediante la elaboración de Guías de buena práctica.

En la actualidad consideramos oportuno mantener los dos objetivos iniciales dada su trascendencia y añadir tres objetivos:
actualización clínica de la guía de urgencias por los cambios de actuación reflejados en las nuevas guías.

Actualización de procedimientos internos para adaptación a norma ISO-9001
incorporación de la guía de urgencias a la nueva página web del Centro.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL 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

Resultados de la evaluación del año 2009

1º indicador: 100%

2º indicador 100%

3º 58% de los trabajadores del centro acuden a las sesiones formativas

4º indicador: el 90% de los encuestados reconoce haber participado en la atención de alguna urgencia; de estos casi la mitad refiere no haber utilizado la Sala de Urgencias.

El 100% cree necesaria la sala y sabría localizar el material (carro, desfibrilador, oxígeno)

Más de la mitad ha consultado alguna vez la Guía de urgencias y cree en la utilidad de su contenido.

Se reitera la necesidad de revisiones periódicas de protocolo de urgencias incluidos en las guías

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Mantener equipo formado por un médico, un ATS y un auxiliar de clínica, que será el responsable del mantenimiento

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

ACTUALIZACION GUIA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD , APOYADOS EN UN INSTRUMENTO INFORMATICO Y UN SISTEMA INTERNO DE FORMACION Y CONTROL

de la Sala de Urgencias:

- control de caducidades mensual, (conforme sistema de calidad ISO del Sector I)
-supervisión de equipamiento(carro de paradas, desfibrilador . oxigenoterapia, aspirador),material y vitrina de fármacos anualmente .(conforme sistema de calidad ISO del Sector I)

2-Disponer de GUÍA DE URGENCIAS , con soporte visual informático ,adaptación a la página web del centro de salud que permita una pauta clara de actuación desde cualquier consulta del centro de salud .En ella incluiremos:

-Algoritmos de actuación: soporte vital Básico, Broncoespasmo ,Cardiopatía Isquemica, Intoxicaciones...)
-Manejo de Fármacos: dosis , indicaciones, precauciones..
-contenido y disposición del carro de paradas.
-Listado de teléfonos útiles en Urgencias .

3-Garantizar la existencia de un circuito de autoformación-reciclaje anualmente , para el 95% de los trabajadores, donde se den a conocer las nuevas recomendaciones y donde se recuerde el funcionamiento del equipamiento básico de urgencias : Carro de paradas , desfibrilador, oxígeno , aspirador y vitrina de fármacos .

4-Instaurar un sistema de monitorización de las actividades previstas cada año.

5-Implicar al personal de refuerzo y sustitutos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1-Mantener un Carro de Paradas accesible y habilitado para responder ante una Urgencia . , así como Maletín de Fármacos y Maletín de Curas /Goteros listos para atender urgencias en domicilio.
Revisar periódicamente equipamiento, material y vitrina de fármacos .

2-Actualizar Guías de Actuación Práctica en Urgencias, basadas en la evidencia clínica y adaptadas a nuestras posibilidades.

3-Actualizar Guía de Terapia Farmacológica con los fármacos disponibles en nuestro botiquín de urgencias donde conste presentación, posología, indicaciones y efectos adversos.

4-Asegurar el acceso rápido a la Guía mediante soporte informático adecuado. Adaptación de la guía de urgencias a la página WEB

5-Adaptación de todas las actuaciones a la sistema de calidad ISO implantado en el centro y sector.

6-Sesiones informativas a todos los trabajadores del Centro sobre el circuito asistencial establecido. Taller formativo por estamentos, para dar a conocer el equipamiento de la sala de urgencias, así como la Guía.

7-Sesiones de recuerdo anuales para todos los miembros del equipo.

8-Monitorización anual de las actividades previstas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1, actualización de las guías

2,- adaptación al sistema de calidad ISO

3- incorporación de la guía a la nueva página web del centro

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

454

ACTUALIZACION GUIA DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD , APOYADOS EN UN INSTRUMENTO INFORMATICO Y UN SISTEMA INTERNO DE FORMACION Y CONTROL

4-Cumplimentación de hojas de registro de caducidades de Carro, Maletines y Vitrina de fármacos, mensualmente en el 100% de las veces.

5- Cumplimentación de la revisión anual de todo el material de urgencias en el 100%.

6-Número de trabajadores que acuden a sesiones Formativas /Informativas en el 90%.

7Encuesta de opinión a todos los trabajadores del centro, para conocer su punto de vista sobre si estas medidas han sido de utilidad en su practica habitual y solicitar sugerencias para mejorar la atención a las urgencias en el Centro de Salud.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril de 2011.
No se considera fecha de finalización

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 383

1. TÍTULO

LA MEJORA DE LOS RESULTADOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMO INSTRUMENTO PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE EN EL CS AVENIDA CATALUÑA (LA JOTA).

2. RESPONSABLE CAROLINA MENDI METOLA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO LOPEZ CRISTINA. MEDICO. CENTRO DE SALUD LA JOTA. ATENCION PRIMARIA
- BIBLIAN MIGUEL MARIA TERESA. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD LA JOTA. ATENCION PRIMARIA
- CASILLAS FERRANDIZ LUIS. PERSONAL ADMINISTRATIVO (RESPONSABLE). CENTRO DE SALUD LA JOTA. ATENCION PRIMARIA
- FUSTERO FUSTERO ANA ISABEL. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD LA JOTA. ATENCION PRIMARIA
- LOMBA GARCIA BELEN. MEDICO. CENTRO DE SALUD LA JOTA. ATENCION PRIMARIA
- ROY PEREZ MARIA JOSE. MEDICO. CENTRO DE SALUD LA JOTA. ATENCION PRIMARIA
- SANLEMENTE GABAS ISABEL. ENFERMERIA. CENTRO DE SALUD LA JOTA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA OPORTUNIDAD DE MEJORA SE HA DETECTADO TRAS LA EVALUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL CONTRATO DE GESTION DE 2010.

PRESTAREMOS ESPECIAL ATENCION A AQUELLOS SERVICIOS QUE LA ORGANIZACION HA CONSIDERADO COMO PRIORITARIOS EN EL CONTRATO DE GESTION DEL 2011 Y QUE ESTAN RELACIONADOS CON LA EFECTIVIDAD Y LA SEGURIDAD DE LA ATENCION SANITARIA, DADO EL IMPACTO QUE TIENEN SOBRE LA SALUD DE LA POBLACION QUE ATENDEMOS, Y CON LA EFICIENCIA, EN RELACION A NUESTRO DEBER COMO ORGANIZACION SANITARIA PUBLICA DE UTILIZAR DE LA FORMA MAS ADECUADA LOS RECURSOS DE LOS QUE DISPONEMOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORA DE LOS RESULTADOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL 2011 RESPECTO A LA DEL 2010

ANALISIS SISTEMATICO TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS INTERMEDIOS QUE SE OBTIENEN
REALIZAR PROPUESTAS DE MEJORA EN BASE A LOS RESULTADOS TRIMESTRALES
IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE INFORMACION Y FORMACION DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DEL EQUIPO EN LA EVALUACION DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL 2010

ANALISIS DE LOS RESULTADOS POR CIAS DE LA EVALUACION DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL 2010
ANALISIS TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS ALCANZADOS POR EL EQUIPO
ANALISIS TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS ALCANZADOS POR CIAS
DETECTAR LAS DEFICIENCIAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRIMESTRALMENTE Y APLICAR LAS MEDIDAS CORRECTORAS BASADAS FUNDAMENTALMENTE EN ACTIVIDADES FORMATIVAS, PONIENDO ESPECIAL INTERES EN EL REGISTRO ADECUADO DE LOS DATOS EN OMI-AP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. DADO QUE EN EL MOMENTO ACTUAL NO DISPONEMOS DEL CONTRATO GESTION DEL 2011, NO PODEMOS ESPECIFICAR LOS INDICADORES, PERO SE REALIZARAN COMPARANDO LOS DATOS OBTENIDOS CON EL ESTANDAR ESPERADO Y CON EL ALCANZADO EN REVISIONES PREVIAS, PRIORIZANDO LOS RESULTADOS CLAVE SE REALIZARA UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS INICIALES Y LOS OBTENIDOS TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LAS MEDIDAS CORRECTORAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. ABRIL 2011: ANALISIS DE RESULTADOS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL 2011

ABRIL 2011: ESTABLECER PROPUESTAS DE MEJORA
JULIO 2011: ANALISIS DE RESULTADOS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2011
JULIO 2011: ESTABLECER PROPUESTAS DE MEJORA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

383

LA MEJORA DE LOS RESULTADOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMO INSTRUMENTO PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA ATENCION AL PACIENTE EN EL CS AVENIDA CATALUÑA (LA JOTA).

OCTUBRE 2011: ANALISIS DE RESULTADOS DEL TERCER TRIMESTRE DEL 2011

OCTUBRE 2011: ESTABLECER PROPUESTAS DE MEJORA

ENERO 2012: ANALISIS DE RESULTADOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 611

MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN SU SALUD MEDIANTE ENCUENTROS CON ASOCIACIONES DE SALUD Y AYUDA MUTUA

2. RESPONSABLE CONSUELO PARDO PARDO
- Profesión TRABAJADOR SOCIAL
 - Centro CS AVDA. CATALUÑA (LA JOTA)
 - Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las actividades comunitarias, aquellas orientadas hacia la promoción de la salud, el incremento de la calidad de vida y el bienestar social, potencian la capacidad de las personas y grupos para abordar sus propios problemas, demandas y necesidades. En el Sistema de Salud, y específicamente en Atención Primaria de Salud, la participación con y en la comunidad es un elemento prioritario en el que pueden incluirse todos: pacientes, familias, profesionales, organizaciones, y ciudadanos en general. Las Asociaciones de Salud y Ayuda Mutua se integran también dentro de esta participación en salud. Los afectados asumen con ello tener más protagonismo en su propio bienestar. Así, desde este proyecto de mejora de la calidad en el C.Salud de "La Jota", tratamos de mejorar la salud de pacientes y familiares de la Zona de Salud con la participación de AA. de Salud y Ayuda Mutua

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Los encuentros con las distintas Asociaciones han servido a pacientes, familiares y profesionales =unos 100 aprox. sólo en los cuatro encuentros celebrados= para adquirir mayor conocimiento sobre la enfermedad, sobre los síntomas, medidas de educación y prevención, etc. Es un buen método para realizar acciones de promoción y educación para la salud. Es un elemento de conexión entre los profesionales del EAP y la comunidad. Se ha dado la participación de todos ellos en una u otra medida.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Mejorar el acceso a la información sobre la enfermedad y apoyos y servicios para afrontarla tanto el usuario como la familia
-Brindar oportunidad de compartir dudas y experiencias
-Posibilitar creación o integración en grupos de ayuda mutua

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de encuentros temporalizados según se acuerde (uno cada 2 meses aprox.), abiertos a pacientes, familiares, profesionales y población general invitando a distintas AA de Salud y Ayuda Mutua.
-Trabajo en red: Colaboración profesionales del Centro; colaboración interinstitucional (préstamo Centro Municipal), y profesionales y asociaciones vecinales para que la información llegue al mayor número de pacientes y familiares afectados y a las personas interesadas de la zona.
- Realización del Encuentro con transmisión de la información y espacios para el debate, dudas y compartir experiencia.
A mejorar destacamos la captación de un número mayor de pacientes y sus familias con la problemática concreta que va a tratarse en el encuentro. Es decir, dirigir la información tanto a la población general como y sobre todo, a los afectados. Este dato nos lo constata el alto número de personas que acudieron cuando se ofreció la información directamente a los interesados encuentro con Asanar. También destacamos como aspecto a mejorar la posible captación directa y voluntaria de usuarios tras la celebración del encuentro con objeto de posteriores reuniones o creación grupo específico.
Por otra parte sería adecuado la realización tras el encuentro, de alguna encuesta sencilla de satisfacción que nos permita analizar la actividad y si hemos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 611

MEJORAR LA PARTICIPACION DE LA POBLACION EN SU SALUD MEDIANTE ENCUENTROS CON ASOCIACIONES DE SALUD Y AYUDA MUTUA

de modificar algo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Elaborar plantillas: de transmisión información mínima; de participación posterior en grupos; de información de la Asociación...

-Análisis de la satisfacción de los asistentes

-Valoración de asistentes que desean posterior integración en grupos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo en mayo- junio 2011 y siguiendo encuentros según posibilidades

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· pago a ponentes y colaboradores (en especie)	600 €
· carteles y fotocopiad	300 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

470

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL REGISTRO CON EL PROGRAMA OMI EN EL CENTRO SALUD DE LUNA EN 2011 Y ACTUALIZACION EN FORMACION BASICA EN GESTION DE CALIDAD

2. RESPONSABLE ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS LUNA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABADIA PARDO PILAR. MEDICO. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- BOVIO HERAS GUILLERMO. MEDICO. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- ERDOCIAIN AYERBE FELIX. MEDICO. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ MARTORELL ARSENIO. MEDICO. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- SALAFRANCA NAUDIN MARIA LUISA. AUXILIAR ADMINISTRATIVA. CENTRO SALUD DE LUNA. ADMISION
- VALLE SERRANO LUZ MARINA. MEDICA. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- VIDAL FERNANDEZ ANGELICA. ENFERMERA. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la reunión de equipo del 24 de marzo constatamos que no tenemos hecho un estudio de debilidades y fortalezas de nuestro equipo y nuestra zona de salud, ni un proceso sistematizado de identificación de problemas, entretanto podemos abordarlo; a modo de lluvia de ideas, recogimos las oportunidades de mejora que veíamos en este momento y consensuamos iniciar nuestro trabajo en mejora de calidad con aquellas que nos parecían mas importantes por necesarias, porque teníamos profesionales con motivación y disposición y estimamos mayor nuestra capacidad de aportar mejoras. Elegimos la mejora de la gestión de la medicación de urgencias y almacén, que es objeto del otro proyecto que presentamos y la mejora de la calidad de nuestros registros en omi y utilizar el proceso de elaboración y realización de este proyecto para actualizar, de forma básica y practica, nuestra formación en mejora de calidad.

Nuestro equipo está inmerso en un proceso de cambio de personal, que cuando termine, en los próximos meses, supondrá que las dos terceras partes del equipo serán nuevos en la zona, coordinadora incluida. Tenemos la necesidad y la oportunidad de reorganizar nuestro trabajo, de construir nuestros consensos de funcionamiento, de cooperar asumiendo las diversas responsabilidades..., y de volver a introducirnos en un proceso de mejora de calidad, y para ello vamos a actualizar nuestra formación en mejora de calidad de una forma práctica, con un proyecto que nos va a permitir un uso mas cómodo y eficiente de omi. Tiene el interés de buena parte del equipo, por su clara utilidad en el día a día de nuestra consulta, por la mejora en el cumplimiento del contrato de gestión con la consiguiente satisfacción de equipo y dirección y por la contribución a una mejor continuidad de la atención y seguridad de los pacientes con registros más adecuados.

Fuimos de los últimos equipos en informatizarse, hace algo más de un año, algunas de las profesionales desconocemos todavía buena parte de los complejos secretos del programa omi y, además hemos constatado en la evaluación de nuestros registros en cartera de servicios que necesitamos mejorar de forma importante para acercarnos, al menos, a la evaluación que obteníamos cuando nuestra historia era en papel. Por ejemplo en enfermedades cardiovasculares a final de 2009 alcanzabamos al 98% de nuestra poblacion y al final de 2010 al 67,79; en el caso de vacunacion infantil en 2009 al 88% y en 2010 al 36,92%, puntuandonos como cero en ambos servicios en la evaluacion del contrato de gestion

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Actualizar nuestros conocimientos básicos en mejora de calidad
-Poner en funcionamiento 2 grupos de calidad con participacion de la totalidad del equipo, auxiliar administrativa incluida
-Aumentar nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de omi
-Mejorar en número y calidad los registros de las historias de nuestros/as usuarios

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 470

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL REGISTRO CON EL PROGRAMA OMI EN EL CENTRO SALUD DE LUNA EN 2011 Y ACTUALIZACION EN FORMACION BASICA EN GESTION DE CALIDAD

-Mejorar en la evaluación de cartera de servicios precisamente en los servicios que hemos resultado peor valorados en 2010

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables. Indicar el procedimiento que se va a utilizar para conseguir los objetivos deseados, los responsables de las distintas tareas, ...

-Reuniones del equipo de mejora en abril, septiembre y diciembre para programación y evaluación del proyecto, monitorización de indicadores... Responsable: Responsable de proyecto

- Reuniones mensuales del equipo de abril a junio y de septiembre a noviembre de una hora de duración para compartir y contrastar con manual de uso de omi y curso 2010 los procedimientos de registro de los programas de tabaco, prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes y vacunas.
Responsables: un miembro del grupo de mejora para cada sesión según interés por el tema

-2 sesiones de formación en junio y diciembre con un formador de omi para resolver todas las dudas pendientes, incluyendo un tiempo específico para temas propios de admisión. Responsable: Coordinador/a de este proyecto

-2 reuniones del equipo, coincidiendo con la presentación de resultados de datos de cartera de servicios cuatrimestrales que nos ofrece la dirección, los utilizaremos para introducir el debate de los conocimientos básicos sobre priorización de oportunidades de mejora, estudio de causas, elaboración de indicadores y monitorización. Previamente se habrá entregado una síntesis teórica elaborada sobre materiales del curso de gestión de calidad del 2010. Suponemos mayo, octubre y enero 11. Responsables Dres Abadía y Bovio

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nos servirán para monitorizar nuestros indicadores los resultados que cuatrimestralmente nos ofrece dirección de modo individualizado sobre el registro en omi de los programas de la cartera de servicios y en concreto utilizaremos el nivel de registro de enfermedades cardiovasculares y vacunas en niños de 0 a 14 años.
No concemos bibliografía sobre standars en un centro como el nuestro así que hemos consensuado que nos establecemos como objetivos
REGISTRO DE PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES ALCANZAR EL 80% partiendo a finales de 2010 del 67,79
REGISTRO DE VACUNACION INFANTIL ALCANZAR EL 95%, partiendo del 36,92 a finales de 2010

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO:24 MARZO 2011
FIN: DICIEMBRE 2011
EL CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES VIENE ESPECIFICADO EN EL APARTADO 7 DE ACTIVIDADES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· 2 SESIONES DE FORMACION DE 2H POR UN FORMADOR EN OMI 300 €
Total 300 €

11. OBSERVACIONES. VALORAMOS EN 300 EUROS EL COSTE DE 4 H DE FORMACION MAS DESPLAZAMIENTOS POR UN FORMADOR EN OMI, SIN PODERLO VALORAR REALMENTE ESE COSTE ECONOMICO. POR SUPUESTO ES EQUIVALENTE A QUE SE NOS PROPORCIONE ESTE SERVICIO, COMO EN OTRAS OCASIONES POR NUESTRA EMPRESA

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

569

OPTIMIZACION DE LA GESTION DE UN ALMACEN DE MEDICACION Y MATERIAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL. LUNA 2011

2. RESPONSABLE FELIX ERDOCIAIN AYERYE

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS LUNA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERNANDEZ BERGES MARIA ANGELES. MEDICA. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- RUIZ MARTORELL ARSENIO. MEDICO. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- GIMENEZ BESCOS SILVIA. ENFERMERIA. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- MARTINEZ ABAD JAVIER. MEDICO. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- SARASA AQUILUE SILVIA. ENFERMERIA. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- TORCAL PEIRO ISABEL. ENFERMERIA. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA
- ECHEVERRI OYAGA ANA ISABEL. MEDICA. CENTRO SALUD DE LUNA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Un centro rural que atiende poca población y muy dispersa consume pocos recursos de urgencia pero necesita tener en deposito gran cantidad para distribuir a los botiquines de todas sus poblaciones y a los maletines de urgencias de todos sus profesionales.

A menudo la fecha de caducidad hace desechar muchos productos sin usar y la petición mensual es imprecisa y en general excesiva.

El envío desde Farmacia Central se almacena en el Centro de Salud y cada profesional coge lo que necesita para su población. La falta de control de lo que entra y sale del Almacen del CS dificulta el control idóneo de los pedidos a Farmacia y el control de la caducidad que exigiría la revisión mensual de cada medicamento en cada botiquín periférico.

Estas deficiencias se corregirían con una base de datos informática que incluyera el objeto, la fecha de caducidad y el lote de los pedidos que llegan al CS y, por otra parte, constara a qué botiquín periférico se distribuían. Eso permitiría ajustar el pedido mensual a Farmacia central sin tener que revisar el deposito de cada producto y avisar a cada botiquín periférico de la próxima caducidad de algún producto

Esta oportunidad de mejora se decidió con el consenso del equipo. Se prioriza atendiendo a que por primera vez en el equipo había alguien con el conocimiento y disponibilidad para abordarlo; aporta un posible ahorro del consumo de recursos en forma de medicamentos y material; conllevará a medio plazo comodidad y satisfacción de los profesionales tanto del responsable de almacen para hacer los pedidos como de todos los profesionales que tendrán sus listados de caducidad cada mes, y aportará una mejora importante a la seguridad de nuestros usuarios al contribuir a evitar la existencia inadvertida de medicamentos caducados destinados a la atención urgente tanto en el centro de salud como en los maletines de los 13 profesionales y en los botiquines de las 13 localidades que atendemos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizado el primer esfuerzo de creación de la base de datos y el mantenimiento que sería inmediato si el almacén enviara en formato Excel su documento de salida, el sistema tendría los siguientes beneficios:

- 1.- La petición mensual a Farmacia Central sería más ajustada y precisa ya que con facilidad conocemos en todo momento el deposito de cada producto.
- 2.- Mejorar la gestión de las caducidades en cada botiquín periférico editando un listado mensual para cada profesional que facilite la devolución oportuna. En estos momentos o revisamos mensualmente cada botiquín o corremos el riesgo de que en el momento de la urgencia algún medicamento esté caducado
- 3.-Mejorar la seguridad de los usuarios
- 4.-Disminuir el consumo de recursos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Diseño de la Base de Datos en File Maker Pro. Responsable: Coordinador del proyecto

-Introducción inicial de los productos en deposito en el Almacen del CS: Responsables: Dres Erdociain y Fernandez

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 569

OPTIMIZACION DE LA GESTION DE UN ALMACEN DE MEDICACION Y MATERIAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL. LUNA 2011

-Reunión con todo el equipo para información, entrega de impreso de petición de medicamentos y motivación para la colaboración imprescindible de todos los profesionales. Responsables: grupo de mejora del proyecto
- Mantenimiento de la Base introduciendo las entradas y salidas de material por el responsable del proyecto.
- Edición de listado mensual o alertas de caducidad a los profesionales responsables de cada botiquín periférico.
- Actividades de evaluación semestrales de la eficiencia del método, de las dificultades que puedan surgir y diseño de ajustes necesarios. Responsable: grupo de mejora

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores de resultados podremos evaluar la eficiencia del proyecto comprobando la disminución en la solicitud mensual de recursos y en la disminución de devoluciones por caducidad. La fuente de datos son los documentos de las peticiones de 2010 y las que haremos en 2011

No podremos comparar, por no existir datos anteriores, la idoneidad de los botiquines periféricos en relación a la fecha de caducidad de sus productos pero evidentemente mejorará con la automatización.

Como indicador de proceso: La existencia de base de datos actualizada con las existencias de medicamentos en el centro de salud en junio 11

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2011 Fecha de finalización de este proyecto: diciembre 2011. Si bien la mejora introducida se mantendrá indefinidamente

- abril 2011. Introducir en base de datos los productos existentes en el almacén del CS.
- abril 2011 diseñar un modelo para solicitar recursos para los botiquines periféricos. En sucesivos meses los datos existentes en la base de datos se irá ajustando a la realidad de los botiquines sin necesidad de inventariar lo existente en este momento.
- abril: reunion con el equipo
- Cada mes se editará un listado por fecha de caducidad para cada profesional.
- En el mes de mayo se podrá hacer el pedido a farmacia central con los datos acumulados en la base de datos sin necesidad de revisar las existencias uno por uno todos los productos del almacén.
- Junio y diciembre reuniones grupo mejora de calidad

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Instalación en un ordenador del CS de una base de datos File Maker Pro.	900 €
Total	900 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

584

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE SOBRE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

2. RESPONSABLE CRUZ BARTOLOME MORENO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS PARQUE GOYA
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE SI
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MELUS PALAZON MARIA ELENA. MEDICO DE FAMILIA. CS AMPARO POCH. UNIDAD DOCENTE MFYC
- GARGALLO GOMEZ PILAR. MEDICO. CS ARRABAL.
- MARCO AGUADO MARIA ANGELES. MEDICO. CS ACTUR SUR.
- SEBASTIAN DOMIGO JJ. JEFE DE SERVICIO DIGESTIVO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. S DIGESTIVO
- PASCUAL PARRILLA MARISOL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. S URGENCIAS
- BENEDE AZAGRA BELEN. MEDICO. CS ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el subgrupo ATC de mayor consumo en 2008 ordenado por número de envases (59.386,63) y el segundo grupo tras los inhibidores de la HMG CoA reductasa en cuanto a mayor consumo (en importante total sin descontar la aportación de beneficiarios activos) con 647,11 millones de euros, lo que supone un 5,19% del total. Se han detectado numerosas alertas informando de las reacciones adversas y complicaciones asociadas a su consumo. En reunión ante el problema detectado se ha planteado estudio transversal previo para conocer los distintos puntos de vista. Tras búsqueda bibliográfica realizada no se ha encontrado Guía actualizada basada en la evidencia por lo que se propone la creación de un grupo multidisciplinar para su elaboración y posterior implementación.

Una vez elaborado borrador de la misma, tras revisión por revisores externos se va a preparar tanto la guía completa, como una versión reducida y una guía para pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. no resultados

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende no solo concienciar a los sanitarios sobre este problema e inducir un prescripción mas razonada de este recurso, los IBP, sino también concienciar a los pacientes. Para ello una de las versiones de la guía será para pacientes que participaran en todas las fases, desde diseño, revisión, elaboración e implementación. Se pretende conseguir una prescripción de calidad influyendo y concienciando tanto a los sanitarios como a los pacientes.

Elaboración de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia.

Implementación de la Guía en el sector.

Difusión de la misma.

Mejorar la prescripción de IBP asociados a otros fármacos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación de la Guía en el sector una vez elaborada.

Sesiones de difusión a través de los organismos coordinados para tal efecto (junta de salud, asociaciones vecinales)

Difusión a todo el sector mediante su publicación en la web.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se harán dos estudios transversales, mediante cuestionario en las asociaciones con representatividad de pacientes uno antes de la elaboración de la guía y otro posterior, tras la implementación y se compararán resultados.

Indicador de proceso: % de asociaciones con representatividad de pacientes que colaboran en la elaboración de la guía.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

584

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE SOBRE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ASOCIADOS A OTROS TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

Periodicidad: se medirá antes de la elaboración de la Guía para pacientes.

Indicador de resultado: % de solicitud de prescripción de IBP por parte de paciente, antes y tras la implementación de la guía. Objetivo: descenso de un 10% respecto al previo

Periodicidad: se medirá a los tres meses de implementación de la Guía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Búsqueda bibliografica: diciembre 10-enero 11
Síntesis evidencia: febrero 11
Integración equipo multidisciplinar: marzo 11

Estudio transversal predifusión: marzo 2010
Redacción preliminar guía pacientes, revisores externos: mayo 11- octubre 11
Redacción definitiva: octubre 11
Difusión: noviembre 11
Estudio transversal postdifusion: febrero12
Análisis resultados: marzo-abril 12
Difusión resultados: mayo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· material informatico: 4 grabadoras Philips	500 €
· gastos imprenta	500 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

477

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A PAUTAR INSULINA COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

2. RESPONSABLE ELENA BROTO CIVERA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS PARQUE GOYA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LAPUENTE MARIA JOSE. MEDICO. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- MARCO MONICA. PEDIATRA. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- AGUAROD ROSABEL. MEDICO. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- ASENJO CLAUDIA. ENFERMERA. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- ROYAN PILAR. MEDICO. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- CARDESA DIANA. ENFERMERA. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
- MANERO RAQUEL. AUXILIAR DE CLINICA. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde que el Centro de Salud empezó su funcionamiento en 2010 detectó como problema la información que se transmite al paciente al que se le va a pautar insulina. En reunión ante el problema detectado se decidió constituir un grupo de trabajo para buscar la mejor evidencia disponible sobre este tema y elaborar un documento en el que además participaran los pacientes. Tras realizar búsqueda bibliográfica, se creará un grupo de trabajo multidisciplinar que incluya pacientes y se elaborará una Guía actualizada basada en la evidencia y posterior mente se implementará.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende diseñar una guía para pacientes sobre la técnica de la insulización, posibles efectos secundarios y como solucionarlos. Cuando consultar a los sanitarios y como resolver problemas habituales. Se pretende conseguir una guía de calidad que sea util para el paciente

Elaboración de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia.

Implementación de la Guía en el sector.

Difusión de la misma.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación de la Guía en el sector una vez elaborada.

Sesiones de difusión a sanitarios de la nueva guía para pacientes.

Difusión a todo el sector mediante su publicaci

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se harán dos estudios transversales, mediante cuestionario, a pacientes a los que se les realiza insulización, uno antes de la elaboración de la guía y otro posterior, tras la implementación y se compararán resultados.

Indicador de resultado:

% de pacientes a los que les resulta útil la información guía

Objetivo: superior al 70%

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 477

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A PAUTAR INSULINA COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

% pacientes a los que les ha ayudado a solventar problemas
Objetivo: superior al 70%

% de pacientes que aportan aspectos de mejora
Objetivo: superior al 5

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Búsqueda bibliografica: diciembre 10-enero 11
Síntesis evidencia: febrero 11
Integración equipo multidisciplinar: marzo 11

Estudio transversal predifusión: marzo 2010
Redacción preliminar guía pacientes, revisores externos: mayo 11- octubre 11
Redacción definitiva: octubre 11
Difusión: noviembre 11
Estudio transversal postdifusion: febrer012
Análisis resultados: marzo-abril 12
Difusión resultados: mayo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· MATERIAL INFORMATICO (CAÑON	750 €
· ORDENADOR PORTATIL	750 €
Total	1.500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR
cambio coordinador por traslado: M. Jose Lapuenti Arruebo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 485

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A PRACTICAR UN TEST DEL ALIENTO COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

2. RESPONSABLE PILAR GOMEZ GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PARQUE GOYA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MAZA PILAR. MEDICO. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· CARCELLER ITZIAR. PEDIATRA. C.S.PICARRAL. ATENCION PRIMARIA
· ALONSO ROSA. ENFERMERA. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· LAVEDAN FELISA. ENFERMERA. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· FRANCO MARIA ANGELES. ENFERMERA. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· ORTIGAS ROBERTO. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA
· GONZALEZ SEBASTIAN. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. C.S.PARQUE GOYA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde que el Centro de Salud empezó su funcionamiento en 2010 detectó como problema la derivación de pacientes solo para realizar el test del aliento al servicio de digestivo. En reunión ante el problema detectado se decidió solicitar la realización del test del aliento en el centro. Tras conseguir los reactivos y comienzo de la actividad el problema fundamental ha sido el uniformar la información al paciente sobre la técnica a realizar y la información previa que se le debe suministrar sobre ingesta de fármacos antibióticos, protectores gástricos, entre otros. Tras realizar búsqueda bibliográfica, se creará un grupo de trabajo multidisciplinar que incluya pacientes y se elaborará una Guía actualizada basada en la evidencia y posteriormente se implementará.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende diseñar una guía para pacientes sobre la técnica y la preparación que precisa para evitar falsos positivos y negativos de la misma. Se pretende conseguir una prueba diagnóstica realizada con calidad influyendo y concienciando tanto a los sanitarios como a los pacientes.

Elaboración de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia.
Implementación de la Guía en el sector.
Difusión de la misma.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación de la Guía en el sector una vez elaborada. Sesiones de difusión a sanitarios de la nueva guía para pacientes. Difusión a todo el sector mediante su publicación en la web.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se harán dos estudios transversales, mediante cuestionario, a pacientes a los que se les realiza el test del aliento, uno antes de la elaboración de la guía y otro posterior, tras la implementación y se compararán resultados.

Indicador de resultado:
% de pacientes a los que les resulta útil la información guía
Objetivo: superior al 70%

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

485

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA PARA EL PACIENTE AL QUE SE LE VA A PRACTICAR UN TEST DEL ALIENTO COMO MEDIDA DE MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE

% pacientes a los que les ha ayudado en la preparación previa
Objetivo: superior al 70%

% de pacientes que aportan aspectos de mejora
Objetivo: superior al 5%

% pacientes a los que no se realiza la prueba por mala preparación
Objetivo: descenso de un 10% respecto al previo

Periodicidad: se medirá a los tres meses de implementación de la Guía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Búsqueda bibliografica: diciembre 10-enero 11
Síntesis evidencia: febrero 11
Integración equipo multidisciplinar: marzo 11

Estudio transversal predifusión: marzo 2010
Redacción preliminar guía pacientes, revisores externos: mayo 11- octubre 11
Redacción definitiva: octubre 11
Difusión: noviembre 11
Estudio transversal postdifusion: febrerol2
Análisis resultados: marzo-abril 12
Difusión resultados: mayo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· MATERIAL INFORMAT	750 €
· TELEFONO INALAMBRICO	100 €
Total	850 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

164

PARA LAS MUJERES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ETAPA DE LA PERI Y MENOPAUSIA

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES VALLES PINTO

- Profesión ENFERMERIA
- Centro CS SANTA ISABEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LATORRE OLMOS CONCEPCION. ENFERMERIA. CS SANTA ISABEL.
- AMORES GONZALEZ ANA BELEN. ENFERMERIA. CS SANTA ISABEL.
- DE MIGUEL ENCARNA SANZ. MATRONA. CS SANTA ISABEL.
- JIMENO SIERRA BLANCA. ENFERMERIA. CS SANTA ISABEL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Como objetivos planteamos fomentar la educación para la salud en esta etapa de la vida reproductiva de la mujer. Conocer los cambios físicos y emocionales. Conocer recursos para paliar los síntomas más comunes. Fomentar estilos de vida saludable.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar conocimientos sobre menopausia. Proporcionar recursos para afrontar los cambios durante esta etapa. Modificar estilos de vida. Incluir ejercicio y relajación como parte del taller.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mediante 7-8 sesiones se proporcionará información sobre anatomía y fisiología, sintomatología y cambios emocionales, hábitos saludables en el climaterio, sexualidad y métodos anticonceptivos, tratamientos y prevención de cáncer ginecológico. Las sesiones serán dinámicas de una hora y media de duración, constando de información teórica, aportaciones personales, ejercicios y relajación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Como indicadores utilizaremos dos cuestionarios, uno antes del taller y otro al finalizar para poder reunir datos y poder realizar una evaluación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará una sesión semanal durante dos meses aproximadamente.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. ES LA PRIMERA VEZ QUE PLANTEAMOS UN PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD, NECESITARIAMOS TODA LA AYUDA POSIBLE PARA SU ELABORACION, RECURSOS, EUROS... UN SALUDO.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

EVALUACION DEL PRIMER AÑO DE IMPLANTACION DE UNA AGENDA PARA ATENCION A GESTANTES CON PATOLOGIA ENDOCRINO-METABOLICA EN CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

2. RESPONSABLE MARIA OROSIA BANDRES NIVELA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro CME GRANDE COVIAN
 - Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VIDAL PERACHO CONCEPCION. MEDICO. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- BARRAGAN ANGULO AMAYA. MEDICO. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GRACIA GIMENO PAOLA. MEDICO. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- CORRUCHAGA ARREGUI DOLORES. ENFERMERA. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- GARCIA LABORDA ANGELA. ENFERMERA. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- CASABONA CABELLO MARIA EUGENIA. ENFERMERA. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
- FERNANDO ALFONSO ELISA. ENFERMERA. CME GRANDE COVIAN. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La patología endocrinometabólica mas prevalente durante la gestación es la diabetes gestacional y la disfunción tiroidea autoinmune. Requieren de una atención precoz y un seguimiento durante toda la gestación para evitar complicaciones tanto maternas como fetales.

Se ha estado atendiendo a este tipo de pacientes enviadas tras su diagnóstico de la consulta de Obstetricia de forma preferente, según posibilidades de la agenda ya establecida, siendo en ocasiones necesario, para dar este tipo de atención hacer una citación añadida tanto en la primera visita como en el seguimiento.

Con la finalidad de dar una atención mas precoz y evitar sobrecargar una agenda ya citada, se ha implantado una agenda específica dedicada a la gestante con este tipo de patología, lo que permite realizar la consulta

en endocrinología en un plazo inferior a 1 semana tras el diagnóstico e instaurar el tratamiento oportuno y citar para una posterior revisión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Dar una atención mas precoz de la gestante con patología endocrino-metabólica.

2. Tener una agenda específica, evitará el sobrecargar una consulta previamente citada con otro tipo de patología endocrinológica.

3. Permite realizar una evaluación de esta iniciativa e introducir mejoras en el control y el seguimiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En la agenda de consulta externa de endocrinología, se ha implantado tres días a la semana una agenda de gestantes, martes,miércoles y jueves, el miércoles en agenda de mañana y tarde, desde las 13´10h a 13´50h por la mañana y de 19´40h a 20´20h .

El objetivo es atender a las gestantes que sean derivadas como primera visita desde Obstetricia con patología tiroidea o diabetes gestacional,

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

581

EVALUACION DEL PRIMER AÑO DE IMPLANTACION DE UNA AGENDA PARA ATENCION A GESTANTES CON PATOLOGIA ENDOCRINO-METABOLICA EN CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA

en un plazo inferior a una semana. Garantizar unas citaciones para el seguimiento, dado que son pacientes que hay que controlar durante todo el embarazo, sin sobrecargar la consulta de endocrinología.

Va a ser atendida esta consulta monográfica por las endocrinólogas del CME Grande Covían, con el apoyo del personal de enfermería y la educadora en diabetes en el control de la diabetes gestacional y pregestacional.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Se valorará si el tiempo desde que una gestante es diagnosticada de un problema endocrinometabólico por el Servicio de Obstetricia y es atendida en consulta de endocrinología, es menor desde que existe una agenda específica.

-El número de pacientes gestantes que son citadas en agenda específica. Para valorar si el tiempo utilizado es suficiente o no.

-Número de pacientes gestantes que se han citado en agenda general por sobrecarga de agenda específica.

-Numro de pacientes endocrinológicos no gestantes que se han citado en agenda específica por sobrecarga de agenda normal.

-Se realizará un registro de pacientes con patología tiroidea y diabetes durante la gestacion, valorando la prevalencia de estas patologías en la consulta externa.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La implantación de esta agenda específica se ha iniciado en enero de este año. Se evaluará la funcionalidad de esta iniciativa a lo largo del año 2011.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 095

REUBICACION Y ORGANIZACION DE HISTORIAS CLINICAS

2. RESPONSABLE MARIA PURIFICACION LORENTE GORDO
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro CME GRANDE COVIAN
 - Servicio/Unidad .. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TENA TOMAS MARIA FELICIDAD. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- VALDEZATE GONZALEZ MARIANO. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- JULIAN ZARAZAGA ANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- ASCASO VILLAGRASA SUSANA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- TAIRA LACAMBRA MARIA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- PELLICERO SANCHEZ BEGOÑA. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS
- IBAÑEZ ESNAOLA ANA ISABEL. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CME GRANDE COVIAN. DOCUMENTACION CLINICA Y ARCHIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El espacio es el gran problema de nuestro Servicio. Hemos conseguido que nos habiliten un cuarto enfrente de nuestra sala con estanterías para colocar historias. Tenemos 50 ml de historias en cajas en los pasillos contiguos al archivo que necesitan urgentemente ubicación en una sala. Se está incumpliendo la ley de protección de datos y el principio de confidencialidad, además de dificultar enormemente el trabajo diario. Por otra parte, el crecimiento de nuestro Sector en los últimos años impide guardar un activo de 5 años en las historias. Sólo tenemos en estos momentos 2 años activos. Esto complica la gestión diaria de historias, ya que tenemos que detectar y pedir diariamente a pasivo, todas las historias de pacientes que han venido al centro en los últimos 5 años.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Lo más urgente es colocar la documentación que está en cajas en los pasillos. Hay que mover todo el archivo, pues las cajas de los pasillos son numeraciones que hay que intercalar. Intentaremos, que con el espacio añadido no sea necesario hacer pasivo de historias este año, únicamente pasivo de rayos. Resultados: ahorro económico en custodia y gestión de historias clínicas y calidad en el trabajo diario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. En primer lugar, se hará la valoración de los metros lineales existentes y de los dígitos a ubicar en cada espacio. Para poder realizar el traslado, tendremos que ajustar los tiempos en los trabajos diarios. Formaremos grupos de trabajo, en parejas. Disponemos de dos jaulas con ruedas para poder llenarlas de historias y llevarlas a la ubicación final.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de Historias de rayos reubicadas y revisadas.
% de Historias de papel reubicadas y revisadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo: Marzo
Fin: Noviembre
Desde el mes de Marzo hasta Mayo moveremos las historias de rayos.
Desde el mes de Junio hasta Noviembre moveremos las historias de papel.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- SEPARADORES ESTANTERÍAS 1.977 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 095

REUBICACION Y ORGANIZACION DE HISTORIAS CLINICAS

Total 1.977 €

11. OBSERVACIONES. Hay otros dos compañeros del Servicio que participan en el proyecto:

CÉSAR LOLUMO GARCÍA
CRISTINA MONTEAGUDO RICO

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

071

ESTABLECIMIENTO DE LA TERAPIA FOTODINAMICA EN EL SECTOR DE SALUD ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE PILAR MARTES CATIVIELA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CME GRANDE COVIAN
- Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA MARIAQ.
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALCALDE HERRERO VICTOR MANUEL. MEDICO. CME-GRANDE COVIAN, HOPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE DERMATOLOGIA MARIAQ. Y VENEREOLOGIA
- GARCIA LATASA DE ARANIBAR FRANCISCO JAVIER. MEDICO. CME GRANDE COVIAN-HOSPITAL ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
- GILABERTE CALZADA YOLANDA. MEDICO. HOSPITAL S. JORGE-HUESCA. DERMATOLOGIA MARIA Q.
- ASPIROZ SANCHO CARMEN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA-ZARAGOZA. MICROBIOLOGIA
- FORTUÑO CEBAMANOS BLANCA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA-ZARAGOZA. MICROBIOLOGIA
- HORTSELLS AZNAR MARIA ISABEL. ENFERMERA. CME-GRANDE COVIAN. DERMATOLOGIA MARIAQ-ZARAGOZA
- LABORDA DIESTE ESPERANZA. ENFERMERA. CME-GRANDE COVIAN-ZARAGOZA. DERMATOLOGIAMARIA Q

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La TF con metil-aminolevulinato es un tratamiento establecido en el cáncer cutáneo no melanocitario. Su introducción en el hospital supondrá una mejora importante en el manejo de los pacientes con este diagnóstico disminuyendo el número de cirugías, mejorando el resultado estético y con todo ello la satisfacción de los pacientes. Por otro lado, esta terapéutica está demostrando ser efectiva en diversos procesos infecciosos, entre ellos las onicomycosis. Por este motivo, su aplicación en esta patología, especialmente en los casos resistentes a los tratamientos habituales, permitirá aumentar la curación clínica y microbiológica de nuestros pacientes con onicomycosis en más de un 70% de los casos, porcentaje de curación obtenido mediante el uso combinado de tratamiento antifúngico tópico y oral en ensayos clínicos publicados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La implantación de la TFD en el Sector I tiene dos vertientes: 1) el tratamiento de patologías cutáneas para las que la TFD tiene una clara indicación, y 2) el tratamiento alternativo a determinadas infecciones cutáneas recalcitrantes o sin respuesta a otras terapias tradicionales, como algunas onicomycosis y otras infecciones cutáneas.

Objetivo principal:

- 1) Mejorar el manejo terapéutico de los pacientes con cáncer cutáneo no melanocitario.
- 2) Evaluar la efectividad clínica de la TDF en el tratamiento en las onicomycosis y otras infecciones cutáneas.

Objetivos secundarios:

- 1) Valorar el número de cirugías ahorradas con la utilización de la TF en los pacientes con cáncer cutáneo no melanocitario.
- 1) Valorar la eficacia y producción de efectos secundarios tras el tratamiento con TFD en pacientes con cáncer cutáneo no melanocitario portadores de marcapasos, anticoagulados, alteraciones de la circulación y enfermos de edad avanzada.
- 1) Valorar el periodo de cicatrización y los resultados cosméticos.
- 1) Valorar la influencia de las variables de edad, sexo, número de uñas afectadas, localización en manos y pies en la efectividad de la TFD.
- 2) Valorar la efectividad de la TFD con MAL según el tipo clínico de onicomycosis y el microorganismo causal.
- 1) 2) Valorar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento fotodinámico especialmente en aquellos que previamente habían recibido otros tratamientos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

071

ESTABLECIMIENTO DE LA TERAPIA FOTODINAMICA EN EL SECTOR DE SALUD ZARAGOZA I

para la misma patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PROCEDIMIENTO: TERAPIA FOTODINÁMICA

Terapia fotodinámica:

La terapia fotodinámica (TFD) es un modalidad terapéutica basada en el uso de sustancias fotosensibilizantes, las cuales se van a localizar de forma más o menos selectiva en determinadas células o microorganismos, de forma que al ser activados con una luz de adecuada longitud de onda y en presencia de oxígeno se produzca su muerte, ya sea por necrosis o apoptosis.

Asimismo, estas sustancias fotosensibilizantes sirven para realizar el diagnóstico de lesiones neoplásicas, ya que la fluorescencia que emiten al ser iluminadas por una luz adecuada permite detectar tejidos tumorales diferenciándolos de los sanos.

El uso de la TFD en Dermatología se usa ya desde hace una década con gran éxito para el tratamiento del cáncer cutáneo no melanoma. En cuanto al método de acción, se basa en aplicar sobre la lesión cutánea, ácido amino-levulínico (sustancia fotosensibilizante), que se convierte en el organismo en la protoporfirina IX, que al emitir sobre ella una luz roja visible y en presencia de oxígeno, actúa sobre las células neoplásicas produciendo su muerte, respetando las células sanas.

La experiencia clínica en el tratamiento con TFD es altamente esperanzadora, ya que tras varios tratamientos recogidos en la literatura dermatológica, demostraron que:

- No produce efectos sistémicos adversos.
- No es un tratamiento invasivo.
- Resultados cosméticos excelentes, siendo muy útiles en pacientes con tendencia a hacer queloides.
- Es muy bien tolerado por los pacientes.
- Se pueden utilizar para tratar varias lesiones como el Sd de nevo basocelular.
- En pacientes portadores de marcapasos o en edades avanzadas.
- En pacientes anticoagulados o con alteraciones de la coagulación.
- Puede utilizarse como terapia paliativa y puede aplicarse repetidamente.

Además gracias a la lámpara de Wood (diagnóstico fotodinámico) podemos delimitar y planificar preoperatoriamente la extirpación quirúrgica de lesiones que no vayamos a tratar directamente con TFD.

Desventajas:

Es preciso un seguimiento mantenido para descartar la recidiva.

En relación al precio, la crioterapia es una técnica más barata. Sin embargo, en comparación a la cirugía ha demostrado ser más eficiente- (Aguilar M, y cols. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;abril)

El uso de la TFD para el tratamiento de infecciones localizadas representa un campo emergente de investigación. Así diversos artículos, tanto referentes a experiencias realizadas in vivo como in vitro avalan su utilidad en el tratamiento de las infecciones producidas por bacterias, hongos, virus y parásitos, lo que se ha denominado quimioterapia fotodinámica antimicrobiana. Este tipo de tratamiento ofrece una serie de ventajas frente a los tratamientos antimicrobianos tradicionales:

- Amplio espectro de acción, ya que un mismo fotosensibilizante puede actuar frente a bacterias, hongos, virus y parásitos.
- Eficacia independiente del patrón de resistencia antimicrobiana.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 071

ESTABLECIMIENTO DE LA TERAPIA FOTODINAMICA EN EL SECTOR DE SALUD ZARAGOZA I

- Posibilidad de desarrollar protocolos de TDF que permitan una amplia reducción de la población patógena con un daño muy limitado al tejido huésped.
- Disponibilidad de formulaciones que permiten una liberación específica del fotosensibilizante al área infectada.
- Uso de fuentes de luz de bajo coste para la activación del agente fotosensibilizante.
- Compatibilidad con cualquiera de los tratamientos antibióticos o antimicóticos que se utilizan en la actualidad.

No obstante, la TDF todavía no tiene en la actualidad ninguna indicación clínica antimicrobiana aprobada y su aplicación es anecdótica. Últimamente en ensayos clínicos efectuados en onicomicosis, se ha utilizado urea o dimetilsulfato previamente a la aplicación del fotosensibilizante para favorecer la penetración del mismo a través de la lámina ungueal con muy buenos resultados.

REPARTO DE TAREAS:

Reclutamiento y Seguimiento Clínico de Pacientes:

Dra Carmen Aspiroz, Dra B. Fortuño, Dra Pilar Martes, Dr Victor Alcalde y Dr Javier García Latasa.

Pruebas Microbiológicas: Dra C. Aspiroz y Dra B. Fortuño.

Tratamiento fotodinámico: Facultativos) Dra P.Martes, Dra C. Aspiroz, Dr Victor Alcalde y Dr Javier García Latasa. ATS-DUE) M^a Isabel Hortells, Esperanza Lahoza y M^a José García Calvo.

Realización de la Base de datos y análisis de los resultados: Dra Carmen Aspiroz, Dra Pilar Martes Cativiela, Dr Victor Alcalde y Dr Javier García Latasa.

Extracción de Conclusiones: Todo el equipo, según su grado de participación.

Divulgación de los resultados: Todo el equipo, según su grado de participación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1) En el tratamiento del cáncer de piel no melanoma, los indicadores serán el nº de pacientes tratados con curación o mejoría clínica y se indicará el nº de ellos que son portadores de marcapasos y en tratamiento con anticoagulantes u otros trastornos de la coagulación. Se indicará la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido y el resultado cosmético.

2) En el tratamiento de las onicomicosis recalcitrantes, los indicadores serán el nº de pacientes tratados con curación o mejoría clínica y negativización de visión directa y cultivo microbiológico. Se indicará la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido y el resultado cosmético.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: MAYO 2011

FINALIZACIÓN: EL ESTUDIO TIENE UNA DURACIÓN PREVISTA MÍNIMA DE DOS AÑOS: INCLUSIÓN DE PACIENTES DURANTE EL PRIMER AÑO Y EL SEGUNDO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS. EL PERIODO DE INCLUSIÓN PODRÁ SER AMPLIABLE SI FUERA NECESARIO AMPLIAR LA MUESTRA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1 LÁMPARA AKTILITE	10.000 €
Total	10.000 €

11. OBSERVACIONES. Del importe total, el Hospital Royo Villanova y el Centro de Especialidades Grande Covián se comprometen a acometer el gasto de los apartados b y c, con lo que el total solicitado en el proyecto se reduce a la compra de la lámpara Aktilite, consistente en 10.000 Euros, aunque el montante total asciende a 16.664 Euros.

b) Gastos de material fungible: 500 euros
Urea 40% crema (8,19 euros/unidad)----- 164 euros

c) Adquisición del fotosensibilizante (MAL)

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

071

ESTABLECIMIENTO DE LA TERAPIA FOTODINAMICA EN EL SECTOR DE SALUD ZARAGOZA I

Metvix crema 2 gr (281,46 euros/unidad)----- 5.200 euros

Total estimado del proyecto; 16.664 Euros y total solicitado: 10.00 euros + IVA

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

495

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DEL PROCESO TERAPEUTICO CON EL USO DE LA "PRESCRIPCION ELECTRONICA": MEJORANDO LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. PROYECTO 2008-2011

2. RESPONSABLE CARMEN CANOVAS PAREJA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA-ARILLA CALVO ERNESTO. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. GERIATRIA
- REBOLLAR TORRES ELENA. FARMACEUTICA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. FARMACIA
- QUILEZ PINA RAQUEL. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. GERIATRIA
- CASTRO VILELA MARIA ELENA. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. GERIATRIA
- PRADES PITARCH SILVIA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. SUPERVISORA ENFERMERIA EN SERVICIO DE GERIATRIA
- RODA GOLZALVEZ SOFIA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. SUPERVISORA ENFERMERIA SERVICIO GERIATRIA
- LAUSIN CALDERON CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE ZARAGOZA. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La evaluación de la Seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en el área de hospitalización del Servicio de Geriatria del Hospital San Jorge de Zaragoza, a través del Proyecto de Mejora de la Calidad realizado en el año 2008 "Prevención de errores de medicación y sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias", permitió conocer los errores mas habituales en el proceso terapéutico en nuestro entorno desde "la prescripción del medicamento hasta su distribución y consumo por el paciente". El sistema de dispensación de dosis unitaria de medicamentos, que ha sido utilizado en el Servicio de Geriatria desde hace más de 13 años, es considerado como un sistema seguro y eficaz.

En el año 2009 tras el traslado del Servicio de Geriatria al Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, la implantación de la Prescripción electrónica por los facultativos en todo el área de hospitalización, supuso un importante paso adelante en seguridad clínica como indicaron los resultados del Proyecto de Mejora de la Calidad del año 2009: "Prescripción electrónica: un paso adelante en la seguridad clínica". Desde entonces la implantación de la prescripción electrónica ha conseguido disminuir el número de errores en la fase de prescripción médica.

En el año 2010 se posibilitó el acceso informático a enfermería para la consulta de la prescripción electrónica y la impresión de los listados de administración, evitándose diversas etapas del proceso anterior como la transcripción de las órdenes médicas a la gráfica de enfermería, con lo que se han eliminado los errores ligados a este proceso.

Desde entonces la constitución en nuestro Hospital de un "Grupo multidisciplinar de Prevención de errores en medicación (formado por médicos, farmacéuticos, enfermeras), ha dado continuidad a estos Proyecto de mejora, y ha permitido establecer periódicamente medidas correctoras de lo errores detectados y verificar la eficacia de las medidas propuestas. El análisis periódico del circuito del proceso terapéutico ha permitido buscar estrategias de mejora para la reducción de eventos adversos. El conocimiento de estándares propios de calidad en nuestros medio ha permitido el seguimiento comparativo en el tiempo. La identificación de los puntos fuertes del sistema de prescripción informatizada y los puntos de mejora son objetivo continuo del Servicio de Geriatria y de Farmacia.

En la atención al anciano hospitalizado, un grupo de gran fragilidad, es importante implantar estrategias de mejora de la seguridad clínica del paciente. Por ello, nuestro objetivo es continuar con la evaluación de distintos aspectos de la calidad del "actual proceso terapéutico", como pieza clave en la consecución del beneficio esperado para el paciente y que complemente el seguimiento permanente de la medicación inapropiada en el anciano (criterios de Beers y STOPP-START), la detección de reacciones adversas medicamentosas y las interacciones con potencial relevancia clínica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Proyectos de Mejora de la Calidad 2008-2009:

Resultados del análisis de la calidad de las diferentes fases del circuito del proceso terapéutico en el Servicio de Geriatria: prescripción médica, transcripción enfermera, preparación del carro de unidosis, dispensación, distribución y consumo por el paciente. Implantación de la prescripción electrónica en 2009. Estudio transversal de prevalencia puntual realizado en 2008 y 2009 en dos fases (mayo y diciembre) por un equipo multidisciplinar. Análisis de resultados y estudio de factores que han condicionado los errores. Propuestas de mejora.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

495

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DEL PROCESO TERAPEUTICO CON EL USO DE LA "PRESCRIPCION ELECTRONICA": MEJORANDO LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. PROYECTO 2008-2011

2008

Primera fase: 59 pacientes edad media 84,3 años.

- Órdenes Médicas de tratamiento: identificación correcta 47, letra legible 55, abreviaturas no comunes 14. Ausencia de dosis 16 (incluidos fármacos con una sola presentación en el hospital y errores en soluciones orales), de vía 6 o intervalo de administración 2. No actualizadas prescripciones condicionales 3.
- Transcripción hoja enfermería: órdenes médicas incompletas 9, constan medicamentos suspendidos 2, prescripciones condicionales no actualizadas 9. Transporte y recepción en farmacia con retraso 8 (causa médica 5, celador 3).
- Errores en preparación del carro y dispensación 4 (2 en transcripción y 2 en llenado). - Error en distribución de colirios o inhaladores 4. Medicación suspendida no retirada 4. Registro toma de medicación 77,4%.

Segunda fase: 57 pacientes edad media 84,1 años.

- Órdenes Médicas de tratamiento: identificación correcta 53, letra legible 57. Ausencia de dosis 38 y de vía administración 6. No actualizadas prescripciones condicionales 8.
- Transcripción hoja enfermería: órdenes médicas incompletas 7, constan medicamentos suspendidos 2, prescripciones condicionales no actualizada 5. No errores en horario de recepción en farmacia.
- Errores en preparación del carro 6 (1 error en validación y 5 en llenado).
- No error en distribución de colirios o inhaladores. Registro toma de medicación 100%.

2009:

Primera fase 51 pacientes, edad media 84,8 años.

- Órdenes Médicas de tratamiento: Cuidados no actualizados 8. Instrucciones no claras 4. Errores en el nombre fármaco 1, en dosis y vía de administración 3, en pauta 7.
- Transcripción hoja enfermería: Errores en la transcripción 8. Existencia de condicionales antiguos 6. Errores en el nombre del medicamento 2, en la dosis 7, en la vía 1 y en la pauta administración 1.
- Errores en preparación del carro y dispensación: error llenado carro 1.
- Errores en distribución de medicación 3. Registro toma de medicación anotación en gráfica consumo 78,4%.

Segunda fase 51 pacientes, edad media 84,4 años.

- Órdenes Médicas de tratamiento: Cuidados no actualizados 1. Instrucciones no claras 8. Errores en dosis 4, en la vía 3 y en la pauta de administración 6.
- Transcripción hoja de enfermería: Errores en transcripción 8. Existencia de condicionales antiguos 5. Errores en el registro de la dosis 6. No errores en nombre, en vía ni en pauta administración.
- Errores en preparación del carro y dispensación: error en llenado carro 2.
- Errores en distribución de medicación: 1. Registro toma de medicación 74%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mantenimiento permanente de un Grupo multidisciplinar de Prevención de Errores de Medicación con participación de los Servicios de Geriatria y del Servicio de Farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
- Detectar los puntos críticos del proceso de prescripción-validación-dispensación-administración (PDVA) de medicamentos tras el análisis continuado de los resultados de los Proyectos de mejora de calidad.
 - Corroborar si la prescripción electrónica permite disminuir los errores derivados de la prescripción médica y establecer oportunidades de mejora de otras fases del proceso.
 - Evaluar si el acceso informático a enfermería permite la disminución de errores en el proceso tras eliminar la fase de transcripción de la prescripción a la hoja de enfermería.
 - Comparar estándares de calidad en nuestro medio del año 2008-2009 con los resultados obtenidos en el año 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

495

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DEL PROCESO TERAPEUTICO CON EL USO DE LA "PRESCRIPCION ELECTRONICA": MEJORANDO LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. PROYECTO 2008-2011

- Divulgación de los resultados a los profesionales del Hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Tras la puesta en marcha de la prescripción electrónica en el Servicio en el año 2009 y el acceso informático para enfermería en el año 2010, queremos evaluar la calidad del proceso de prescripción-validación-dispensación-administración de medicamentos utilizado en el Servicio. Se realizará mediante un estudio de prevalencia puntual (transversal) realizado a lo largo de un año para detectar los puntos críticos en los que se detectan errores, comprobar la distancia con estándares previos y elaborar propuestas que permitan su disminución. La evaluación, dos veces al año, será realizada por un equipo multidisciplinar integrado por farmacéutico, médicos, personal de enfermería, que conocen la actividad asistencial en la Unidad de hospitalización. Las fechas de evaluación serán consensuadas por el equipo evaluador teniendo en cuenta la disponibilidad de los profesionales que lo forman y la propuesta de reparto de tareas elaborada. Se realizarán reuniones de coordinación antes y después de los días de evaluación.

Se realizará una ficha con las siguientes variables:

-Fecha de evaluación:

-Nº de pacientes hospitalizados ese día:

I) Fase previa: Mediante la revisión de la historia clínica del paciente se constatará:

-Variables de filiación: Edad, sexo.

-Fecha de ingreso:

-Motivo de ingreso/diagnósticos.

-Nº de fármacos al ingreso:

-Nº de fármacos el día de la evaluación:

-Interacciones medicamentosas con potencial relevancia clínica (al ingreso y durante la hospitalización)

-Medicación inapropiada al ingreso (criterios STOPP START) y al ingreso y durante la hospitalización (criterios Beers)

-Reacciones adversas detectadas (al ingreso y durante la hospitalización)

II) Fase de evaluación: El día de la evaluación se analizarán en cada paciente hospitalizado las diferentes fases del proceso terapéutico y se anotará si existen errores en:

1. Prescripción por el facultativo:

-Constan las alergias del paciente en la orden de prescripción electrónica.

-Está claro la dosis, vía de administración y frecuencia de administración de todos los medicamentos prescritos.

-Las prescripciones condicionales son claras y no inducen a error de interpretación.

- El "Texto asociado" contiene anotaciones precisas, no incluye órdenes de tratamiento ni prescripción de fármacos (salvo medicamentos no incluidos en la Guía Farmacoterapéutica) y están fechadas.

- El apartado de "Cuidados" está actualizado a diario.

-Se han retirado órdenes de tratamiento únicas de días previos (enemas, fármacos de prescripción única, retirada puntos de sutura, colocación o retirada de sondas...).

-Todas las órdenes verbales están escritas en la orden de prescripción electrónica o firmada en el listado de administración de enfermería.

- Todas las órdenes médicas han sido prescritas antes de 12:30 h (salvo el facultativo que tiene consulta externa)

-Todas las órdenes médicas prescritas con posterioridad a las 13h 30m han sido entregadas a enfermería en formato papel por duplicado (para enfermería y farmacia).

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

495

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DEL PROCESO TERAPEUTICO CON EL USO DE LA "PRESCRIPCION ELECTRONICA": MEJORANDO LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. PROYECTO 2008-2011

2. Validación farmacéutica:

-Todas las órdenes de tratamiento se han validado antes de las 13h 30m.

3. Acceso informático al plan de tratamiento por el personal de enfermería

-A partir de las 13h 30m el personal de enfermería accede a la prescripción electrónica y revisa todas las pautas de tratamiento. Se imprime el listado de administración que queda en la historia de enfermería.

-En la historia de enfermería constan todas las órdenes médicas actualizadas (transcripción correcta de tipo de dieta, toma de constantes, control de glucemias, control de diuresis, registro de enemas...)

-En la historia de enfermería constan las fechas de colocación de dispositivos como sonda vesical, vía venosa central o palomilla subcutánea y, si existen, el tipo y grado de úlceras por presión.

-En la historia de enfermería se anota la puntuación en calidad de ingesta y sueño.

-Todas las actuaciones están cumplimentadas y firmadas en la historia de enfermería

4. Preparación en Farmacia y dispensación:

-El Servicio de Farmacia valida todas las órdenes de prescripción electrónica de los pacientes hospitalizados en la mañana de la evaluación.

-El Servicio de Farmacia prepara para unidosis todos los medicamentos prescritos en la orden de prescripción electrónica.

-No existen errores en la preparación del carro de unidosis.

-El carro de unidosis llega a planta en el horario establecido,

-Se dispensan las cremas, colirios, soluciones y sistemas de administración multidosis (Insulinas, Teriparatida, etc) el primer día de prescripción.

- El Servicio de Farmacia responde a preguntas o realiza sugerencias sobre las órdenes de prescripción mediante "Notas amarillas" que son contestadas, fechadas e identificadas por el facultativo que las realiza.

5. Distribución de la medicación en planta:

- El listado de administración sirve de referencia durante la distribución del medicamento

-Se identifica correctamente al paciente antes de darle la medicación.

-Enfermería administra colirios, inhaladores y cremas pautadas dentro del horario establecido.

-La medicación suspendida fuera del horario establecido se retira del cajetín del carro de unidosis.

-Han sido administrados y firmados tratamientos prescritos verbalmente a lo largo de la mañana de evaluación.

-Siempre se comprueba si el paciente ha tomado la medicación y en su defecto se anota la causa.

-El paciente tiene colocado en su habitación el dispositivo de oxigenoterapia si lo tiene pautado.

-El paciente no tiene colocados dispositivos como oxigenoterapia o aerosolterapia si han sido suspendidos previamente en órdenes médicas.

-La toma de fármacos se anota en el listado de administración tras constatar su ingesta.

Se utilizará el paquete estadístico SPSS para crear la base de datos y el estudio estadístico. Se realizará un análisis de resultados de la evaluación por el equipo investigador y se estudiarán los factores que han podido condicionar los errores en el proceso terapéutico. Se compararan los datos con los resultados del año anterior. Se dará difusión de los resultados del estudio. Se valorará la implantación de actividades de mejora en las fases del proceso donde se identifiquen los errores

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores de evaluación:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 495

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CIRCUITO DEL PROCESO TERAPEUTICO CON EL USO DE LA "PRESCRIPCION ELECTRONICA": MEJORANDO LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. PROYECTO 2008-2011

El proyecto se va a evaluar mediante los siguientes indicadores claves:

1. N° de pacientes con errores en la orden de prescripción electrónica/ N° de pacientes incluidos en el estudio.
2. N° de pacientes con errores en la historia de enfermería/N° de pacientes incluidos en el estudio
3. N° de pacientes con errores en la validación farmacéutica/N° de pacientes incluidos en el estudio.
4. N° de pacientes con errores en la preparación y dispensación del medicamento/N° de pacientes incluidos en el estudio.
5. N° de pacientes con errores en la administración de la medicación/N° de pacientes incluidos en el estudio.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El estudio se realizará a lo largo del año 2011. Se realizará un análisis transversal en los pacientes ingresados en las fechas consensuadas. La fecha de evaluación será un día laboral de martes a jueves en el que estén trabajando todos los miembros del equipo investigador. Se seleccionará un día dentro de cada semestre del año.

El análisis global de resultados permitirá realizar una comparación con los datos de años previos y valorar si las modificaciones del circuito terapéutico han permitido una mejora del proceso. El Grupo de Prevención de Errores de medicación mantendrá el objetivo de la evaluación del proceso en años sucesivos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. EL PRESUPUESTO SE VINCULA AL PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD PRESENTADO TAMBIEN CON EL SERVICIO DE FARMACIA: "INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL ALTA HOSPITALARIA Y A RESIDENTES VALIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO" PARA LA COBERTURA DEL COSTE IMPRESCINDIBLE DE ACTUALIZACION DEL PROGRAMA INFOWIN

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

311

ENCUESTA INTERNA SOBRE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RUIZ VALERO FRANCISCO. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se plantea el presente programa de mejora de la calidad como el inicio de un plan de calidad global en el Servicio de Medicina Intensiva.

Como herramienta inicial se da a los trabajadores del Servicio la posibilidad de opinar, mediante la cumplimentación de una encuesta interna, sobre los programas de mejora de la Calidad realizados hasta el momento, asimismo se pide opinión sobre los aspectos susceptibles de realizar nuevos programas de mejora.

A lo largo de los últimos años se han llevado a cabo dentro del Servicio diferentes programas de mejora de la calidad; se planteó la necesidad de, para mejorar la participación e implicación del personal en los mismos, implicar a todo el Servicio desde el inicio del proceso, extendiendo a todo el personal el grupo de mejora de la Unidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Valorar el conocimiento de los profesionales de los planes de Calidad llevados a cabo en el Servicio.

2.- Conocer la valoración que se hace de los mismos.

3.- Conocer los aspectos que el personal valora como adecuados para llevar a cabo programas de mejora de la Calidad.

4.- Implicación de la mayor parte la plantilla en la mejora de la calidad. Constitución de un grupo estable como grupo de mejora.

5.- Iniciar la elaboración de un plan global de calidad del Servicio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar encuesta interna de calidad, que incluya:

Conocimiento de programas previos de calidad.

Aspectos sobre los que se debe incidir en el futuro.

Se repartirá dicha encuesta a todo el personal para conocer los datos requeridos.

Se elaborará un informe con los resultados, que sirva de base para la futura elaboración de un plan de calidad y programas de mejora de la calidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Elaboración encuesta de calidad interna del Servicio

2.- Reparto al 100 % de la plantilla .

3.- Conseguir el mayor nº posible de respuestas, al menos, se plantea como objetivo, el 70 % de la misma

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril- Mayo 2011. Elaboración encuesta.

Junio Septiembre: Repart y cumplimentación.

Octubre Enero 2012. Estudio resultados y elaboración informes

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 311

ENCUESTA INTERNA SOBRE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· PDA		500 €
· Material informático		200 €
	Total	700 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

336

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UASA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA (CONTINUACION).

2. RESPONSABLE NIEVES DOMEQUE VALIENTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRÍA Y TOXICOMANÍAS
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDRES ARRIBAS IGNACIO. FARMACEUTICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. FARMACIA
- GONZALEZ ALLEPUZ JOSE. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA Y TOXICOMANIAS
- CORVINOS GARIN MARIBEL. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA Y TOXICOMANIAS
- TORRELLAS MORENO DOLORES. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA Y TOXICOMANIAS
- PERALVAREZ CUBILLO CONCEPCION. AUXILIAR CLINICA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA Y TOXICOMANIAS
- RIVAS HEREDIA VANESA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA Y TOXICOMANIAS

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

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

? **IMPORTANCIA:** Actualmente la UASA, con la colaboración de la Cruz Roja y Proyecto Hombre, atiende las necesidades de la población adicta a opiáceos (alrededor de 900 pacientes) de esta ciudad mediante el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). La Metadona es suministrada por el Servicio de Farmacia del Hospital N^a S^a de Gracia de Zaragoza. Este Programa reduce y/o elimina el consumo de Heroína, disminuye la mortalidad y permite mejorar la salud y calidad de vida y la productividad social del paciente. El perfil del paciente en PMM se caracteriza por presentar diversas enfermedades crónicas y/o infecciosas, abuso y/o dependencia a otras drogas o fármacos y una mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas que la población general, lo que genera el problema añadido de polimedicación.

? Continuando con las líneas de trabajo multidisciplinar del Hospital N^a S^a de Gracia , consolidada en años anteriores, para el seguimiento y mejora de los pacientes tratados con medicamentos con alta variabilidad farmacocinética y farmacodinámica (Litio, Risperidona, Escitalopram. Lamotrigina , Rifampicina ..etc) nos permite plantear nuevas líneas de mejora en la atención clínica, en este caso a los pacientes en PMM en tratamiento con Metadona. Para ello se ha establecido un grupo multidisciplinar con el equipo de la UASA y el Servicio de Farmacia del Hospital N^a S^a de Gracia de Zaragoza.

? **UTILIDAD:** El control farmacocinético , farmacoterapéutico y clínico de los pacientes en tratamiento con Metadona supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.

? **MÉTODOS:** Se propone basándonos en la alteración producida por el consumo de opiáceos de los ejes Hipotalámico, Hipofisario-Gonadal y Adrenal, con alteraciones de ánimo, conducta y producción de estrés, alteraciones metabólicas, hipogonadismo, etc, realizar el seguimiento de las mismas estudiando en muestras de orina el índice Testosterona/Creatinina, para posteriormente realizar un ajuste posológica en base a ello. Asimismo se estudiarán los posibles individuos con polimorfismo enzimático (CYP3A) relacionados con dosificaciones extremas de Metadona.

? **SITUACION DE PARTIDA:** En la actualidad dada por una parte el número de pacientes y la dificultad de manejo y seguimiento de dichos pacientes ha resultado complicada la realización de una estrecha monitorización terapéutica y clínica de los mismos, situación que se pretende mejorar con este proyecto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 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

Se ha completado la determinación del índice urinario Testosterona /creatinina, en 60 pacientes lo que ha servido para establecer el punto óptimo en 20 mcg-24 h/g-L Creatinina , ajustando posteriormente las dosis de metadona a este nivel.

Aquellos pacientes con dosis de metadona > 150 mg/día se les realizara durante 2011 el test PHARMACHIP (análisis genético del CYP450) así como también se

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 336

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UASA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA (CONTINUACION).

realizara la determinacion del indice T/C a otros 60 pacientes , con el objetivo final de realizar al menos una determinacion de este tipo a todos ellos y poder disponer de datos objetivos acerca del grado de acierto en el mantenimiento con metadona y evitar sobredosificaciones y sindromes de abstinencia.

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

- ? Aumentar la seguridad del paciente en Programas de Mantenimiento con Metadona, dadas las características clínicas de dichos pacientes.
- ? Aumentar la eficacia del tratamiento con Metadona en el caso de variaciones individuales y/o interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente
- ? Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicio de Psiquiatria, farmacia y Laboratorio, encaminada al uso racional de Psicofármacos

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

- Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
- 7.1 Recogida de los datos anatomoclínicos de los pacientes en tratamiento con Metadona. Dolores Torrellas Moreno, Concepción Perálvarez, Maribel Corvinos Garin y Vanesa Ribas Heredia
- 7.2 Creación de protocolo con Farmacia de Modelo de recogida de datos donde figuran datos del paciente y resultados.
- 7.3 Reuniones periódicas de los Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

METODICA.

- El personal de PMM realiza la recogida de la información del protocolo. Seguimiento de pacientes en tratamiento con Metadona. Estudio Clínico de los pacientes: Nieves Domeque.
- Farmacia: realiza recogida de datos del paciente y análisis de los datos y emisión de informes farmacoterapéuticos. Ignacio Andres Arribas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 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
- 8.1 Pacientes con seguimiento de Biomarcadores/ Pacientes totales en tratamiento con Metadona.
- 8.2 Pacientes en tratamiento con dosis extremas de metadona /pacientes totales en tratamiento con Metadona
- 8.3. Pacientes con alteraciones enzimáticas/ Pacientes en tratamiento con dosis extremas de metadona

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 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:
- Fecha de inicio : enero de 2011
- Revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.
- Noviembre de 2011: Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.
- Enero de 2012 :Evaluación y propuestas de mejora.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PRUEBAS LABORATORIO	500 €
· ASISTENCIA CONGRESOS	500 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 336

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UASA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA (CONTINUACION).

Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

551

IMPLANTACION DE UN DOSSIER INFORMATIVO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CENTRALITA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERRER CAMEO

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CENTRALITA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MELENDO MARIN EMILIA. TELEFONISTA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. CENTRALITA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El servicio de centralita de un hospital recibe multitud de llamadas a lo largo de todo el día colapsando de este modo las diferentes líneas telefónicas ocasionando problemas a los usuarios para poder conectar con los diferentes servicios y áreas del hospital. La incorporación al servicio de centralita de nuevos profesionales junto con las nuevas tecnologías que se han implantado crean la necesi de elaborar un dossier informatividad que refleje el correcto funcionamiento del servicio. Del mismo modo es también importante que todas las llamadas internas ,que se realicen dentro del hospital, se hagan sin pasar por el servicio de centralita, para que de este modo el personal que trabaja allí pueda realizar un mejor servicio y tener una mayor dedicación a la hora de atender todas aquellas llamadas procedentes de fuera del recinto hospitalario.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

- Unificar criterios de actuación.
- Orientar al profesional de nueva incorporación.
- Dar un servicio de mayor calidad a los usuarios.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

Para un buen funcionamiento del servicio es fundamental que todos los profesionales tengan una misma línea de actuación. En la actualidad el servicio plantea la necesidad de implantar un dossier informativo para que sirva como guia y que el profesional realice correctamente sus funciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. _ Creación de un dossier informativo sobre el correcto funcionamiento de la central telefonica.

- _Orientar al profesional de nueva incorporación.
- _Rentabilizar tiempos de trabajo.
- _Dar un servicio de mayor calidad a los usuarios.
- _Unificar criterios de actuación de los profesionales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Formar un equipo de trabajo.

- Revisar la información existente en el servicio.
- Elaboración del dossier informativo.
- Realizar protocolos de actuación frente a diferentes situaciones que se puedan plantear.
- Revisiones periodicas por el equipo de trabajo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

551

IMPLANTACION DE UN DOSSIER INFORMATIVO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CENTRALITA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Responsables: El equipo de trabajo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de profesionales que se han documentado con el dossier formativo. Porcentaje de protocolos actualizados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer trimestre: Reunión del equipo de trabajo, revisar información existente en el servicio.

- Segundo trimestre: Elaboración del dossier informativo y realización de protocolos de actuación frente a diferentes situaciones que se puedan plantear.

-Tercer trimestre: Implantación del dossier y de los protocolos de actuación.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

532

ANEMIA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA: MEJORANDO CON EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE BEATRIZ GAMBOA HUARTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEREZ LAYO ANGELES. MEDICO/A. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HEMATOLOGIA
- CHAVEZ DIANDERAS FERNANDO ADOLFO. MIR 3ER AÑO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
- MERINO TABOADA ANDREA. MIR 1ER AÑO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
- MANRIQUE PERMANYER JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ADMINISTRACION Y DOCUMENTACION CLINICA
- GIMENEZ CUELLO MAR. TECNICO CODIFICACION DIAGNOSTICA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ADMINISTRACION Y DOCUMENTACION CLINICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La prevalencia de anemia aumenta con la edad, siendo esta mayor al 20% en personas mayores de 85 años. En residencias la anemia esta presente en el 48%-63% de los ancianos.

La prevalencia de anemia y efectos adversos asociados en una población >65 años en España no esta bien definida ni caracterizada.

Resultados del estudio NAHNES III respecto a etiología de anemia:

o Disminución de nutrientes: 1/3 (50% Fe)

o Enfermedad crónica: 1/5.

o ERC: 8%. + AEC 4%.

o Anemia de causa desconocida: 1/3. Exceptuando SMD 25%

o 30% déficit absoluto o relativo de eritropoyetina

La prevalencia de pacientes con Hb inferior a 12 gr/dL, dados de alta en 2010 del Servicio de Geriatria, es del 15%. El 1,8% de las altas en ese mismo periodo incluían la anemia como diagnóstico principal.

A pesar de esto, las características y condiciones clínicas y de laboratorio, en nuestro medio, no se han estudiado de manera específica en el anciano frágil.

Numerosos estudios han demostrado la asociación de anemia con mayor morbimortalidad, ingresos y estancia hospitalaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocer la prevalencia de anemia leve y moderada, segregada por niveles asistenciales (ambulantes y hospitalizados), en la población atendida por el Servicio de Geriatria del Hospital Real y Provincial Nuestra Señora de Gracia.

2. Mejorar el conocimiento de la etiología subyacente, permitiendo disminuir el porcentaje de diagnósticos "de causa desconocida".

3. Implementar el valor del trabajo interdisciplinar, con el valor marginal que el mismo aporta al proceso asistencial.

4. Conocer los resultados en salud asociados a la presencia de anemia en nuestros pacientes.

5. Analizar la inclusión del diagnóstico, principal o secundarios, en los informes de alta hospitalaria de los pacientes incluidos en el estudio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se incluirán como pacientes del estudio a pacientes atendidos (mayores de 65 años) por el Servicio de Geriatria, ambulantes o ingresados, a los que se realice un hemograma en el periodo del estudio.

El diagnóstico de anemia leve-moderada se establece con los siguientes intervalos de valores de hemoglobina (Hb):

- hombres: 8-12.99 gr/dL

- mujeres: 8-11.99 gr/dL

De cada individuo se registrarán a su inclusión:

1. Comorbilidad relacionada con anemia (insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, desnutrición, cáncer, demencia, EPOC, DM)

2. Situación funcional: índice de Barthel.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 532

ANEMIA EN UN SERVICIO DE GERIATRÍA: MEJORANDO CON EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR

- 3. Motivo de ingreso o seguimiento en régimen ambulatorio (consultas externas, Hospital de Día Geriátrico).
- 4. Cifra de hemoglobina (Hb).
- 5. Etiología de la anemia.
- 6. Índice de Charlson.

Los pacientes con anemia serán seguidos cada 6 meses incluyendo los siguientes parámetros:

- 1. Estado funcional: índice de Barthel.
 - 2. Frecuentación de Consultas Externas de nuestro Servicio.
 - 3. Ingresos presentados en nuestro servicio o en otros servicios de nuestro sector o de otros.
 - 4. Mortalidad.
 - 5. Pacientes perdidos en el seguimiento.
 - 6. Institucionalización.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Prevalencia de anemia (leve o moderada) en nuestra población.
Nº de pacientes con Hb < 12 gr/dL en mujeres ó 13 gr/dL en hombres y Hb >=8 gr/dL/Nº de pacientes con un hemograma x 100
Standard: desconocido.
2. Porcentaje de pacientes con anemia de causa desconocida
Nº de pacientes con anemia leve-moderada sin diagnóstico etiológico / Nº de pacientes con anemia leve-moderada cribados x 100
Standard: < 30%
3. Porcentaje de pacientes con anemia que incluyen el diagnóstico en el informe de alta hospitalaria.
Nº de pacientes con diagnóstico de anemia (principal y secundario) en los informes de alta codificados/Nº de pacientes con diagnóstico de anemia ingresados durante el periodo estudio x 100
Standard: desconocido.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto de Mejora de la Calidad, propuesto al Servicio Aragonés de Salud, se iniciará el 1 de mayo de 2011 con una duración prevista hasta al 30 de abril de 2012.
El seguimiento a los pacientes se realizará cada seis meses, mediante seguimiento en consultas externas, si coincide, o seguimiento mediante contacto telefónico (encuesta ad hoc).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- *Subvención para congresos o reuniones científicas realizadas ... 600 €
 - Total 600 €

11. OBSERVACIONES. *Subvención para congresos o reuniones científicas realizadas a nivel autonómico, nacional o internacional, para presentar diseño o resultados
El equipo de mejora cuenta con el apoyo metodológico y de soporte técnico para la realización de base de datos y análisis de resultados.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

527

UNIFICACION DE PROTOCOLOS ENTRE LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA, DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG) Y EL HOPITAL ROYO VILLANOVA (HRV) EN LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (CMA) DE CATARATAS

2. RESPONSABLE PILAR GARCIA LASHERAS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CONSULTA OFTALMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GALINDO MONTERO ANA. AUX ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. CONSULTAS OFTALMOLOGIA
- SANCHO REDONDO CARMEN. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. CONSULTAS OFTALMOLOGIA
- ROSEL MOUSSET FELICIDAD. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CMA
- PEREZ MILLA MARIA ANGELES. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. CONSULTA OFTALMOLOGIA
- SANCHEZ VALLESPIN ANA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. PULL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el proceso de la cirugía de cataratas, el HNSG y el HRV trabajan en estrecha colaboración, este ultimo, nos remite (al HNSG) pacientes para ser intervenidos de esta cirugía, Ambos hospitales utilizan distintos protocolos con el consiguiente riesgo de confundir en el proceso al paciente y a los profesionales.

Pensamos que seria mas eficaz que tubiesemos el mismo protocolo preoperatorio unificado.

Obtendremos dicha información del material remitido desde el HRV a la consulta ext. de la unidad de alta resolución de cataratas (HNSG).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Implantar el protocolo unificado entre ambos hospitales.

2. Aumentar la seguridad en los cuidados enfermeros.

3. Mejorar el grado de satisfacción entre pacientes y familiares.

4. Favorecer la actualización e intercambio de conocimientos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Crear grupos de trabajo.

2. Contactar con consultas de oftalmología del HRV, explicar el proceso y recabar información.

3. Revisión y unificación de protocolos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Implantación del protocolo unificado entre las consultas de oftalmología de ambos hospitales.

2. El 100% de los pacientes que hemos consensuado.

Realizaremos, al menos 4 reuniones.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril'11- Estudiar con exactitud ambos protocolos de cataratas.

Mayo'11- Reunión para estudio y unificación de ambos protocolos.

Junio'11- Pedir aprobación al jefe de servicio y oftalmólogos responsables.

Oct'11- Implantación de protocolo unificado.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 410

CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: VALORACION DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA E INTEGRACION EN EL PLAN TERAPEUTICO

2. RESPONSABLE ERNESTO GARCIA-ARILLA CALVO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CANOVAS PAREJA CARMEN. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
- FERNANDEZ DOBLADO SILVIA. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
- CASTRO VILELA MARIA ELENA. MEDICO RESIDENTE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
- BIBIAN GETINO CLARA. MEDICO RESIDENTE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
- ESTEBAN HUCHE CLARA VICTORIA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SENORA DE GRACIA. GERIATRIA
- BERNAD PELLICENA CRISTINA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento del dolor en personas mayores con deterioro cognitivo moderado y avanzado constituye un problema frecuente y de difícil abordaje. El entorno del cuidador familiar y profesional adquiere gran importancia al ser la observación un elemento clave en la fase de diagnóstico necesaria para el plan terapéutico al margen de la causa o causas que lo provoquen.

En nuestro ámbito carecemos de una herramienta concreta que facilite el acceso a esta información y que facilite la toma de decisiones.

Entendemos que la incorporación de una escala de medición del dolor en la valoración integral y al plan de cuidados puede ayudar a una mejor toma de decisiones

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Informe remitido Enero 2011. Proyecto de calidad Convocatoria 2010:
"Cuidados paliativos y Geriatria: mejora en la calidad de la atención al final de la vida"

2010

Primer trimestre

Difusión a profesionales y participación de miembros del equipo asistencial en foros de Cuidados Paliativos y administración subcutánea de fármacos para control de síntomas

Segundo trimestre

Primer corte transversal agosto 2010: Estudio transversal sobre pacientes ingresados tributarios de cuidados paliativos

Proceso de elaboración del Protocolo de Cuidados paliativos en el paciente geriátrico. Cada miembro del equipo estudia y elabora su propuesta sobre el apartado previamente distribuido. Una vez al mes el grupo se reúne para unificación de criterios.

Segundo semestre

Segundo corte transversal diciembre 2010: Estudio transversal sobre pacientes ingresados tributarios de cuidados paliativos

Consenso sobre conducta a seguir en cada síntoma y situación y proceso documental. Finalización del Protocolo. Elaboración del documento final. Impresión del documento final.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 410

CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: VALORACION DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA E INTEGRACION EN EL PLAN TERAPEUTICO

2011

Primer trimestre:

Enero 2011: Presentación en el Hospital de resultados del Proyecto y documento final: Protocolo "Cuidados Paliativos y Geriátrica: Manejo de problemas".

Se concretan diversos aspectos concretos de coordinación en el manejo integral del paciente tributario a cuidados paliativos

Se consolida el Grupo de apoyo permanente en la toma de decisiones complejas en pacientes en situación terminal de enfermedad constituido por:

Dos Médicos Geriatras
Una enfermera
Trabajadora Social

Seguimiento de los Indicadores del proyecto:

Estudio transversal de prevalencia de paciente geriátrico tributario de cuidados paliativos 2010:

Número de pacientes ingresados a estudio: 104 pacientes (51 pacientes en 1er corte y 53 en 2º).
Pacientes receptores de cuidados paliativos durante los 2 cortes a estudio: 20 pacientes (4 y 16p. respectivamente).
Edad media: 84 años. 70% mujeres. Índice de Barthel <60: 100%.
Índice de Charlson medio: 6,8.
Procedencia de los pacientes: domicilio: 15,8%, urgencias hospitalarias: 73,7%, planta de otro hospital: 10,5%.
Diagnóstico al ingreso de enfermo tributario de cuidados paliativos: 70%.

Indicadores a estudio:

-% de pacientes con enfermedad avanzada o terminal incluidos en cuidados paliativos al ingreso en relación con el total de pacientes hospitalizados: 19%.

-% de pacientes oncológicos (10%) y no oncológicos (90%) incluidos en cuidados paliativos

Paciente no oncológico: demencia 66,7%, otras enfermedades neurológicas 11,1%, insuficiencia orgánica terminal (cardíaca, respiratoria, renal) 33,3%.

-% de pacientes con identificación de la fase de agonía en el momento del estudio: 5%.

-% de pacientes con cuidados paliativos que reciben prescripción de opioides en el momento del estudio: 20%.

-% de pacientes donde se utilizó la vía subcutánea para el control de síntomas:

Al ingreso del paciente: 22,2%. En el momento del estudio: 57,9%.

-% de pacientes que en la historia clínica tienen registrado el consenso con el paciente y la familia sobre las medidas de control de síntomas: 50%.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocimiento por los profesionales implicados de las diferentes formas de manifestación del dolor en el paciente con demencia moderada y severa
2. Detección del dolor en pacientes con demencia e imposibilidad para expresarlo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 410

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS Y GERIATRIA: VALORACION DEL DOLOR EN PACIENTES CON DEMENCIA E INTEGRACION EN EL PLAN TERAPEUTICO

3. Integrar una escala de valoración del dolor en el Plan de Cuidados de la población diana
4. Facilitar la adecuación del tratamiento del dolor a los hallazgos obtenidos mediante la escala aplicada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Revisión bibliográfica sobre escalas de medición en población geriátrica con deterioro cognitivo
2. Seleccionar escala validada para la medición del dolor en pacientes con deterioro cognitivo moderado, avanzado y severo
3. Unificación de criterios por el equipo interdisciplinar para su aplicación e instruir a los profesionales implicados
4. Selección de la población diana: Pacientes con diagnóstico de demencia en estadios superiores a GDS 5 y/o Pfeiffer 7-10 errores y/o MEC < 10 puntos.
5. Incorporar la escala de medición en la Hoja de Valoración Enfermera

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Elección de la escala
2. Población diana tributaria de aplicación de la escala
3. Pacientes a los que se aplica la escala seleccionada / pacientes con deterioro cognitivo moderado-avanzado
4. Pacientes con tratamiento analgésico en función de puntuación en la escala / población diana

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo-Junio 2011: Revisión Bibliográfica
Julio-Agosto-Septiembre 2011: Unificación Criterios, selección y difusión de la escala
Octubre-Noviembre 2011: Aplicación a la población diana e incorporación a la Valoración Enfermera
Diciembre 2011- Enero 2012: Recogida de información sobre resultados obtenidos y conclusiones

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Material impreso escala y otro soporte documental 300 €
Total 300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

172

MEJORA DE LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GASPAR RUZ

- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CUCULLO LOPEZ JOSE MANUEL. MEDICO GERIATRA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- CANTERO LATORRE ANA CARMEN. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- IZQUIERDO LOU ANA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- ALMUDI GIL TERESA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- CERRA NAVARRO ENEDINA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- VELARTE MOLINER ALICIA. CELADORA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Detectamos la necesidad de mejorar el procedimiento de acogida de los usuarios de HDG. De este primer contacto del paciente con el servicio va a depender una mejor adaptación al programa de rehabilitación que se le plantee en HDG y una mayor colaboración por su parte. Hemos observado que, en ocasiones el usuario cuando llega no tiene suficiente información sobre los objetivos que tiene el HDG, así como de su funcionamiento general.

Vemos necesaria también una devolución de los usuarios en el momento del alta, que nos ayudará a detectar debilidades y fortalezas de nuestro servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Favorecer la adaptación del paciente al servicio desde el momento inicial.

Ofrecer un espacio para que el cliente plantee sus expectativas y dudas sobre el programa de rehabilitación.

Obtener información sobre cómo ha vivido el usuario su estancia en HDG que nos permitirá orientar nuestros esfuerzos a la mejora de los déficits detectados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Redactar un protocolo de acogida que se realizará el primer día de estancia en HDG, tanto para pacientes externos, como para pacientes ingresados que vengan a cursar estancia por un día.

Registrar incidencias para lo que se elaborará una hoja de recogida de datos.

Entregar folleto informativo para paciente y familiares sobre el funcionamiento de HDG y el profesional de referencia en HDG.

Realizar valoración del protocolo de acogida al inicio de la asistencia al HDG mediante encuesta.

Realizar una encuesta de satisfacción en el momento del alta del usuario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El 50% del nº de encuestas iniciales satisfactorias sobre el protocolo de acogida/ nº de encuestas iniciales realizadas.

El 70% del nº de encuestas de satisfacción realizadas /total de pacientes ingresados en HDG en 2011.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los componentes del grupo de mejora se reunirán una vez al mes para reevaluar la adecuación, limitaciones, modificaciones del protocolo.

Cada tres meses se valorará la información vertida en las encuestas inicial y final con el objeto de realizar mejoras en el HDG.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- Camilla plegable para baños 400 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 172

MEJORA DE LA ATENCION DE LOS USUARIOS DE HOSPITAL DE DIA GERIATRICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA

Total 400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

103

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO DE CONSULTA DE PREANESTESIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GOMEZ RUIZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ASCASO LAZARO MERCEDES PILAR. MEDICO ANESTESIOLOGO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE ANESTESIA
- GASCON VILLAFRANCA ISABEL. MEDICO ANESTESIOLOGO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE ANESTESIA
- NOGUE PUEYO MARIA JOSE. MEDICO ANESTESIOLOGO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE ANESTESIA
- OPLA BENABARRE JOSE MARIA. MEDICO ANESTESIOLOGO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE ANESTESIA
- POLO SORIANO MARIA CINTA. MEDICO ANESTESIOLOGO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE ANESTESIA
- RODRIGUEZ DE BENITO FRANCISCO JOSE. MEDICO ANESTESIOLOGO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE ANESTESIA
- CANO TAPIA JUAN PABLO. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE ANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. CREEMOS QUE ES IMPORTANTE INFORMATIZAR TODA LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE PARA CONSEGUIR QUE SE PRESTE A LOS USUARIOS UNOS CUIDADOS EXCELENTES. EN LA CONSULTA ANESTESICA HACEMOS UN RESUMEN GLOBAL EXHAUSTIVO DE TODA LA HISTORIA ANTIGUA DEL PACIENTE, POR ESO PENSAMOS QUE ES FUNDAMENTAL QUE SE ENCUENTRE INFORMATIZADA.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. EN LA ACTUALIDAD TODOS LOS PACIENTES QUE VAN A SER ANESTESIADOS EN EL HOSPITAL DE NTRA. SRA. DE GRACIA, SON ESTUDIADOS EN LA CONSULTA DE PREANESTESIA RELLENANDO EL FORMULARIO DEL PROTOCOLO DE ANESTESIA A MANO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ESPERAMOS CONSEGUIR UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION AL USUARIO AL INFORMATIZAR EL PROTOCOLO DE PREANESTESIA, MEJORANDO LA ACCESIBILIDAD A TODOS LOS FACULTATIVOS Y PERSONAL SANITARIO. QUEREMOS PONER A DISPOSICION DE LOS ANESTESIOLOGOS DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS DE UN PROGRAMA GESTOR DE LOS DISTINTOS DOCUMENTOS DE LA HISTORIA ANTIGUA DEL PACIENTE, QUE SEAN NECESARIOS PARA LA PRACTICA DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA. ESTOS DOCUMENTOS TIENEN QUE SER COMUNES Y ACCESIBLES DESDE CUALQUIER TERMINAL DE ORDENADOR Y FACILITARAN EN LA PRACTICA DIARIA LA REALIZACION DE LA CONSULTA DE PREANESTESIA.

SE SOLUCIONARAN TAMBIEN LOS POSIBLES PROBLEMAS DE LEGIBILIDAD DE LOS DOCUMENTOS ACTUALES. QUEREMOS QUE EL TRATAMIENTO INFORMatico TENGA LA POSIBILIDAD DE AÑADIRSE EN PAPEL IMPRESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. DISEÑAR EL PROGRAMA INFORMatico EN ACCESS 2003 QUE ENGLOBE EL ACTUAL PROTOCOLO DE PREANESTESIA. INTRODUCIR LAS MEJORAS DISPONIBLES CON EL NUEVO TRATAMIENTO INFORMatico. RESPONSABLE: DR. OPLA. PERIODO DE ELABORACION DE LAS SUGERENCIAS PARA NUEVOS ITEMS EN LA CONSULTA ACTUAL. PUESTA EN COMUN CON EL SERVICIO DE ANESTESIA, EVALUACION Y APROBACION DEL PROGRAMA INFORMatico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EXPLICAR A TODOS LOS PROFESIONALES AFECTADOS, EL USO OPTIMIZADO DEL PROGRAMA INFORMatico Y TODAS LAS POSIBILIDADES DE LAS QUE DISPONE. RESPONSABLE: JUAN PABLO CANO TAPIA.

UTILIZACION DEL PROGRAMA EN LA CONSULTA DIARIA DE PREANESTESIA.

DETECCION DE POSIBLES ERRORES O PUNTOS DE MEJORA EN LA UTILIZACION DEL PROGRAMA.

DETECCION DEL NUMERO DE PORCENTAJE DE UTILIZACION DEL PROGRAMA EN CADA FACULTATIVO.

INDICADOR 1: NUMERO DE PACIENTES, QUE VAN A SER INTERVENIDOS, GESTIONADOS CON EL PROGRAMA INFORMatico/NUMERO DE PACIENTES VISTOS EN LA CONSULTA DE ANESTESIA.

INDICADOR 2: INDICADOR 1 INDIVIDUALIZADA PARA CADA FACULTATIVO EN PARTICULAR.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. PRIMER TRIMESTRE 2011: DISEÑO DEL PROGRAMA.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

103

INFORMATIZACION DEL PROTOCOLO DE CONSULTA DE PREANESTESIA EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

ABRIL 2011: APROBACION DEL PROGRAMA.

MAYO 2011: REALIZACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA.

JUNIO/JULIO/AGOSTO 2011: UTILIZACION DEL PROGRAMA

SEPTIEMBRE 2011: PRIMERA VALORACION DE PUNTOS DE MEJORA.

DICIEMBRE 2011: SEGUNDA VALORACION DE PUNTOS DE MEJORA.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESORA LASER MONOCROMO DIN A3	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 064

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACOGIDA, PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES, E INFORMACION A CENTROS QUE LES DERIVAN A LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL GRANADA LOPEZ
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DIAZ ALLEPUZ MIRIAM. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
 - SOLANS GARCIA ANA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
 - BUATAS PEREZ MARIA JOSE. PSICOLOGA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
 - PAUMARD OLIVAN CESAR. MEDICO PSIQUIATRA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
 - RUBIO LARROSA VICENTE. MEDICOS PSIQUIATRA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
 - ARIÑO GALVE RAMIRO. ENFERMERO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proceso asistencial en la Unidad de Trastornos de la Personalidad incluye un periodo de ingreso hospitalario y otro periodo de unos dos años aproximadamente de seguimiento ambulatorio.

La derivación de los pacientes desde los centros de salud mental de la red pública del Salud, su llegada a nuestra Unidad, la información que deben recibir, etc., es un proceso crucial para el inicio del programa terapéutico.

Consideramos imprescindible una actuación coordinada con los profesionales derivantes, que asegure la correcta información para los usuarios, que dispongan éstos de documentación como: consentimiento informado, normas de funcionamiento de la Unidad, proceso terapéutico, etc.

Y como valor añadido al meramente asistencial, consideramos que esta mejora también puede facilitar la puesta en marcha de proyectos de investigación, el desarrollo de actividades docentes y contribuir a la difusión de nuestro proceso asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un protocolo de información y documentos básicos para la derivación de pacientes y su acogida en nuestra Unidad.

Incluye el diseño de información escrita y su puesta a disposición de todos los centros de salud mental de Aragón, para facilitar la información y derivación de los pacientes que ellos consideren indicado.

También se diseñará un protocolo para la acogida de los pacientes derivados a la Unidad de Trastornos de la Personalidad con: consentimiento informado, información para pacientes y sus familiares y normas y funcionamiento de la Unidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseñar información escrita y ponerla a disposición de todos los centros de salud mental de Aragón, para facilitar la información y derivación de los pacientes que ellos consideren indicado.
Responsables: J.M. Granada, V. Rubio, C. Paumard, M. Díaz, M.J. Buatas, A. Solans, R. Ariño.

Diseño y puesta en marcha de un protocolo para la acogida de los pacientes derivados a la Unidad de Trastornos de la Personalidad con: consentimiento informado, información para pacientes y sus familiares y normas y funcionamiento de la Unidad.
Responsables: J.M. Granada, V. Rubio, C. Paumard, M. Díaz, M.J. Buatas, A. Solans, R. Ariño.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 064

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACOGIDA, PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES, E INFORMACION A CENTROS QUE LES DERIVAN A LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El 90 % de los centros de salud mental y otros dispositivos con capacidad de derivar pacientes a nuestra Unidad, dispondrá de información escrita sobre el proceso terapéutico y el modelo de informe de derivación.

El 90 % de los pacientes que sean derivados a la Unidad serán citados a consulta informativa y recibirán el protocolo para la acogida de los pacientes derivados a la Unidad de Trastornos de la Personalidad con: consentimiento informado, información para pacientes y sus familiares y normas y funcionamiento de la Unidad.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 09 - 05 - 2011 Fecha de finalización: 31 - 12 - 2011

Calendario:

09 - 05 - 2011 Reunión inicial. Programación de actividades.
23 - 05 - 2011 Diseño de registros y pruebas indicadas según los casos.
13 - 06 - 2011 Inicio de envío a los centros derivantes de información y puesta en marcha del protocolo de acogida para nuevos pacientes.
12 - 12 - 2011 Evaluación de finalización de actividades. Valoración de indicadores.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador ELITEBOOK 8440P ref. 3-12-51066-0	799 €
· ESCANER COLOR 27 PPM ref. 3-11-51053-000	435 €
Total	1.234 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 109

MEJORA DE DOCUMENTACION DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA: ELABORACION DEL REGISTRO BASICO DE TERAPIA OCUPACIONAL

2. RESPONSABLE FABIOLA HERNANDEZ FLETA

- Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CANTERO LATORRE ANA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- GASPAR RUZ MARIA LUISA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
- CUCULLO LOPEZ JOSE MANUEL. MEDICO GERIATRA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Necesidad de mejorar el procedimiento para la recogida de datos ocupacionales del paciente, objetivos, tratamiento, seguimiento y evolución del paciente en las distintas unidades.
Necesidad de crear un " Registro básico de Terapia Ocupacional" de los pacientes que asisten al Hospital de Día Geriátrico y/o la unidad de Rehabilitación, para la realización de una Historia Ocupacional del paciente, siguiendo criterios uniformes en la valoración de los mismos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Realizar una valoración al ingreso de la funcionalidad en la realización de las AVD del paciente, imprescindible para la planificación del tratamiento y la selección de las técnicas aplicar.
Realizar una valoración al alta del paciente que permita objetivar los resultados de la intervención de Terapia Ocupacional.
Facilitar el flujo de información con el resto de profesionales que tratan al usuario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar el documento "Registro Básico de Terapia Ocupacional" según los criterios de la terminología unificada de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional).
Los terapeutas ocupacionales de las distintas unidades (HDG y RHB) serán los responsables de elaborar dicho documento para valoración y posterior seguimiento de los usuarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - 80% de nº de pacientes con Historia de T.O. en HDG/ total de pacientes que asisten a HDG en 2011.
- 50 % nº de pacientes con evaluación al ingreso y evaluación al alta/ total de pacientes que asisten a HDG en 2011.
- 80% denº de pacientes hospitalizados con Historia de T.O. en el Servicio de Rehabilitación/ total de pacientes hospitalizados que reciban tratamiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La realización del documento comenzó a mediados de Febrero del presente 2011 y su utilización comenzó el 1 de Marzo del mismo año. Pretendemos aplicar el uso de dicho documento hasta finales de 2011, realizando las modificaciones oportunas según se detecten necesidades.
Bimensualmente el grupo de mejora se reunirá para realizar aportaciones al documento y sugerir los cambios necesarios en el mismo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- | | |
|---|-------|
| · Material de Psicomotricidad (masas terapéuticas, balones, picas | 200 € |
| · Material estimulación cognitiva | 100 € |
| · Ayudas Técnicas | 100 € |
| Total | 400 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 411

1. TÍTULO

FORMACION Y RECICLAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE LA IMPLANTACION DE LOS NUEVOS SISTEMAS DE INFORMACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG).

2. RESPONSABLE SONIA IRIARTE RAMOS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PAMPLONA CALEJERO ELENA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI
- TARRERO LOZANO MARIA CARMEN. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI
- LABARI SANZ GENEVEVA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI
- MARTINEZ LOPEZ MARIA LUISA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las unidades de críticos la necesidad de una atención continuada y especializada así como el uso de tecnología no habitual en otros servicios hospitalarios, hace preciso que el personal que desarrolla su actividad en la UCI requiera unos conocimientos específicos. Un programa de formación dota a las personas de conocimientos actitudes y habilidades necesarias para integración al puesto de trabajo, lo que permite ofrecer un nivel de calidad y seguridad en los cuidados enfermeros.

Implantar políticas de calidad posibilita la mejora de la atención sanitaria ofertada y percibida por los pacientes.

El método de priorización utilizado es el "método Hanlon", obteniendo como resultados finales las siguientes oportunidades de mejora:

1. Formación y reciclaje al personal de Enfermería ante la implantación de los nuevos sistemas de información en la UCI del HNSG.
2. Revisión y actualización del manual de funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
3. Mejorar horario de visitas.
4. Mejorar la comunicación interprofesional.

Aplicando la fórmula de priorización correspondiente las oportunidades de mejora seleccionadas han sido la 1 y 2.

Importancia y utilidad del proyecto:

- ? Mejorar la calidad asistencial en los cuidados.
- ? Evitar complicaciones por déficit de conocimientos y destrezas.
- ? Disminuir el número de resultados erróneos.
- ? Unificar criterios de actuación.
- ? Concienciar y formar al personal.

Situación de partida:

La nueva apertura de la UCI con tecnología avanzada, junto con la dispersión del personal ocasionada por el cierre temporal de la misma, plantea la necesidad de formar al personal para que se actualice y adquiera los conocimientos y destrezas necesarios en el manejo de los sistemas informáticos implantados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Formar al personal.

- ? Unificar criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- ? Mejorar la comunicación entre los profesionales.
- ? Reducir o eliminar errores en el manejo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

411

FORMACION Y RECICLAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE LA IMPLANTACION DE LOS NUEVOS SISTEMAS DE INFORMACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG).

- ? Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- ? Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- ? Crear de un grupo de trabajo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Formar al personal en las nuevas tecnologías.
Actividad 3ª: Sesiones periódicas

Responsables: Todo el grupo de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de personal formado.
Porcentaje de personal que asegura haber recibido los conocimientos y habilidades necesarias para el correcto manejo de las nuevas tecnologías

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1er trimestre: Reunión y formación del equipo de trabajo.
2º Trimestre: Formación al personal de la UCI.
3er Trimestre: Sesiones periódicas de reciclaje.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

145

DERIVACION PREFERENTE DESDE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE JUANA JIMENEZ SAENZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CABEZA LAMBAN FRANCISCO. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- LOPEZ LANCIS ANGEL. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- GARCIA DE PASO REMON PABLO. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- JIMENEZ-MURO PEREZ-CISTUE JUAN JOSE. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con el objetivo de mejora en la continuidad de la asistencia que reciben los pacientes entre los diferentes niveles asistenciales y distintos centros, hemos decidido dar continuidad al proyecto iniciado hace un año: "Derivación preferente desde Atención Primaria Sector Zaragoza I al Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia". Los pacientes que son atendidos en los Centros de Atención Primaria, en ocasiones presentan cuadros clínicos complejos, que por sus características o por su gravedad precisan estudio complementarios que no pueden realizarse desde atención primaria o que requieren de ingreso hospitalario para llevarlos a cabo.

Las demoras en la derivación a consultas de atención especializada o en la realización de determinadas pruebas complementarias ha llevado a la iniciativa, por parte del Centro de Salud de Arrabal y el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia, de la puesta en marcha de un proyecto piloto en el Sector y en relación a los resultados obtenidos sobre satisfacción y eficiencia del proyecto poder ampliarlo al resto de los Centros de Salud del Sector Zaragoza I.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Tras una reunión inicial con el Coordinador y posteriormente con los facultativos del centro de salud de Arrabal (centro piloto del estudio), se comunicaron los objetivos del proyecto de mejora, así como la metodología y las actividades a desarrollar. Se acordaron los criterios de derivación preferente a la consulta de Medicina Interna o de programación de ingreso en caso necesario.

Desde abril a Diciembre de 2010, los resultados han sido los siguientes:
Se han recibido 5 derivaciones a consulta de Medicina Interna y dos ingresos programados, dadas las circunstancias del paciente, sobre un total de 875 ingresos en el Servicio de Medicina Interna. Durante este año se llevaron a cabo reuniones con los Coordinadores de otros Centro de Salud del Sector Zaragoza I, para dar continuidad al proyecto tras su ampliación e implantación en otros Centros.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El proyecto está enfocado hacia la mejora de la continuidad asistencial que reciben los pacientes cuando tienen que intervenir profesionales de distintos centros y niveles asistenciales, con participación de diferentes profesionales.

- 1- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados.
- 2- Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas
- 3- Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes/usuarios/pacientes con los servicios recibidos.
- 4- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se programarán las diferentes reuniones entre los Coordinadores y posteriormente con los facultativos de los Centro de Salud del Sector Zaragoza I y los del Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia para establecer los criterios de derivación preferente. Las vías de derivación podrán ser a consultas de Atención Especializada de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia o ingreso programado en dicho Servicio del mismo Hospital, dependiendo de parámetros como la edad, posibilidad de desplazamiento, gravedad o deterioro clínico del paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 145

DERIVACION PREFERENTE DESDE ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

El facultativo de Atención Primaria que detecta el "caso problema" que cumpla los criterios de derivación previamente establecidos se pondrá en contacto telefónico con el facultativo internista designado, durante el horario de mañana, preferentemente de 10 a 14 horas, quien comentará el caso del paciente y de forma conjunta se decidirá la vía de asistencia más adecuada de forma individualizada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1-Numero de pacientes ingresados en planta derivados del Centro de Salud Arrabal/total de pacientes derivados por la vía de derivación preferente.
2-Numero de pacientes valorados en consultas derivados del Centro de Salud Arrabal/total de pacientes derivados por la vía de derivación preferente.
3-Numero de pacientes que han sido remitidos por la vía de derivación preferente/total de llamadas telefónicas recibidas en un mes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto : Marzo 2010. Reunion inicial con el Coordinador del Centro de Salud de Arrabal.
Abril 2010: Creacion de un grupo de trabajo para acordar los criterios de derivacion.
Abril-Diciembre 2010: Desarrollo del proyecto piloto.
Abril 2011:Reunion con los Coordinadores de otros Centros de Salud (Picarral,Actur Sur)para el desarrollo del proyecto.
Diciembre 2011: Presentacion de memoria y resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR PORTATIL	400 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 405

1. TÍTULO

AMPLIACION DE FONDO DOCUMENTAL Y CONVERSION DE ARCHIVOS PDF ESTATICOS EN FORMULARIOS INTERACTIVOS, PARA EL GESTOR DIGITAL DE DOCUMENTACION SANITARIA DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

2. RESPONSABLE MANUEL JORDAN JARQUE
· Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MARTINEZ LOPEZ MARIA LUISA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. CONSULTAS EXTERNAS
· GARCIA ARCOS FIDELA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. CONSULTAS EXTERNAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Antecedentes
Acciones y actividades realizadas dentro del proyecto 394-2010:
- Desarrollo de aplicación informática diseñada para integrarse con el software que poseen la mayor parte de los terminales de trabajo, evitando así el pago de royalties por el uso de licencias de software adquiridas a terceros para su distribución final.
La herramienta denominada DocumentHos Pro (Hospital Project Documents) permite compartir y gestionar los documentos de uso común en Consultas Externas y la visualización de los mismos en miniatura o a pantalla completa, en formato pdf.
- Solicitud al equipo informático del centro de las apropiadas autorizaciones de accesos de escritura/lectura en carpetas reservadas para la aplicación en disco compartido.
- Instalación en disco de datos del Hospital (que hace las veces de servidor), de una base de datos relacional (SGBD) con la información de los diferentes documentos.
Al iniciar la aplicación -instalada en las estaciones de trabajo- se accede al servidor, cargando en memoria temporal los datos de la SGBD que pueda requerir durante la sesión, evitando así los accesos recurrentes que podrían dar lugar a bloqueos de la base de datos y ralentización del rendimiento de la red.
- Confección del Manual de Ayuda de DocumentHos Pro.
- Análisis de los documentos existentes.
- Presentación del proyecto a las distintas unidades asistenciales y admisión de documentos.
- Preparación de la documentación a capturar y los procesos necesarios para facilitar la conversión a formato electrónico.
- Digitalización y homogeneización a modelos estándar y acoplamiento de logotipos corporativos.
- Control de calidad (fidelidad con el original).
- Indexación y clasificación.
- Migración a la aplicación y hospedaje del archivo en el disco servidor.

Recursos asignados:
Desde diciembre de 2010 el equipo de mejora cuenta con un portátil Hp DV7-3140 y una impresora multifunción.

Justificación de mejora

1. El documento tradicional, físicamente considerado, siempre tendrá obstáculos para su accesibilidad total. Con los documentos digitales esta limitación es superada.
Los documentos electrónicos que no han sido guardados y procesados para hacerlos permanentemente recuperables, pueden tener una vida muy corta y volátil. La herramienta que nos va a ayudar a configurar este flujo de información es un gestor documental, aplicación que permite a los usuarios manejar documentos integrados en un mismo ambiente y recuperarlos independientemente de su formato original; lo que viene a traducirse en sencillez, dinamismo para acceder a la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

405

AMPLIACION DE FONDO DOCUMENTAL Y CONVERSION DE ARCHIVOS PDF ESTATICOS EN FORMULARIOS INTERACTIVOS, PARA EL GESTOR DIGITAL DE DOCUMENTACION SANITARIA DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

información y almacenamiento seguro y coherente, además de un importante aumento de la productividad.

2. Un documento originalmente impreso y tras haberlo procesado mediante un escáner se puede convertir en un formulario de papel, con espacios en blanco para ser rellenados a mano y entregarse físicamente a la persona o departamento correspondiente. Un formulario interactivo puede ser rellenado sobre la pantalla e imprimirlo una vez completados todos los campos, aumentando considerablemente la legibilidad del mismo, importante para ser remitido por FAX o bien enviarse a través de una red de área local o por conexión a Internet, protegiendo su contenido.

Objetivos:
Ampliación del fondo documental de DocumentHos Pro y la transformación de los documentos digitales apropiados a formularios interactivos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Instalación de la aplicación en el 40% de los terminales de Consultas Externas.

- El 61% de los facultativos y 31% del personal de enfermería, pueden acceder al gestor documental.
- La totalidad de los usuarios que acceden han sido formados.
- En la actualidad el gestor de documentos cuenta con 257 ficheros, que supone aproximadamente el 56% de la documentación recibida y un tamaño aproximado en disco de 35 MB. Destacamos por orden de cotidianidad en la práctica clínica:
 - 18 impresos de uso común.
 - 165 Consentimientos informados.
 - 15 tablas de ejercicios.
 - 4 protocolos.
 - 6 escalas o test de valoración diagnóstica.
 - 29 modelos de plantillas de uso frecuente.
 - 2 Guías clínicas.
 - 5 catálogos de consulta, 4 de ellos de material ortoprotésico con búsqueda interactiva por tipo de prestación.
 - 4 textos legales o de normativa.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Ampliación del catálogo documental de DocumentHos Pro de toda la documentación recibida hasta la fecha. Transformación de los documentos digitales apropiados a formularios interactivos, tras estudiar la factibilidad de los mismos. Implantación del acceso al gestor documental en el resto de las consultas restantes. Facilitar la incorporación al software de nuevos profesionales y/o futuras consultas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones individuales o grupales con los nuevos profesionales para exponerles el proyecto de calidad. Análisis de la interacción con cuadros de texto, botones, casillas de verificación y otros campos, mediante código JavaScript y otros elementos dinámicos a formularios PDF. Examinar y clasificar los documentos acordes con las necesidades específicas de los profesionales. Información de los formularios interactivos al personal que va a trabajar con ellos. Impulsar el uso de los documentos digitalizados a través del gestor documental. Combinar los puntos anteriores para optimizar resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de consultas que acceden al gestor de documentos.
Porcentaje de consultas que se han incorporado.
Porcentaje de profesionales formados.
Porcentaje de profesionales que acceden al gestor

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 405

AMPLIACION DE FONDO DOCUMENTAL Y CONVERSION DE ARCHIVOS PDF ESTATICOS EN FORMULARIOS INTERACTIVOS, PARA EL GESTOR DIGITAL DE DOCUMENTACION SANITARIA DEL AREA DE CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer trimestre:
Implantación del gestor en las restantes consultas.
Ampliación del catálogo documental de toda la documentación recibida hasta la fecha.
Clasificar los documentos idóneos para ser convertidos en formularios interactivos.

Segundo y tercer trimestre:
Desarrollo de formularios interactivos.
Información y formación al personal de la características e incorporación del los formularios interactivos.

Cuarto trimestre:
Análisis y evaluación de las tareas realizadas.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipo informático	900 €
· Consumibles para impresora multifunción	300 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 344

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE PACIENTES GERIATRICOS EN TRATAMIENTO CON DIGOXINA

2. RESPONSABLE ROBERTO LOZANO ORTIZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
· Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HERNANDEZ BELLO ABEL. MEDICO GERIATRA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. SERVICIO DE GERIATRIA
· CHAVEZ DIANDERAS FERNANDO. MIR GERIATRIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. SERVICIO DE GERIATRIA
· PRADES PITARCH SILVIA. ATS-DUE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. SERVICIO DE GERIATRIA
· DAUDEN BURRIEL MARIA SAGRARIO. ATS-DUE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. SERVICIO DE GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA: La farmacocinética de Digoxina (DGX) en pacientes geriátricos difiere substancialmente de la observada en adultos, de tal forma que el desarrollo de cualquier método de dosificación en ancianos que nos permita una elección de la dosis inicial y de mantenimiento, segura y eficaz, requiere información acerca de sus parámetros farmacocinéticos poblacionales específicos.
UTILIDAD: El control farmacoterapéutico y clínico de los pacientes en tratamiento con DIGOXINA supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.
MÉTODOS: Informe farmacoterapéutico (IFT) realizado en base al método de JUSKO mediante parámetros farmacocinéticos, interacciones y pautas posológicas recomendadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. SITUACION DE PARTIDA: Trabajo conjunto con los geriatras del Hospital Real Ntra. Sra. de Gracia desde hace un año con seguimiento inicial de 100 pacientes con resultados satisfactorios

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la seguridad del paciente geriátrico en tratamiento de larga duración con digoxina, dadas las características clínicas de dichos pacientes.
Aumentar la seguridad del tratamiento con digoxina y evitar interacciones
Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicios de Geriátrica y Farmacia

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Farmacéutico recaba los antecedentes necesarios del paciente y junto con los datos analíticos realiza el informe farmacoterapéutico con recomendaciones posológicas y terapéuticas .
Médicos Geriatras realizan seguimiento Clínico de los pacientes en tratamiento con Digoxina.
ATS-DUE de geriatría realizan el seguimiento y cuidados de enfermería correspondientes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° Pacientes en tratamiento con digoxina.
N° de pacientes con digoxinemia normal / N° total pacientes
N° de pacientes con IFT/N° total pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio : abril 2011
Enero de 2012: Evaluación y propuestas de mejora.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· ordenador portatil 500 €
· Presentacion resultados en Congreso 500 €
Total 1.000 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

344

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPEUTICO DE PACIENTES GERIATRICOS EN TRATAMIENTO CON DIGOXINA

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN USM MEDIANTE EL TRABAJO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

2. RESPONSABLE MARIA REYES MARIN LACASA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. *PSIQUIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PASCUAL GARCIA ASUNCION. PSIQUIATRA. C.S. FUENTES NORTE SECTOR II. PSIQUIATRIA
 - LOZANO ORTIZ ROBERTO. FARMACEUTICO. HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA. FARMACIA
 - SANTA CRUZ MARIA JESUS. ATS-DUE. UNIDAD SALUD MENTAL. ENFERMERIA
 - SEBASTIAN PEREZ FRANCISCA. ATS-DUE. UNIDAD DE SALUD MENTAL. ENFERMERIA
 - VILLAS PEREZ EVA. PSQUIATRA. HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. IMPORTANCIA: Debido al cambio de normativa de los Programas de Apoyo a las iniciativas de calidad del S.A.S., hemos unificado en un solo proyecto todos los proyectos de calidad, que en el ámbito del Uso Racional de Psicofármacos venimos realizando desde el año 2006; estando incorporados en la consulta clínica diaria (Litio, Lamotrigina, Paliperidona, Síndrome metabólico etc), lo que permite el mantenimiento de la actividad así como la estructura del Equipo multidisciplinar creado para tal fin, compuesto por Psiquiatras del Sector I y Sector II, A.T.S. y Farmacéuticos.

UTILIDAD: Control clínico y farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en los programas anteriormente citados, lo que supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, la calidad de la evaluación y seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento con estos fármacos.

METODOS: 1º- Diagnóstico clínico e indicación de tratamiento.

2º- Informe farmacoterapéutico de todos los pacientes incluidos en los programas antes citados, incidiendo fundamentalmente en los aspectos de indicación, posología, efectos secundarios e interacciones.

SITUACION DE PARTIDA:

1º- Mejora del control clínico y farmacoterapéutico en U.S.M. de Hospital Ntra. Sra. de Gracia /Actur Sur, en tratamiento con sales de Litio en pacientes con Trastorno Afectivo grave.

2º- Pacientes de consulta ambulatoria en U.S.M. con diagnóstico CIE: 10 (F32, F33, F34 Y F38), a los que se realiza seguimiento de la respuesta clínica y neuroendocrina en tratamiento con Escitalopram

3º- Mejora de control clínico y farmacoterapéutico de pacientes psicóticos en tratamiento con Risperidona Consta inyectable.

4º- Programa de control de pacientes con Trastorno Afectivo (unipolar y bipolar), que requieren tratamiento con Lamotrigina.

5º- Protocolo de mejora de salud física en pacientes con Trastorno Mental Grave.

6º- Mejora de control clínico y farmacoterapéutico en pacientes psicóticos en la U.S.M. en tratamiento con Paliperidona.

7º- Manejo de hiperprolactinemia en pacientes psiquiátricos que mantienen tratamiento con Risperidona parenteral.

8º- Mejora clínica con control de parámetros metabólicos y de peso en pacientes psiquiátricos, en tratamiento con Olanzapina y Clozapina en la U.S.M. del Hospital Ntra. Sra de Gracia - Actur Sur.

Cuyas evaluaciones se han ido remitiendo puntualmente a la coordinadora de calidad del Sector I, Dra. J. Jiménez Sáenz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Indicadores del proyecto: "Mejora del control clínico y farmacoterapéutico de los pacientes con Trastorno Afectivo Grave de la Unidad de Salud Mental del Hospital Ntra. Sra. de Gracia, en tratamiento con sales de Litio" 2006.

1º- Nº de pacientes en tratamiento con Plenur controlados con litemia(31)/ Nº de pacientes en tratamiento con Plenur con control farmacoterapéutico(31)= 31/31= 100%

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN USM MEDIANTE EL TRABAJO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

2°- N° de pacientes con litemia dentro del margen terapéutico(29)/N° pacientes en tto. con Plenur controlados con litemia(31) =29/31= 93.5%

3°- N°pacientes en tratamiento con Plenur con interacciones(9)/N° pacientes en tto. con Plenur controlados(31)= 9/31= 29%

4°- N° interacciones corregidas(9)/N° interacciones detectadas(9)= 9/9= 100%

Indicadores del proyecto: "Pacientes de consulta ambulatoria en U.S.M. con diagnóstico CIE-10 (F32, F33, F34 Y F38), a los que se les realiza seguimiento de la respuesta clínica y neuroendocrina en tratamiento con Escitalopram". 2007.

Los resultados de la autoevaluación del contrato de gestión 2007 de la unidad:

- N° pacientes estudiados 21.
- N° pacientes con Cortisol <6mcg/dl/N° total de pacientes = 4/21.
- N° pacientes con Cortisol 6-10mcg/dl/N° total de pacientes = 14/21.
- N° pacientes con Cortisol >10mcg/dl/N° total de pacientes = 3/21.

Indicadores del proyecto: "Mejora del control clínico y farmacoterapéutico de pacientes con Psicosis de la U.S.M. del Hospital Ntra. Sra. de Gracia en tratamiento con Risperidona inyectable". 2007.

- N° de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta con control farmacoterapéutico/ N° de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta = 30/30.
- N° de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta con hiperprolactinemia asintomático/ N° de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta = 20/30.

Indicadores del proyecto: "Programa de control de pacientes con Trastorno Afectivo Unipolar y Bipolar que requieren tratamiento con Lamotrigina". 2008.

- N° pacientes estudiados 36.
- N° pacientes con Lamotrigina = 2-15 mcg/dl/N° total de pacientes = 2/13.
- N° pacientes con Cortisol 6-15 mcg/dl/ N° total de pacientes = 1/17.
- N° pacientes con Cortisol < 2mcg/dl/ N° total de pacientes = 0/7.
- Pacientes con bilirrubina indirecta > 0.3, 4/18 pacientes.
- Pacientes con bilirrubina Total > 0.7, 7/18 pacientes.

Indicadores del proyecto: "Mejora del control clínico y farmacoterapéutico de los pacientes con psicosis de la U.S.M. del Hospital Ntra. Sñra de Gracia - U.S.M. Actur Sur, en tratamiento con Paliperidona". 2009.

- N° pacientes en tratamiento con Paliperidona = 22.
- N° pacientes en tratamiento con Paliperidona y Risperidona Parenteral = 7 (32%).
- N° pacientes en tratamiento con Paliperidona e informe farmacoterapéutico = 12 (54%).
- N° pacientes en tratamiento con Paliperidona e Hiperprolactinemia de riesgo elevado (>1600) = 7 (32%).

Indicadores de proyecto: "Manejo de la hiperprolactinemia en pacientes psiquiátricos en tratamiento de mantenimiento con Risperidona parenteral". Hospital Ntra. Sra. de Gracia - U.S.M. Actur Sur. 2010.

- N° pacientes seleccionados = 34.
- Paciente alto riesgo osteoporosis (PRI>1600mUI/I) = 14, 41% de ellos 10 (71%) con estudio de estradiol y testosterona.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 184

MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN USM MEDIANTE EL TRABAJO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

-Paciente alto riesgo osteoporosis (PRL<1600mUI/I) = 20, 59%, de ellos 10 (50%) con estudio de estradiol y testosterona.

Indicadores de proyecto: "Mejora del control del peso y parámetros metabólicos en pacientes psiquiátricos en tratamiento con Olanzapina y Clozapina en la U.S.M. del Hospital Ntra. Sra. de Gracia - C.S.M. Actur Sur". 2010.

- Nº pacientes estudiados: 50
- Nº pacientes IMC<25 / Total pac.= 8/33, 25%.
- Nº pacientes IMC = 25-30/ Total pac. = 9/33, 27%.
- Nº pacientes IMC = 30-35/ Total pac. = 11/33.
- Nº pacientes IMC > 35/ Total pac. = 5/33, 15%.

Dichos programas han generado la publicación de más de 20 comunicaciones a congresos de Calidad, Farmacia y Psiquiatría y 3 Publicaciones en Revistas nacionales e internacionales, estando a la espera de publicar parte del resto.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aumentar la seguridad y eficacia de los tratamientos farmacológicos de los paciente incluidos en dichos programas.
- Ajuste de las prescripciones a los protocolos vigentes tanto de especializada como en primaria.
 - Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicios de Psiquiatría y Farmacia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METÓDICA:
- En las consultas de Salud Mental se realiza el seguimiento clínico Psiquiátrico: M^a Reyes Marín, Asunción Pascual, E. Villas Pérez.
 - Las A.T.S. de las Unidades de Salud Mental realizan los cuidados de enfermería. Responsables: M^a Jesús Santacruz y F. Sebastián Pérez.
 - El farmacéutico realiza el informe farmacoterapéutico con las recomendaciones de posibles cambios de pauta que fueran necesarios. Responsable: Roberto Lozano.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº de Pacientes incluidos en programas / año
- Nº de Pacientes Litio /Nº IFT.
 - Nº de Pacientes Risperidona /Nº IFT.
 - Nº de Pacientes Olanzapina /Nº IFT.
 - Nº de Pacientes Clozapina /Nº IFT.
 - Nº de Pacientes Lamotrigina /Nº IFT.
 - Nº de Pacientes Escitalopram /Nº IFT.
 - Nº de pacientes con Paliperidona/ Nº IFT.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:
Fecha de inicio: enero 2011.
Enero de 2012: Evaluación y propuestas de mejora.
REUNIONES DE EQUIPO QUINCENAL

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PRUEBAS BIOQUÍMICAS EN LABORATORIO EXTERNO	1.000 €
· ORDENADOR PORTATIL	1.000 €
· INSCRIPCIÓN CONGRESOS	1.000 €
Total	3.000 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

184

MEJORA DEL CONTROL CLINICO Y FARMACOTERAPEUTICO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN USM MEDIANTE EL TRABAJO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

11. OBSERVACIONES. *Hospital Nuestra Señora de Gracia y USM Actur Sur

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 282

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL, Y AMPLIACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A OTROS PROCESOS DE ANATOMIA PATOLOGICA (CITOLOGIAS Y PAAF).

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MATEOS BARRIONUEVO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. ANATOMÍA PATOLÓGICA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMAJANO MARTINEZ CARMEN. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- BENGOCHEA MARTINEZ LOURDES. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- CORTES GIL ROSA ANA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- RINCON GORMEDINO CRISTINA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- RUIZ ROMERO INMACULADA. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- LUQUE SILES BEATRIZ. TECNICO SUPERIOR DE ANATOMIA PATOLOGICA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA
- GASPAR OCHOA ROSALIA. AUXILIAR ADMINISTRATIVA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras conseguir la acreditación para el proceso de citología-vaginal, se ha planteado la posibilidad de extender la metodología a las restantes áreas del servicio de Anatomía Patológica, comenzando por las actividades de gestión y por los principales procedimientos analíticos. Se ha elegido continuar con los procedimientos de citología no ginecológica (incluyendo PAAF). La elección se realizó mediante exposición de ideas, y la priorización mediante parrilla de análisis. Además, el Symposium sobre Procedimientos normalizados de acreditación de calidad en Anatomía Patológica, en el que ha participado activamente el servicio, ha reafirmado la conveniencia de proseguir en esta vía, coordinándonos también con los progresos en otros Servicios de Anatomía Patológica de Aragón.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante 2010:

- Se realizó la Revisión por Dirección.
- Se realizó la auditoría Externa de revisión por ENAC, en la que se realizaron 2 observaciones, que se solucionaron
- Se presentó el correspondiente Plan de Acciones Correctivas, que fue evaluado por ENAC, consiguiendo la renovación de la acreditación.
- Se han continuado los talleres y actividades correspondientes a la ampliación de la acreditación.

Revisión de indicadores:

- Procedimientos adaptados a la norma:
- ? Procedimiento de Preanalítica de biopsias y citologías
- ? Procedimiento de recepción de muestras de biopsias y citologías
- ? Procedimiento de Postanalítica e informes.
- ? Procedimiento general de biopsias
- ? Procedimiento de eliminación de residuos
- ? Puesta en marcha de los registros correspondientes

- Resultados actividades de aseguramiento de calidad previstas:
- ? Incidencias en recepción biopsias: 23 (0,53 %)
- ? Protocolos diagnósticos en biopsias: Actualizados a 31-12-2010
- ? Demora biopsias: 4 casos con demora > 20 días. Demora media 5, 17.
- ? Incidencias en recepción ginecológicas: 39 (0,87%)
- ? ASC: 3,79 %.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

282

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACION SEGUN NORMA ISO 15189 DE LA TECNICA CRIBADO ONCOLOGICO EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL, Y AMPLIACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A OTROS PROCESOS DE ANATOMIA PATOLOGICA (CITOLOGIAS Y PAAF).

- ? Relación ASC/SIL: 1,59.
- ? Valoración conjunta de 457 casos (10,19 %).
- ? Demora ginecológicas: Demora media 5,45. Máxima 43 (debido a un error en la aplicación).

- Se han realizado los controles de calidad del College of American Pathologists PAPCE A y PAPCE B de 2010 (en enero y agosto), con resultados correctos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Renovar la acreditación según la norma ISO 15189, para la Técnica: Cribado Oncológico en Citología Cérvico-vaginal. Normalizar los procedimientos usados en el diagnóstico de citologías no ginecológicas.

Establecer y medir indicadores de calidad el diagnóstico de citologías no ginecológicas..

Aumentar la satisfacción del personal.

Aumentar la satisfacción de las pacientes y de los médicos solicitantes

Colaborar con otros servicios de Anatomía Patológica de Aragón para la implantación de planes de mejora, intentando homogeneizar todo lo que sea posible los procedimientos y aplicaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las indicadas en la implantación de la norma ISO 15189, de cara al cumplimiento de los requisitos técnicos y de gestión de la misma, fundamentalmente:

- Implantación de todos los procedimientos
- Revisión de todos los procedimientos, formatos y registros
- Formación para la auditoría.
- Revisión y mejora con base en las incidencias y no conformidades detectadas.
- Realización de las actividades de formación previstas.
- Realización de las actividades de aseguramiento interno y externo de la calidad, incluyendo la garantía de calidad en Diagnóstico (Sociedad Española de Anatomía Patológica, College of American Pathologists)
- Reuniones con responsable de Calidad de otros Servicios de Anatomía Patológica
- Cursos y talleres sobre calidad en Anatomía Patológica
- Participación en las actividades de gestión del Congreso de la SEAP
- Participación en la revisión de la cartera de Servicios de Anatomía Patológica de Aragón.
- Participación en la revisión del Catálogo de procedimientos de la SEAP
- Establecimiento de una política común de intercomparativos en Anatomía Patológica

Los responsables principales son:

Francisco Javier Mateos Barrionuevo, Responsable de Calidad

Lourdes Bengochea Martínez, Responsable Técnico del área de biopsias y citologías.

Carmen Almajano, Responsable Técnico del área de citologías ginecológicas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La evaluación interna se realizará mediante la Revisión por la Dirección (siguiendo los ítems establecidos en el Manual de Calidad de los Laboratorios del Salud) y las Auditorías Internas (siguiendo el documento PRG-38)

La evaluación externa se realizará por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), usando los criterios de la norma ISO 15189.

Con los resultados de la auditoría, se evaluarán las observaciones realizadas por ENAC, y se realizará un Plan de Acciones Correctivas, si procede..

Los indicadores que se usarán serán:

o Procedimientos adaptados a la norma

o Resultados de las actividades de aseguramiento de la calidad previstas en los procedimientos técnicos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 224

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DEL INSTRUMENTAL DIRIGIDO AL PERSONAL DEL HNSGZ QUE REALIZA ESTE PROCESO EN SU SERVICIO (TALLER TEORICO-PRACTICO).

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MEDINA CEREZAL
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. CENTRAL DE ESTERILIZACION
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FERNANDEZ AYALA RAFAELA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
 - LACRUZ ARGUEDAS REMEDIOS. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
 - MODREGO GONZALEZ AURORA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
 - VALLES GRACIA MARIA LUISA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. CENTRAL DE ESTERILIZACION
 - SORO ALCUBIERRE GLORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. DIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las diferentes unidades asistenciales del hospital utilizan, en mayor o menor medida, instrumental estéril, tanto para la exploración del paciente en consultas externas como para el cuidado y tratamiento del paciente ingresado. Este material llega a la Central de Esterilización donde se verifica su correcto estado y limpieza antes de ser esterilizado y devuelto al servicio de origen. Para asegurar la calidad del producto estéril es imprescindible un correcto proceso de limpieza mediante técnicas y métodos adecuados que garanticen una posterior esterilización efectiva. Este proceso se lleva a cabo en el servicio de origen. La Central de Esterilización dispone de test que determinan si el instrumental contiene restos de suciedad residual, en cuyo caso la esterilización no sería efectiva. Este test de verificación se aplica a todo el instrumental antes de proceder a su empaquetado y esterilización. En el caso de que test no ofrezca un resultado satisfactorio, el instrumental será devuelto al servicio de origen.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1-Aumentar, mediante la formación, el conocimiento del personal de enfermería en el manejo del instrumental

- Manipulación del instrumental
- Técnica de limpieza manual
- Valoración del estado del instrumental
- Identificación del instrumental que se utiliza en las diferentes unidades asistenciales
- Transporte, manipulación y almacenamiento del instrumental estéril
- Indicadores químicos: interpretación de resultados
- Caducidad del instrumental y material de un solo uso.

2-Proporcionar "producto estéril" con la máxima garantía de calidad para los usuarios del hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Preparación de un taller teórico-práctico con una presentación en PowerPoint que desarrollará cada uno de los puntos expuestos. Responsable: M^a Pilar Medina
2- Impartición del taller teórico-práctico . Responsable: M^a Pilar Medina

Esta formación se dirige al personal encargado de realizar la limpieza del instrumental y cualquier otro interesado en el tema.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- N° de artículos devueltos al servicio de origen en un mes que no llegan en condiciones adecuadas /N° de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 224

ELABORACION DE UN PROGRAMA FORMATIVO SOBRE LIMPIEZA Y TRATAMIENTO DEL INSTRUMENTAL DIRIGIDO AL PERSONAL DEL HNSGZ QUE REALIZA ESTE PROCESO EN SU SERVICIO (TALLER TEORICO-PRACTICO).

artículos recibidos en ese mes.

Periodicidad de evaluación: mensual.

2- N° personas que han recibido formación.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mayo a septiembre 2011: Elaboración de la presentación audiovisual
- Octubre 2011: 1ª edición del taller teórico-práctico
- Diciembre 2011: Evaluación del impacto de la realización del taller

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Equipo de videoproyección básico de 2.500 lúmenes ANSI-- Marca: EPSON	445 €
· Funda para el Equipo de videoproyección	45 €
Total	490 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

659

CONTINUACION DEL PROYECTO DE ELABORACION DEL CATALOGO DE MATERIAL/INSTRUMENTAL Y GUIA PRACTICA PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DE LOS MISMOS SEGUN LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MEDINA CEREZAL

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. CENTRAL DE ESTERILIZACION
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FERNANDEZ AYALA RAFAELA. AUXILIAR DE ENFERMERIA.. HOSPITAL REAL "NUESTRA SEÑORA DE GRACIA". CENTRAL DE ESTERILIZACION
- LACRUZ ARGUEDAS REMEDIOS. AUXILIAR DE ENFERMERIA.. HOSPITAL REAL "NUESTRA SEÑORA DE GRACIA". CENTRAL DE ESTERILIZACION
- MODREGO GONZALEZ AURORA. AUXILIAR DE ENFERMERIA.. HOSPITAL REAL "NUESTRA SEÑORA DE GRACIA". CENTRAL DE ESTERILIZACION
- VALLES GRACIA MARIA LUISA. AUXILIAR DE ENFERMERIA.. HOSPITAL REAL "NUESTRA SEÑORA DE GRACIA". CENTRAL DE ESTERILIZACION
- SORO ALCUBIERRE GLORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL REAL "NUESTRA SEÑORA DE GRACIA". DIRECCION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Elaborar un catálogo de materiales/instrumental y de una guía que describa y detalle los procedimientos de limpieza y esterilización de los mismos según las recomendaciones del fabricante

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS DE LOS INDICADORES

1. Mayo 2010
 - Elaboración del catálogo
2. Julio 2010
 - Elaboración de la guía práctica
3. Septiembre 2010
 - Formación del personal de la Central de Esterilización y del Bloque Quirúrgico
 - El catalogo tiene incluidos 30 productos con imágenes fotográficas
 - 19 personas han recibido formación
4. Octubre 2010
 - Implementación
5. Diciembre 2010
 - El catalogo tiene incluidos 41 productos con imágenes fotográficas
 - 8 personas han recibido formación

NIVEL DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

La Central de Esterilización dispone de una herramienta informática, en permanente proceso de actualización, para ayudar al profesional, tanto antiguo como de nueva incorporación, en la elección de los métodos de limpieza y esterilización adecuados para cada artículo a procesar.

PRESUPUESTO EFECTIVAMENTE GASTADO

El proyecto se dotó con 330€, los cuales fueron utilizados en la adquisición de :

1. Cámara digital 12 megapíxeles
2. Tarjeta de memoria de 8G

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 659

CONTINUACION DEL PROYECTO DE ELABORACION DEL CATALOGO DE MATERIAL/INSTRUMENTAL Y GUIA PRACTICA PARA LA LIMPIEZA Y ESTERILIZACION DE LOS MISMOS SEGUN LAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE

- 3. Bateria adicional
- 4. Funda

CONTINUACIÓN DEL PROYECTO

El catálogo es una herramienta viva que se actualiza continuamente con los nuevos productos que se incorporan en la ac

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Actualizar el catálogo de materiales/instrumental
- Actualizar la guía práctica de los procedimientos de limpieza y esterilización según las recomendaciones del fabricante
- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Incluir las fichas técnicas de los productos incorporados. Responsable: Aurora Modrego
- Actualizar el catálogo visual de materiales/instrumental. Responsable: Aurora Modrego
- Actualizar la guía práctica de los procedimientos de limpieza y esterilización según las recomendaciones del fabricante. Responsable: Aurora Modrego
- Formación del personal de la Central de Esterilización y del Bloque Quirúrgico. Responsable: M^a Pilar Medina
- Implementación. Responsable: M^a Pilar Medina
- Evaluación. Responsable: M^a Pilar Medina
- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Existe el catálogo actualizado
-Nº de productos incluidos con imágenes fotográficas
-Nº de personas que han recibido formación
- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Actualización del catálogo y de la guía práctica --- 2011
- Formación del personal de la Central de Esterilización y del Bloque Quirúrgico---septiembre 2011
- 1ª Evaluación ---septiembre 2011
- Implementación---octubre 2011
- 2ª Evaluación--- diciembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *IMPRESORA LASER COLOR DE GRUPOIMPRESORA LASER	280 €
Total	280 €

11. OBSERVACIONES. *IMPRESORA LASER COLOR DE GRUPOIMPRESORA LASER COLOR IMPRESORA LASER COLOR EPSON C3800DN

OBSERVACIONES del SECTOR
cambio coordinador: Pilar Medina como componente del equipo y como coordinador: Aurora Pilar Modrego González

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 278

1. TÍTULO

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE UNA VIA CLINICA PARA REGULAR EL NUEVO ESQUEMA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA. ADAPTACION DE LA GESTION DEL PROCESO "FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL EN EL ANCIANO".

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MESA LAMPRE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CANALES CORTES VICENTE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
 - ARRANZ SOLER MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. REHABILITACION
 - RODRIGUEZ BENITO JOSE FRANCISCO. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
 - CAMPOS SANZ ASUNCION. FISIOTERAPEUTA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. REHABILITACION
 - HERNANDEZ FLETA FABIOLA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. REHABILITACION
 - DAUDEN BURRIEL MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
 - FERNANDEZ DOBLADO SILVIA. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la inauguración del Servicio de cirugía ortopédica y traumatología del sector Zaragoza I, ubicado en el Hospital Royo Villanova, se puso en marcha la Unidad de Orto geriatria con el objeto de mejorar el esquema asistencial de los pacientes ancianos con fractura de fémur proximal. Dicha unidad se desarrolló siguiendo el esquema de una gestión de proceso y aprovechando el traslado del Servicio de Geriatria al hospital Nuestra Señora de Gracia, dentro del área de influencia de dicho sector.

El planteamiento inicial del proceso, con dos de los servicios principales ubicados en hospitales diferentes, planteó no pocas dificultades que indudablemente han repercutido en el desarrollo completo de lo que habitualmente se entiende en la literatura como una unidad de ortogeriatría conllevando todo ello, seguramente, a una calidad asistencial inferior de lo deseable desde el momento del ingreso en el hospital quirúrgico hasta la valoración geriátrica y el comienzo de la rehabilitación en el otro hospital.

La oportunidad que ahora se presenta es la obtención de una asistencia geriátrica integral desde el mismo momento del ingreso hasta el final del proceso, lo que esperamos redunde en una mejora de las condiciones médicas generales del paciente previo al acto quirúrgico y, por tanto, una previsible más rápida recuperación funcional al final del proceso.

El esquema básico de funcionamiento de cualquier unidad ortogeriatría consiste en la atención interdisciplinar al paciente por parte de, al menos, los servicios de geriatría, anestesiología, traumatología, hematología y rehabilitación, incluyendo en todos ellos al personal médico, de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, sin olvidar la labor fundamental del trabajador social.

Hasta el momento actual los servicios de anestesiología y traumatología están ubicados en el Hospital Royo Villanova, los de Geriatria y Rehabilitación lo están en el Hospital Provincial, mientras que Hematología y trabajo social actúan en ambos centros. Esto ha planteado, fundamentalmente, las siguientes dificultades:

1. Ausencia de valoración y asistencia geriátrica en la etapa preoperatoria y postoperatoria inmediata.
2. Ausencia de valoración por parte del servicio de rehabilitación en la etapa preoperatoria.
3. Demoras o, incluso en algunos casos, imposibilidad de traslado a cama de geriatría de los pacientes operados. Al tener que permanecer los pacientes en el hospital Royo Villanova en el periodo perioperatorio y en momentos puntuales de alta presión asistencial y camas vacías en la unidad, éstas fueron ocupadas por pacientes no traumatológicos con estancias aproximadas de dos semanas lo que ha impedido el traslado de los pacientes operados en el tiempo previsto en varias ocasiones a lo largo de estos dos años.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

278

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE UNA VIA CLINICA PARA REGULAR EL NUEVO ESQUEMA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA. ADAPTACION DE LA GESTION DEL PROCESO "FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL EN EL ANCIANO".

4. Necesidad de un transporte interhospitalario en una fase postoperatoria precoz.
5. Reticencias de algunos familiares al traslado en un tiempo postquirúrgico tan precoz.
6. Duplicidad de trabajo de los trabajadores sociales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Año 2009: 134 pacientes fracturados de los que 105 accedieron a la unidad. Año 2010: 173 pacientes fracturados de los que 119 accedieron a la unidad.

Estancia media en traumatología 6,95 en 2009 y 6,57 días en 2010.

Demora en el traslado: 2009=4,36 (1,36 por encima de lo máximo previsto); 2010=4,03 (1,03 por encima de lo máximo previsto). Dicha demora influyó en un retraso en el inicio de la rehabilitación ya que ésta depende del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. · Mejorar el estado clínico del paciente en el preoperatorio, acortando la demora prequirúrgica
- Valoración geriátrica integral desde el momento del ingreso, lo que permitirá detectar comorbilidades desconocidas, problemas de desnutrición, polifarmacia, necesidad de cambios de ubicación al alta etc.
- Mejorar la condición general del paciente de cara a un comienzo más precoz de la rehabilitación
- Acelerar el comienzo de la rehabilitación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño de una vía clínica que ordene la participación de los distintos profesionales en el momento preciso del proceso asistencial y adaptación del proceso incluyendo el periodo pre, peri y postoperatorio inmediato.

El paciente estará ubicado en una cama de geriatría desde el inicio del proceso siendo valorado y tratado por los distintos profesionales a los que se ha hecho referencia.

Organización de la participación de los distintos profesionales en el equipo interdisciplinar, garantizando el pase de planta, valoración y tratamiento conjunto de geriatra, traumatólogo y enfermero diariamente; de geriatra, rehabilitador, traumatólogo y enfermero al menos una vez por semana.

Valoración al día siguiente del ingreso por parte del rehabilitador e inicio precoz de la terapia por parte de la fisioterapeuta y terapeuta ocupacional con entrega de documentación y consejos a la familia, en las primeras 48 horas tras la intervención.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se evaluarán los resultados obtenidos con la aplicación de esta guía con una cadencia semestral, aplicando los siguientes indicadores:

Reunión de todos los miembros del equipo para el diseño de la vía y reuniones mensuales hasta el consenso y la redacción definitiva de la misma.

Realización de documento gráfico donde se reflejen las actividades indicadas en la vía clínica.

Realización de un documento gráfico de apoyo para pacientes y familiares

Evaluación del cumplimiento de la vía clínica: cumplimentación en el soporte gráfico al menos en un 70%.

Encuesta de satisfacción a familiares con un resultado global del 80% entre satisfechos y muy satisfechos

Encuesta sobre utilidad de la vía clínica entre el personal de enfermería de geriatría con un resultado global del 80% entre satisfechos y muy satisfechos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 278

DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE UNA VIA CLINICA PARA REGULAR EL NUEVO ESQUEMA ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA. ADAPTACION DE LA GESTION DEL PROCESO "FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL EN EL ANCIANO".

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde la aprobación del proyecto hasta la puesta en marcha de los quirófanos (prevista septiembre 2011) desarrollo y redacción de la vía clínica, del soporte informático y documentos de apoyo.

Tras la puesta en marcha de los quirófanos aplicación de la vía y encuesta de satisfacción a personal y usuarios a los tres meses del inicio de su aplicación.

Una vez testada la utilidad de la vía se prevé un tiempo mínimo de evaluación de un año hasta la obtención de resultados definitivos que permitan evidenciar las posibles mejoras en el funcionamiento de la unidad (a valorar por otros indicadores en posibles ampliaciones del proyecto)

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· miniordenador	400 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 401

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE SOPORTE EDUCATIVO PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

2. RESPONSABLE TERESA MORLANES NAVARRO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. GERIATRÍA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- HELLIN GRACIA MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA CONSULTA
- CIERCOLES SIERRA MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. ENFERMERA
- BONAFONTE MARTELES JOSE LUIS. MEDICO RESIDENTE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. GERIATRIA
- HERRERA BOZZO CAROLINA. MEDICO RESIDENTE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. MEDICO
- SANZ GIMENO CARMEN. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL NUESTRA SENORA DE GRACIA. GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La consulta ambulatoria es un nivel asistencial clave del Servicio de Geriátria al que se derivan, preferentemente desde Atención Primaria, pacientes mayores en general de 75 años con distintos motivos de consulta. Durante 2010 se han atendido 4314 consultas de las que 1333 han sido primeras consultas. Desde 2004 conocemos, por estudios previos, que el 45-50% de los motivos de consulta se relacionan con la atención a pacientes con deterioro cognitivo, "desde el principio (diagnóstico) hasta el final (situación terminal)". En 2010 (comunicaciones presentadas en las XVII Jornadas de la SAGG y en la Reunión Nacional de la SEGG) seguimos constatando que el principal motivo de consulta derivada desde Atención Primaria es el deterioro cognitivo con las manifestaciones asociadas frecuentes, principalmente síntomas psicológicos y conductuales y los problemas relacionados con la dinámica familiar. Las limitaciones de tiempo disponible para la entrevista, valoración geriátrica con las pruebas neuropsicológicas, el examen físico y el proceso diagnóstico y de actuación obligan a la síntesis y a que áreas del plan terapéutico como la comunicación y la información, las opciones de estimulación cognitiva, etc. tan importantes en una enfermedad que afecta al paciente y a la familia no pueda realizarse con la extensión debida.

La oportunidad de mejora plantea la entrega de documentación escrita que complementen el Plan de Tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la información al paciente y a la familia que facilite el conocimiento de la enfermedad mediante documentación escrita y/o electrónica (direcciones páginas web) en función de la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral y las opciones de intervención.

Entregar, en función de la fase de enfermedad y características del paciente y cuidador principal, documentación escrita y/o electrónica con ejercicios de estimulación cognitiva que complementen el tratamiento integral de la enfermedad.

Proporcionar listado actualizado de recursos y dispositivos que faciliten a la familia diferente toma de decisiones durante la enfermedad

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Constitución formal del grupo de mejora

Unificación de Criterios y distribución de tareas

Revisión bibliográfica de opciones en soporte escrito y on-line disponibles

Elegir la población diana.

Seleccionar documentación a entregar según la fase de la enfermedad y características de la población diana

Preparación de la documentación

Difusión de la documentación a los Facultativos de Geriátria y al personal de enfermería de la Consulta Externa.

Entrega de la documentación al familiar y/o cuidados de la población diana

Integrar la documentación a entregar en el plan de tratamiento

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

401

ADECUACION DEL MATERIAL DE SOPORTE EDUCATIVO PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Documentación elaborada para la entrega
2. Sesión Clínica de Difusión y modo de entrega
3. N° pacientes con demencia en distinto grado
4. N° pacientes con entrega de documentación / N° de pacientes potencial diana

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2011: Constitución grupo.
Junio--Septiembre 2011: Unificación Criterios, Distribución de tareas. Revisión bibliográfica. Población diana
Octubre 2011: Documentación. Difusión.
Noviembre 2011: Entrega de documentación a población diana en la consulta
Enero 2012: Conclusiones y memoria de la evaluación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Material documental, folletos informativos, carpetas archivadoras	500 €
· Mini proyector digital	500 €
· Soporte ofimático, USB 2 g.	100 €
Total	1.100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 417

REVISION Y ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG).

2. RESPONSABLE ELENA PAMPLONA CALEJERO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. UCI
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- IRIARTE RAMOS SONIA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI
- TARRERO LOZANO MARIA CARMEN. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI
- LABARI SANZ GENOVEVA. ENFERMERA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las unidades de Cuidados Intensivos son Unidades de alta cualificación que requieren unas técnicas de trabajo más especializadas, donde son necesarios una serie de conocimientos por parte del personal de enfermería para su correcto funcionamiento. Para ello es fundamental disponer de una guía de consulta que sirva como referencia al personal para unificar criterios, mejorar la calidad asistencial y con ello reducir el gasto sanitario.

El método de priorización utilizado es el "método Hanlon", obteniendo como resultados finales las siguientes oportunidades de mejora:

1. Revisión y actualización del manual de funcionamiento de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
2. Formación y reciclaje al personal de Enfermería ante la implantación de los nuevos sistemas de información en la UCI del HNSG.
3. Mejorar horario de visitas.
4. Mejorar la comunicación interprofesional.

Aplicando la fórmula de priorización correspondiente las oportunidades de mejora seleccionadas han sido la 1 y 2.

Importancia y utilidad del proyecto:

- ? Importante repercusión del resultado en el tratamiento del paciente.
- ? Evitar la variabilidad en los cuidados en el paciente para mejorar la calidad asistencial.
- ? Creación de un guía de intervenciones en secuencia de acuerdo con un marco de referencia.
- ? Evitar complicaciones.
- ? Disminuir el nº de resultados erróneos.
- ? Unificar criterios de actuación.
- ? Sensibilizar y formar al personal.

Situación de partida:

Una misma línea de actuación es un pilar fundamental para el buen funcionamiento de una unidad. La nueva apertura de la UCI plantea la necesidad de revisar e implantar una guía de consulta que actualice las líneas anteriores de actuación que hayan podido quedar obsoletas. La metodología se basa en la revisión de protocolos basados en la evidencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Unificar criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- ? Mejorar la comunicación entre los profesionales.
 - ? Reducir o eliminar factores de riesgo que favorezcan resultados erróneos.
 - ? Estandarizar todas las medidas y actuaciones de enfermería en los cuidados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

417

REVISION Y ACTUALIZACION DEL MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA (HNSG).

- ? Ayudar a los profesionales de nueva incorporación.
- ? Evitar la aparición de complicaciones.
- ? Optimizar la utilización de recursos humanos y materiales.
- ? Reducir la incidencia de resultados erróneos.
- ? Crear de un grupo de trabajo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actividad 1ª: Formar un grupo de trabajo.
Actividad 2ª: Revisión de protocolos basados en la evidencia.
Actividad 3ª: Elaboración del manual de funcionamiento.
Actividad 4ª: Implantación del manual de funcionamiento.
Actividad 5ª: Revisiones periódicas.

Responsables: Todo el grupo de trabajo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Porcentaje de protocolos revisados y actualizados.
Porcentaje de plantilla que tiene conocimiento del contenido del manual de funcionamiento.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1er trimestre: Reunión del equipo de trabajo.
Revisión de protocolos basados en la evidencia.
2º Trimestre: Elaboración del manual de funcionamiento.
3er Trimestre: Implantación del manual de funcionamiento.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

447

ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA INTERVENCION QUIRURGICA DE CATARATA

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES PEREZ MILLA

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARCIA LASHERAS M PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. OFTALMOLOGIA
- SANCHEZ VALLESPIN ANA P. ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. OFTALMOLOGIA
- PEREZ VALENZUELA ALMUDENA. ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. OFTALMOLOGIA
- GONZALEZ LAFITA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. OFTALMOLOGIA
- HONRUBIA GRIJALBO ANA. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. OFTALMOLOGIA
- SANCHO REDONDO M CARMEN. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. OFTALMOLOGIA
- TORRES GALVEZ M ANGELES. ENFERMERIA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. OFTALMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de la catarata, deben entender la importancia de su proceso, así como de la preparación previa a la cirugía, para conseguir un 0% de complicaciones derivadas de esta actuación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La historia de Oftalmología debe estar correctamente cumplimentada. El paciente debe llegar al quirófano con todos los pasos previos entendidos y realizados. Conseguir la correcta realización de la profilaxis prequirúrgica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Facilitar al paciente de manera clara, oral y escrita, la información e instrucciones necesarias, para que el paciente realice de manera correcta la preparación prequirúrgica. Proporcionar al paciente el material, productos y fármacos necesarios para la profilaxis prequirúrgica. Solventar cualquier duda del paciente en la misma actuación, encaminado a disminuir la ansiedad, y establecer una relación de empatía del paciente y sus familiares con el personal sanitario.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Comprobación a través de historia clínica de que se han realizado todos los pasos previos:

- Asistencia a la consulta de oftalmología
- Realización de preoperatorio
- Asistencia a la consulta de anestesia
- Comprobación de los datos en el parte quirúrgico

2. Encuesta de satisfacción y cumplimentación por parte del paciente, de las instrucciones y preparación prequirúrgica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011, elaboración del folleto informativo

Mayo 2011 implantación de la actuación

Recogida de datos durante 9 meses de los pacientes intervenidos en quirófano programado del Servicio de Oftalmología del Hospital N Sra de Gracia.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACION DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL ALTA HOSPITALARIA Y A RESIDENTES VALIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

2. RESPONSABLE ELENA REBOLLAR TORRES
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GAMBOA HUARTE BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE GERIATRIA
 - MORLANES NAVARRO TERESA. MEDICO. HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE GERIATRIA
 - DOMINGO SANCHEZ MARIA DOLORES. MEDICO. IASS MOVERA.
 - HERNANDEZ BELLO ABEL. MEDICO. HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE GERIATRIA
 - LAUSIN CALDERON MARIA CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE FARMACIA
 - QUILEZ PINA RAQUEL. MIR 2°. HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE GERIATRIA
 - BONAFONTE MARTELES JOSE LUIS. MIR 2°. HOSPITAL REAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE GERIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tratamiento farmacológico es una pieza clave en la garantía de los resultados de salud, especialmente en el inmediato periodo después de un ingreso hospitalario por una enfermedad aguda o por una reagudización de una enfermedad crónica. La pluripatología condiciona la polifarmacia en los pacientes geriátricos, y los medicamentos, y su adecuada utilización, se convierten en una herramienta básica para la obtención de unos resultados eficientes y seguros. Existen numerosas posibilidades de mejora para facilitar el cumplimiento de la prescripción de medicamentos tras el alta hospitalaria. El informe de alta hospitalaria recopila las circunstancias previas, el motivo del ingreso, la evolución y el plan de actuación al alta. Este informe constituye el hilo conductor entre los distintos profesionales sanitarios implicados y es en el que se basa el paciente, su familiar o cuidador, para seguir las recomendaciones inmediatas al alta. La referencia al tratamiento en el informe de alta permite un amplio margen de mejora para adaptarlo a la comprensión del paciente, familiar o cuidador que, con frecuencia, encuentran dificultades con la información recibida. Por tanto, cualquier programa que facilite el uso racional del medicamento y el cumplimiento farmacoterapéutico tiene, en los pacientes polimedificados, un grupo de población con amplias posibilidades de mejora en todos los niveles asistenciales. De entre las posibles acciones de mejora, se está realizando desde 2009, con resultados plenamente satisfactorios, la información y planificación horaria del tratamiento al alta de los pacientes con más de 7 medicamentos prescritos. El proceso de mejora se ha continuado en 2010 sin las correspondientes actualizaciones de la herramienta informática imprescindible para su elaboración, lo cual hace imposible una eficaz y segura continuación del proyecto. Además, se ha añadido desde marzo de 2011, la entrega de la Hoja de Información a los residentes válidos de IASS Movera (CSS), a los que, además, se facilita el tratamiento completo individualizado desde el Servicio de Farmacia del Hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Actividad iniciada en 2009: Proyecto de mejora de la información de medicamentos prescritos al alta hospitalaria en pacientes polimedificados. Incorporado al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud del año 2009. Indicadores:
1. N° de Pacientes con más de 7 medicamentos a los que se hace entrega de la Hoja de medicación/pacientes con más de 7 medicamentos prescritos=29/33
 2. N° de Pacientes con Hoja de Medicación que cumple su función explicativa al mes del alta/pacientes con entrega de hoja de medicación (encuesta telefónica)=24/29
- Observaciones: 3 pacientes no localizables, 1 exitus, 1 no le llegó la información
La mejora conseguida se ha seguido realizando en 2010 y hasta la fecha actual (31 de marzo de 2011) con ampliación al CSS.
Resultados en 2009-2010:
1. Implantación de un programa de atención farmacéutica al alta en un servicio de geriatría. XVII Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Geriatría y Gerontología. Zaragoza, 26 y 27 de marzo de 2010.
 2. Proyecto de mejora de la información de medicamentos prescritos al alta hospitalaria en pacientes polimedificados. Comunicación Oral. VIII Jornadas de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

375

PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACION DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL ALTA HOSPITALARIA Y A RESIDENTES VALIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Trabajo sobre calidad en salud y VI Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 9-10 de junio de 2010.

Resultados totales referentes al año 2010:

Se hace entrega de la Hoja de Información a 124 pacientes (>7medicamentos): 90 mujeres (72,58%) y 34 varones (27,42%), con una edad media de 84,5 años. La media de medicamentos/paciente al alta fue de 8,6 y la estancia media de 15 días.

Se realizaron 98 entrevistas telefónicas al alta (79,03%). En 56 (57,14%) respondió el cuidador principal, en 12 (12,24%) el propio paciente y en 30 (30,61%) los pacientes se encontraban en centros institucionalizados.

Ningún paciente refirió PRM, si bien tres cuidadores plantearon dudas que fueron resueltas.

La información recibida fue valorada con un 3,76 sobre 4. En los 12 casos en los que respondía el paciente y él se encargaba de la administración de su medicación, la valoración fue de 4; cuando era el cuidador el encargado de administrar la medicación, salvo en dos casos, la puntuación fue de 4; y el personal de la residencia (médico/enfermería) valoró el programa con una media de 3,33.

Resultados desde 1 de enero de 2011 a 31 de marzo de 2011:

Se ha entregado la Hoja de Información de medicamentos a 36 pacientes que han recibido el alta hospitalaria con más de 7 medicamentos.

Se ha iniciado la actividad en el CSS en marzo de 2011, con la entrega de la Hoja de Información a los 32 residentes válidos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Detección en el momento del ingreso hospitalario/CSS, de pacientes con POLIFARMACIA, entendida como aquellos pacientes que de forma habitual tienen prescritos 5 ó más fármacos (se pretende mejorar con la ampliación del número de pacientes que serán susceptibles de seguimiento, e incluir a los residentes de CSS).

2. Detección durante la hospitalización o residencia en el CSS, de interacciones medicamentosas con potencial relevancia clínica y con especial atención a los pacientes en tratamiento con medicamentos de estrecho margen terapéutico (anticoagulantes orales, digitálicos y anticonvulsivantes), a través de la validación y seguimiento de la prescripción electrónica asistida.

3. Detección de reacciones adversas a medicamentos.

3. Entrega de una HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS complementaria al informe de alta del paciente con 5 ó más fármacos prescritos, adaptada a sus características y que favorezca el seguimiento de la prescripción, pormenorizando: fármaco, dosis, duración del tratamiento y aclaraciones necesarias.

4. Entrega de una HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS a los pacientes válidos del Centro Sociosanitario (CSS) dependiente del Servicio de Farmacia del hospital, independientemente del número de medicamentos prescritos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de una ficha para recogida sistemática de información de los pacientes/ residentes con 5 ó más medicamentos prescritos, con los siguientes datos:

- Edad, sexo
- Domicilio del paciente (al ingreso y al alta).
- Motivo de ingreso / diagnóstico
- Medicamentos (ingreso-hospital-alta)

2. Durante la hospitalización/residencia del paciente:

-Identificación de la medicación

-Análisis de interacciones medicamentosas destacando aquellas con potencial relevancia clínica

-Seguimiento de Reacciones Adversas Medicamentosas

3. Al alta: Implantación de estrategias que faciliten el cumplimiento terapéutico en el domicilio o en el CSS:

-Diseño y elaboración de la HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

-Entrega de la HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS al paciente y/o familiar o cuidador principal con información detallada de la prescripción.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 375

PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACION DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL ALTA HOSPITALARIA Y A RESIDENTES VALIDOS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO

-Entrega de la HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS al residente válido del CSS. El residente es el encargado de la administración y custodia de su medicación, la cual es dispensada de forma individualizada, junto con la Hoja de Información, desde el servicio de farmacia del hospital.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº de pacientes con 5 ó más medicamentos prescritos al alta a los que se hace entrega de Hoja de Información de medicamentos / nº total de pacientes con 5 ó más medicamentos prescritos.
2. Nº de pacientes válidos del CSS a los que se hace entrega de Hoja de Información de medicamentos / nº total de pacientes válidos del CSS.
3. Nº de pacientes con 5 ó más medicamentos en los que se detectan interacciones medicamentosas con potencial relevancia clínica / nº total de pacientes con 5 ó más medicamentos prescritos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 de abril 2011
Fecha de finalización: 31 de marzo 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ACTUALIZACION PROGRAMA INFOWIN 2010	1.400 €
· ACTUALIZACION PROGRAMA INFOWIN 2011	1.500 €
Total	2.900 €

11. OBSERVACIONES. Hasta el momento estamos funcionando con el programa informático actualizado a 2009. Será imposible nuestra pretensión de continuar y ampliar el proyecto de mejora sin las posteriores actualizaciones (pasamos de entregar al Hoja de Información a los pacientes que se van de alta con más de 7 medicamentos a entregarla a los que reciben el alta con 5 ó más, y se incluye en el programa a los residentes válidos de IASS Movera). Una Hoja de Información incompleta pierde calidad y dificulta el cumplimiento terapéutico, la eficiencia del tratamiento prescrito y, por tanto, afecta a los resultados directos en la salud de los pacientes/residentes.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

045

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

2. RESPONSABLE VICENTE RUBIO LARROSA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GRANADA LOPEZ JOSE MANUEL. ENFERMERO. HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- PAUMARD OLIVAN CESAR. MEDICO PSIQUIATRA. HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- SOLANS GARCIA ANA. ENFERMERA. HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- DIAZ ALLEPUZ MIRIAM. TRABAJADORA SOCIAL. HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- BUATAS PEREZ MARIA JOSE. PSICOLOGA. HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PSIQUIATRIA
- ARIÑO GALVE RAMIRO. ENFERMERO. HOSPITAL NARIA SARIA DE GRACIA. PSIQUIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El proceso asistencial en la Unidad de Trastornos de la Personalidad incluye un periodo de ingreso hospitalario y otro periodo de unos dos años aproximadamente de seguimiento ambulatorio. Durante este seguimiento se realizan consultas ambulatorias con diferentes profesionales del equipo terapéutico, éstas se documentan en las hojas de evolución de la historia clínica de cada paciente.

Consideramos que la mejora de la calidad en este proceso debe incluir unos momentos transversales de consulta con los pacientes ambulatorios y que sean lo suficientemente protocolizados y documentados para poder generalizar criterios que indiquen de una manera lo más objetiva posible la evolución clínica del paciente. Estos puntos de corte los estableceremos de una manera semestral e incluirán una recogida de información protocolizada y las pruebas biológicas y psicológicas que consideremos convenientes.

Y como valor añadido al meramente asistencial, consideramos que esta mejora también puede facilitar la puesta en marcha de proyectos de investigación, el desarrollo de actividades docentes y contribuir a la difusión de nuestro proceso asistencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Un sistema de recogida de información del paciente, que sea de fácil acceso a los profesionales autorizados, que garantice la confidencialidad, que contenga un registro de información protocolizado y una batería de cuestionarios y escalas que permitan en su conjunto objetivar el momento clínico evolutivo del paciente.

Esto servirá para facilitar nuestro proceso terapéutico, la información a los profesionales derivantes y para disponer de datos objetivos también con finalidad investigadora y docente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Establecer la documentación e información básica que debe recogerse en los momentos establecidos en el proceso terapéutico e incluirlos en la historia clínica del paciente en la Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Responsables: V. Rubio, J.M. Granada, C. Paumard, M. Díaz, M.J. Buatas, A. Solans

- Asegurar la cumplimentación de estos registros y la comunicación con los profesionales que han derivado a los pacientes.

Responsables: V. Rubio, J.M. Granada, C. Paumard, M. Díaz, M.J. Buatas, A. Solans

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Diseño y puesta en marcha de un registro específico de recogida de indicadores evolutivos para pacientes con Trastorno de la Personalidad.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 045

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- Presencia en el 90 % de las Historias Clínicas del protocolo de seguimiento ambulatorio que incluirá el registro referido y las pruebas que se estime necesario en cada caso.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 09 - 05 - 2011 Fecha de finalización: 31 - 12 - 2011

Calendario:

- 09 - 05 - 2011 Reunión inicial. Programación de actividades.
- 23 - 05 - 2011 Diseño de registros y pruebas indicadas según los casos.
- 13 - 06 - 2011 Inicio de cumplimentación de registros y protocolo de pruebas.
- 12 - 12 - 2011 Evaluación de finalización de actividades. Valoración de indicadores.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador ELITEBOOK 8440P ref. 3-12-51066-0	799 €
· Impresora EPSON C3800DN Ref. 3-5-51037-0	280 €
Total	1.079 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

437

ESTANDARIZACION DE TECNICAS ENFERMERAS EN HOSPITALIZACION

2. RESPONSABLE LOLA ALLO COMAS

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ARBONES COBOS VICTORIA. ENFERMERIA. ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
- CARRASCO BLAS YOLANDA. ENFERMERIA. ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
- GIMENO OBON PILAR. ENFERMERA. ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
- JOSA ESTHER. ENFERMERA. ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
- GUTIERREZ MARTA. ENFERMERA. ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
- LUÑO SUSANA. ENFERMERA. ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Todas las tecnicas de enfermeria tienen la finalidad de ayudar al paciente, pero las diferentes formas de hacerlo en una planta hacen que se dupliquen los gastos de material o incluso que se vuelva a repetir el mismo procedimiento con diferente tecnica. La duplicacion de tecnicas y/o procedimientos hace que se gasten mas recursos de los necesarios.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Estandarizar las tecnicas de enfermeria en la planta de urologia del hospital Royo Villanova. La utilizacion de estos protocolos estandarizados podria ser ampliable a otras plantas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Basandonos en la evidencia ya existente y en estudios previos, desarrollar unos protocolos que aprovase una comision creada en el hospital e implantarlos para que todo el personal de enfermeria lo hiciese de la misma forma.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Mediriamos la satisfaccion del paciente y del personal de enfermeria mediante encuestas.

En el caso del paciente querriamos saber si ven mas continuidad en el cuidado y en el caso de enfermeria, si el saber lo que se espera de el/ella en cada tecnica facilita el trabajo.
Tambien estudiariamos los costes, por ejemplo si estandarizamos utilizar solo tegaderm y esparadrapo al sujetar una via y se dejan de usar esteri-strips disminuyen los gastos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Este trabajo calculamos que tendria una duracion minima de 1 año, aunque conforme se desarrollen los protocolos se podrian ir poniendo en marcha. calculamos 12 protocolos, de las 12 tecnicas mas frecuentes, se podria poner en marcha una por mes empezando en el mes de junio.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ordenador	700 €
· folios	50 €
· impresora	100 €
· acceso a internet	100 €
Total	950 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 092

ELABORACION Y DIFUSION DE RECOMENDACIONES PRACTICAS SOBRE MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES

2. RESPONSABLE CARLOS DOMINGO ANDRES PEIRO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· HORNA OREJA OIHANA. FARMACEUTICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. FARMACIA
· MONCIN TORRES CARLOS ANGEL. FARMACEUTICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Es frecuente recibir en el servicio de farmacia consultas sobre la estabilidad de ciertos medicamentos cuando se someten a la acción de la luz. Se trata de un factor que ciertamente puede alterar la correcta conservación y la eficacia o seguridad de algunos medicamentos. La información que proporcionan los laboratorios fabricantes y comercializadores de los medicamentos sobre su posible alteración por la luz es escasa, y el acondicionamiento de las diferentes formas farmacéuticas (comprimidos, ampollas, etc) no siempre es el adecuado para una correcta protección.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo es poder facilitar instrucciones concretas y sencillas al personal de enfermería sobre las precauciones a tener en cuenta con medicamentos concretos en lo relativo a la protección frente a la acción de la luz.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Revisión de la bibliografía (fichas técnicas, publicaciones científicas) sobre fotosensibilidad de los medicamentos existentes en nuestro servicio de farmacia, elaboración y difusión de recomendaciones a partir de la información obtenida y acondicionamiento de los medicamentos en el servicio de farmacia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se medirá el número de medicamentos fotosensibles sobre los que se han elaborado y difundido recomendaciones y el número de medicamentos fotosensibles correctamente acondicionados en el servicio de farmacia.

· Número de medicamentos fotosensibles (MF) sobre los que se han elaborado y difundido recomendaciones. Se pretende llegar a 20, que sería el denominador.

Indicador 1 N° de MF con recomend = $NF/20*100$

· Número de medicamentos fotosensibles (MF) correctamente acondicionados

Indicador 2 N° de MF acondicionados = $NF/20*100$

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Hasta 31 de mayo: búsqueda bibliográfica
2- Hasta 30 septiembre: elaboración de recomendaciones
3- Hasta 15 de noviembre: acondicionamiento

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· *· Material para reenvasado de formas orales sólidas que proteja 100 €
· *· Material para acondicionamiento de formas inyectables que proteja 200 €
Total 300 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 092

ELABORACION Y DIFUSION DE RECOMENDACIONES PRACTICAS SOBRE MEDICAMENTOS FOTOSENSIBLES

11. OBSERVACIONES. *. Material para reenvasado de formas orales sólidas que proteja frente a la luz
*. Material para acondicionamiento de formas inyectables que proteja frente a la luz

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 371

1. TÍTULO

SISTEMA DE COLORES PARA EQUIPOS DE GOTERO

2. RESPONSABLE VICTORIA ARBONES COBOS
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALLO COMAS LOLA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· JOSA ESTHER. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UROLOGIA
· GUTIERREZ MARTA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los cambios de los equipos de gotero (Tubos) se realizan todas las mañanas, pero mantienen su esterilidad durante 72 horas por lo que no seria necesario cambiarlos a diario. El cambiarlos a diario supone un gasto innecesario.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Desarrollar un sistema de colores mediante el cual seria facil saber que equipos de gotero se han cambiado, cuando se han cambiado y cuando se deben volver a cambiar. De esta forma, ahorrariamos recursos economicos por cambios innecesarios, y nos asegurariamos que el paciente siempre tiene un equipo de gotero con una esterilidad apropiada, mejorando la seguridad del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Instruiriamos al personal de la planta, en la que se pondria a prueba este sistema, a colocar pegatinas de colores en los tubos recién cambiados, a cada dia de la semana le corresponderia un color, y todos los dias se retirarian solo los equipos que tengan la pegatina con el color de hace 3 dias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1º Ahorro economico de equipos de gotero utilizados en relacion con los pacientes atendidos en la planta (manteniendo en todo momento, la esterilidad de los equipos).
mantendremos un computo de los equipos utilizados antes y despues de implantar el sistema.
2º Ahorro en tiempo de trabajo del personal de enfermeria, al no tener que cambiar equipos de gotero innecesariamente.
dependiendo de los numeros del indicador 1, podremos calcular el indicador 2.

3º Satisfacion del personal de enfermeria con este sistema. Para evaluarlo pasaremos encuestas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Hemos previsto dos meses para evaluar el gasto de equipos de gotero previos a empezar a implantar el sistema de colores, y otros dos meses para poder evaluar su funcionamiento. Podemos empezar en el mes de junio, y en el mes de octubre, si los datos apoyan el sistema, podria estar preparado para su funcionamiento.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· pegatinas de colores 800 €
· dispensadores 200 €
Total 1.000 €

11. OBSERVACIONES. Las pegatinas y dispensadores tendran que ser hechas por encargo, ya que se comercializan en Zaragoza este tipo de etiquetas.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

371

SISTEMA DE COLORES PARA EQUIPOS DE GOTERO

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

475

MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS GUIAS DE ACTUACION DE CARDIOLOGIA DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR EN EL AREA DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE JOAQUIN AZNAR COSTA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LEGAZCUE GOÑI ANA. CARDIOLOGO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - ALDEA MOLINA ELISA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - ORDOÑEZ RUBIO BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - ALBISTUR LESMES IRUNE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - ORTEGA JIMENEZ NOELIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.
La Fibrilación auricular (FA) aumenta en cinco veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV). Los ACV isquémicos asociados a la FA son a menudo fatales y los pacientes que sobreviven quedan más discapacitados por su episodio isquémico, que los pacientes por otras causas de ACV.

La importancia del mantenimiento de ritmo sinusal en esta patología y la correcta indicación de la anticoagulación contribuye a la disminución de la morbimortalidad en este tipo de pacientes.

Durante el primer trimestre del año 2011, de los pacientes que acudieron a urgencias del Hospital Royo Villanova, que estuvieron en la sala de observación, con diagnóstico de fibrilación auricular, tan solo se realizó una cardioversión eléctrica en un paciente de los seis que tenían indicación según las guías de actuación. Estos datos evidencian la necesidad de una mejora en el cumplimiento de las normas de actuación de las Guías cardiológicas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nos proponemos obtener una mejora en el tratamiento de los pacientes cardiológicos con fibrilación auricular que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova. Implementando un protocolo de actuación basado en las Guías clínicas para la mejora de la calidad en el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular, mediante cardioversión eléctrica y anticoagulación correctas para prevención del tromboembolismo y recuperación del ritmo sinusal de esta patología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las medidas previstas son:

- Realizar ambos servicios (cardiología y urgencias) un protocolo, basado en las guías, para la correcta indicación de cardioversión y anticoagulación y manejo del paciente en urgencias.
- Difundir mediante reuniones conjuntas dicho protocolo para conocimiento del personal médico de ambos servicios.
- Colaboración entre ambos servicios, para implementar las indicaciones de las guías y poder llevar a cabo la cardioversión (inicialmente de forma conjunta) en las primeras 24 horas de ingresar el paciente. Apoyo para la realización de ecocardiogramas transtorácico y transesofágico a los pacientes que lo requieran.
- Iniciar la anticoagulación precozmente en el Servicio de urgencias para evitar la demora de los pacientes con cardioversión tardía y disminuir el riesgo de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

475

MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE ACTUACION DE CARDIOLOGIA DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR EN EL AREA DE URGENCIAS

tromboembolismo.

- Recoger mediante una base de datos todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias con diagnostico principal de fibrilación auricular, y monitorizar la actuación de tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilizaremos dos indicadores.

Realización de un corte transversal de tres meses no consecutivos, después de haber aplicado las guías para valorar que numero de pacientes se ha realizado una cardioversión cuando estaba indicada y no se ha realizado cuando no estaba indicada en los pacientes con fibrilación auricular.

Realización de un corte transversal de tres meses no consecutivos, después de haber aplicado las guías para valorar que numero de pacientes se ha realizado una anticoagulación cuando estaba indicada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Realización del protocolo y difusión en Abril de 2011
Implantación del protocolo desde el segundo semestre del 2011.
Corte transversal durante tres meses no consecutivos del segundo semestre de 2011.
Finalización del proyecto finales de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 679

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION Y ATENCION FARMACEUTICA PRESTADA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA AL CENTRO DE ATENCION A DISMINUIDOS PSIQUICOS DEL INSTITUTO ARAGONES DE SERVICIOS SOCIALES

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA BANDRES LISO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUINTIN GRACIA JAVIER. MEDICO. SSCC SALUD. DIRECCION DE COORDINACION ASISTENCIAL
· BARRERA CALVO JAVIER. INFORMatico. SSCC SALUD. DIRECCION DE COORDINACION ADMINISTRATIVA
· IZUEL RAMI MONICA. FARMACEUTICA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. FARMACIA
· GARCIA LATORRE FLORENCIO. MEDICO. SSCC SALUD. DIRECCION DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En 2010 se puso en marcha en Aragón un plan para mejorar el suministro de medicamentos e inicio de la atención farmacéutica directa prestada desde los Servicios de Farmacia de los Hospitales de los Sectores Sanitarios a los centros del IASS ubicados en cada Sector. En el Sector I el hospital Royo Villanova suministra desde 2002 los medicamentos necesarios para el tratamiento del los pacientes del Centro de Atención a Disminuidos Psíquicos del IASS (CAMP) ubicado en dicho Sector pero no se ha iniciado la atención farmacéutica directa a los pacientes

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mediante la gestión del stock en el CAMP y del suministro directo desde el Royo a través de la nueva aplicación informática que se ha desarrollado, se ajustarán las necesidades de suministro de medicamentos a los consumos evitando probables roturas de stocks o la acumulación de medicamentos en el CAMP. Esta aplicación permite además la generación de una historia farmacoterapéutica por paciente dónde se recogen los tratamientos, alergias y diagnosticos que permite la validación del fármaco desde el Hospital. Existe suficiente evidencia publicada que justifica la necesidad de estos programas de atención farmacéutica para evitar o paliar en la medida de lo posible los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs). Así, la intervención del fármaco detectando precozmente estos PRM puede dar lugar a la prevención de los mismos y con ello disminuir problemas de salud y en consecuencia mejorar la calidad de vida de estos pacientes, en los que por sus características la polifarmacia es frecuente y la probabilidad de PRMs es alta

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implantación y validación de la aplicación informática que permite la mejora del suministro de medicamentos desde el servicio de farmacia del hospital, la gestión de los stocks en el centro y el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes desde el hospital

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de especialidades farmaceuticas por suministro directo/ total de especialidades consumidas en un mês
- N° de intervenciones farmacéuticas realizadas/total pacientes (mes)
- Tipo de intervenciones farmacéuticas realizadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Desarrollo e implantación de la aplicación informática: abril junio 2011
- Atención farmacéutica: segundo semestre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Ordenador portátil para instalación aplicación y demostración 600 €
Total 600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

182

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN SECTOR ZARAGOZA 1. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION SOCIOFAMILIAR Y DE COMORBILIDAD

2. RESPONSABLE ESPERANZA BEJARANO TELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DIEZ MANGLANO JESUS. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FITENI MERA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· AL-CHEIKH FELICES PATRICIA. MEDICO RESIDENTE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· TOYAS MIAZZA CARLA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MUNILLA LOPEZ EULALIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· FERRANDO VELA JUAN CARLOS. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· PARDO DIEZ MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE VALORACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La comorbilidad es frecuente en nuestra sociedad y aumenta con la edad. El término paciente pluripatológico (PP) fue definido en 2002 por un Comité de expertos de la Junta de Andalucía que estableció unos criterios para su diagnóstico. Estos criterios fueron revisados en 2007 e incluyen diferentes categorías de enfermedades

La prevalencia de PP es de 1,38% en la población general y aumenta al 5% en los mayores de 65 años.

El 42% de los pacientes que ingresan en servicios de medicina interna puede considerarse pluripatológico. La incidencia de PP en los servicios de medicina interna de nuestro país se ha calculado en 38,5/100 pacientes/mes.

Los PP tienen una gran mortalidad asociada y un deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria que les supone una dependencia y además contribuye a un mayor esfuerzo por parte de la familia y los cuidadores.

Los PP realizan visitas frecuentes a sus médicos y enfermeras y a los servicios de urgencias y ocupan gran parte de las camas hospitalarias, especialmente en los servicios de medicina interna. La asistencia al PP conlleva un importante consumo de recursos económicos y sanitarios, tanto de forma directa como indirecta.

En Aragón no existen unidades de atención al PP y no se han realizado estudios ni se han iniciado programas de atención a los mismos. La atención a los PP requiere la coordinación de diferentes profesionales implicando a médicos de hospital, médicos de primaria, enfermeras, trabajadores sociales y fisioterapeutas, además de la coordinación con los familiares y cuidadores.

Existen en proyecto estudios conjuntos con profesionales de Atención Primaria de Salud coordinados junto con la Unidad de Investigación en Atención Primaria, para en un futuro posterior establecer programas de atención conjunta a estos pacientes garantizando la continuidad asistencial.

Bibliografía
Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud 2006. Disponible en www.ine.es.

Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 182

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN SECTOR ZARAGOZA I. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION SOCIOFAMILIAR Y DE COMORBILIDAD

Ollero M (Coord.), Álvarez TM, Barón FB y cols. 2ª Edición. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.

Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD en nombre del grupo para el estudio de la Actividad de Medicina Internas de Andalucía. Rev Clin Esp 2005; 205: 413-7.

García-Morillo JS, Berrnabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, Gonzáles de la Puente M et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc) 2005; 125: 5-9.

Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, M.A Ortiz-Camuñez M.A., García-Morillo. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008; 208(1):4-11.

Fernández Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit 2008; 22: 137-43.

Medrano González, F. / Melero Bascones, M. / Barba Romero, M. A. / Gómez Garrido, J. / Llabrés Díaz, J. / Moreno Salcedo, J. / Comorbilidad, pluripatología, consumo de recursos y pronóstico de pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna. An Med Intern (Madrid) 2007; 24: 525-30.

Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, Moreno-Gaviño L, Cassani-Garza M, Ortiz-Camuñez MA, Ollero-Baturone M. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Mar 24. [Epub ahead of print].

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se pretende concienciar a los médicos internistas que son los que atienden a estos pacientes cuando ingresan en el hospital y dar a conocer el concepto de PP a los médicos de atención primaria. Además se intenta difundir y familiarizar a estos profesionales con las herramientas de valoración sociofamiliar y de comorbilidad aplicables a estos pacientes.

Al finalizar este proyecto se espera conseguir que se modifique la forma de trabajo de los médicos internistas de forma que identifiquen a los PP que ingresan en sus servicios y les realicen una valoración comórbida y sociofamiliar adecuada y completa. También se espera conseguir que los médicos de atención primaria conozcan los criterios de PP y los apliquen en su trabajo para en un futuro desarrollar programas conjuntos en la atención a estos pacientes. Uno de estos proyectos ya en fase avanzada de diseño tiene como objetivo disminuir la polifarmacia innecesaria en este grupo de pacientes.

De forma paralela a este proyecto de mejora se ha iniciado un proyecto de investigación denominado proyecto PLUPAR, aprobado por el IACS e impulsado por la Dirección de Planificación y Aseguramiento, para conocer la prevalencia del problema y las posibles formas de abordaje.

Posteriormente se pondrán en marcha iniciativas para disminuir la polifarmacia, disminuir los ingresos hospitalarios y mejorar la coordinación en la atención a los PP. Estas iniciativas se presentarán en las próximas convocatorias del Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A todos los pacientes ingresados en los servicios de medicina Interna y atendidos por los médicos participantes se les aplicarían los criterios de PP. A los PP identificados se les haría una valoración de la comorbilidad aplicando el índice de Charlson y una valoración sociofamiliar con la escala de Gijón. Además se les aplicaría el índice pronóstico PROFUND.

En el momento del alta se hará un informe complementario de valoración de comorbilidad que se remitirá al médico de familia responsable del enfermo y a la enfermera de enlace en Atención Primaria.

Todo el proceso tendrá una duración de 3 meses. Posteriormente se realizará una auditoría de una muestra de las historias clínicas de los PP incluidos y se remitirá una encuesta a los médicos de familia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

182

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN SECTOR ZARAGOZA 1. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION SOCIOFAMILIAR Y DE COMORBILIDAD

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Métodos:

Auditoría del 10% de los casos de cada centro seleccionados por muestreo aleatorio.

Encuesta dirigida a los médicos de atención primaria

Indicadores:

% de PPP a los que se ha realizado el índice de Charlson.

% de PPP a los que se ha realizado la escala sociofamiliar de Gijón.

% de PPP a los que se ha calculado el índice PROFUND.

% de médicos de atención primaria que devuelven la encuesta contestada.

% de médicos de atención primaria que han recibido al menos un informe de valoración sociofamiliar y de comorbilidad

% de médicos de atención primaria que conocían el concepto de PPP.

% de médicos de atención primaria que conocían los criterios de diagnóstico de PPP.

% de médicos de atención primaria que consideran útil la valoración del PPP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-Marzo 2011

Abril-Junio de 2011

Recogida de datos

Preparación del estudio

Julio-Septiembre de 2011

Evaluación de indicadores

Octubre de 2011

Memoria de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 080

MEJORA EN LA MEDICION DE LA TEMPERATURA CORPORAL, PARA ADOPTAR UNA POSTURA MAS RACIONAL EN EL USO DE ANTITERMICOS TANTO POR PARTE DE LOS PEDIATRAS COMO POR PARTE DE LOS PADRES

2. RESPONSABLE MARIA PILAR BLASCO AULES
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PASCUAL EVA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA
- LOU FRANCES GRACIA MARIA. PEDIATRA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA
- RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN. PEDIATRA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA
- MANJON LORENTE GEMA. PEDIATRA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA
- SUSO FERNANDEZ MARTA. PEDIATRA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fiebre es uno de los principales motivos de consulta causando en los padres gran angustia, acudiendo en cuanto detectan fiebre de forma inmediata a los centros sanitarios, viendo cuadros poco evolucionados, que nos hacen realizar excesivas pruebas complementarias encareciendo el acto médico y saturando los servicios sanitarios.

Es la temperatura interna la que tiene un intervalo más estrecho, y ésta es la que se mide en recto. La temperatura externa tiene más variaciones que dependen de factores como: calor ambiental, exceso de ropa, ejercicio, estado de agitación... La temperatura externa se mide en ingle, axila, tímpano o boca. Por lo tanto es muy importante el sitio de medición de la temperatura.

La fobia a la fiebre no es solo cosa parental somos muchas veces los profesionales de la salud: alternando antitérmicos, y las modas en la toma de la temperatura (termómetro timpánico, lingual, de contacto...); por lo que contribuimos a ello.

Se define como fiebre la elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C rectal, y es el marcador de infección por excelencia. La temperatura del cuerpo humano no es constante, sino que varía a lo largo del día siguiendo ritmos circadianos, siendo menor a primera hora y aumentando 1°C durante las primeras horas de la tarde.

Es por todo esto la gran importancia de una buena educación e información a los padres del manejo de la fiebre en los niños para evitar angustia familiar, pocas horas de sueño de los padres con tomas frecuentísimas de temperatura, uso inadecuado y descontrolado de antitérmicos, con la posibilidad de sobredosificación e incluso de intoxicación, las continuas visitas a diferentes servicios de urgencias (algunas veces, incluso vienen sin termometrar), de la misma manera que disminuir el coste sanitario. Y por supuesto, es de suma importancia el estudio y el conocimiento de las actualizaciones del manejo de la fiebre en los mismos profesionales de la salud, para así no intensificar la preocupación de los padres, sacar rendimiento adecuado, realizando las p

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Toma correcta de temperatura en Urgencias para así demostrar a los padres, a la vez que se les explica la diferencia de temperatura en los distintos lugares del cuerpo.

- Disminuir visitas a los servicios de urgencias pediátricas, desaturándolos, por motivo de fiebre no termometrada, incorrecta dosificación de antitérmicos.
- Conocer qué factores pueden hacer que aumente la angustia de los padres, para así disminuirla.
- Reforzar la utilización correcta de los antitérmicos por parte de los profesionales para servir de ejemplo a los padres, sin aumentar la gran preocupación familiar de la fiebre.
- Evitar las visitas a diferentes servicios de urgencias por fiebre.
- Mejorar la confianza en los mecanismos de la fiebre con el buen uso de los antitérmicos, entre los profesionales de urgencias (enfermeras, médicos).
- Conocer la actitud tomada por los padres, ante un cuadro de fiebre: lugar de medición, dosis de antitérmico e intervalo utilizado (encuestas).
- Actualizar la hoja informativa del seguimiento domiciliario para los padres.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

080

MEJORA EN LA MEDICION DE LA TEMPERATURA CORPORAL, PARA ADOPTAR UNA POSTURA MAS RACIONAL EN EL USO DE ANTITERMICOS TANTO POR PARTE DE LOS PEDIATRAS COMO POR PARTE DE LOS PADRES

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesión clínica de actualización y evaluación de protocolo del manejo de la fiebre en urgencias. Análisis de los indicadores referentes a la dosificación de antitérmicos y lugar de toma de la temperatura corporal.
- Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.
 - Realizar talleres de formación para el personal de urgencias, médico y de enfermería, sobre lugares de medición de temperatura, dosis correctas de antitérmicos, intervalos adecuados, no alternancia.
 - Diseño de hoja de registro de paciente que incluya datos de identificación, lugar de toma de temperatura, dosis de antitérmico, hora de administración, incidencias y responsable.
 - Dar a los padres hoja informativa del seguimiento de la fiebre en domicilio, cerciorándonos que lo leen y lo entienden.
 - Definir variables de estudio: edad, lugar de medición de la fiebre, si han dado antitérmico o no, dosis de antitérmico, cada cuánto dan antitérmico, tiempo de evolución de la fiebre, necesidad de pruebas complementarias y destino del paciente (domicilio o traslado a hospital de referencia para ingreso).
 - Diseño del modelo de encuesta de opinión para padres.
 - Registro de incidencias.
 - Sesión clínica informativa.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes que se les ha dado antitérmico por indicación clínica con constancia de la cumplimentación de la Hoja de registro.
- N° de personal de urgencias de pediatría (enfermería y médicos) que ha realizado taller de formación.
 - N° de encuestas recogidas.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización de sesión clínica con actualizaciones y evaluación del protocolo.
- Diseño de hoja de registro de pacientes.
 - Talleres de formación para el personal de urgencias.
 - Diseño del modelo de encuesta de opinión.
- Junio-Febrero 2012 y continuidad:
- Análisis de los datos del registro de pacientes.
 - Sesión clínica informativa al servicio de urgencias.
 - Reuniones periódicas del grupo de mejora para evaluar los resultados.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

664

MEJORA DE LA FASE PREANALITICA DE LOS LABORATORIOS DE BIOQUIMICA, HEMATOLOGIA Y MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE BEATRIZ BONED JULIANI
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PARDO LASECA CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. BIOQUIMICA CLINICA
· RUIZ BUDRIA JOSE. QUIMICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. BIOQUIMICA CLINICA
· CARRASCO BARAJA VICENTE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA
· MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA
· ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA
· TOLEDO PALLARES MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MICROBIOLOGIA
· LABARTA MARIA CRUZ. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. LABORATORIOS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el ámbito del laboratorio clínico, al hablar de seguridad de los pacientes, lo importante es la fiabilidad, en cuanto a ausencia de errores evitables, y la utilidad de la información que generamos, es decir, que resulte necesaria y pertinente para el diagnóstico y que llegue en el tiempo adecuado. El nuevo entorno sanitario nos exige centrarnos no sólo en la eficacia de los resultados y la eficiencia, sino además, en diseñar los procesos de forma que impidan o dificulten la posibilidad de cometer errores. Dado que más del 70% de las decisiones médicas están basadas en resultados de pruebas de los laboratorios clínicos es importante controlar todas las fases del proceso analítico para evitar ó reducir el número de efectos adversos.

Todos los estudios realizados sobre errores en la práctica de los laboratorios clínicos coinciden en que la mayoría de ellos suceden en las fases extraanalíticas y más concretamente en la preanalítica, siendo además en esta última los más críticos. La fase preanalítica comienza con la solicitud y se extiende hasta la medición ó análisis de las pruebas solicitadas y tiene una parte prelaboratorio (solicitud de pruebas, preparación del paciente, obtención de muestras y transporte) y una parte intralaboratorio (recepción, registro, preparación de muestras). Es por tanto una fase compleja y de difícil monitorización, ya que está compuesta por muchos procesos diferentes, que suceden en lugares distintos, que se llevan a cabo por diversos profesionales, que en su mayoría no están automatizados y en la que la detección de errores no es fácil pues proceden de varios orígenes (organizativos, técnicos, humanos), existe dificultad en la obtención de datos y análisis de los mismos y falta estandarización.

En nuestro hospital las actividades preanalíticas intralaboratorio (sin incluir el laboratorio de urgencias) se realizan en un área preanalítica común que en el momento actual cuenta con personal escaso, y que requiere mayor cualificación, para los servicios de Bioquímica, Hematología y Microbiología. Dos auxiliares administrativas en el área de secretaría y una auxiliar de enfermería en el área de recepción de muestras. Para la toma de muestras hospitalarias se dispone de 4 enfermeras a tiempo parcial que realizan las extracciones de todos los pacientes ingresados (salvo urgencias), pruebas funcionales de bioquímica, control digital del tratamiento anticoagulante oral y extracciones de pacientes procedentes de consultas de oncología. Una enfermera realiza en la sala de extracciones la toma de muestras para pacientes ambulatorios. Si bien se han sistematizado algunos procedimientos relativos al ámbito de Bioquímica (proyecto de acreditación según la norma UNE-EN-ISO 15189), lo cierto es que se necesita una mejora importante que incluya también las actividades preanalíticas de Hematología y Microbiología, servicios que en un futuro próximo incluirán parte de su actividad en un nuevo alcance de acreditación. Por ejemplo, el sistema de registro de peticiones es manual (errores de transcripción de demográficos y y pruebas ilegibles). Por tanto, y dado que el proceso preanalítico es un proceso clave en la seguridad de los pacientes y que somos conscientes de que se producen errores, el objetivo de este proyecto es la mejora del circuito preanalítico común, especialmente intralaboratorio, para que, optimizando la utilización de los recursos disponibles e incorporando nuevas herramientas (sistema de gestión de solicitudes), consigamos disminuir la incidencia de errores; prevenirlos.

Es muy importante impulsar la colaboración de otros servicios con los laboratorios para evitar los efectos de los errores que se producen.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

664

MEJORA DE LA FASE PREANALITICA DE LOS LABORATORIOS DE BIOQUIMICA, HEMATOLOGIA Y MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Forsman R.W. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? Clin chem 1996; 42:813-16
Bonini P, Plebani M, Ceriotti F et al. Errors in laboratory medicine. Clin Chem 2002; 48: 691-8.
Wiwanikit V. Types and frequency of preanalytical mistakes in the first Thai ISO 9002:1994 certified clinical laboratory, a 6-month monitoring. BMC Clin Pathol 2001.
Homanitz PJ. Errors in laboratory medicine, Practical lessons to improve patient safety. Arch Pathol Lab Med 2005; 129:125261.
Boone DJ. How can we make laboratory testing safer? Clin Chem Lab Med 2007; 45: 708-11.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Establecimiento de un circuito preanalítico común único, bien organizado, con responsabilidades definidas, que se dé a conocer al resto del hospital y donde la prevención del error sea responsabilidad de cada elemento de la cadena del proceso.
2. Estandarizar y ampliar los procedimientos preanalíticos para los tres servicios, Bioquímica, Hematología y Microbiología.
3. Sistematización y reorganización de las tareas en las áreas comunes.
4. Actualizar, de forma consensuada con los clínicos, unos protocolos de solicitud racional de pruebas diagnósticas que se plasmen en nuevos volantes de petición cuyo diseño facilite a los clínicos incorporar la información que necesitamos en los laboratorios para generar unos resultados fiables y de calidad (datos del solicitante, orientación diagnóstica, tratamientos más relevantes del paciente, etc).
5. Evaluar, a través del cálculo de los indicadores de calidad preanalítica que establezcamos y tras sistematizar el procedimiento para la detección y monitorización de incidencias, la calidad de nuestros procesos y la capacidad de detectar errores muy especialmente los errores de identificación.
6. Formación: crear una cultura de registro de errores con un enfoque no culpabilizador.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Las acciones de mejora se basan en intentar automatizar ó simplificar procesos, mejorar la formación/información y conseguir controlar los distintos subprocesos de que consta el proceso preanalítico:

1. SOLICITUD DE ANALISIS POR PARTE DEL CLINICO: diseño de un nuevo volante de petición grafitado, actualizando perfiles y pruebas consensuadas con los facultativos de los diferentes servicios clínicos; estudiar y plantear la posibilidad de petición electrónica a través de la intralab (via intranet). Sistema de identificación inequívoca del paciente. Sistematizar el procedimiento para la ampliación de pruebas a solicitudes y muestras ya recibidas en el laboratorio. Responsables: responsable de preanalítica y un facultativo de cada servicio.
2. OBTENCION Y TOMA DE MUESTRAS/PREPARACION/TRANSPORTE: elaboración y estandarización del procedimiento preanalítico de toma de muestras y condiciones preanalíticas (preparación, transporte) para los tres servicios y distribución del mismo (intranet HRV); sesión formativa con personal de enfermería del hospital: actualización y presentación de manuales y una nueva guía visual y gráfica; identificación inequívoca de las muestras. Responsables: supervisora de enfermería, Facultativo Responsable de Preanalítica.
3. GESTION DE HOJAS DE SOLICITUD (ó volantes de petición): establecer un sistema de lectura y digitalización (escáner) con registro automatizado de datos demográficos y pruebas que permitirá minimizar la producción de errores de transcripción, acceder fácilmente a la solicitud desde el SIL del laboratorio en cualquier puesto de trabajo y archivar los volantes en soporte informático, con lo que se evitaría la utilización de los pasillos como almacenes. Estudiar y planificar la actividad que desarrollan las auxiliares administrativas. Responsable: Responsable de preanalítica con la colaboración de una auxiliar administrativa.
4. RECEPCION DE MUESTRAS: organizar un área común y única (excepto muestras específicas) donde se reciban todas las muestras y desde donde se distribuyan a las diferentes secciones. Sistematizar el procedimiento de recepción para los tres servicios estableciendo los criterios de aceptación y rechazo de muestras que deben aplicarse en esta área e integrar la información preanalítica en el SIL implementando en el mismo el registro de incidencias y su monitorización Manejo de muestras incorrectas. Responsables: Responsable de Preanalítica y supervisora de laboratorio

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

664

MEJORA DE LA FASE PREANALITICA DE LOS LABORATORIOS DE BIOQUIMICA, HEMATOLOGIA Y MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

5. FORMACION: organizar sesiones formativas con el personal implicado en los distintos procesos para ir actualizando procedimientos. Realizar una sesión formativa en materia de seguridad para tomar conciencia de la posibilidad de cometer errores y de cómo nuestras propias pautas de conducta contribuyen en el resultado final.

Los responsables de las acciones planificadas recopilarán la información necesaria y contarán en todo momento con la colaboración de todos los facultativos de los tres servicios incluyendo a la Dra. Carmen Aspiroz Sancho (Microbiología), la Dra. Esther Franco y el Dr. Luis López (Hematología).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. La implementación de las acciones de mejora propuestas nos permitirá evaluar más fácilmente indicadores del proceso preanalítico con el fin de detectar errores, controlarlos y reducir su incidencia. Algunos de los indicadores correspondientes a la gestión de muestras están siendo evaluados anualmente por el servicio de Bioquímica. En el proyecto común vamos a evaluar los siguientes indicadores:

GESTION DE PETICIONES:

INDICADOR: Asignación incorrecta datos paciente
FORMULA CALCULO: $100 * (\text{n}^\circ \text{ peticiones afectadas} / \text{n}^\circ \text{ peticiones})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

INDICADOR: Sin asignación datos paciente
FORMULA CALCULO: $100 * (\text{n}^\circ \text{ peticiones afectadas} / \text{n}^\circ \text{ peticiones})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

INDICADOR: Sin identificación datos solicitante
FORMULA CALCULO: $100 * (\text{n}^\circ \text{ peticiones afectadas} / \text{n}^\circ \text{ peticiones})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

INDICADOR: Incidencias totales en peticiones
FORMULA CALCULO: $100 * (\text{n}^\circ \text{ peticiones con incidencias} / \text{n}^\circ \text{ peticiones})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

GESTION DE MUESTRAS (estos indicadores se analizarán por servicio):

INDICADOR: muestras incorrectas
FORMULA CALCULO: $100 * (\text{n}^\circ \text{ muestras incorrectas} / \text{n}^\circ \text{ muestras})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

INDICADOR: muestras coaguladas
FORMULA CALCULO: $100 * (\text{n}^\circ \text{ muestras coaguladas} / \text{n}^\circ \text{ muestras})$

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 664

MEJORA DE LA FASE PREANALITICA DE LOS LABORATORIOS DE BIOQUIMICA, HEMATOLOGIA Y MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA COMO HERRAMIENTA PARA LA GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

INDICADOR: muestras no recibidas
FORMULA CALCULO: $100 * (n^{\circ} \text{ muestras no recibidas} / n^{\circ} \text{ muestras})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

INDICADOR: muestras insuficientes
FORMULA CALCULO: $100 * (n^{\circ} \text{ muestras insuficientes} / n^{\circ} \text{ muestras})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual

INDICADOR: muestras hemolizadas
FORMULA CALCULO: $100 * (n^{\circ} \text{ muestras hemolizadas} / n^{\circ} \text{ muestras})$
ANALISIS: trimestral
EVALUACION: anual muestras

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio: inmediata. Fecha fin: finales de año.

Actividades:

Antes del verano:

Estudio de la situación inicial.

Revisión de todas las actividades preanalíticas. Quién y cómo las está llevando a cabo. Reorganización de las áreas de secretaría y recepción. Formación. Diseño de volantes. Contacto con las diferentes áreas clínicas para revisar y actualizar pruebas y perfiles e incorporación de diagnósticos codificados. Elaboración guía visual y gráfica de toma de muestras común para los tres servicios.

Contacto con proveedores para sistema de registro automatizado de hojas de solicitud.

Septiembre-diciembre: puesta en marcha de las nuevas hojas de solicitud y del sistema más adecuado para una gestión eficaz de los mismos.

Enero 2012:: evaluación indicadores. Elaboración de la memoria.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ordenador	400 €
· escáner volantes	900 €
Total	1.300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 575

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVA GRAFICA DE ENFERMERIA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. INCLUSION EN LA MISMA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DESTINADOS A PREVENIR LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA DENTRO DEL PROYECTO NEUMONIA ZERO

2. RESPONSABLE MARIA JESUS BORDONADA HERRERO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ANADON GOMEZ DAVID. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
· BURRIEL MESEGUER ANA LUISA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
· GONZALEZ CABALLERO ANA CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
· RELLO ECHAZARRETA MARIA MAR. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este proyecto pretende ser la continuación de otro iniciado el año pasado llamado "MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: ADECUACIÓN DE LA GRÁFICA A LOS CUIDADOS ACTUALES. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PARA CUMPLIMENTAR LA GRÁFICA"

El proyecto pretendía adecuar la gráfica de enfermería de la UCI del Hospital Royo Villanova a los cuidados de enfermería actuales, que se han ido modificando a lo largo de los últimos años debido a la implantación de nuevas técnicas y procedimientos para el tratamiento y cuidado del paciente crítico. Se diseñó la gráfica durante el año 2010, pero está pendiente su impresión, lo cual se convierte en una oportunidad para nuevamente adecuar la gráfica a los cuidados de enfermería que propone el proyecto Neumonia Zero, un proyecto impulsado este año 2011 desde el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, la Sociedad Española, La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, para instaurar una serie de medidas en las UCIS españolas destinadas a disminuir la incidencia de la Neumonia Asociada a Ventilación Mecánica. Se pretende incluir las medidas dirigidas a enfermería de este proyecto dentro de la gráfica para facilitar su cumplimiento y registro. Así mismo, se pretende terminar el proyecto iniciado el año pasado con la implantación definitiva de la nueva gráfica de enfermería y su correspondiente guía de cumplimentación, una vez se imprima la gráfica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año pasado, se realizó el diseño de la nueva gráfica así como la elaboración de la correspondiente guía de cumplimentación. Ambas fueron aprobadas por el grupo de calidad de la UCI y por las comisiones de úlceras y de documentación del hospital, así como por la dirección de enfermería. También fue presentada en una reunión del personal de la unidad. Actualmente, el proyecto está pendiente para su finalización de la impresión de la gráfica. En principio nos han comunicado que hasta que no se terminen las graficas impresas actuales no se dará la orden de imprimir la nueva grafica.

Se ha realizado la medición de los indicadores en la gráfica actual:
Número de cuidados registrados en la gráfica /paciente/día (previo a la modificación)
Número de controles registrados en la gráfica/paciente/día (previo a la modificación)

Pero hasta que no se implante definitivamente la gráfica no se podrá realizar la medición de los indicadores que implican a la nueva gráfica:
Número de cuidados registrados en la grafica /paciente/día (posterior a la modificación)
Número de controles registrados en la gráfica/paciente/día (posterior a la modificación)

Se invirtió el presupuesto asignado al proyecto (149,86 euros) en la impresión de la guía de cumplimentación.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Modificacion de la nueva grafica incluyendo los cuidados destinados a evitar la Neumonia Asociada a Ventilacion

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

575

IMPLANTACION DE NUEVA GRAFICA DE ENFERMERIA EN LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA. INCLUSION EN LA MISMA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS DESTINADOS A PREVENIR LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA DENTRO DEL PROYECTO NEUMONIA ZERO

Mecanica.

Implantacion de la grafica y de su correspondiente guía de cumplimentación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se va a seguir con el mismo grupo y método de trabajo empleado durante el pasado año. Se valorarán los cuidados de enfermería del proyecto Neumonia Zero que no están incluidos en la nueva grafica para incluirlos previamente a su impresión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pendiente la medición de los indicadores del año pasado que implican a la nueva gráfica:
Número de cuidados registrados en la grafica /paciente/día (posterior a la modificación)
Número de controles registrados en la gráfica/paciente/día (posterior a la modificación)

Nuevos indicadores:

Número de registros en la grafica actual de medidas destinadas a evitar la neumonía asociada a ventilación mecánica (previo a la modificación de la gráfica)
Número de registros en la grafica nueva de medidas destinadas a evitar la neumonía asociada a ventilación mecánica (posterior a la modificación de la gráfica)
Número de registros por turno de las medidas destinadas a evitar la neumonía asociada a ventilación mecánica (posterior a la modificación)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Valoración de los cuidados de enfermería a incluir respecto a la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica:
abril-mayo 2011

Implantación de la nueva gráfica: una vez que se de la orden desde suministros a la imprenta para su impresión. Esperamos que pueda ser a lo largo de este año.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 197

1. TÍTULO

PLAN DE ATENCION AL PACIENTE CON ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: SECCION DE NEUROLOGIA Y SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE ISABEL CAMPELLO MORER
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MARTIN ALGORA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - GIMENEZ MUÑOZ ALVARO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECCION DE NEUROLOGIA
 - ALDEA MOLINA ELISA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - SARRAT TORRES MARCO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - BALLESTIN SOROLLA SONIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - MEDINA SAINZ CAROLA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El accidente isquémico transitorio (AIT) constituye una urgencia médica y neurológica dado que un 10-20% de los pacientes que presentan un AIT sufrirán un infarto cerebral en los siguientes tres meses y la mitad de ellos en los dos primeros días tras el episodio. Esta frecuencia es mucho mayor en los AIT aterotrombóticos, por ello las guías clínicas nacionales e internacionales sobre patología cerebrovascular recomiendan la realización de un estudio diagnóstico que incluya TAC cerebral y estudio de neuroimagen vascular extracraneal en las primeras 48-72h. Es imprescindible un diagnóstico clínico correcto, ya que los errores diagnósticos en forma de falsos negativos constituyen un problema grave al no instaurar precozmente el tratamiento adecuado, y los falsos positivos desembocan en yatrogenia y un consumo innecesario de recursos. El sector I no dispone de neurólogo de guardia, el estudio de imagen vascular lo realiza el radiólogo y los ingresos están a cargo de Medicina Interna. El estudio de imagen vascular se realiza habitualmente en un tiempo muy superior al recomendado. Durante el año 2010, se solicitó en el 61,5% de los pacientes con AIT y de éstos, sólo en un 28% se realizó durante el ingreso. Considerando una prioridad la mejora en la atención a esta patología, se ha elaborado recientemente un protocolo de atención al paciente con AIT que incluye la valoración neurológica de estos pacientes, ya sea en el servicio de urgencias si hay neurólogo de presencia o con ingreso a cargo de neurología cuando no se disponga del mismo, y la realización de estudio vascular extracraneal por parte del neurólogo, con el objetivo de mejorar el diagnóstico clínico y realizar un diagnóstico etiológico precoz.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Realizar un diagnóstico clínico correcto del AIT en el servicio de urgencias.
- Realizar un diagnóstico etiológico precoz que permita instaurar el tratamiento adecuado antes del alta hospitalaria, evitando, en los casos que sea posible, ingreso hospitalario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar sesiones clínicas sobre el AIT con el servicio de urgencias para un correcto diagnóstico. Responsable: Isabel Campello Morer
2. Revisar y definir los indicadores de seguimiento del protocolo. Responsables: Isabel Campello Morer, Isabel Martín Algora.
3. Evaluar el grado de seguimiento mediante la monitorización de los indicadores. Responsables: todos los miembros del grupo de mejora.
4. Realizar un análisis de los resultados y discutir las medidas necesarias para mejorar su seguimiento cuando sea preciso. Responsables: todos los miembros del grupo de mejora.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 197

PLAN DE ATENCION AL PACIENTE CON ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA: SECCION DE NEUROLOGIA Y SERVICIO DE URGENCIAS

1. Evaluación neurológica: % de pacientes con AIT que acuden al servicio de urgencias en los que se solicita valoración neurológica. (Debe cumplirse al menos en un 75%).
2. Imagen vascular en AIT: % de pacientes con AIT a cargo de neurología que tienen estudio vascular extracraneal antes de 72h. (90%)
3. Tratamiento antiagregante/anticoagulante: % de pacientes con AIT con tratamiento adecuado al alta. (100%)
4. Diagnóstico etiológico: % AIT que tienen mecanismo documentado al alta. (95).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Sesiones clínicas conjuntas del servicio de neurología y urgencias: abril 2011.
2. Revisión y definición de los indicadores de seguimiento del protocolo: marzo-abril 2011
3. Evaluación del grado de seguimiento mediante la monitorización de los indicadores: abril-diciembre 2011.
4. Análisis de los resultados: enero-febrero 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Notebook	350 €
Total	350 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 022

1. TÍTULO

DETECCION DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

2. RESPONSABLE VICENTE CANALES CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MESA LAMPRE MARIA PILAR. MEDICO/A. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. GERIATRIA
- GORRIZ BARBERO LUIS. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- PLACERES ESPINO ALBERTO. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA
- MALLEN ALBIR JOSE MARIA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- ROMERO FERNANDEZ ISABEL. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA
- CANO SANCHEZ BEATRIZ. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA

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

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

La osteoporosis es una de las enfermedades mas prevalentes en los países industrializados, siendo actualmente la enfermedad ósea metabólica mas frecuente, la segunda causa de morbilidad músculo-esquelética y el segundo problema más importante en el campo de la salud, después de las enfermedades cardiovasculares. El coste originado por el tratamiento de la complicación mas frecuente de esta enfermedad, la fractura osteoporótica, es difícil de calcular pero, sin duda, alcanza valores elevadísimos en el presupuesto sanitario de cada país; por ejemplo, en Estados Unidos supuso un total de 13,8 billones de dólares en 1995. Por otra parte, las complicaciones y secuelas de la fractura osteoporótica más frecuente, la de fémur proximal, son devastadoras: entre 5% y 11% de mortalidad intrahospitalaria, entre 14% y 30% de mortalidad al año de la fractura, más del 65% de pacientes que no son capaces de recuperar su estado funcional previo a la fractura, más del 45% que quedan inválidos o requieren alguna ayuda para las actividades de la vida diaria, etc... La incidencia anual de las fracturas de fémur proximal en España se ha estimado entre 130 y 200 casos por cada 100.000 habitantes y año; estimación que, sin duda, se ha revelado insuficiente tras la publicación del estudio AFOE, en el que se calcularon 61.173 ± 3.878 fracturas en todo el país a lo largo del año 2.002. Un estudio realizado en España en el año 1.995 estimó el coste del tratamiento de cada una de estas fracturas en 1.170.000 pesetas (7.022,80 euros), lo que extrapolado al total de casos en el país elevaría la cifra total a más de 35.000 millones de pesetas (210.084.033 euros). Si además consideramos las otras dos fracturas de origen osteoporótico más frecuentes (excluyendo las vertebrales, sin duda las más frecuentes pero las mas difíciles de detectar), vemos que las cifras de incidencia anual por cada 1.000 habitantes mayores de 60 años son alarmantes (estudio AFOE-2.003): húmero proximal 4,32 casos, radio distal 6,6 casos. Esta alarmante progresión de la prevalencia de las fracturas osteoporóticas en España se debe, en buena parte, al elevado índice de envejecimiento de la población general del país, que se cifró en un 16,6% de > 65 años en censo de 2006; en la Comunidad Autónoma de Aragón las perspectivas son mucho mas preocupantes, pues alcanzó un valor del 20,5% en el padrón municipal de 2005. A todo lo anteriormente expuesto debemos añadir que la osteoporosis es una enfermedad frecuentemente asintomática o, cuando mas, productora de una sintomatología fácil y usualmente achacable al envejecimiento, motivo por el que muchas veces no se diagnostica hasta que aparece alguna de sus complicaciones mas graves. Sin embargo y a pesar de que hay evidencia científica suficiente de que la producción de alguna de estas fracturas osteoporóticas multiplica hasta por 5 veces el riesgo de sufrir otra de la misma índole en el futuro inmediato, el número de tratamientos farmacológicos preventivos que se instauran en el momento del alta es sorprendentemente bajo; así y según el estudio AFOE, en la estimación para el año 2.003, el 73,7% de los pacientes tratados por fractura de fémur proximal fueron dados de alta hospitalaria sin tratamiento farmacológico preventivo alguno.

Por otra parte, actualmente existe evidencia científica suficiente de los beneficios obtenidos en la reducción del riesgo de nuevas fracturas osteoporóticas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 022

DETECCION DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

con diferentes tratamientos farmacológicos preventivos.

A la vista de todo lo anterior, es evidente que el diagnóstico precoz de osteopenia / osteoporosis y la detección de pacientes en situación de riesgo de fractura osteoporótica, mediante la utilización de una herramienta sencilla y de fácil manejo, sería de gran utilidad para instaurar tratamientos farmacológicos preventivos en los casos en que estuviere indicado. Aunque el objetivo ideal del proyecto sería el control de toda la población en situación de riesgo potencial (lo que no se descarta para futuras etapas del mismo), la precariedad de medios humanos y materiales en el Sector Zaragoza 1 y el elevado número de individuos a analizar nos obliga a limitar el objetivo inicial a aquellos pacientes que ingresen en los hospitales Royo Villanova y N^a S^a de Gracia por causa de tratamiento ortopédico y/o traumatológico.

FUENTES DE INFORMACION:

-FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR. Monografías SECOT 3, Dirigido por el Prof. Luis Ferrández Portal. Editorial Masson S.A. Barcelona 2.000.

-Cranney A, Guyatt G, Griffith L, Wells G, Tugwell P, Rosen C, The Osteoporosis Methodology Group, and the Osteoporosis Research Advisory Group: IX: Summary of Meta-Analyses of Therapies for Postmenopausal Osteoporosis. Endocrine Reviews, August 2002, 23(4): 570-578.

-Estudio AFOE (Acta de Fracturas Osteoporóticas en España), del Grupo de Estudio e Investigación en Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.003.

-Guía de Práctica Clínica: OSTEOPOROSIS, del Grupo de Estudio e Investigación en Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.004.

-Guía de buena práctica clínica en Geriátrica: Osteoporosis, de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Coordinada por las Dras. M^a P. Mesa y N. Guañabens. Editada por Scientific Communication Management. Madrid, 2.004.

-FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS. Editado por los Profesores L. Ferrández Portal y A. Herrera Rodríguez. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.006.

-GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN OSTEOPOROSIS, patrocinada por la O.M.C. Editorial: International Marketing & Communication S.A. Madrid, 2.008.

-Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. Revista Clínica Española, Vol. 208. Extraordinario 1. Mayo 2008.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. RESULTADOS

? N° de pacientes exploradas:	72
? N° de pacientes desestimadas:	7
• 4 por no cumplir requisito de edad	
• 3 por derivación a otros centros: 1 patológica y 2 no patológicas	
? N° de morfometrías no patológicas:	23 (33,82%)
? N° de morfometrías patológicas:	45 (66,17%)
? N° de pacientes con morfometría patológica conocedoras de su patología vertebral:	2 (4,44%)
? N° de pacientes con morfometría	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 022

1. TÍTULO

DETECCION DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

patológica y alguna fractura previa por fragilidad:	8 (17,77%)
• Vertebral:	2 (4,44%)
• Radio distal:	6 (13,33%)
? N° de pacientes con morfometría patológica en tratamiento farmacológico adecuado de la osteoporosis en el momento actual:	7 (15,55%)
? N° de pacientes con morfometría patológica sin tratamiento farmacológico adecuado de la osteoporosis en el momento actual:	38 (84,44%)

TIPO Y GRADO DE LAS DEFORMIDADES:

DEFORMIDAD	ACUÑAMIENTO			
(n° vértebras)	BICÓNCAVA			
(n° vértebras)	APLASTAMIENTO			
(n° vértebras)				
20% - 30%	58	7		13
31% - 40%	9	3		0
> 40%	3	2	1	

? Vértebras afectadas y tipo de afectación:

	ACUÑAMIENTO		
(n° vértebras)	BICÓNCAVA		
(n° vértebras)	APLASTAMIENTO		
(n° vértebras)			
T7	15	2	1
T8	19	4	4
T9	11	3	4
T10	3	1	0
T11	6	2	1
T12	12	3	3
L1	2	0	1
L2	0	0	0
L3	0	0	1
L4	2	0	0

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

022

DETECCION DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

? En todas las pacientes con morfometría patológica que no seguían tratamiento farmacológico de la osteoporosis en el momento actual, se ha instaurado "di novo" o se ha reanudado. Dado el escaso tiempo transcurrido desde el inicio del estudio y la lentitud de los fármacos específicos de la osteoporosis en iniciar su acción, no se ha podido evaluar resultados todavía.

PROBLEMAS:

- ? La creciente presión asistencial ha dificultado en gran medida el desarrollo previsto del proyecto y lo ha hecho en tres sentidos:
- Falta material de tiempo para realizar algunas de las encuestas a las pacientes operadas, algunas de las cuales están en proceso de "repeca".
 - Problemas de agenda en el Servicio de Radiología para empezar a citar las morfometrías de control al año de tratamiento.
 - Algunas de las pacientes a las que se practicó morfometría fueron derivadas a concertación externa y, por tanto, no se les ha podido instaurar tratamiento ni nacer seguimiento.
- ? Finalmente, la parte del estudio proyectada con las pacientes de fractura de fémur proximal no se ha podido realizar, ya que éstas no son capaces de mantenerse en bipedestación estática el tiempo suficiente como para obtener una proyección de calidad.

SEGUIMIENTO INDICADORES: No cabe hacer seguimiento de indicadores cada 6 meses, ya que el efecto de los principios activos utilizados para el tratamiento de la osteoporosis es muy retardado (mínimo 6 meses). Aquellos indicadores analizables ya salen reflejados en las tablas de resultados expuestas en este mismo documento.

NIVEL DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO: II-III. Algunas de las actividades están francamente avanzadas, pero otras (controles de resultado de tratamiento) todavía están en fase de inicio o no se han podido iniciar por problemas logísticos (ancianos con fractura de fémur proximal).

PRESUPUESTO EFECTIVAMENTE GASTADO: se ha gastado la totalidad de la dotación económica de los dos años en que se ha estado desarrollando el proyecto. No recuerdo exactamente las cifras, pero creo que fueron 1000 euros el primer año y 800 el segundo.

RESULTADOS ESPERABLES Y CALENDARIO:

El resultado final del proyecto es conocer si el tratamiento preventivo de la osteoporosis es capaz de frenar el avance de la "deformación vertebral de origen osteoporótico"; para alcanzarlo se precisará un tiempo mínimo de 1 año mas, siendo muy recomendable extenderlo más en el tiempo para abarcar mayor número de pacientes. Por otra parte, sería muy interesante aplicar el proyecto a los pacientes con fractura de fémur proximal (tal como estaba previsto), pero para ello hay que resolver importantes problemas logísticos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conocer la prevalencia real de fracturas osteoporóticas previas en pacientes ingresadas para tratamiento de una fractura osteoporótica reciente.
-Conocer la prevalencia real de fracturas osteoporóticas previas en pacientes mayores de 65 años ingresadas para tratamiento de una artropatía degenerativa (fundamentalmente cadera y rodilla).
-Conocer el número real de pacientes con fracturas osteoporóticas previas que seguían un tratamiento preventivo suficiente de la osteoporosis.
-Conocer el número real de pacientes sin fractura previa, pero con diagnóstico efectivo de osteopenia u osteoporosis, ingresados para tratamiento de una fractura o una artropatía degenerativa, que seguían un tratamiento preventivo suficiente de fracturas osteoporóticas.
-Instaurar y monitorizar tratamientos farmacológicos preventivos de nuevas fracturas en todas aquellas pacientes en que se confirme el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Reclutamiento de pacientes: detección de fracturas osteoporóticas previas conocidas, control de tratamientos preventivos previos e historia clínica. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.
-Estudio radiológico morfométrico para detectar fracturas no conocidas : proyección lateral de columna dorsolumbar y estudio morfométrico con el software

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 022

DETECCION DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA POR PROCESOS TRAUMATOLOGICOS U ORTOPEDICOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

Morpho-Express®. Se intentará hacer, además, un estudio densitométrico correlativo Encargados: I. Romero, B. Cano, A. Placeres.
-Pauta de tratamiento preventivo de la osteoporosis en los pacientes que lo precisen. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.
-Seguimiento y monitorización de los pacientes tratados, al menos durante 1 año (1ª etapa del estudio). Detección de nuevas fracturas. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.
-Cálculo de la reducción de riesgo relativo de fractura con respecto a la población general del mismo grupo de edad. Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.
-Coordinación del estudio. Encargados: V. Canales, P. Mesa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. En la evaluación del proyecto se contempla la detección de: el número de fracturas osteoporóticas previas no conocidas, el número de pacientes osteoporóticos con tratamiento insuficiente, el número de pacientes a los que se instaura un tratamiento nuevo, el número de pacientes que cumple adecuadamente el tratamiento y el número de fracturas osteoporóticas nuevas.

INDICADORES:

- Porcentaje de pacientes osteoporóticos al que se instaura un tratamiento preventivo nuevo al alta hospitalaria.
- Porcentaje de pacientes que cumplen adecuadamente el tratamiento al año del alta hospitalaria.
- Porcentaje de pacientes que presentan una nueva fractura osteoporótica después del alta hospitalaria, pese al tratamiento preventivo.
- Índice de mortalidad al año del alta hospitalaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicialmente el proyecto se planteó para una duración mínima de dos años; sin embargo, las dificultades en la ejecución de las pruebas hicieron que la recogida de pacientes se empezase prácticamente a finales del primer año, motivo por el que sólo a partir de octubre-noviembre del 2º año se hayan podido empezar a realizar las exploraciones radiológicas de control y seguimiento.

Por tanto, habría que extender el proyecto un mínimo de dos años más, en los que se desarrollarían las siguientes actividades:

- Primer año:
 - +Reclutamiento de pacientes
 - +Exploración radiográfica y morfometría
 - +Instauración de tratamiento
 - +Seguimiento de los pacientes y monitorización del tratamiento
- Segundo año:
 - +Seguimiento de los pacientes y monitorización del tratamiento
 - +Exploración radiográfica y morfometría
 - +Evaluación de resultados y control de indicadores

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· PROGRAMA ESTADÍSTICO SPSS	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS A LO LARGO DEL ESTUDIO REQUIERE LA UTILIZACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO DEL QUE NO DISPONE EL HOSPITAL, AUNQUE ME TEMO QUE SU PRECIO EXCEDA DE LOS 1000 EUROS

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

180

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 1. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y DE LA FUNCION COGNITIVA

2. RESPONSABLE JESUS DIEZ MANGLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GOMES MARTIN FRANCISCO JAVIER. MEDICO RESIDENTE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· LAMBAN ARANDA MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· GARCES HORNA VANESA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· RUBIO FELIX SANTIAGO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· SEVIL PURAS MARIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· MARTINEZ RODES PABLO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
· DEL CORRAL BEAMONTE ESTHER. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La comorbilidad es frecuente en nuestra sociedad y aumenta con la edad. El término paciente pluripatológico (PP) fue definido en 2002 por un Comité de expertos de la Junta de Andalucía que estableció unos criterios para su diagnóstico. Estos criterios fueron revisados en 2007 e incluyen diferentes categorías de enfermedades

La prevalencia de PP es de 1,38% en la población general y aumenta al 5% en los mayores de 65 años.

El 42% de los pacientes que ingresan en servicios de medicina interna puede considerarse pluripatológico. La incidencia de PP en los servicios de medicina interna de nuestro país se ha calculado en 38,5/100 pacientes/mes.

Los PP tienen una gran mortalidad asociada y un deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria que les supone una dependencia y además contribuye a un mayor esfuerzo por parte de la familia y los cuidadores.

Los PP realizan visitas frecuentes a sus médicos y enfermeras y a los servicios de urgencias y ocupan gran parte de las camas hospitalarias, especialmente en los servicios de medicina interna. La asistencia al PP conlleva un importante consumo de recursos económicos y sanitarios, tanto de forma directa como indirecta.

En Aragón no existen unidades de atención al PP y no se han realizado estudios ni se han iniciado programas de atención a los mismos. La atención a los PP requiere la coordinación de diferentes profesionales implicando a médicos de hospital, médicos de primaria, enfermeras, trabajadores sociales y fisioterapeutas, además de la coordinación con los familiares y cuidadores.

Existen en proyecto estudios conjuntos con profesionales de Atención Primaria de Salud coordinados junto con la Unidad de Investigación en Atención Primaria, para en un futuro posterior establecer programas de atención conjunta a estos pacientes garantizando la continuidad asistencial.

Bibliografía
Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud 2006. Disponible en www.ine.es.

Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

180

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 1. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y DE LA FUNCION COGNITIVA

Ollero M (Coord.), Álvarez TM, Barón FB y cols. 2ª Edición. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.

Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino MD en nombre del grupo para el estudio de la Actividad de Medicina Interna de Andalucía. Rev Clin Esp 2005; 205: 413-7.

García-Morillo JS, Berrnabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, Gonzáles de la Puente M et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Med Clin (Barc) 2005; 125: 5-9.

Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, M.A Ortiz-Camuñez M.A., García-Morillo. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria. Rev Clin Esp. 2008; 208(1):4-11.

Fernández Miera MF. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. Gac Sanit 2008; 22: 137-43.

Medrano González, F. / Melero Bascones, M. / Barba Romero, M. A. / Gómez Garrido, J. / Llabrés Díaz, J. / Moreno Salcedo, J. / Comorbilidad, pluripatología, consumo de recursos y pronóstico de pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna. An Med Intern (Madrid) 2007; 24: 525-30.

Rincón-Gómez M, Bernabeu-Wittel M, Bohórquez-Colombo P, Moreno-Gaviño L, Cassani-Garza M, Ortiz-Camuñez MA, Ollero-Baturone M. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2010 Mar 24. [Epub ahead of print].

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con este proyecto se pretende concienciar a los médicos internistas que son los que atienden a estos pacientes cuando ingresan en el hospital y dar a conocer el concepto de PP a los médicos de atención primaria. Además se intenta difundir y familiarizar a estos profesionales con las herramientas de valoración funcional y cognitiva aplicables a estos pacientes.

Al finalizar este proyecto se espera conseguir que se modifique la forma de trabajo de los médicos internistas de forma que identifiquen a los PP que ingresan en sus servicios y les realicen una valoración funcional y cognitiva adecuada y completa. También se espera conseguir que los médicos de atención primaria conozcan los criterios de PP y los apliquen en su trabajo para en un futuro desarrollar programas conjuntos en la atención a estos pacientes. Uno de estos proyectos ya en fase avanzada de diseño tiene como objetivo disminuir la polifarmacia innecesaria en este grupo de pacientes.

De forma paralela a este proyecto de mejora se ha iniciado un proyecto de investigación denominado proyecto PLUPAR, aprobado por el IACS e impulsado por la Dirección de Planificación y Aseguramiento, para conocer la prevalencia del problema y las posibles formas de abordaje.

Posteriormente se pondrán en marcha iniciativas para disminuir la polifarmacia, disminuir los ingresos hospitalarios y mejorar la coordinación en la atención a los PP. Estas iniciativas se presentarán en las próximas convocatorias del Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. A todos los pacientes ingresados en los servicios de medicina Interna y atendidos por los médicos participantes se les aplicarían los criterios de PP. A los PP identificados se les haría una valoración de la comorbilidad aplicando el índices de Charlson, de las actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y de las actividades instrumentales con el índice de Lawton-Brody. Además se les aplicaría el índice pronóstico PROFUND. En el momento del alta se hará un informe complementario de valoración funcional que se remitirá al médico de familia responsable del enfermo. Todo el proceso tendrá una duración de 3 meses. Posteriormente se realizará una auditoría de una muestra de las historias clínicas de los PP incluidos y se remitirá una encuesta a los médicos de familia.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

180

ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO EN EL SECTOR ZARAGOZA 1. DIFUSION DE LOS CRITERIOS PARA SU DIAGNOSTICO Y DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y DE LA FUNCION COGNITIVA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Métodos:

Auditoría del 10% de los casos de cada centro seleccionados por muestreo aleatorio.
Encuesta dirigida a los médicos de atención primaria

Indicadores:

% de PPP a los que se ha realizado el índice de Barthel.
% de PPP a los que se ha realizado el índice de Lawton-Brody.
% de PPP a los que se ha realizado el cuestionario de Pfeiffer.
% de PPP a los que se ha calculado el índice PROFUND.
% de médicos de atención primaria que devuelven la encuesta contestada.
% de médicos de atención primaria que han recibido al menos un informe de valoración.
% de médicos de atención primaria que conocían el concepto de PPP.
% de médicos de atención primaria que conocían los criterios de diagnóstico de PPP.
% de médicos de atención primaria que consideran útil la valoración del PPP.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero-Marzo 2011

Preparación del estudio

Abril-Junio de 2011

Recogida de datos

Julio-Septiembre de 2011

Evaluación de indicadores

Octubre de 2011

Memoria de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

2. RESPONSABLE MARIA PALOMA DORADO REGIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. SERVICIO MEDICINA INTENSIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ ALVAREZ ROSA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO MEDICINA INTERNA
- MUNILLA LOPEZ EULALIA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA INTERNA
- FERRERAS AMEZ JOSE MARIA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO URGENCIAS
- GANGUTIA HERNANDEZ SILVIA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO URGENCIAS
- GONZALVO GONZALEZ ELENA. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO CIRUGIA
- RUIZ BUDRIA JOSE. OTROS. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO BIOQUIMICA
- TIRADO ANGLÉS GABRIEL. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO MEDICINA INTENSIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras un primer proyecto presentado en el año 2008, "Implantación de una guía de manejo del paciente con sospecha de Sepsis, en 2009 y 2010 proseguimos con los proyectos Implementación de actuaciones para mejorar la atención del paciente con Sepsis Grave I y II. Los resultados obtenidos en estos años (ver abajo), marcan el camino a seguir por lo que el Grupo de Sepsis del Hospital Rojo Villanova presenta este cuarto proyecto en un intento de seguir mejorando la atención al paciente con sepsis. Como ya ha sido comentado en proyectos previos es una de las patologías con mayor prevalencia y mortalidad en los pacientes hospitalizados, superior al conjunto de los tumores de mama, colon, recto y próstata, ictus ó infarto agudo de miocardio. Concretamente en España, la incidencia de sepsis grave es de 104 casos por 100.000 residentes adultos y año con una mortalidad hospitalaria del 20,7%, y la incidencia de shock séptico es de 31 casos por 100.000 residentes adultos y año con una mortalidad hospitalaria del 45,7%. Además, como ya se comentó en el último proyecto, no sólo es superior la incidencia y mortalidad de la sepsis a otras patologías, sino también su coste económico. Iñigo J et al², utilizando como fuente de información los CMBD de la Comunidad de Madrid del año 2001, donde detectaron 6.968 episodios de sepsis grave y 5606 de infarto agudo de miocardio (IAM), estimaron en más de 10.000 € el coste por episodio de sepsis, lo que determina que la atención a la sepsis grave generaba un coste anual en dicha Comunidad en torno a los 70 millones de €, frente a los 16 millones en el caso del IAM; las estimaciones para España estarían en torno a los 345 millones de € al año. Mientras, en el año 2.000 en Europa se estimó que la atención a la sepsis grave estaría en torno a los 760.000 millones de dólares, y de 1,67 billones de dólares en Estados Unidos^{3,4}. Si sumamos a todos estos datos, el deterioro de la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a un episodio de sepsis grave⁵⁻⁹, comprenderemos la enorme trascendencia de esta patología desde el punto de vista de la salud pública.

Como respuesta a todo ello, nace la Campaña Sobrevivir a la Sepsis (CSS). Ya ha sido ampliamente desarrollado en los anteriores proyectos el origen de la misma. Con la intención de disminuir la mortalidad de esta grave patología, surgió en 2002 auspiciada por la European Society of Intensive Care Medicine, el Internacional Sepsis Forum y la Society of Critical Care Medicine de EEUU y a la que se han ido adhiriendo numerosas sociedades científicas del mundo entero. El objetivo era reducir la mortalidad de la sepsis grave un 25% en el 2009. Para ello la SSC y el Institute for Healthcare Improvement desarrollaron dos "bundles" o paquetes de medidas de tratamiento (grupo de intervenciones con los que se consiguen mejores resultados si se aplican de forma conjunta que si se hace por separado) para ser aplicadas a las 6 y 24 horas desde el diagnóstico de sepsis grave. Los elementos individuales de cada paquete se seleccionan según la medicina basada en la evidencia y se considera que tienen suficiente evidencia como para considerarlos práctica clínica habitual.

El resultado de esta gran campaña internacional ha sido mejor de lo esperado como evidencian numerosas publicaciones, algunas ya comentadas en proyectos previos. Durante 2010, cabe destaca los siguientes estudios:

1. Comentado ya en el informe remitido con los resultados del proyecto presentado en 2010, a comienzo de ese año se publicaron los primeros resultados del grupo internacional de la CSS. La serie más larga de las publicadas hasta la actualidad, sobre un total de 15.022 pacientes de 165 UCI europeas y americanas, mostraba que tras la implantación de las guías de tratamiento de la sepsis grave y shock séptico de la CSS, la mortalidad no ajustada pasaba del 37% al 30.8% y la ajustada caía un 0.8% en el primer semestre y un 5.4% a los dos años¹⁰.
2. En mayo pasado, Castellanos-Ortega et al¹¹ del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, mostraban los resultados obtenidos sobre 384 pacientes en UCI, tras la aplicación de un programa de mejora de la calidad en el manejo de los pacientes con shock séptico, basado en los paquetes de medidas propuestos por la

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

387

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

CSS, consiguiendo disminuir la mortalidad desde un 57,3% hasta un 37,5%.

3. Pendiente de publicar están los resultados del hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca, donde se ha creado una Unidad Funcional de Sepsis, primera de estas características en Europa y que tres miembros del Grupo de Sepsis de nuestro hospital tuvimos ocasión de conocer en profundidad en diciembre pasado. La mortalidad por shock séptico ha disminuido desde un 44% a un 38% y la sepsis grave de 28% a 19%. También es muy significativo destacar, que tan sólo por la disminución de estancias medias hospitalarias conseguidas, en el primer año de la puesta en marcha de la Unidad, se ha estimado un ahorro que alcanza los 2.250.000 €; el consumo antibiótico disminuyó un 31%. En esta línea, a comienzos de este año, el Grupo de Estudio EDUSEPSIS ha publicado un trabajo donde se evalúan las implicaciones económicas del estudio publicado en 2008¹³, realizado en 59 UCI médico-quirúrgicas españolas sobre 854 pacientes, donde muestra que el tratamiento de la sepsis en España, aplicando las guías de la CSS es coste-efectivo, lo que es concordante con otros estudios previos¹⁴.

De los tratamientos incluidos en los paquetes de medidas propuestos, el que mayor evidencia presenta con relación al descenso de la mortalidad, es sin duda, la precocidad en la instauración de un tratamiento antibiótico. En 2006 Kumar et al¹⁵ mostraron que la administración de antibióticos de amplio espectro en la primera hora en los pacientes con sepsis grave reducía la mortalidad significativamente y que ese efecto beneficioso desaparecía progresivamente en función del retraso en la administración del mismo. Estudios posteriores¹⁶ y el reciente meta-análisis publicado por Barochia et al¹⁷, donde revisa los trabajos que utilizan los paquetes de medidas para tratar la sepsis, muestran que el tratamiento mediante los mismos reduce la mortalidad y se asocia a un incremento en el uso precoz de antibióticos de amplio espectro. Así, los clínicos deberían prescribir rápidamente el tratamiento antibiótico de amplio espectro en la sepsis grave en función de los hallazgos clínicos, sin esperar a los resultados microbiológicos.

Sin embargo, y a pesar de toda la evidencia científica mostrada, la incorporación de estas recomendaciones a la práctica clínica se produce de forma lenta y el nivel de aplicación de las recomendaciones es bajo. En el caso de la administración precoz del antibiótico, según los diversos estudios, los niveles de cumplimiento oscilan ampliamente. En el estudio del Grupo Edusepsis¹³, desciende desde un 65% basal a un 71% después de la intervención educativa, para caer hasta el 56% un año después de la intervención. En el estudio del grupo CSS Internacional¹⁰ el descenso es del 60.4% al 67.9%, destacando, por último, los excelentes resultados de la Unidad de Sepsis del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca donde han pasado de un 53% previo al 92% actual.

Las causas de este retraso en la transmisión del conocimiento científico a la práctica clínica son múltiples. Por citar algunas, destacamos:

1. La percepción que tiene los médicos, no contrastada, de que cumplen correctamente las recomendaciones de las guías terapéuticas de la sepsis, lo que hace que no se pongan en marcha programas destinados a mejorar el cumplimiento de estas recomendaciones. Es enorme la dificultad que entraña cambiar hábitos y rutinas erróneas, como comentábamos en el informe de resultados del proyecto de 2010.
2. Diversos estudios y de forma muy específica en el trabajo del grupo español EDUSEPSIS¹³ se pone de manifiesto que las enseñanzas teóricas mejoran la práctica clínica, pero si no se insiste, caen de nuevo en el olvido. Lo que hace necesario mantener en el tiempo el proceso de aprendizaje y concienciación de los profesionales, si pretendemos disminuir la mortalidad de la sepsis.
3. Se han identificado, asimismo, algunas barreras que dificultan el cumplimiento de las recomendaciones, como la falta de personal de enfermería, dificultades para la monitorización de la PVC en los servicios de urgencias, la complejidad de identificar a los pacientes con sepsis o problemas en la transferencia del paciente de urgencias a la UCI¹⁸.
4. Específicamente en nuestro medio, como también hemos comentado en el informe citado más arriba, la falta de informatización del hospital dificulta enormemente el desarrollo adecuado del proyecto.

5. Por último, es muy interesante resaltar el reciente estudio publicado en febrero de 2011, donde Schramm et al¹⁹ proponen nuevos instrumentos para mejorar el cumplimiento de las guías terapéuticas de la sepsis. Además de un programa educativo, rondas semanales de revisión de casos, y creación de un equipo de respuesta rápida multidisciplinar dentro de la propia UCI, destaca la elaboración de protocolo de tratamiento de resucitación inicial guiado por intervenciones, y no por objetivos hemodinámicos. Esta distinción es metodológicamente básica para evaluar el cumplimiento "real" a pie de cama de los paquetes terapéuticos de las guías, y no enmascararlo con el logro o no de parámetros no siempre alcanzables por diversos motivos, incluido la gravedad de la infección. Sobre 984 procesos (94% shock sépticos), tras la aplicación completa del programa consiguieron un cumplimiento de todas las medidas del 53,7% (partiendo de 12,7%), disminuyendo también secuencialmente la mortalidad desde un 30,3% hasta el 22% final.

Prácticamente todos los grupos que trabajan en este campo, desarrollan programas formativos, adaptan los paquetes de medidas de la CSS a las características específicas de los distintos hospitales, crean unidades de sepsis, grupos de emergencias médicas para atención en plantas, grupos de consultores de apoyo para urgencias, incluso, como se ha comentado, grupos específicos dentro de las propias UCIs, etc. En conclusión, aplicación de programas específicos integrados por médicos y enfermeras que dedican gran parte de su tiempo a esta patología. Sin esta dedicación no es posible avanzar en un proyecto tan ambicioso como éste que reclama un descenso sustancial de la mortalidad, ya que las cifras actuales son inasumibles.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

Por ello, el objetivo final de nuestro grupo es desarrollar una Unidad de Gestión Clínica de Sepsis, similar a la implantada en el Hospital de Son Llatzer de Palma de Mallorca. Bajo la dirección de un médico intensivista, junto con una enfermera dedicada a tiempo completo a esta Unidad, que coordine a un equipo multidisciplinar comprometido con la detección precoz y el tratamiento del paciente con sepsis grave, todo ello soportado por un programa informático que haga posible la optimización de la actividad del grupo.

En el camino aún por recorrer, hay que comprometer y motivar a cada médico con responsabilidad directa sobre pacientes; compromiso y motivación son elementos básicos para poder avanzar en el cumplimiento de las guías¹³. Especial importancia reviste en este proceso el Servicio de Urgencias. La importancia de este servicio es crucial y es decisiva una estrecha colaboración entre el mismo y el Servicio de Medicina Intensiva; basta recordar que el 35-45% de los pacientes con sepsis severa o shock séptico que son atendidos en las UCIs proceden de los servicios de Urgencias³. Igualmente el personal de enfermería es fundamental en este proceso, ya que al serlos responsables de los cuidados integrales a los pacientes las 24 horas del día, son quienes más posibilidades tienen de detectar de forma precoz los síntomas que presentan los pacientes sépticos.

Mientras tanto, nuestro Grupo de Sepsis intentará mejorar en aspectos formativos y organizativos, procurando la inclusión de facultativos y personal de enfermería en las tareas del grupo.

El Grupo de Sepsis del Hospital Royo Villanova se puso en marcha en 2008 y en la actualidad está constituido por los siguientes facultativos: S. de Medicina Intensiva: Ana Ezpeleta, M^a José Tolón, Gabriel Tirado y Paloma Dorado. S. de Medicina Interna: Rosa Martínez, Carla Toyas, Eulalia Munilla, Esther del Corral y Santiago Rubio. S. de Neumología: Dr. Antonio Castanera. S. De Urgencias: Soledad Pascual, José M^a Ferreras, Silvia Gangutia Hernández y Begoña Gargallo. S de Cirugía: Elena Gonzalvo, Juan Luís Blas, José Luís García. S. Urología: José Oliva, Jaime Peligri e Ingrid Guiote. S. de Bioquímica: José Ruiz. S. de Microbiología: Carmen Aspiroz y M^a José Aldea.

Desde el comienzo del grupo, forma parte Marta González, Supervisora del Servicio de Medicina Intensiva y a comienzos de 2011 se ha incorporado a tiempo parcial la enfermera Marisol Laborda.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Sepsis incidence and outcome: Contrasting the intensive care unit with the hospital ward Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Peñuelas O, Lorente JA, Gordo F, Honrubia T, Algora A, Bustos A, García G, Díaz-Regañón IR, de Luna RR. Crit Care Med 2007; 35: 1284-1289.
- 2.Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid. Estudio de altas hospitalarias. J. Iñigo, J. M. Sendra, R. Díaz, C. Bouza, A. Sarría-Santamera. Med Intensiva. 2006;30(5):197-203.
- 3.Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med 2001;29(7):1303-1310.
- 4.National Center for Health Statistics, 2001. American Cancer Society, 2001. American Heart Association. 2000.
- 5.Variaciones en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes críticos. Iribarren-Darasarri s et al. Med Intensiva 2009;33:115-22.
- 6.Health-related quality of life and return to work after critical illness in general intensive care unit patients: a 1-year follow-up study. Myhren H, et al. Crit Care Med 2010; 38(7): 1554-1561
- 7.Berek K, et al. Polyneuropathies in critically ill patients: a prospective evaluation. Intensive Care Med 1996; 22: 849-855.
- 8.Critical illness polyneuropathy: Risk factors and clinical consequences. A cohort study in septic patients. Garnacho-Montero J, et al. Intensive Care Med 2001; 27: 1288-1296.
- 9.One-year trajectories of care and resource utilization for recipients of prolonged mechanical ventilation: a cohort study. Unroe Met al. Ann Intern Med 2010; 153(3): 167-175.
- 10.The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis. Levy MM, Dellinger RP, Townsend SR, Linde-Zwirble WT, Marshall JC, Bion J, Schorr C, Artigas A, Ramsay G, Beale R, Parker MM, Gerlach H, Reinhart K, Silva E, Harvey M, Regan S, Angus DC. Intensive Care Med 2010; 36(2): 222-231.
- 11.Impact of the Surviving Sepsis Campaign protocols on hospital length of stay and mortality in septic shock patients: results of a three-year follow-up quasi-experimental study. Castellanos-Ortega A, Suberviola B, García-Astudillo LA, Holanda MS, Ortiz F, Llorca J, Delgado-Rodríguez M. Crit Care Med 2010; 38(4): 1036-1043.
- 12.Cost-effectiveness of the Surviving Sepsis Campaign protocol for severe sepsis: a prospective nation-wide study in Spain. Suarez D, Ferrer R, Artigas A, Azkarate I, Garnacho-Montero J, Gomà G, Levy MM, Ruiz JC; For the Edusepsis Study Group. Intensive Care Med 2011; 37(3): 444-452.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

13.Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. Ferrer R, Artigas A, Levy MM, Blanco J, Gonzalez-Diaz G, Garnacho-Montero J, Ibanez J, Palencia E, Quintana M, de la Torre-Prados MV. JAMA 2008; 299(19): 2294-2303
14.Shorr AF, Micek ST, Jackson WL Jr, Kollef MH. Economic implications of an evidence-based sepsis protocol: can we improve outcomes and lower costs? Crit Care Med 2007; 35: 1257-1262.
15.Kumar A, Roberts D, Wood KE et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med 2006;34(6):1589-1596.
16.Ferrer R, Artigas A, Suarez D et al. Effectiveness of treatments for severe sepsis: a prospective, multicenter, observational study. Am J Respir Crit Care Med 2009;180(9):861-866.
17.Barochia AV, Cui X, Vitberg D et al. Bundled care for septic shock: an analysis of clinical trials. Crit Care Med 2010;38(2):668-678.
18.Carlomb DJ, Rubenfeld GD. Barriers to implementing protocol-based sepsis resuscitation in the emergency department. Results of a national survey. Crit Care Med 2007;35(11):2525-2532.
19.Sepsis shock: A multidisciplinary response team and weekly feedback to clinicians improve the process of care and mortality. Schramm GE, Kashyap R, Mullon JJ, Gajic O, Afessa B. Crit Care Med 2011; 39(2): 252-258

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1.Actividades:

- a.El Grupo de Sepsis ha realizado 17 reuniones durante el año 2010.
- b.Se han realizado ajustes en el sistema informático del que es responsable el Dr. Gerardo Olivari Dupla del Servicio de Medicina Intensiva.
- c.Se ha modificado el sistema de activación de la base de datos a través de la creación del "Perfil Sepsis". Este término se indica en el volante de la analítica solicitada a todo paciente con sospecha de sepsis grave. El bioquímico del Grupo de Sepsis, Dr. José Ruiz, cada mañana introduce en dicha base todos los pacientes con ac. láctico > 4 mmol/L. Cada médico responsable accede a dicha base y tras identificar a los pacientes correspondientes, introduce los datos.
- d.Difusión del documento de bolsillo de enfermería, elaborado en 2009 para facilitar la detección e intervención precoz de la sepsis grave. Dicha difusión se realizó mediante la formación de las supervisoras de los distintos servicios.
- e.Se ha proseguido con la difusión de la campaña entre los facultativos mediante charlas de los miembros del Grupo de Sepsis en sus respectivos servicios.
- f.Se han celebrado las Primeras Jornadas "Sobrevivir a la Sepsis Hospital Royo Villanova", los días 20-21 de octubre. Fueron acreditadas con un crédito.

•Programa:

Apertura de las Jornadas, Exma. Sra. Dña Ana Sesé.Gerente del Salud.

Mesa: Manejo del paciente con Sepsis Grave: Dres. Ezpeleta, Rubio, Ferreras, Tolón, Aspiroz y Dorado. Dña Marta González, supervisora. Grupo de Sepsis del Hospital Royo Villanova.

Campaña «Sobrevivir a la Sepsis»: Tratamiento de la Sepsis mediante bundles. Experiencia de la Surviving Sepsis Campaign. • Dr. Ricard Ferrer Roca. Área de Críticos. Hospital de Sabadell. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Responsable del grupo Edusepsis.

Mesa: Tratamiento antimicrobiano en la Sepsis. Drs: Martínez, Perrino y Toyas.

Farmacocinética de los nuevos antibióticos. Antibióticos en perfusión continua. Dr.Azanza Perea. Farmacología Clínica. Clínica Universitaria de Navarra.

Evolución de los patrones de resistencia bacteriana a antimicrobianos. Dr.Castillo García. Microbiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Unidad Funcional de Infección Nosocomial (UFIN). Un modelo a imitar. Utilidad clínico-económica de la UFIN. Dr. Barcenilla Gaité. Médico Adjunto de la UFIN. Hospital Arnau Vilanova. Lleida.

Papel de la Enfermería en el Control de la Infección Nosocomial. Dña. Rosa Mª López. Enfermera de la UFIN. Hospital Arnau Vilanova. Lleida

Talleres:

Recogida de muestras microbiológica. Dra. Aldea. Microbiología.

Utilización de guías clínicas a través de la intranet del hospital. Dña. Mercedes Muñoz. Documentalista. Responsable de la Biblioteca del hospital Royo Villanova

• Inscripciones:

Se recibieron 129 inscripciones (la participación superó los 140 asistentes) con la siguiente distribución por centros:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

Zaragoza: Hospital Royo Villanova 41, Hospital Miguel Servet 34, Hospital Ntra. Sra. de Garcia 10, Hospital Clínico Universitario 10.

Huesca: Hospital San Jorge 7

Calatayud: Hospital Ernest Lluch 4

Hospital de Alcañiz:

Varios: 19.

Y por profesiones:

Médicos: MIR 53, FEA 43 (9 Servicios Urgencias)

Enfermerías: ATS/DUE 18, Supervisores 5

Varios 10

g.Sesión Clínica impartida por las Dras. Carmen Aspiroz y Paloma Dorado a facultativos de los servicios de Medicina interna, Geriatria y Laboratorio y con participación de Enfermería del hospital Nuestra Señora de Gracia, para difundir la Campaña Sobrevivir a la Sepsis y la importancia de los hemocultivos como herramienta diagnóstica en estos pacientes.

h.Las Dras. Aspiroz, Dorado y Ezpeleta, visitaron el Hospital Son Llátzer de Palma de Mallorca los días 16-17 de diciembre para conocer la Unidad de Sepsis de dicho centro.

2.Resultados: Indicadores

a.Nº de pacientes con diagnósticos de Sepsis, Sepsis Grave y Shock Séptico al alta hospitalaria:

- 2010: 307
- 2009: 221
- 2008: 22 (2º semestre)

b. Nº de pacientes registrados en la base de datos:

- 2010: 125
- 2009: 92
- 2008: 62

c. Mortalidad al alta hospitalaria:

- 2010: 28%
- 2009: 29.34%

d. Porcentaje de pacientes con aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas de realizado el diagnóstico:

- 2010: 73.6%
- 2009: 65.21%
- 2008: 53.33%

e. Porcentaje de pacientes con shock séptico resucitado en las primeras 6 horas:

- 2010: 61.6%
- 2009: 58.69%

f. Porcentaje de pacientes con hiperlactacidemia(> 4 mmol/L)resucitados en las primeras 6 horas:

- 2010: 77.92%
- 2009: 46.29%

g. Porcentaje de pacientes diagnosticados con confirmación microbiológica:

- 2010: 56%
- 2009: 54.34%
- 2008: 61.66%

3. Al proyecto no se le asignó recurso alguno.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Obtener el registro de los máximos casos posibles de sepsis, sepsis grave y shock séptico, impulsando su codificación correcta en las altas hospitalarias con el fin de conocer la incidencia y prevalencia reales en nuestro centro.

2. Aumentar el número de casos registrados en nuestra base de datos con respecto al año anterior.

3. Evaluación de la base de datos para conocer:

- a. N° de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas/n° casos diagnosticados. Pese a que en las últimas guías publicadas en 2008 sobre el tratamiento de la sepsis grave aconsejan reducir en todos los casos el tiempo de administración del antibiótico a 1 hora desde el diagnóstico, nosotros mantendremos la administración en menos de 1 hora en UCI y menos de 3 horas en Urgencias y resto de servicios, en acuerdo al Estudio ABISS-Edusepsis en el que participaremos próximamente (ver abajo).
- b. Idoneidad del tratamiento antimicrobiano prescrito.
- c. Focos de infección más frecuentes, así como la etiología y sensibilidad de los episodios de sepsis y sepsis grave y el porcentaje de casos diagnosticados con confirmación microbiológica.
- d. Tratamiento de soporte realizado para conseguir la estabilidad hemodinámica, si ésta se ha conseguido en las primeras 24 horas, así como la correlación con la determinación de ácido láctico y PCR al ingreso y a las 24 horas.
- e. Determinar la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con sepsis grave y shock séptico incluidos en nuestra base de datos.
- f. Porcentaje de hemocultivos extraídos sin tratamiento antibiótico.

4. Implicar con campañas de captación y de formación al mayor número posible de facultativos, especialmente aquellos que trabajan en servicios estratégicos en la atención al paciente con sepsis grave (fundamentalmente el Servicio de Urgencias) para conseguir el diagnóstico e inicio de tratamiento precoz allá donde esté ubicado el paciente, participando en la recogida de datos informatizada. Asimismo implicar al personal de enfermería en la detección precoz de la sepsis y en la activación del Código Sepsis.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Formación: Sigue siendo un pilar fundamental para mejorar nuestros resultados.

- a. Proseguir la organización de las Jornadas anuales "Sobrevivir a las Sepsis Hospital Royo Villanova" dirigidas a médicos y a enfermeras e iniciadas en 2010.
- b. Difusión a médicos en los servicios:
 - Sesiones mensuales conjuntas UCI-Urgencias, con la participación de la enfermera del Grupo de Sepsis para revisión de casos, refuerzo de estrategias y mejora de las actuaciones.
 - Participación en las sesiones clínicas del resto de servicios.
 - Mantener material de apoyo.
- c. Difusión Enfermería:
 - Elaborar nuevo póster de difusión para los controles de enfermería.
 - Actualizar el folleto informativo.
 - Renovar constantemente la distribución del folleto informativo entre el personal de enfermería, dada la elevada eventualidad en algunos servicios.
 - Mantener sesiones de revisión con los supervisores.

2. Los registros en la base de datos se llevarán a cabo sistemáticamente lo que permitirá evaluar el impacto y seguimiento de la campaña. Para favorecer un cumplimiento homogéneo de la base de datos por todos los facultativos que participan en el proyecto, se elaborará una guía en la que se explica la definición de cada uno de los ítem de la misma.

3. Los casos de sepsis grave se seguirán activando por las dos vías previas:

- a. Desde los distintos servicios médicos, quirúrgicos y de Urgencias.
- b. Desde los laboratorios de Microbiología a través de los hemocultivos positivos y de Bioquímica a través del ac. Láctico.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 387

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

c. La enfermera del Grupo de Sepsis (Marisol Laborda incorporada a tiempo parcial desde comienzos de 2011) revisará diariamente los registros con ácido láctico > de 3 mmol/mL, evaluará a los pacientes e informará al médico responsable de sepsis de cada área, del ingreso de un paciente con sepsis grave en su servicio. Desactivará de la base de datos todos los pacientes que no cumplan criterio de sepsis, y aquellos con Índice de Barthel < 20 y/o órdenes de limitación del esfuerzo terapéutico. El médico responsable introducirá los datos del paciente en la base de datos a su ingreso, a las 24 horas y realizará el seguimiento posterior hasta al alta del paciente. Los médicos responsables de áreas son los siguientes:

- Servicio de Medicina Interna: Dres. Eulalia Munilla y Santiago Rubio. Apoyo: Dras. Rosa Martínez, Carla Toyas y Esther del Corral.
- Servicios de Neumología, Cardiología, Digestivo y Neurología: Dr. Antonio Castanera. Apoyo: Dr. Tomás Cabrera.
- Servicio de Urgencias: Dres. José M^a Ferreras, Silvia Gangutia y Begoña Gargallo. Apoyo: Dres: Sonia Ballestín, Javier Gil, Soledad Pascual, M^a Jesús Moreno, Teresa Pardo, Elisa Ruiz, Pilar Sarasa.

- Servicio de Cirugía: Dres. Juan Luís Blas, José Luís García y Elena Gonzalvo.
- Servicio de Urología: Dres. Ingrid Guiote, José Oliva y Jaume Pelegrí.
- Servicio de Medicina Intensiva: Dres. Paloma Dorado y Ana Ezepeleta. Apoyo: Dres. M^a José Tolón y Gabriel Tirado.

4. Se proseguirá con la difusión de la información acerca de la etiología y sensibilidad de los gérmenes aislados en los hemocultivos en los episodios de sepsis grave y sus resistencias periódicamente. Los datos obtenidos en los hemocultivos se compararán con los aportados por la red europea EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System). Se insistirá en la importancia de los hemocultivos y otras muestras biológicas como herramientas diagnósticas en la sepsis.

5. El Grupo de Sepsis realizará reuniones científicas mensuales con revisiones bibliográficas, evaluación de casos clínicos, etc. Asimismo se planteará para mejorar el cumplimiento de la resucitación e inicio de tratamiento precoz en la sepsis grave, nuevas estrategias de actuación: valoración de fijar objetivos guiados por intervenciones y no por el cumplimiento de objetivos hemodinámicos¹⁹.

6. Participación en el estudio que el grupo español de EDUSEPSIS llevará a cabo a partir de abril de 2011. Se trata de un nuevo estudio prospectivo, multicéntrico con un diseño antes/después de un programa educacional, denominado "Evaluación de la efectividad y eficiencia de una intervención múltiple dirigida a mejorar la antibioticoterapia empírica precoz en la sepsis grave. Estudio ABISS-Edusepsis" y cuyo objetivo principal será evaluar el impacto de una intervención múltiple de traslación del conocimiento dirigida a mejorar la antibioticoterapia empírica de la sepsis grave en la mortalidad. Ya hay comprometidos más de 70 Servicios de Medicina Intensiva españoles. En Aragón, la coordinadora de este estudio es la Dra. Paloma Dorado Régil y participarán todos los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma a los que se ha incorporado el hospital MAZ de Zaragoza.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación: El Grupo de Sepsis evaluará periódicamente los resultados que se vayan obteniendo, tras el análisis de la base de datos.

- Indicadores:
1. Casos registrados en las altas hospitalarias (CIE-9).
 2. Casos registrados en nuestra base de datos.
 3. Mortalidad al alta hospitalaria.
 4. N° de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de la primera hora en UCI y de la tercera en Urgencias y resto de servicios.
 5. Porcentaje de pacientes con sepsis grave en los que se ha llevado a cabo tratamiento de soporte hemodinámico y en los que se ha conseguido estabilizarlos (SaO₂ > 90%, TAM > 65 mm Hg y diuresis > 0,5 ml/kg/h) en las primeras 6 horas.
 6. Porcentaje de pacientes con hiperlactacidemia (> 4 mmol/L) resucitados en las primeras 6 horas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

387

IMPLEMENTACION DE ACTUACIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE III

7. Porcentaje de casos con confirmación microbiológica y gérmenes causantes.
8. Listado anual de la etiología de los casos de sepsis, con información de la sensibilidad antimicrobiana de los principales microorganismos y grupos terapéuticos.
9. Adecuación del tratamiento antibiótico empírico a las guías difundidas. Adecuación del tratamiento antimicrobiano administrado al antibiograma recibido.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1.Enero - Marzo:
 - a. Revisión base de datos.
 - b. Incorporación de nuevos miembros.
 - c. Actualizaciones del Grupo del Sepsis en base a la bibliografía científica.
 - d. Jornada de Enfermería "Sobrevivir a la Sepsis Hospital Royo Villanova" celebrada ya el 10 de marzo 2011.
 - e. Formación general y elaboración del cartel para controles de enfermería de planta.
2. Abril: Comienzo del Estudio ABIS-EDUSEPSIS.
3. Octubre: II Jornadas Sobrevivir a la Sepsis Hospital Royo Villanova, dirigido a personal sanitario interesado en el tema, tanto del propio hospital como de todos los hospitales de Aragón. Solicitar acreditación de las mismas.
4. Enero-Diciembre:
 - a. Recogida sistemática de datos por parte de los integrantes del grupo.
 - b. Seguimiento clínico de los pacientes con sepsis confirmada.
5. Diciembre: Evaluación de resultados y elaboración de la memoria.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· FORMACION EN SEPSIS	400 €
Total	400 €
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

216

CONFECCION DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

2. RESPONSABLE BEATRIZ EIZAGUIRRE ZARZA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FELIPO BERLANGA FRANCESC. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
- ARJONA ARAQUE ANA MARIA. TEAP. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
- JULIAN MOÑUX BEATRIZ. TEAP. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
- PASCUAL LATORRE GISELA. TEAP. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
- VALLESPI GARCIA ROSA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ANATOMIA PATOLOGICA
- MATEOS BARRIONUEVO FCO JAVIER. MEDICO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejorar los procedimientos del servicio, estandarizándolos y elaborando una guía de procedimientos.

La detección se ha realizado mediante exposición de ideas, y la priorización , mediante parrilla de análisis.

La consecuencia esencial será la disminución de la variabilidad temporal o interpersonal y la posibilidad de establecer indicadores de calidad en cada fase del procedimiento.

Se usará la bibliografía existente sobre técnicas de trabajo en Patología.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Estandarizar los procedimientos de diagnóstico de las principales localizaciones neoplásicas.

Estandarizar los procedimientos de procesamiento de las muestras.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Establecimiento de la relación de procedimientos afectados.
- Revisión de los protocolos existentes por parte de todo el personal implicado en cada proceso.
 - Reuniones periódicas para revisión.
 - Aplicación y comprobación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Medida de los indicadores siguientes:

- Número de tipos neoplásicos con diagnóstico estandarizados (Objetivo: al menos 8)
- Porcentaje de procedimientos de procesamiento estandarizados, sobre el total de procedimientos listados previamente (al menos 80 % de los procedimientos)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • Antes de 30 de Junio: Relación de procedimientos (totales)

- 1-7 de Septiembre: Selección de procedimientos para revisar
- Hasta 30 de Octubre: Redacción inicial de los procedimientos
- Hasta 30 de noviembre: Aplicación, comprobación y modificaciones necesarias.
- Hasta 30 de Diciembre: Medida de los indicadores.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

216

CONFECCION DE GUIA DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Libros y artículos sobre los procedimientos afectados	600 €
· Ayuda asistencia cursos y congresos	600 €
Total	1.200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 170

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION: ESTUDIO DEL CARCINOMA BRONCOPULMONAR SIN INGRESO HOSPITALARIO CON EL FIN DE MEJORAR LA GESTION DE LAS CAMAS

2. RESPONSABLE ANTONIO ESTEVE MIR

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BEIK BEIK ABDALA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
- CABALLERO ALEMANY ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
- CANDEL CALDERON MARGARITA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
- CASTANERA MOROS ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
- MATEO BERNAD CARMEN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA
- SANCHEZ BELLIDO CARMEN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. NEUMOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para ello se requiere la implicación de Radiodiagnóstico para realizar el TAC toraco-abdominal en 48-72 h. (como si el paciente estuviera ingresado) y Anatomía patológica. El Estudio funcional y la Fibrobroncoscopia se harán en el momento de la petición, así como la analítica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Hasta ahora todas las patologías respiratorias se ingresaban para estudio. Con esta Consulta de Alta Resolución para tumores se pretende hacer el diagnóstico en el menor tiempo posible, menos de 15 días salvo excepciones puntuales, con una mayor comodidad para los pacientes y mejor gestión de camas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Una vez detectado el presunto tumor en Primaria (Rx. de tórax) o Consulta especializada (Neumología), se remite a la Consulta nº 13 (plnta baja) para solicitud de FB (Fibrobroncoscopia), estudio de Coagulación, o realización de FB si viene en ayunas. Solicitud de Estudio funcional respiratorio y TAC toraco-abdominal. Se completa el estudio con PET para derivar a Cirugía torácica o al Servicio de Oncología.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Fecha de realización de FB.

- Tiempo de realización de PET (esta prueba no se hace en el Centro).
- Fecha de Alta.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Fecha de inicio: 1-01-2011

- Fecha de finalización: 31-12-2012
- Valoración semestral de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 673

VIGILANCIA DE LA SALUD EN TRABAJADORES EXPUESTOS A RUIDO

2. RESPONSABLE IGNACIO EZPELETA ASCASO
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· MORENO GOMEZ MARIA JESUS. DUE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. PREVENCIÓN
· PASTOR GIL MARIA PAZ. TECNICO SUPERIOR DE PREVENCIÓN. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. PREVENCIÓN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El marco normativo establecido por la ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales establece que la vigilancia de la salud se realizará de forma específica en función de los riesgos y condiciones de trabajo . La actualización en la legislación española sobre ruido se ha producido por el RD 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido que establece los niveles de exposición y las medidas preventivas a llevar a cabo. La exposición al ruido la podemos medir mediante dosimetrías y sonometrías. La detección precoz de alteraciones en la audiometría permite la reversibilidad de las lesiones si no se ha pasado un determinado nivel de daño auditivo. Mediante la monitorización a través de audiometrías podemos detectar lesiones inducidas por ruido y establecer medidas correctoras y preventivas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En la actualidad , la unidad básica de prevención del sector I, hospital Royo Villanova puede realizar dosimetrías de ruido que ha permitido el inicio del mapa de ruido en el lugar de trabajo, existiendo trabajadores expuestos a ruido en los términos que define el RD 286/2006 sobre protección de la salud en trabajadores expuestos a ruido, en consecuencia susceptibles de aplicación de protocolo de vigilancia sanitaria específica.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Adecuar la actuación de la unidad básica de prevención en los trabajadores expuestos a ruido al protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Actualización y continuación de la definición del mapa de ruido.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Determinación del número de trabajadores expuestos
-realización del reconocimiento específico: Audiometría.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Programa anual, bienal o trienal en función del riesgo, de forma continuada.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· adquisición de un audímetro homologado	1.800 €
· gráficas de registro de audiometría	60 €
Total	1.860 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

226

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA REDUCIR LAS BACTERIEMIAS REALACIONADAS CON CATETER INTRVASCULAR EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

2. RESPONSABLE ANA ISABEL EZPELETA GALINDO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. UCI
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- STODUTO GARCIA MARIA PIEDAD. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA
- ACIN LAZARO PILAR. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ANESTESIA
- TOLON HERRERO MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CUIDADOS INTENSIVOS
- GONZALVO GONZALEZ ELENA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA
- BERNAD USON MARIA ANTONIA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. MEDICINA PREVENTIVA
- LORENTE LORENTE ANA CRISTINA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL
- DIESTE BOLEA ALICIA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La bacteriemia relacionada con catéter venoso central (BRC) es uno de los problemas más importantes de la atención sanitaria intrahospitalaria.

Diferentes estudios han analizado el impacto de las bacteriemia primarias (BP) y de las BRC en pacientes hospitalizados, incluyendo los críticos (1-5). En estos estudios se observó que el incremento de la estancia hospitalaria es constante y en la mayoría se muestra también un aumento de la mortalidad. En general la mortalidad atribuible no supera el 10%. Los costes son elevados, estando cuantificados en hasta más de 12.000 dólares por caso en estudios caso-control, fundamentalmente debido a la prolongación de la estancia hospitalaria (4). En un estudio realizado en nuestro país en pacientes críticos (5), en los pacientes que sobrevivieron, la estancia se prolongó 19,6 días, lo que supuso un aumento del gasto hospitalario de 3.124 euros por episodio. Más recientemente, el análisis de los datos de 10 años del estudio ENVIN mediante un estudio caso-control aún no publicado, ha determinado una mortalidad atribuible de las BP/BRC del 9% (6). No obstante, investigadores de la Universidad Johns Hopkins Safety Research Group (JHU QSRG) dirigidos por el Dr Peter Pronovost, en colaboración con Michigan Health & Hospital Association Keystone Center (MHA Keystone) desarrollaron una intervención que consiguió eliminar casi en su totalidad las BRC en 130 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (7-8).

Ante resultados tan esperanzadores, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente junto con la universidad de Johns Hopkins QSRG promovieron la aplicación de dicha intervención de manera global con la intención de obtener resultados similares a los obtenidos en el Estado de Michigan. España, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, y en colaboración con la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) fue el primer país en sumarse a dicha iniciativa. Para ello, en 2008 se puso en marcha el proyecto bacteriemia-Zero, al que se adhirieron todas las comunidades autónomas y participaron más de 150 UCIs de toda España.

El proyecto bacteriemia-Zero ha significado un cambio fundamental en la valoración de la infección nosocomial, ya que ha pasado de ser considerada un problema inevitable asociado a la actividad hospitalaria, a entenderse como un efecto adverso que se puede prevenir y evitar. Para ello, se propuso la aplicación de un conjunto de medidas que han demostrado en estudios diseñados su eficacia para reducir las BRC.

Las 6 medidas de obligado cumplimiento para reducir la BRC en el proyecto bacteriemia-Zero fueron:

- 1.- Higiene adecuada de las manos
- 2.- Desinfección de la piel con clorhexidina
- 3.- Medidas de barrera total durante la inserción
- 4.- Preferencia de localización en vena subclavia
- 5.- Retirada de los catéteres venosos centrales (CVC) innecesarios
- 6.- Manejo higiénico de los catéteres

Además, el proyecto incluyó la aplicación del concepto "cultura de seguridad", favoreciendo el trabajo conjunto de todo el personal sanitario, la

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

226

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA REDUCIR LAS BACTERIEMIAS REALACIONADAS CON CATETER INTRVASCULAR EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

identificación de errores en la práctica clínica diaria, así como la proposición de objetivos de mejora en base a cambios de conductas. Con la aplicación de este conjunto de medidas se ha conseguido reducir la tasa de densidad de incidencia de BRC en las UCIs que han participado en el proyecto de 4,89 episodios por 1000 días de CVC en 2008 a 2,35 episodios/1000 días de CVC en 2010. La UCI del hospital Royo Villanova ha sido una de las participantes en este proyecto y en 2010 tuvimos una tasa de densidad de incidencia de BP + BRC en 2010 de 1,13 episodios/1000 días de CVC (como queda reflejado en el Estudio ENVIN) (9). Además, intensivistas del hospital, han colaborado en el proyecto de mejora de la calidad: "Evaluación del rendimiento de un programa multidisciplinar de seguimiento de las bacteriemias" aprobado en 2010. Para ello se creó un equipo multidisciplinar dependiente de la Unidad de Infecciosas (Medicina Interna) en el que también participan facultativos y DUE del Servicio de Medicina Intensiva y de Microbiología, con el objetivo de detectar y realizar el seguimiento precoz de las bacteriemias del hospital. Los intensivistas del este equipo fueron encargados del seguimiento de las bacteriemias en UCI y en el Servicio de Cirugía General.

. En Cirugía General se realizó el seguimiento de febrero a diciembre de 2010 de 35 bacteriemias, de las cuales el 45,7% fueron BRC, fundamentalmente por gérmenes Gram positivos (en su mayoría por S. epidermidis). Señalar:

1.- No se ha podido determinar tasas de densidad de incidencia en Cirugía General por no contar con los recursos adecuados para determinarlas. No obstante, el porcentaje de BRC nos parece elevado. Señalar que a veces ha sido complejo distinguir entre bacteriemia real y contaminación a pesar de insistir en la necesidad de la extracción de los hemocultivos con técnica adecuada. También podrían estar infraestimado el número de BRC, porque a veces no se obtienen hemocultivos de forma simultánea a la extracción del catéter.

2.- Se han detectado cepas de S. coagulasa negativos resistentes a Linezolid que podrían ser secundarias a un uso inadecuado de Linezolid en el hospital. En acuerdo con lo comentado, creemos necesario realizar una intervención multidisciplinar para disminuir la BRC en Cirugía General y que esta actuación se corresponda con un área de mejora de interés. Comentar que el seguimiento de las bacteriemias primarias y de las bacteriemias relacionadas con catéter en portadores de nutrición parenteral en pacientes hospitalizados fuera de UCI son dos de los estándares básicos de seguimiento por cualquier sistema de vigilancia de la infección nosocomial y que por ahora no se ha podido realizar en nuestro hospital.

1.- Olaechea PM, Ulibarrena MA, Alvarez-Lerma F, Insausti P, Palomar M, De la Cal MA y ENVIN-UCI Study Grup. Factors related to hospital stay among patients with nosocomial infection acquired in the intensive care unit. Infect Control Hosp Epidemiol 2003; 24:207-213

2.- Renaud B, Brun-Buisson C. Outcomes of primary and catheter-related bacteremia: a cohort and case-control study in critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med. 2001; 163:1584-1590

3.- Kim PW, Perl TM, Keelaghan EF, Langenberg P, Perencevich EN, et als. Risk of Mortality with a Bloodstream Infection Is Higher in the Less Severely Ill at Admission. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2005; 171(6): 616 - 620.

4.- K.B. Laupland, H. Lee, D.B. Gregson and B.J. Manns. Cost of intensive care unit-acquired bloodstream infections. J Hosp Infect. 2006;63:124-32.

5.- Rello J, Ochagavia A, Sabanes E, Roque M, Mariscal D, Reynaga E, et al. Evaluation of outcome of intravenous catheter-related infections in critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med. 2000; 162:1027-30.

6.- Bacteriemia zero. Protocolo prevención de las bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales en las UCI españolas. <http://hws.vhebron.net/bacteriemia-zero/>

7.- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006 ;355(26):2725-32

8.- Pronovost P, Holzmueller CG, Needham DM, Sexton JB, Miller M, Berenholtz S, et al. How will we know patients are safer? An organization-wide approach to measuring and improving safety. Crit Care Med 2006; 34: 1988-95

9.- Estudio ENVIN-HELICS. <http://hws.vhebron.net/envin-helics>

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.- Objetivo principal: reducir la tasa de densidad de incidencia de la BRC en el Servicio de Cirugía General

2.- Objetivos secundarios

2.1.- Colaborar con el Servicio de Anestesia en la inserción de catéteres centrales con el protocolo bacteriemia-Zero

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

226

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA REDUCIR LAS BACTERIEMIAS REALACIONADAS CON CATETER INTRVASCULAR EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

- 2.2.- Formar al personal de enfermería del Servicio de Cirugía General en la inserción de los catéteres venosos centrales de inserción periférica con el protocolo bacteriemia-Zero, así como el mantenimiento adecuado posterior de los CVC
- 2.3.- Seguimiento de las BP y de las BRC, especialmente en pacientes con nutrición parenteral (NP) en el Servicio de Cirugía General
- 2.4.- Conocer la etiología de las BP y de las BRC, así como sus patrones de sensibilidad y resistencia
- 2.5.- Colaboración estrecha con el personal facultativo del Servicio de Preventiva y de Cirugía General para conseguir la profilaxis y el tratamiento integral más adecuado de la infección por catéter y de la BRC
- 2.6.- Evaluar el tratamiento antibiótico en la BRC (tipo de antibiótico, reducción del espectro, terapia secuencial y días de tratamiento)

- 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1.- Se mantendrá reuniones con el Servicio de Anestesia para afianzar y mantener la formación en la inserción de CVC con el protocolo bacteriemia-Zero
- 7.2.- El equipo de mejora establecerá la estrategia para formar al personal de enfermería. Esto incluye:
 - Establecer un calendario de charlas de formación
 - Elaborar material de formación disponible en papel y "on line" para ser consultado en cualquier momento
 - Distribuir carteles en el Servicio para recordar las buenas prácticas (por ej recordar la importancia de la higiene de manos antes de realizar cualquier procedimiento o la necesidad de extraer hemocultivos siempre que se sospeche infección por catéter)
 - Vigilar la adhesión al protocolo de extracción de hemocultivos del hospital, para asegurar la recogida de muestras de calidad
- 7.3.- Evaluación diaria del punto de inserción del CVC, en especial de los pacientes con NP por parte de las enfermeras del grupo de mejora
- 7.4.- Ante un paciente con sospecha o confirmación de infección de catéter o de BRC.
 - Acordar con el médico responsable del paciente la actuación más conveniente
 - Para las recomendaciones se seguirán las guías más recientemente publicadas (Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection. Clin Infect Dis 2009;49:1-45). Las definiciones de BP y BRC se basan en los criterios del Centers for Disease and Control and Prevention (CDC)
- 7.5.- Se vigilará específicamente la conveniencia de retirar el CVC cuando éste no sea necesario para el tratamiento del paciente, tanto en el propio Servicio de Cirugía General como en otros servicios de los que pueda proceder (por ej de UCI)
- 7.6.- Consultar diariamente en el servicio de Microbiología (excepto en fin de semana) los hemocultivos positivos en el Servicio de Cirugía General
- 7.7.- Elaborar una base de datos para la recogida y posterior evaluación de los datos obtenidos.

- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1.- Indicadores de bacteriemia:
 - Bacteriemia primaria (BP): incidencia acumulada de bacteriemia primaria en pacientes hospitalizados en Cirugía General con CVC:
 - a) N° de BP con CVC/N° de pacientes con CVC
 - b) Estándar: inferior a 0,05 episodios de BP por paciente portador de CVC
 - Bacteriemia relacionada con catéter (BRC) en pacientes con nutrición parenteral (NP): densidad de incidencia de BRC en pacientes con NP:
 - a) N° bacteriemias en portadores de NP/N° total de días de CVC de NP
 - b) Estándar: inferior a 2 infecciones por 1000 días de CVC con NP.
 - Porcentaje de bacteriemias que se consideran contaminación
- 8.2.- Gérmenes causantes de BP y BRC. Patrón de sensibilidad y resistencia
- 8.3.- Tratamiento antibiótico:
 - tratamiento empírico/tratamiento dirigido
 - reducción del espectro si procede
 - tratamiento secuencial si procede

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 226

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA REDUCIR LAS BACTERIEMIAS REALACIONADAS CON CATETER INTRVASCULAR EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

- días de tratamiento

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - 1º Abril - mayo:

- Establecer de forma bien definida la responsabilidad de cada uno de los colaboradores del grupo de trabajo
- Formación del personal de enfermería
- Elaboración de la base de datos
- 2º Mayo a diciembre:
 - Evaluación diaria del punto de inserción
 - Recogida de datos: Nº de pacientes con CVC, Nº de pacientes con NP, días de CVC con NP, tratamiento antibiótico
- 3º Marzo-diciembre:
 - Consulta diaria (excepto fines de semana) al Servicio de Microbiología de las bacteriemias en Cirugía General.
 - Etiología y patrón de sensibilidad de las bacteriemias en C. General
 - Seguimiento clínico de las BRC e indicación de tratamiento
- 4º Diciembre:
 - Evaluación de los datos obtenidos y elaboración de la memoria. Se valorará si el nº de BRC se ha modificado tras implantar el programa de formación en la inserción y cuidados del CVC

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos de imprenta (folletos, carteles)	200 €
Total	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 458

NORMALIZACION DOCUMENTAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO FATAS CABEZA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BELLA RANDO AMELIA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SUPERVISORA DE BLOQUE QUIRURGICO
- CAMPILLO MARTINEZ JAVIER. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SUPERVISOR CIRUGIA
- ALAMAN PEREZ ELSA. TECNICO SUPERIOS DOCUMENTACION SANITARIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. APOYO A LA INVESTIGACION
- SANCHEZ BAROLOME ELENA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SUPERVISORA DE CALIDAD
- RAMOS D'ANGELO FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. COORDINADOR DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tras 11 años de vida del Servicio de Cirugía General y Digestiva, hay gran cantidad de documentos almacenados con criterios muy distintos, en formatos informáticos y gráficos muy diversos, lo que dificulta mucho su manejo, su revisión y puesta al día e, incluso, conocer con exactitud dónde se encuentran almacenados.

Normas de organización y funcionamiento del Servicio, manuales de Programas quirúrgicos, protocolos de atención a los pacientes, dietas, consentimientos informados, guías clínicas, planning mensual de trabajo, planificación de quirófanos, protocolos de profilaxis, preparación de pacientes quirúrgicos, pre y postoperatorios..., son algunos de los documentos a los que nos referimos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer un procedimiento de gestión para el control de la documentación y los registros en el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

El objetivo es definir las normas para la creación, aprobación, modificación, distribución y archivo de la documentación y los registros del Servicio de Cirugía General y Digestiva (en adelante, Servicio), con criterios que se puedan aplicar a otros Servicios y Unidades del Hospital.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Recopilación, clasificación y ordenación de todos los documentos en vigor en el Servicio.

Definición de los tipos documentales y de los diferentes niveles (ámbitos) de aplicación.

Normalización de los tipos de documentos similares, con especial atención a la necesidad de revisión y/o actualización de cada uno de ellos.

Redacción de las normas de Elaboración, Codificación (clasificación), Revisión y Aprobación, Distribución (difusión), Modificación, Validación de Documentación Externa y Control de los Registros.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • N° de documentos catalogados
- N° de documentos normalizados
 - % de documentos normalizados
 - N° de normas redactadas. Máximo de siete (7).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Finalización en Diciembre de 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

458

NORMALIZACION DOCUMENTAL EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

Recopilación y clasificación. Mayo de 2011.

Elaboración de normas. Junio - Septiembre de 2011.

Revisión y validación de documentos. Octubre a Diciembre de 2011.

Elaboración de la Memoria. Provisional en Noviembre de 2011 y definitiva en Febrero-Marzo de 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE TRASTORNOS DE LA FONACION

2. RESPONSABLE RAFAEL FERNANDEZ LIESA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. ORL
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problemas relacionados con el paciente:

? Es difícil el diagnóstico en la consulta de algunas patologías causantes de disfonía (sulcus glotidis, vergetures, quistes, cicatrices vocales tras cirugía, etc).

? En cerca del 10% de los pacientes con lesiones benignas se detectan otras lesiones asociadas, como las antes mencionadas, que habían pasado desapercibidas (1). Otros estudios ascienden este porcentaje a más de 50% (2). Por otra parte, en nuestro país, en una Unidad de Voz presentaron este tipo de lesiones un 4.5% de los pacientes evaluados (3).

? Actualmente no se diferencian por laringoscopia las disfonías funcionales de las disfonías orgánicas sin lesiones evidentes y como consecuencia no se plantean correctamente los tratamientos diferentes para cada una de las situaciones patológicas.

Oportunidad de mejora de la organización:

? No existe una adecuada organización para la atención a los pacientes con disfonía por lesiones difícilmente visibles.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el diagnóstico de los pacientes con disfonía, especialmente al:

? Permitir el diagnóstico de alteraciones mucosas de la cuerda vocal poco visibles, ahora desapercibidas hasta la cirugía.

? Diferenciar las disfonías funcionales de las disfonías orgánicas.

Mejorar el tratamiento de los problemas vocales al:

? Reducir el número de exploraciones bajo anestesia general para el diagnóstico de problemas vocales.

? Asignar más correctamente el tipo de tratamiento (médico, rehabilitador o quirúrgico) para cada tipo de paciente con disfonía.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Presentar a los miembros de la Sección de ORL del Sector Zaragoza I la "consulta de voz" y su integración en la organización funcional de la sección.

Puesta en marcha de un protocolo de derivación del paciente con disfonía a la consulta propuesta.

Abrir una agenda de "consulta de voz".

Realizar la consulta con una frecuencia de una jornada cada mes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores básicos:

1. Número de evaluaciones vocales realizadas.

2. Porcentaje de pacientes en los que el diagnóstico ha cambiado con la evaluación vocal en la consulta de voz (= pacientes con diagnóstico de entrada diferente del diagnóstico de salida / total de pacientes evaluados).

4. Porcentaje de pacientes en los que se han incorporado cambios en el manejo del paciente tras la evaluación vocal (= pacientes con cambio en el tratamiento propuesto / total de pacientes evaluados).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo de 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

322

PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE TRASTORNOS DE LA FONACION

Formación del personal sanitario y no sanitario de consultas externas en la realización de la exploración de la voz (laringoestroboscopia).

Sesión clínica de ORL sobre la evaluación vocal con laringoestroboscopia y presentación de la "consulta de voz".

Junio de 2011.

Establecer el Protocolo de derivación del paciente con disfonía para evaluación vocal con laringoestroboscopia en la consulta de voz.

Inicio de la actividad de la "consulta de voz".

Evaluación de los indicadores a los 6 y 12 meses del inicio.

Informe de evaluación a los 12 meses con propuestas de mejora consecuentes.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Bibliografía:

1.- Dailey, S, Spanou, K, Zeitels, S. The Evaluation of Benign Glottic Lesions: Rigid Telescopic Stroboscopy Versus Suspension Microlaryngoscopy. J Voice. 2006;21:112-8

2.- Eckley C.A., Swensson J, De Campos A., Donati F., Olival H.. Incidence of structural vocal fold abnormalities associated with vocal fold polyps. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2008;74:508-11

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

052

ADiestRAMIENTO Y VALORACION DE LA TECNICA DE MEDICION DEL GROSOR DE INTIMA-MEDIA EN LA ARTERIA CAROTIDA DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

2. RESPONSABLE JUAN FERRANDO VELA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLASCO SATUE ALICIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA
- RODRIGUEZ BOROBIO AGUSTIN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA
- SORIANO GODES JUAN JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA
- CANO SANCHEZ BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La aterosclerosis es el proceso inicial de eventos cardiovasculares, constituyéndose en la causa más importante de morbimortalidad en la actualidad. Como la aterosclerosis es una enfermedad crónica que se desarrolla durante un período prolongado antes de expresarse clínicamente, se han desarrollado distintas técnicas para detectar y medir las alteraciones precoces de la aterosclerosis, entre ellas figura la medición del grosor íntima-media. El método ultrasónico empleado en esta medición es no invasivo, permitiendo la monitorización de la evolución de cada paciente. La medición del grosor íntima-media tiene una reproductibilidad aceptable para detección y progresión de enfermedad. El valor del grosor íntima-media aumentado se asocia a los principales factores de riesgo coronario y a un mayor riesgo de futuros eventos cardiovasculares. Su medición es utilizada como el estado arteriosclerótico actual del paciente y como predictor de riesgo de manifestación clínica de enfermedad cardiovascular. El aumento del grosor íntima-media, indicador de enfermedad subclínica, podría reflejar no sólo la posibilidad de la ocurrencia de eventos, sino también las consecuencias de la exposición previa a factores de riesgo. Por lo tanto se ha propuesto utilizar la medición del espesor íntima-media como un marcador de aumento del riesgo cardiovascular en poblaciones con alta incidencia de enfermedad cardiovascular o factores de riesgo cardiovasculares. Consecuentemente sería útil en la identificación del subgrupo de pacientes con mayor riesgo cardiovascular de la población general, para iniciar estrategias agresivas de prevención primaria o secundaria. La determinación del grosor íntima-media es una técnica que requiere cierta destreza y práctica, la diferencia de ser normal a patológico es muy estrecha menor de un milímetro por lo que es preciso un grado de entrenamiento y validación por personal cualificado. Con este proyecto se pretende adiestrar y valorar en la realización de esta técnica a profesionales que la utilizan habitualmente para realizar un diagnóstico precoz de enfermedad arteriosclerosa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la técnica y el grado de aptitud en la medición del grosor íntima-media de la arteria carótida en los pacientes con riesgo cardiovascular en facultativos del Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova de la Unidad de lípidos y riesgo cardiovascular.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1- Mejorar la técnica de medición del grosor íntima-media de arteria carótida mediante ultrasonidos. Este método es utilizado en la consulta de lípidos y riesgo cardiovascular por facultativos entrenados previamente en la unidad de lípidos del Hospital Miguel Servet. En la actualidad es necesario mejorar estos conocimientos y conocer el grado de destreza con que se realizan estas mediciones, así como validar objetivamente el grado de capacitación conseguido.

2-Asistir durante dos meses, como mínimo dos días semanales a las exploraciones de ecografía de carótida que se realicen en el Servicio de Radiología del Hospital Royo Villanova. Durante este tiempo y tutelado por los radiólogos que figuran en el proyecto, mejorar la técnica de esta exploración.

3- Durante los siguientes tres meses realizar mediciones simultáneas según se describen el apartado evaluación y seguimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizaran mediciones del grosor íntima-media de ambas carótidas mediante ultrasonidos (ecografía) a 45

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 052

1. TÍTULO

ADIESTRAMIENTO Y VALORACION DE LA TECNICA DE MEDICION DEL GROSOR DE INTIMA-MEDIA EN LA ARTERIA CAROTIDA DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

pacientes (total, 90 determinaciones).

En primer lugar realizara la medición el internista objeto de valoración, anotando en una ficha los resultados, seguidamente el radiólogo hará la misma medición y lo anotará en una ficha similar (ambas fichas identificarán al mismo sujeto). Estas medición se realizará en tres áreas diferentes de la arteria carótida, tercio medio de la común, tercio proximal y carótida interna. Las determinaciones las realizarán indistintamente con los radiólogos que participan en el estudio hasta sumar 90 mediciones, incluirán sujetos de ambos sexos, diferentes edades y patologías, por lo que existirán mediciones dentro de los límites normales y otras patológicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1- Inicio del proyecto ; abril 2011 con periodo de adiestramiento (dos meses)
2- Periodo e valoración; junio a septiembre .(3-4 meses

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Con este proyecto se pretende mejorar el adiestramiento del internista frente a técnicas de uso cada vez mas frecuente como es la ecografía de arteria carótida para detectar la arteriosclerosis subclínica y poder tratarla antes de ocasionar enfermedades cardiovasculares. La saturación existente en los Servicios e Radiología de los hospitales, ha hecho que los diferentes especialistas que trabajan en el ámbito de prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares se adiestren en la utilización de estas técnicas para su utilización en las consultas. Además del aprendizaje de la técnica es necesario cuantificar el grado de adiestramiento de forma objetiva por diferentes especialistas en radiología que realizan estas exploraciones de forma habitual.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 333

CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA: DERMATOLOGIA, DIGESTIVO, OFTALMOLOGIA, ORL (PARTE 2).

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER FRANCO GARCIA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. HEMATOLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- CHARLEZ AZLOR LUIS. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. DERMATOLOGIA
 - SEBASTIAN DOMINGO JUAN J. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. DIGESTIVO
 - ALBALAD CEBRIAN ENRIQUE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. OFTALMOLOGIA
 - NAYA GALVEZ MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. OTORRINOLARINGOLOGIA
 - MONEVA JORDAN JUAN JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA
 - LOPEZ GOMEZ LUIS. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA
 - CARRASCO BARAJA VICENTE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Situación actual:

1. El manejo perioperatorio de los pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante es objeto de controversias, en especial lo referido al manejo perioperatorio del paciente antiagregado. Lo que si se reconoce es que la retirada del tratamiento anticoagulante y/o antiagregante indiscriminada por excesivo tiempo y/o muy precoz tras un evento vascular puede poner en peligro la salud, incluso la vida del paciente.
2. Desde las distintas sociedades científicas de las especialidades médicas y quirúrgicas nacionales se emiten recomendaciones, con variado peso en cuanto a su evidencia científica.
3. A nivel internacional también hay recomendaciones de variado impacto, siendo tal vez las de mayor seguimiento las recogidas en la edición de julio de 2008 del Chest, que publica las guías de consenso de la 8ª reunión de la ACCP.
4. La variedad de recomendaciones existentes, no siempre concordantes; el distinto nivel de evidencia científica y su grado de recomendación (G.R.) (sólo muy escasas son de nivel I; G. R. A) y la gran variabilidad de tipos de cirugías entre los servicios dentro de cada hospital y entre los distintos hospitales, originan que no haya un consenso real a la hora de afrontar el manejo perioperatorio de estos pacientes, lo que origina demoras en las intervenciones quirúrgicas y la aparición de sesgos a la hora de plantear el manejo de estos pacientes.
5. Durante el pasado año, en nuestro hospital trabajamos en la elaboración de protocolos específicos para el manejo perioperatorio de los pacientes anticoagulados y/o antiagregados en los servicios quirúrgicos de Cirugía General, Traumatología y Urología, consensuados también con el Sº de Anestesia ("Consenso en el manejo perioperatorio de los tratamientos anticoagulantes y/o antiagregantes en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza", aceptado en la pasada convocatoria 2010 de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud).
6. Este año proyectamos realizar los protocolos específicos de manejo perioperatorio de los pacientes anticoagulados y/o antiagregados en los servicios de Dermatología, Digestivo (endoscopias), Oftalmología y Otorrinolaringología, para alcanzar un consenso global y plasmarlo en la elaboración de unos protocolos hospitalarios que recojan las especiales características de cada grupo de pacientes, valorando su "riesgo trombótico", y su "riesgo hemorrágico", definidos en ambos casos por las características que presente el paciente y por las características del acto quirúrgico que se le va a realizar. De este modo, se concluirán los protocolos de manejo perioperatorio del paciente con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante en el Hospital Royo Villanova, Sector de Zaragoza I.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En enero de 2010, tal y como se nos solicitó, se presentó a la Coordinadora de Calidad del Sector Zaragoza I el informe detallado de la situación del Proyecto de Calidad "Consenso en el manejo perioperatorio de los tratamientos anticoagulantes y/o antiagregantes en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza", incluyendo todos los apartados solicitados, indicando que actualmente se está elaborando el documento de manejo antiagregante en el paciente urológico.

Los restantes documentos (manejo anticoagulante en el paciente de Cirugía General; manejo antiagregante en el paciente de Cirugía General; manejo

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA: DERMATOLOGIA, DIGESTIVO, OFTALMOLOGIA, ORL (PARTE 2).

anticoagulante en el paciente traumatológico; manejo antiagregante en el paciente traumatológico y manejo anticoagulante en el paciente urológico) ya están redactados, aunque en algunos de ellos aún se están perfilando detalles.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Realizar reuniones de cada uno de los distintos servicios hospitalarios implicados en el proyecto con Hematología, para detectar las principales cuestiones que se suscitan, en relación a las técnicas quirúrgicas, con el manejo perioperatorio de estos pacientes.
2. Revisar la bibliografía sobre el manejo perioperatorio de estos pacientes por los distintos servicios implicados.
3. Redactar protocolos consensuados entre estos servicios hospitalarios y Hematología, adecuados al "riesgo trombótico" del paciente, así como al "riesgo hemorrágico" en función de las peculiaridades quirúrgicas, técnicas realizadas por cada servicio, con referencia a tipos especiales de cirugía (p ej microcirugía). Estos protocolos considerarán tanto el manejo perioperatorio de anticoagulantes (anticoagulantes orales, heparina no fraccionada, HBPM u otros) como el manejo de antiagregantes (AAS, clopidogrel, ticlopidina).
4. Incluir en los protocolos de manejo perioperatorio de estos pacientes todas las evidencias con un G.R. A detectadas en la revisión bibliográfica.
5. Adaptar a nuestro centro las evidencias con un G.R. no A en el manejo perioperatorio de los pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Realizar al menos 1 reunión mensual entre uno de los servicios hospitalarios implicados (alternado Dermatología, Digestivo, Oftalmología y Otorrinolaringología) y Hematología. La reunión de llevará a cabo entre el responsable del proyecto y los responsables de los otros servicios implicados.
2. La revisión bibliográfica de las evidencias científicas se llevará a cabo entre todos los componentes del equipo de mejora.
3. El consenso en los protocolos se alcanzará entre todos los componentes del equipo de mejora.
4. En la redacción de los distintos protocolos intervendrán los 4 hematólogos y el representante del otro servicio hospitalario implicado
5. Se redactará un protocolo para el manejo perioperatorio del paciente anticoagulado en:
- Dermatología
 - Digestivo (endoscopias)
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología
6. Se redactará un protocolo para el manejo perioperatorio del paciente antiagregado en:
- Dermatología
 - Digestivo (endoscopias)
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología
7. Se incluirán en los protocolos de manejo perioperatorio de estos pacientes todas las evidencias con G.R. A detectadas en la revisión de la bibliografía.
8. Los protocolos, una vez concluidos, se remitirán a la Unidad de Calidad y Dirección Médica para su difusión dentro del hospital.
9. Si al finalizar este proyecto existiese en nuestro centro hospitalario una "Comisión de enfermedad tromboembólica", se someterán estos protocolos a la misma.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:
- nº de protocolos de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado o antiagregado redactados / 8 (8 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar) x 100
 - nº de protocolos de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado redactados / 4 (4 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar) x 100
 - nº de protocolos de manejo perioperatorio del paciente antiagregado redactados / 4 (4 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar) x 100
 - nº de reuniones interdisciplinarias realizadas / 12 (12 es el nº de meses de duración del proyecto) x 100

El objetivo es alcanzar el 85% en cada uno de los distintos indicadores.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

333

CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA: DERMATOLOGIA, DIGESTIVO, OFTALMOLOGIA, ORL (PARTE 2).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: 1 abril 2011

Fecha de finalización: 31 marzo 2012

- Reuniones interdisciplinarias mensuales: abril 2011 con Dermatología; mayo 2011 con Digestivo; junio 2011 con Oftalmología; julio 2011 con Otorrinolaringología; agosto 2011 con Dermatología; septiembre 2011 con Digestivo, octubre 2011 con Oftalmología; noviembre 2011 con Otorrinolaringología; diciembre 2011 con Dermatología; enero 2012 con Digestivo, febrero 2012 con Oftalmología; marzo 2012 con Otorrinolaringología. Si durante los meses de verano o Navidad no se pudiera realizar la reunión interdisciplinaria, se pasaría al siguiente mes, pero sin sustituir a la ya programada, que también se realizaría.
- La revisión bibliográfica se llevará a cabo durante toda la duración del proyecto.
- En la redacción de los distintos protocolos se empezará desde el inicio de las reuniones interdisciplinarias, y se concluirá en el último trimestre de la duración prevista del proyecto (enero 2012 - marzo 2012).
- Los protocolos se remitirán a la Unidad de Calidad y la Dirección Médica para su difusión dentro del hospital en marzo de 2012.
- Si al finalizar este proyecto (marzo 2012) existiese en nuestro centro hospitalario una "Comisión de enfermedad tromboembólica", se someterán estos protocolos al refrendo de la misma.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 579

1. TÍTULO

ARCHIVO DE IMAGENES MEDICOQUIRURGICAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GARCIA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. CIRUGÍA GENERAL
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FATAS CABEZA JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL
· BLAS LAINA JUAN LUIS. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL
· RESA BIENZOBAS JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL
· SOLANO MURILLO JORGE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL
· BORLAN SOFIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL
· RAMOS D'ANGELO FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. COORDINADOR DE CALIDAD
· ALAMAN PEREZ ELSA. DOCUMENTALISTA TECNICO SUPERIOR. HOSPITAL ROYO VILLANOVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante 11 años de vida del Servicio disponemos de una gran cantidad de documentos gráficos de casos clínico tratados en el Servicio (imágenes digitalizadas de radiología, fotografías de casos, intervenciones y piezas quirúrgicas, grabación digital de intervenciones quirúrgicas por laparoscopia) entre los que destaca una gran cantidad de casos de cirugía laparoscópica (toda la patología fundamental de nuestra especialidad por laparoscopia lo que no es frecuente en los servicios quirúrgicos españoles). Los documentos están almacenados de forma dispersa, no están organizados, están guardados en formatos diversos... Tenemos la oportunidad de disponer de una videoteca de cirugía laparoscópica de la especialidad muy completa y ordenada correctamente para darle utilidad científica (presentación de casos, comunicaciones, publicaciones on line, formación pre y posgrado).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Establecer un procedimiento de archivo y gestión del mismo para el control y uso de esta importante documentación gráfica. La experiencia puede ser útil para otros Servicios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Recopilación, clasificación y orden de los documentos gráficos.

Definición de tipos documentales, niveles de aplicación de los mismos y normas de seguridad para su uso.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de documentos catalogados
Nº de documentos normalizados
% de documentos normalizados
Normas redactadas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: en el momento de obtener la aprobación del proyecto
Final: 6 meses a partir del inicio
Fase 1. Recopilación: 2 meses a partir del inicio
Fase 2. Normas de clasificación: 3 semanas desde el fin de la Fase 1
Fase 3. Clasificación: 1 mes a partir del final de la Fase 2
Fase 4. Revisión y validación: 2 meses a partir del fin de la Fase 3

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 579

ARCHIVO DE IMAGENES MEDICOQUIRURGICAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· DISCO DURO EXTERNO 2TB		310 €
	Total	310 €
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR		

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

191

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA): REDACCION DE GUIAS DE INFORMACION Y RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA Y APOYO PARA PACIENTES Y CUIDADORES

2. RESPONSABLE ALVARO GIMENEZ MUÑOZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- UTRILLA BUEY JUANA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ELA es una enfermedad grave y devastadora. Es una de las consideradas enfermedades raras, y existe desconocimiento social, y muchas veces profesional, de esta enfermedad. Esto, junto al hecho de ser degenerativa e invalidante, hace que sea una enfermedad que genera muchas veces en los afectados una sensación de soledad y de exclusión social, cultural y económica. El paciente tiene que afrontar importantes cambios en todas las áreas de su vida. El equipo de profesionales que les atienden puede proporcionar una atención de calidad a lo largo de todo el proceso de la enfermedad respetando sus objetivos y valores personales.

Es fundamental que la información que reciba el paciente constituya un proceso continuo, y no un acto aislado, ya que debe ir precedida de una exploración continua del estado de ánimo del paciente al que deberán acomodarse los profesionales. La comunicación debe ser fluida, prudente y veraz. Disponer de la información relevante, completa y no sesgada, permitirá al paciente tomar decisiones de forma libre. De lo que se trata, en definitiva, es de garantizar al paciente con ELA la mejor asistencia posible, de acuerdo con sus valores.

Los pacientes con ELA son atendidos en nuestro sector en la Consulta de Patología Neuromuscular del H. Royo Villanova con una periodicidad aproximadamente bimensual. Los pacientes y sus cuidadores tienden a buscar información en múltiples fuentes además de nuestra consulta, como es en páginas y foros de internet, amistades, etc. obteniendo muchas veces información errónea, sesgada, y en otras veraz pero inadecuada para el estado anímico o la voluntad de conocimiento del paciente.

Por otro lado, la ELA afecta también, y de forma muy significativa, la vida de la pareja y la familia. La educación y el soporte activo a la familia en aspectos de información y comunicación son herramientas esenciales para el autocuidado. Es muy importante prevenir la claudicación familiar, entendida como la incapacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Actualmente, este aspecto está en gran medida descuidado, dado que la asistencia se centra únicamente en el paciente y no en su familia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la calidad de la atención al paciente con ELA en el Sector Zaragoza I, mediante una mejoría en la información proporcionada a los pacientes y familiares, así como incorporar a la asistencia la valoración de enfermería para identificar las ayudas que necesita el paciente y su familia, así como aportar pautas de autocuidado y apoyo emocional para prevenir la claudicación familiar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se prevé actuar en dos áreas:

1) Por un lado redactar una guía de información para pacientes con ELA, y otra para familiares y cuidadores, que aporten información veraz acerca de la enfermedad, con preguntas y respuestas, recomendaciones, recursos disponibles, contacto con asociaciones de pacientes, sitios web donde poder ampliar la información, prestaciones y ayudas disponibles, información sobre aspectos laborales, etc. El responsable de la redacción de las guías será el responsable del proyecto de mejora (neurólogo encargado de la consulta de Patología Neuromuscular del H. Royo Villanova).

2) Incorporar a la consulta de enfermería neurológica del H. Royo Villanova la atención al paciente con ELA y el apoyo al cuidador: identificar qué tipo de ayuda requiere el paciente y su familia, y planificar las intervenciones educativas que contribuyan a su adaptación a la nueva situación de salud; ofrecer apoyo emocional y pautas para prevenir la claudicación familiar. La responsable de esta área será la enfermera de la sección de Neurología, componente del equipo de mejora.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

191

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION AL PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA): REDACCION DE GUIAS DE INFORMACION Y RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA Y APOYO PARA PACIENTES Y CUIDADORES

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará:

1) una encuesta a los pacientes y familiares por separado, preguntando acerca del grado percibido de conocimiento sobre la enfermedad, las fuentes donde ha obtenido dicha información, la satisfacción acerca de la información recibida por parte del equipo médico, la satisfacción acerca de la atención recibida, y sugerencias que quieran aportar.

2) Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Ambas encuestas se realizarán antes y después de la difusión de las guías y de la implementación de la consulta de enfermería. De esta manera podremos observar si nuestra intervención mejora el grado de satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares o cuidadores, y si estas medidas disminuyen la sobrecarga del cuidador del paciente con ELA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización de las primeras encuestas: Abril-Junio 2011

- Finalización de la redacción, impresión y encuadernación de las guías: junio 2011.

- Inicio de la consulta de enfermería: junio 2011.

- Encuestas post-intervención: a partir de diciembre de 2011.

- Las encuestas post-intervención comenzarán a realizarse a partir de diciembre de 2011.

El proyecto pretende mantenerse en el tiempo y retroalimentarse de la experiencia que obtengamos del mismo, así como de las sugerencias de los pacientes y familiares, estando abiertos a realizar las modificaciones oportunas en el futuro.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 249

1. TÍTULO

INCIDENCIA DE UPP EN EL PACIENTE CRITICO. VALORACION DE CUIDADOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ CABALLERO
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. UCI
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RAMOS ALDA ISABEL. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
- PINA ERDOCIAIN CAROLINA. ENFERMERA. HOSPITAL MIGUEL SERVET. CARDIOLOGIA
- GUERRERO TRENADO ELISA. ENFERMERA. HOSPITAL MIGUEL SERVET. UCI
- CONDON GRACIA ELENA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CONSULTAS EXTERNAS
- RABAL PACHECO NELIDA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
- GONZALEZ CABALLERO ANA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
- RELLO ECHAZARRETA MARIA MAR. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores, el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones como un problema evitable. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables) (Hibbs P. 1987) (Waterlow J. 1996) , por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención integradas dentro de guías de práctica clínica interdisciplinares que contemplen los distintos niveles asistenciales. Estas guías deberán basarse en las mejores evidencias científicas disponibles. El paciente crítico, presenta un elevado riesgo de padecer UPP por una serie de circunstancias especiales (pacientes intubados en coma inducido, fármacos vasopresores, déficits neurológicos, procesos quirúrgicos complicados, déficits nutricionales, inmunodeprimidos...) que hay que tener en cuenta a la hora de planificar los cuidados de prevención y tratamiento. Dada la trascendencia del problema, en el año 2006 se formó un grupo de mejora en la unidad, que ha ido trabajando mediante reuniones mensuales, hasta el momento de la constitución de la Comisión de Enfermería de UPP del Hospital Royo Villanova . Actualmente se está trabajando desde el seno de la Comisión en la creación de una gráfica de registro unificada para todo el Hospital, así como de un protocolo de recomendaciones de cuidados. En este contexto y desde la Unidad de Cuidados Intensivos, nos planteamos la necesidad de poder medir el nº de casos de pacientes que desarrollan una UPP durante su estancia y los resultados de los cuidados de prevención y tratamiento administrados.
Fuente de información: GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1.- Creación de una base de datos
2.- Implementación de la gráfica de registro elaborada por la Comisión de Enfermería de UPP del Hospital Royo Villanova, desde el 01/07/2009.
3.- Recogida de datos de los siguientes indicadores desde el 01/07/2009:
- a) relación de nº de pacientes con gráfica de registro de UPP en su Hª clínica
 - b) relación de pacientes con Escala de Norton realizada al ingreso.
 - c) grado de cumplimiento de las medidas de prevención de UPP durante todo el ingreso.
 - d) nivel de seguimiento del tratamiento de las UPP, en el caso de presentarlas.
 - e) relación de pacientes ingresados que han realizado una UPP durante su estancia en UCI.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 249

INCIDENCIA DE UPP EN EL PACIENTE CRITICO. VALORACION DE CUIDADOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1.-Disminuir la incidencia de UPP en UCI en relación a los distintos factores de riesgo.
2.- Valorar la eficacia del tratamiento en las UPP ya establecidas, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica y documentos de consenso basados en las mejores evidencias científicas disponibles.
3.- Registro en la base de datos para comparación de resultados en relación a los años posteriores y poder identificar
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Valoración inicial de riesgo según la escala de NORTON
- 2.- Complimentación de gráfica de registro de UPP:
Nivel de riesgo
Patología causante de ingreso
Estado nutricional
Medidas de prevención
Pautas de tratamiento
Evolución de la lesión
- 3.-Registro en base de datos de todos los pacientes antes de su alta en la unidad.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Nivel de seguimiento de las actividades para mejorar
- 2.- Relación: nº de pacientes ingresados en UCI/ nº de pacientes que han desarrollado una UPP
- 3.- Nivel de eficacia del tratamiento establecido: debido a que la valoración de este indicador depende de los días de permanencia del paciente en UCI ya que la curación de las UPP puede llevar meses, se valorarán los siguientes indicadores de buena evolución en el lecho de la herida:
- Ausencia de tejido necrótico
 - Ausencia de infección
 - Buena gestión del exudado
 - Presencia de tejido viable (granulación)
 - Disminución del tamaño de la lesión
 - Buen estado de los bordes perilesionales
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Ampliación plazo de Proyecto del año 2010 - 2011, a 2010 - 2012.
Presentación de memoria: Febrero de 2012.
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

358

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE OIHANA HORNA OREJA
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. FARMACIA (FACE)
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BANDRES LISO ANA CRISTINA. FARMACEUTICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA.. FARMACIA
- FITENI MERA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA.. MEDICINA INTERNA
- SEVIL PURAS MARIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA.. MEDICINA INTERNA
- FERNANDEZ JIMENEZ CRISTINA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA.. MEDICINA INTERNA
- LAMBAN ARANDA MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA.. MEDICINA INTERNA
- DEL CORRAL BEAMONTE ESTHER. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA.. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. los pacientes ancianos polimedicados constituyen el principal grupo de riesgo de incumplimiento terapéutico. Los pacientes mayores de 65 años que ingresan en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital consumen ambulatoriamente una media de 7.29 fármacos según un estudio realizado en el 2007, lo que se traduce en una polifarmacia difícil de manejar y que puede llevar en muchos casos al incumplimiento terapéutico. Mediante este trabajo se pretende proporcionar ayuda para la correcta toma de la medicación a los pacientes ancianos seleccionados, mediante la entrega de sistemas de dispensación personalizados de medicamentos, que se dispensarán junto con información oral y escrita sobre su medicación al alta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. inicialmente, se informó a los profesionales implicados de la metodología del proyecto y de su finalidad. Asimismo, se impartió una sesión informativa a los facultativos del Servicio de Medicina Interna. Además, se elaboró una hoja informativa para el paciente donde se explica el funcionamiento del pastillero y se facilita el teléfono de contacto de la farmacéutica de enlace para que los pacientes puedan realizar cualquier tipo de consulta relacionada con sus medicamentos.

En un principio, se compraron 50 sistemas de dispensación personalizados de medicamentos y posteriormente se compraron 97 más.

En un principio se intentó realizar la selección de ancianos candidatos mediante el test de adherencia de Morisky Green Levine, que ha mostrado su validez en la valoración de la adherencia de los pacientes al tratamiento antihipertensivo. Se detectó una falta de aplicabilidad en la población anciana polimedicada a estudio por lo que se han ampliado los requisitos para recibir los sistemas de dispensación personalizados de medicamentos, por lo que se prevé que su entrega sea más ágil y más real.

A día de hoy se han repartido 50 sistemas de dispensación personalizados de medicamentos

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. se pretende continuar con la dispensación de los pastilleros según los criterios que se indican en el punto siguiente. Además, se llevará a cabo una valoración de su utilidad mediante una llamada telefónica a los ancianos incluidos en el estudio.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. los requisitos que se consideraron en un principio para recibir el pastillero se muestran a continuación:

- Pacientes > 70 años.
- Autonomía en la toma de medicación.
- Paciente incumplidor. La adherencia al tratamiento farmacológico se determina a partir del test de Morisky Green Levine.
- Apoyo familiar o de otro tipo para la preparación del pastillero.
- Toma de más de 5 medicamentos al alta.

Máximo 4 tomas diarias, ya que el pastillero es semanal con 4 compartimentos diarios.

Con la entrega del pastillero se les proporciona informe escrito con el esquema de su tratamiento farmacológico al alta, realizado con el programa informático Infowin, y se les explica la forma de tomar sus medicamentos.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 358

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

Con el paso de los días, se ha detectado una escasa aplicabilidad del Test de Morisky Green Levine en la población anciana. Así, con el objetivo de llegar a un mayor número de pacientes, este año los requisitos para recibir el pastillero serán los siguientes:

? Pacientes > 90 años, con más de 3 medicamentos.

• Pacientes 80-90 años con más de 5 medicamentos.

? Pacientes 70-80 años con más de 5 medicamentos y no adherentes al tratamiento farmacológico.

Los datos que se recogen para su posterior análisis son los siguientes: fecha de ingreso y de alta, datos del paciente, número de medicamentos habituales prescritos y número de medicamentos al alta, resultados del test de adherencia en caso de que se haya realizado, entrega o no del pastillero y conclusiones tras llamada telefónica al paciente.

Todos ellos deberán ser igualmente autónomos en la toma de los medicamentos y deberán tener apoyo para la preparación de los pastilleros.

Finalmente, se llevara a cabo un seguimiento tras el alta mediante una llamada telefónica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El seguimiento se hará mediante llamada telefónica valorándose:

* N° de pacientes en los que se observa utilidad/total de pacientes a los que se ha entregado el pastillero.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. se seguirán entregando pastilleros al alta durante el año 2011 y se evaluará la utilidad de los pastilleros entregados, así como los que se entreguen de ahora en adelante, aproximadamente a partir de los 2 meses tras el alta. Su duración dependerá del número de pastilleros de los que se dispongan

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 097

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RECICLAJE DE RCP BASICA Y AVANZADA EN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA (HRV), SECTOR I ZARAGOZA

2. RESPONSABLE ELENA JAVIERRE MIRANDA
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- LAZARO ALAEZ ANA BELEN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
 - PASCUAL COLLADOS EVA. DUE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
 - RUIZ DE LA CUESTA MARTIN CARMEN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
 - SUSO FERNANDEZ MARTA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
 - MANJON LLORENTE GEMA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
 - BLASCO AULES PILAR. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La parada cardiorrespiratoria (PCR) supone una situación de riesgo vital para el paciente que exige por parte del personal sanitario una actuación rápida, uniforme y eficaz para evitar el fallecimiento o secuelas permanentes en el paciente. Siguiendo las recomendaciones de la European Resuscitation Council (ERC) es preciso realizar programas para asegurar que todo el personal sanitario reciba enseñanza y reciclaje en RCP. Dicho programa constaría de una parte teórica para revisar y actualizar los conocimientos sobre RCP del personal sanitario y una parte práctica de aplicación de protocolos y técnicas en forma de simulacros de casos clínicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Asegurar una respuesta rápida, uniforme y eficaz del personal médico y de enfermería ante una parada cardiorrespiratoria en un paciente pediátrico.
- Unificar la práctica clínica de los profesionales al aplicar un protocolo validado en RCP.
 - Revisar y actualizar los conocimientos en RCP.
 - Elaborar un registro del protocolo que se lleve a cabo en una situación de PCR.
 - Implantar un programa de talleres de RCP pediátrica para el personal sanitario del servicio de urgencias de pediatría.
 - Mejorar la calidad de la asistencia poniendo en marcha una encuesta específica de satisfacción de los profesionales que participen en los talleres.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.
- Revisión bibliográfica de los protocolos en RCP pediátrica.
 - Talleres de formación teórica de soporte vital básico y avanzado.
 - Talleres de formación práctica con simulacros y elaboración de casos clínicos.
 - Registro de cada uno de los talleres.
 - Diseño del modelo de encuesta de satisfacción por los profesionales.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Indicador (nombre): participación de los profesionales sanitarios en el programa de reciclaje de RCP pediátrica.
- Dimensión: Hospitalaria. Servicio de urgencias de pediatría.
- Descripción:
- Numerador: Número de participantes en los talleres.
- Denominador: Número de total de profesionales sanitarios del Servicio de urgencias de pediatría.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 097

PROGRAMA DE RECICLAJE DE RCP BASICA Y AVANZADA EN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DE HOSPITAL ROYO VILLANOVA (HRV), SECTOR I ZARAGOZA

Periodo de tiempo: anual.

Justificación: es necesario conocer el interés y necesidades de reciclaje de los profesionales sanitarios sobre la RCP pediátrica.

Fuente de datos: encuesta anónima y heteroadministrada.

Tipo de indicador: Proceso.

Estándar (nivel de calidad): 70%.

2.- Indicador (nombre): seguimiento del protocolo para PCR pediátrica.

Dimensión: Hospitalaria. Servicio de urgencias de pediatría.

Descripción:

Numerador: Número de veces que se ha seguido el protocolo en una PCR.

Denominador: Número de total de PCR totales.

Periodo de tiempo: anual.

Justificación: es necesario y fundamental aplicar una guía de procedimientos unificada para evitar la variabilidad en la atención a los pacientes críticos.

Fuente de datos: registro de las historias clínicas.

Tipo de indicador: Resultado.

Estándar (nivel de calidad): 90%.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Reunión para programar el calendario de sesiones y diseño de la encuesta del proyecto. Abril 2011.

- Revisión bibliográfica de los protocolos de RCP pediátrica. Abril-Mayo 2011.

- Talleres de formación y simulacros: periodicidad bimensual comenzando en Junio 2011. (Junio 2011-Marzo 2012)

- Registro de cada taller tras finalizar el mismo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Maniquí lactante simulación RCP 250 €

· Maniquí escolar simulación RCP 250 €

Total 500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE ANTIBIOTERAPIA EN LA OTITIS MEDIA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ANA BELEN LAZARO ALAEZ
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BLASCO AULES MARIA PILAR. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA
 - JAVIERRE MIRANDA ELENA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRIA
 - MONREAL LOPEZ PATRICIA. DUE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA
 - CECILIA RAMOS LORENA. DUE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La otitis media aguda es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la edad pediátrica y uno de los principales motivos de consulta en el servicio de urgencias. Se estima que a los cinco años de vida, el 90% de los niños ha presentado un episodio de OMA. Debido a que el porcentaje de resolución espontánea es del 80-90% de los casos, el tratamiento de elección inicial es sintomático. Sin embargo, la OMA es el primer motivo de prescripción antibiótica, con riesgo potencial de selección de resistencias bacterianas y efectos adversos. A pesar de no recomendarse la antibioterapia en la mayoría de los casos, existe gran discordancia en el manejo de la OMA y muchas veces se utilizan de forma errónea los antibióticos tras el diagnóstico inicial en estos niños.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Aplicación de uniformidad de criterios diagnósticos y terapéuticos en las otitis.
- Disminuir el uso de antibioterapia, especialmente en niños por encima de 2 años de edad, para conseguir con ello una disminución de las resistencias bacterianas y efectos adversos relacionados con la antibioterapia.
 - Reforzar y fomentar la conducta del uso exclusivo inicial del tratamiento sintomático, salvo en casos con factores de gravedad o riesgo presentes.
 - Conocer factores que limitan el uso exclusivo de tratamiento sintomático.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.
- Realizar un test de evaluación pre-proyecto y posterior al proyecto entre los profesionales sanitarios sobre el manejo terapéutico de las OMA en la población pediátrica.
 - Realizar sesiones clínicas de actualización en el manejo de OMA.
 - Realización de un algoritmo de actuación en el que consten las principales indicaciones de la antibioterapia en el manejo de las OMA.
 - Realización de una hoja informativa para los padres de los riesgos que supone el mal uso de la antibioterapia.
 - Diseño de una hoja de registro con todos los casos de OMA atendidos durante el proyecto para posteriormente evaluar el tratamiento aplicado.
 - Reunión del grupo de mejora para evaluar resultados.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Indicador (nombre): cumplimiento del tratamiento de OMA según el algoritmo de actuación aplicado.
Dimensión: Hospitalaria. Servicio de urgencias de pediatría.
Descripción:

Numerador: Número de veces que se ha seguido el algoritmo.

Denominador: Número de total de casos de OMA atendidos en el Servicio de urgencias de pediatría durante el proyecto.

Periodo de tiempo: Junio 2011-Marzo 2012.

Justificación: es necesario conocer la mejora y la unificación del tratamiento en las OMA.

1. TÍTULO**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

149

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES DE ANTIBIOTERAPIA EN LA OTITIS MEDIA AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Fuente de datos: hoja de registro de cada caso de OMA (historia clínica del paciente).

Tipo de indicador: Resultado.

Estándar (nivel de calidad): 80%.

2.- Indicador (nombre): evaluación del conocimiento sobre los criterios terapéuticos de las OMA previo al proyecto.

Dimensión: Hospitalaria. Servicio de urgencias de pediatría.

Descripción:

Numerador: Número de veces que se ha seguido el algoritmo terapéutico en los casos incluidos en el test de evaluación pre-proyecto.

Denominador: Número total de casos incluidos en el test de evaluación pre-proyecto.

Justificación: valorar los conocimientos sobre el tratamiento adecuado de las OMA previos al proyecto.

Fuente de datos: test de evaluación anónimo y heteroadministrado.

3.- Indicador (nombre): evaluación del conocimiento sobre los criterios terapéuticos de las OMA posterior al proyecto.

Dimensión: Hospitalaria. Servicio de urgencias de pediatría.

Descripción:

Numerador: Número de veces que se ha seguido el algoritmo terapéutico en los casos incluidos en el test de evaluación post-proyecto.

Denominador: Número total de casos incluidos en el test de evaluación post-proyecto.

Justificación: valorar la mejora de los conocimientos sobre el tratamiento adecuado de las OMA.

Fuente de datos: test de evaluación anónimo y heteroadministrado.

Tipo de indicador: Resultado.

Estándar (nivel de calidad): 90%.

- El seguimiento del proyecto se llevaría a cabo mediante las hojas de registro de cada caso de OMA.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Abril 2011:

- Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo y elaborar test de evaluación pre-proyecto y post-proyecto.

- Mayo-Junio 2011:

- Realizar evaluación de conocimientos pre-proyecto entre los profesionales sanitarios.

- Realizar sesiones clínicas de actualización en el manejo de OMA.

- Realización de un algoritmo de actuación en el que consten las principales indicaciones de antibioterapia en el manejo de las OMA.

- Realización de una hoja informativa para los padres de los riesgos que supone el mal uso de la antibioterapia en las OMA.

- Diseño de una hoja de registro de los casos de OMA.

- Junio 2011-Marzo 2012:

- Aplicación del algoritmo terapéutico de OMA acordado en todos los casos de OMA atendidos en este periodo.

- Cumplimentación de las hojas de registro.

- Marzo 2012:

- Realizar evaluación de conocimientos post-proyecto entre los profesionales sanitarios.

- Reunión del grupo de mejora para evaluar resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

214

MEJORA EN EL CONOCIMIENTO Y USO DE ANTITUSIGENOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

2. RESPONSABLE GRACIA MARIA LOU FRANCES

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS PEDIATRIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CECILIA RAMOS LORENA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA
- MONREAL LOPEZ PATRICIA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La tos es uno de los principales motivos más frecuentes de demanda de asistencia sanitaria, acudiendo a diferentes servicios de urgencias, saturando los servicios sanitarios, donde se pautan diferentes antitusígenos, sin el debido conocimiento de su farmacocinética, farmacodinámica, composición, o sus efectos secundarios. Además provoca una gran preocupación familiar, que incluso puede interferir en la vida cotidiana (descanso nocturno, absentismo escolar...) y ello conlleva a un uso indebido que los padres realizan, por el uso conjunto de varios antitusígenos, incluso sin prescripción médica.

La tos es un fenómeno reflejo, mecanismo defensivo cuyo objetivo es la eliminación de material extraño, excesivas secreciones de la vía aérea o sustancias irritantes. Su intensidad no guarda relación con la importancia etiológica, siendo en la mayoría de casos secundaria a un proceso de infección respiratoria de vías altas de origen viral.

Desde Urgencias deberíamos explicar la fisiopatología de la tos, y la falta de evidencia científica de la utilización de antitusígenos en infecciones respiratorias altas y sus posibles efectos adversos.

La gran asistencia a este problema hace realizar pruebas complementarias innecesarias encareciendo

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la demanda asistencial a los servicios de urgencias pediátricas, por motivo de tos.

- Conocimiento y difusión a las familias de la ineficacia del tratamiento antitusígeno y sus posibles efectos adversos.
- Reforzar la utilización correcta de los antitusígenos por parte de los profesionales.
- Evitar las visitas recurrentes a los servicios de urgencias por motivo de tos.
- Mejorar la confianza en los mecanismos fisiopatológicos de la tos entre los profesionales de urgencias (enfermeras, médicos).
- Conocer la actitud tomada por los padres, ante un cuadro de tos: duración del tratamiento antitusígeno, diversidad de antitusígenos tomados en un intervalo determinado de tiempo (encuestas).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Reunión del equipo para establecer cronograma de trabajo.

- Explicación correcta del mecanismo fisiopatológico de la tos a los padres y profesionales sanitarios a la vez que se les explica los efectos adversos de los antitusígenos.
- Sesión clínica de actualización, talleres de formación para el personal de urgencias, médico y de enfermería, sobre eficacia del uso de antitusígenos, dosis correctas de antitusígenos, y efectos adversos y evaluación del manejo de la tos en urgencias. Análisis de los indicadores referentes a la prescripción de antitusígenos.
- Diseño de hoja de registro de paciente que incluya datos de identificación, variedad de antitusígenos utilizados, duración del tratamiento, evolución del proceso, dosificación, incidencias y responsable. Definir variables de estudio de la hoja de registro: edad, tiempo de evolución de la tos, cuantía de antitusígenos utilizados, dosis de antitusígeno, necesidad de pruebas complementarias.
- Diseño del modelo de encuesta de opinión para padres.
- Registro de incidencias.
- Sesión clínica informativa de los resultados obtenidos entre los profesionales sanitarios.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

214

MEJORA EN EL CONOCIMIENTO Y USO DE ANTITUSIGENOS EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

- Dar hoja informativa sobre el mecanismo fisiopatológico de la tos, variedad de antitusígenos en el mercado, sus efectos, posología, contraindicaciones e intolerancias, y efectos adversos cerciorándonos que lo leen y lo entienden.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Aplicación correcta del protocolo utilizado: N° de pacientes que se les ha dado antitusígeno por indicación clínica con constancia de la cumplimentación de la Hoja de registro/ Total de pacientes vistos por motivo de tos.
- Adherencia al protocolo: N° de personal de urgencias de pediatría (enfermería y médicos) que ha realizado taller de formación/ Total del personal de Urgencias.
- Respuesta de las familias: N° de encuestas recogidas/N° de encuestas ofrecidas para rellenar.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011-Junio 2011:
- Realización de sesión clínica con actualizaciones y evaluación del protocolo de la tos.
- Diseño de hoja de registro de pacientes y hoja informativa a los padres.
- Talleres de formación para el personal de urgencias.
- Diseño del modelo de encuesta de opinión.
Junio 2011-Febrero 2012 y continuidad:
- Análisis de los datos del registro de pacientes.
- Sesión clínica informativa al servicio de urgencias.
- Reuniones periódicas del grupo de mejora para evaluar los resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 281

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR I (ZARAGOZA) DE SALUD

2. RESPONSABLE RUTH LUMBRERAS VIRGOS
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PANIEGO LOPEZ ANA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO TRAUMATOLOGIA-REHABILITACION
- GARCIA TRIVIÑO ANGEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. RADIODIAGNOSTICO
- GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO. CENTRO DE SALUD ACTUR OESTE. COORDINADOR ATENCION PRIMARIA CENTRO DE SALUD ACTU
- LOMBA GARCIA BELEN. MEDICO. CENTRO DE SALUD LA JOTA. COORDINADORA CENTRO DE SALUD LA JOTA
- VALDEPEREZ TORRUBIA JAVIER. MEDICO. CENTRO DE SALUD ACTUR SUR. ATENCION PRIMARIA CENTRO DE SALUD ACTUR SUR
- PERFECTO EJARQUE JAVIER. MEDICO. CENTRO DE SALUD ARRABAL. ATENCION PRIMARIA CENTRO DE SALUD ARRABAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

- El dolor de espalda afecta al 80% de la población en algún momento de su vida, y causa un gasto público equivalente al 1,7%-2,1% del PIB.
- La práctica clínica habitual de la lumbalgia es muy variable -debido a que intervienen distintos especialistas que aplican criterios y tratamientos diferentes ante un mismo paciente- y, en ocasiones contradictoria con las recomendaciones emanadas de los estudios científicos.
- Ello conlleva que el tratamiento no siempre es el óptimo, que se somete a los pacientes a procedimientos de eficacia no comprobada (o, incluso, inútiles o contraproducentes), así como a riesgos innecesarios.

PROBLEMAS SELECCIONADOS

- Variabilidad de criterios entre los facultativos de Atención Primaria para la derivación de pacientes con lumbalgia al especialista en Traumatología.
 - Dificultad en la accesibilidad del paciente con lumbalgia a la atención especializada. Listas de espera de consultas prolongadas.
 - Desplazamientos repetidos del paciente a los distintos centros de asistencia.
 - Multiplicación del número de consultas al traumatólogo al carecer el paciente de las pruebas complementarias imprescindibles para su diagnóstico y tratamiento.
 - Resultado final de consultas al especialista con unos tiempos de demora excesivamente prolongados y con escasa capacidad de resolución debido a la carencia de pruebas complementarias adecuadas.
 - Pacientes con patologías no sugestivas de tratamiento o valoración quirúrgica son derivados al especialista en Traumatología, aumentando así el tiempo de espera para recibir un tratamiento conservador por parte de otros especialistas: Rehabilitadores o Reumatólogos.
 - Dificultad de comunicación entre profesionales de ambos niveles asistenciales.
- POBLACIÓN DIANA
- Pacientes diagnosticados de lumbalgia aguda susceptibles de ser derivados a atención especializada (Trauma, RHB) del sector I (Zaragoza) del SALUD.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Durante el año 2010 se han efectuado sesiones docentes para el personal de Atención Primaria de los centros implicados por parte del Doctor Vicente Canales Cortés en las cuales se han dejado patentes los conceptos de lumbalgia aguda, signos de alarma en las mismas, estrategias de diagnóstico y tratamiento y las indicaciones claras de derivación.

Se ha preparado material explicativo básico para que esté a disposición del médico de atención primaria en cada consulta, poniendo clara y esquemáticamente las estrategias de diagnóstico, tratamiento y petición de pruebas complementarias de cara a la derivación óptima de los pacientes protocolizada a las consultas de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

281

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR I (ZARAGOZA) DE SALUD

especializada correspondientes: traumatología, rehabilitación o reumatología, según cada caso.

Se ha elaborado un check-list con los ítems fundamentales de la anamnesis y exploración del paciente con lumbalgia aguda, para la sistematización de las mismas, de manera que el paciente ha sido explorado e interrogado en su historia clínica siguiendo los mismos criterios. Este check-list se puede enviar cumplimentado con el propio paciente de manera que su historia es más rápida, más eficiente y más completa, tanto en consultas de atención primaria como cuando acude a especializada.

Este material se ha examinado por los miembros del equipo de mejora de la calidad, encontrando principalmente como cuestión a reseñar la no posibilidad de petición de estudio electromiográfico-electroneurográfico por parte del médico de atención primaria, cuestión que estamos estudiando.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En las encuestas realizadas por los facultativos que prestan asistencia en las consultas de traumatología y cirugía ortopédica se observa que:

Analizando 50 pacientes derivados a nuestras consultas con el diagnóstico de lumbalgia aguda previamente a poner en marcha las medidas de este proyecto de calidad:

Adecuación del diagnóstico de la derivación al diagnóstico final del especialista:

- 76% se trataba de lumbalgias y lumbociatalgias agudas
- 16% se trataba de bursitis trocantéricas
- 8% se trataba de otros procesos incluidos como diagnósticos diferenciales: problemas renales, coxalgias por coxartrosis...

Tratamiento del paciente antes de llegar a nuestra consulta

- 90% tratado por el médico de atención primaria con antiinflamatorios principalmente
- 10% afirmaba el paciente no haber recibido ningún tratamiento médico.

Remisión del paciente junto con las pruebas complementarias apropiadas

- 52% vienen con una radiografía y/o resonancia
- 20% se les hizo radiografías pero no las traen (habría que insistir en esta cuestión)
- 28% acuden sin prueba alguna y afirman que no se les ha hecho más estudio que una exploración o una anamnesis.

Distribución de dichos pacientes desde nuestras consultas:

- 55% se les pauta tratamiento médico más intenso y se derivan al servicio de rehabilitación
- 35% se derivan a rehabilitación
- 10% se propone indicación quirúrgica en unidad de columna/neurocirugía.

CUESTIONES PENDIENTES:

Mantenimiento de la formación del personal de atención primaria y de ese modo la mejora de la calidad en la derivación obtenida.

Evaluación de los efectos de los 6 meses de la puesta en marcha a nivel de consultas de primaria del proyecto de mejora en la optimización de la derivación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 281

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR I (ZARAGOZA) DE SALUD

de los pacientes con lumbalgias mediante la cuantificación de los siguientes parámetros

- Número de pacientes con lumbalgia aguda derivados a consulta de traumatología con criterios de derivación acordados según guía /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.
- Número de pacientes con lumbalgia aguda que acuden a consulta de traumatología con las pruebas complementarias iniciales protocolizadas /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.
- Número de pacientes con lumbalgia aguda inespecífica que han recibido un tratamiento inicial /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda inespecífica.
- Encuesta de satisfacción del usuario y del profesional

Introducción del material docente en página web del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Royo Villanova, dicha página en proceso de construcción, se pondrá a disposición del personal sanitario en la intranet del Hospital.

Apertura en dicha web se abre la posibilidad de diálogo escrito sobre esta cuestión y la agregación de sugerencias.

La introducción del material en las consultas ha sido muy reciente, contando con el tiempo de demora desde la derivación del paciente hasta la primera cita en nuestras consultas no ha dado margen suficiente para poder evaluar de manera plena los efectos de dicha documentación y formación en la derivación.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminución del número de derivaciones inadecuadas a atención especializada.
- Estandarización y consenso de criterios para la derivación de los pacientes.
 - Disminución de la variabilidad en el tratamiento de la lumbalgia.
 - Disminución del número de consultas al especialista en Traumatología para un mismo paciente
 - Disminución de los costes adecuando la petición de pruebas complementarias a las necesidades de cada cuadro clínico.
 - Aumento de la satisfacción de los usuarios con disminución de los tiempos de espera para su asistencia y sus desplazamientos a los distintos centros.
 - Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.
 - Colaboración en la toma de decisiones entre Atención Primaria y Especializada.
 - Desarrollo y aplicación en nuestro medio de una Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la lumbalgia en Atención Primaria y derivación del mismo al Especialista.
 - Mejora de la competencia clínica y de la satisfacción del profesional
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Unificación de criterios entre facultativos de Atención Primaria y especialistas en Traumatología mediante la elaboración de un protocolo de consenso para el diagnóstico y seguimiento de la lumbalgia simple.
- Protocolización de la petición de pruebas diagnósticas necesarias para la derivación a consulta de Traumatología para aumentar la resolución de dicha consulta.
 - Realización de seminarios teóricos, presentación de casos y dudas por parte de traumatología y atención primaria, mejorando de este modo la comunicación interdisciplinaria y la participación conjunta en la toma de decisiones.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de pacientes con lumbalgia aguda derivados a consulta de traumatología con criterios de derivación acordados según guía /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 281

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA DERIVACION DE PACIENTES CON LUMBALGIA AGUDA DESDE ATENCION PRIMARIA A CONSULTAS DE TRAUMATOLOGIA DEL SECTOR I (ZARAGOZA) DE SALUD

- Número de pacientes con lumbalgia aguda que acuden a consulta de traumatología con las pruebas complementarias iniciales protocolizadas /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda.
- Número de pacientes con lumbalgia aguda inespecífica que han recibido un tratamiento inicial /Número de pacientes derivados a consulta de traumatología por lumbalgia aguda inespecífica.
- Número de sesiones clínicas realizadas.
- Encuesta de satisfacción del usuario y del profesional.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. • El proyecto se continuará durante el año 2011
- Se procederá a la impartición de los seminarios teórico-prácticos interactivos en cada centro de salud de nuestro sector para la mantener la formación de los médicos de Atención Primaria y resolución de posibles conflictos o dudas.
 - Realización de memoria con los resultados y conclusiones del proyecto a final de año.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• CD Y PAPELERÍA	30 €
Total	30 €

11. OBSERVACIONES. SE SOLICITA TAN SÓLO RECURSOS PARA CD GRABABLES Y MATERIAL DE OFICINA (PAPEL Y FOTOCOPIAS), SE APROVECHARÁN LAS APORTACIONES ASIGNADAS EN EL PASADO EJERCICIO.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

363

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS MEDIANTE LOS HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DE ESPECIAL RELEVANCIA

2. RESPONSABLE ROSA MARTINEZ ALVAREZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TOYAS MIAZZA CARLA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- EZPELETA GALINDO ANA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA
- ASPIROZ SANCHO CARMEN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- ALDEA ALDANONDO MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- TOLEDO PALLARES MIGUEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA.
- LABORDA FUSTERO MARIA BENITA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE MICROBIOLOGIA
- BONED JULIANI BEATRIZ. MEDIO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE BIOQUIMICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En las últimas décadas se ha producido un profundo cambio en la epidemiología, la etiología y las características clínicas de las bacteriemias. La incidencia de la bacteriemia en la población general se ha incrementado en un 8,7% anual, pasando de 83 a 240 episodios por cada 100.000 habitantes entre los años 1979 y 2003. En este cambio han influido diversos factores, entre los que se cuentan las terapéuticas más agresivas e invasivas y la importancia creciente de diferentes tipos de huéspedes, más proclives a las infecciones.

La incidencia de la bacteriemia nosocomial se estima en 6 episodios/1.000 ingresos. La mortalidad global es del 27-37% con amplias diferencias según la etiología que van desde el 21% para los pacientes con bacteriemia por estafilococos coagulasa negativa, hasta el 39% para la producida por *Pseudomonas aeruginosa* o *Candida spp.* La frecuencia de bacteriemia aumenta en relación a la gravedad del cuadro clínico, así es del 17-31% en los pacientes con sepsis y del 25-53% con sepsis grave o shock séptico.

En general se acepta que los pacientes con bacteriemia deben mejorar en las primeras 48-72 h de tratamiento adecuado, y que la persistencia de la fiebre o la reaparición de la misma o de otros signos o síntomas de respuesta inflamatoria, más allá de 72 h después del inicio del tratamiento deben alertar sobre un posible curso complicado de la bacteriemia, o bien sobre un fracaso del tratamiento administrado.

El diagnóstico de bacteriemia se establece en ocasiones a posteriori, en pacientes que han sido dados de alta, la mayoría de las veces desde el servicio de urgencias. Estos pacientes requieren la reevaluación inmediata para conocer su situación clínica y si el diagnóstico y el tratamiento indicados al alta eran apropiados.

Diferentes estudios confirman que la consulta a un infectólogo mejora el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

La Unidad de Enfermedades Infecciosas, dependiente de Medicina interna, y el resto de componentes del grupo de seguimiento de las bacteriemias, tiene como objetivo evaluar las bacteriemias del hospital desde el punto de vista clínico y epidemiológico en estrecha colaboración con la unidad de Microbiología, de forma que se valore al paciente en las primeras horas del conocimiento de la positividad de los hemocultivos para contribuir al mejor manejo de este problema de alta morbilidad estableciendo una estrecha colaboración con el responsable directo del paciente.

El Grupo cuenta con el apoyo de la dirección del Hospital, que conoce el proyecto desde su inicio.

Por otro lado, es intención del laboratorio de Microbiología que los resultados de los hemocultivos se informen en el menor tiempo posible (en menos de 24 h de la extracción del hemocultivo puede conocerse el agente bacteriano (bacilos gramnegativo, cocos grampositivo) y en menos de 48 h puede saberse la identificación y sensibilidad de la mayoría de bacterias que causan las bacteriemias. No obstante, debemos conocer que la complejidad de los hemocultivos es cada día mayor (hemocultivos con más de un microorganismo, bacterias de difícil caracterización (que precisan de la utilización de laboratorios externos, biología molecular, etc), patrones de sensibilidad emergentes (BLEEs, AmpC o carbapenemasas en gram negativos y resistencia a oxacilina, resistencia a glucopéptidos y a linezolid, etc, en grampositivos) .

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

363

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS MEDIANTE LOS HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DE ESPECIAL RELEVANCIA

Por todo ello, insistimos en las ventajas de aumentar al máximo nuestro diagnóstico microbiológico, especialmente en infecciones invasivas y recordamos las ventajas de lograr un diagnóstico etiológico preciso; una terapéutica dirigida y ajustada; un conocimiento epidemiológico de nuestra realidad en cuanto a microorganismo y resistencias; implicaciones en salud pública.

En cuanto a la epidemiología de las resistencias, creemos interesante conocer que el laboratorio de Microbiología del HRV participa desde el año 2007 en el estudio europeo EARSS mediante la aportación de datos de infecciones invasivas, y que los datos de toda Europa se pueden consultar en su página web.

Se han publicado guías por la SEIMC y otras sociedades científicas (SEQ, FESEMI), de consenso sobre el manejo de bacteriemias. Es intención de este Grupo difundirlas en el hospital y se pretende que sirvan de orientación en el tratamiento empírico de los pacientes. Desde la SEIMC se están impulsando estos trabajos y de hecho, se presentará en su próximo congreso una sesión interactiva sobre "Paciente con bacteriemia: programas integrados de manejo clínico-microbiológico" del XV Congreso de la SEIMC que se celebrará en Málaga los días 1-4 de junio de 2011, en el que hemos participado enviando nuestros datos.

En los objetivos del año 2011 además se intentará recoger de un modo reglado el seguimiento de otras muestras microbiológicas que se consideran relevantes para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones. Se considerarán aquellas que aporten una información relevante en cuanto a agentes etiológicos (microorganismos epidemiológicamente significativos), tipos de pacientes (inmunodeprimidos, portadores de prótesis o dispositivos, etc), resistencias a los antimicrobianos que hagan suponer -o se haya confirmado tras la revisión de la historia- un tratamiento empírico no adecuado, etc. Este proceder se viene haciendo desde 2010 y es intención de este proyecto sistematizarlo y recoger las actividades realizadas en un base de datos que sirva para recoger el trabajo realizado y analizarlo posteriormente, a fin de conocer tanto el rendimiento inmediato para los pacientes como las áreas de mejora futuras.

1. Cisneros-Herreros JM et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25:111-30
2. Petrak RM, Sexton DJ, Butera ML, Tenenbaum MJ, MacGregor MC, Schmidt ME, et al. The value of an infectious diseases specialist. *Clin Infect Dis*. 2003;36:1013-7.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Difusión

- El protocolo de extracción de hemocultivos que se había realizado en el entorno de la comisión de infecciones, profilaxis y política antibiótica del hospital se distribuyó ampliamente por el hospital, principalmente a todas las unidades de enfermería a través de sus supervisores.
- Se ha realizado y seguido el protocolo de valoración de pacientes de urgencias y se ha realizado una plantilla de informe de bacteriemia.
- Se elaboró una ficha de recogida de datos que se adjunta para facilitar la recogida a pie de cama.
- Se ha realizado un documento de cuidados de catéter central que se adjunta al alta de los pacientes que salen de UCI con ella.
- Se han realizado sesiones informativas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario y en el Hospital Provincial tras mostrar interés por nuestro proyecto
- Se han incorporado en la intranet a través de la biblioteca provisionalmente, hasta que se disponga de una entrada específica documentos de utilidad en el manejo de enfermedades infecciosas. Se seguirá actualizando con documentos de interés. Está previsto el actualizar a través de la comisión de infecciones los protocolos de infecciones más frecuentes.

Número de hemocultivos realizados en el HRV en cifras totales y de positivos significativos comparando con otros años.

En el año 2010 se han procesado un total de 10.485 botellas de hemocultivos (H) correspondientes a 2618

pacientes. De los 2618 pacientes, en 702 algunos de los H fueron positivos, derivándose de ello una ulterior actuación por parte del personal del laboratorio de Microbiología (LM). De los 702 H positivos, 484 (69%) correspondió a flora grampositiva y 218 (31%) flora gramnegativa.

Resultados comparados con años previos: Se han procesado un mayor número de botellas cada año correspondientes a un número mayor de pacientes lo que refleja un aumento de los casos en los que se extrae hemocultivos, quizás debido a las campañas que desde el grupo de sepsis y de bacteriemia se han hecho en este sentido. Los Gram positivos suponen en el último trienio alrededor de dos tercios de los aislamientos, una diferencia con los Gram negativos que era menor en años previos al 2009, quizás como en otras series debido a la complejidad de los pacientes y el uso de dispositivos, quizá también influenciado por el grado

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

363

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS MEDIANTE LOS HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DE ESPECIAL RELEVANCIA

de contaminaciones.

La cifra de probables contaminantes es muy alta, supera con creces al 3% que se considera cifra límite de contaminaciones. Se deriva de ello la necesidad de estudio para localizar el problema, haciendo hincapié en Enfermería y los procedimientos de extracción de hemocultivos. En el análisis del tercer cuatrimestre de 2010 la cifra de contaminaciones fue del 7%, lo que constituye una clara oportunidad de mejora.

Incidencia de bacteriemias por servicios: Datos del sistema EARS (Red Europea de Vigilancia de la Resistencia Antimicrobiana), perteneciente a los CDCE

Procedencia: El origen mayoritario es el servicio de Urgencias, seguido por las Áreas Médicas (Medicina Interna, Neumología, Cardiología, etc); y quirúrgicas (Urología, Cirugía, Traumatología) y la Unidad de Cuidados Intensivos

Del análisis de los resultados de 2010 se extraen las siguientes conclusiones, a expensas de un análisis más profundo:

1. Etiología: En 2010 se observa un importante aumento en el número global de cepas, respecto a 2009, fundamentalmente a expensas de E coli. Estos resultados requieren un análisis más profundo para conocer si se ha producido alguna circunstancia que pueda explicar esta variación

2. E coli: Elevados porcentajes de resistencia a cefalosporinas de 3ª generación, que superan el 12%

3. S aureus: Elevado porcentaje de resistencia a oxacilina (> 33%), superior al esperado en un hospital de su clase. Preguntas a contestar tras el estudio pertinente: ¿podría ser indicativo de alguna tendencia? ¿Se ha observado alguna circunstancia especial (brotes...) que explique esta elevada tasa de SARM?

En UCI: la tasa de bacteriemias es muy baja con 0.9 bacteriemias por 1000 días de catéter debido a la participación en el proyecto bacteriemia zero. Y en cuanto a otros focos fuera del catéter las tasas son igualmente buenas con 0.28 bacteriemias por cada 100 pacientes ó 0.44 por cada 1000 estancias.

En cirugía general: Se han evaluado alrededor de 50 bacteriemias a lo largo del año 2010. - En Cirugía General hay una tasa significativa de bacteriemias por gérmenes Gram positivos, fundamentalmente S. epidermidis,

frecuentemente ligadas a bacteriemia por catéter. Esto obligaría a llevar a cabo actuaciones tales como, formación en el cuidado de catéteres y su retirada lo más precozmente posible. Control de los pacientes con

NPT. Se está comenzado a plantear, junto con M. Preventiva, actuaciones en este sentido.

En otras áreas: se han evaluado 289 bacteriemias correspondiendo la mayoría 146 (50.52%) a pacientes adscritos a medicina interna. Los Gram negativos suponen un 60.26% de los aislamientos, siendo E coli el principal responsable. El principal foco clínico fue el urológico (33%), seguido del abdominal (25%) y el respiratorio(12%), y juntos suponen el 70%. El origen comunitario, nosocomial o asociado a cuidados sanitarios no se ha podido recoger satisfactoriamente.

Acogida por parte de los servicios: ha sido favorable con menos de un 1% de casos en los que no se ha tenido en cuenta el consejo sobre manejo o tratamiento sugerido por los miembros del grupo.

Pacientes dados de alta en urgencias: En total se han valorado 29 bacteriemias de urgencias con el resultado de: 3 ingresos hospitalarios directos en planta sin pasar por urgencias previa solicitud al servicio de admisión; 4 remisiones a la consulta de la unidad de enfermedades infecciosas para su valoración y proseguir estudio; se remitió información a los hospitales de destino de los paciente en caso de su traslado desde Urgencias (8 casos), principalmente al Hospital Provincial ;y se dio consejo con respecto al tratamiento en distinto grado: 1 inicio de tratamiento, 2 desescalaje, 9 modificaciones y 9 prolongaciones de tratamiento. En tres casos se realizó una valoración preliminar que concluyó con la interpretación como contaminación. El germen más frecuente fue E coli 55.47% (16%); y mostraban algún tipo de resistencia el 43.75%

Queda pendiente: realizar un análisis estadístico más detallado de todos los datos recogidos, se espera poder realizarlo una vez mejorada la base de datos y la explotación de la misma. Esto será motivo de realización de una tesis doctoral y se presentarán en los congresos de sociedades científicas de nuestro entorno.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Difundir la importancia de los hemocultivos y de otras muestras en el diagnóstico microbiológico de las infecciones invasivas.

2. Obtener el registro de los casos de bacteriemia para conocer la incidencia y prevalencia reales en nuestro centro.

3. Conocer la epidemiología de las bacteriemias, para ver la población diana en la que implementar las próximas medidas.

4. Conocer la etiología y sensibilidad de las bacteriemias de nuestro centro, para poder diseñar políticas antibióticas correctas en un futuro y adecuar las guías de tratamiento empírico a las resistencias locales.

5. Conocer la etiología y sensibilidad de los microorganismos causantes de infecciones de tracto urinario, de infecciones intraabdominales, de tracto respiratorio y de piel y tejidos blandos, que constituyen las infecciones más frecuentes en nuestro medio y son foco de bacteriemias y sepsis graves.

6. Impulsar la aplicación temprana del tratamiento antibiótico correcto y adecuado a las guías actuales, aconsejando al médico responsable del paciente (labor

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

363

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS MEDIANTE LOS HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DE ESPECIAL RELEVANCIA

formativa y educativa).

6. Estimular el tratamiento secuencial y la simplificación tras conocer el germen responsable como medidas de buena praxis, y ahorro económico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La Unidad de Enfermedades Infecciosas dependiente de Medicina interna tiene como objetivo evaluar las bacteriemias del hospital fuera de UCI desde el punto de vista clínico y epidemiológico en estrecha colaboración con Microbiología (como colaboradora Dra Blanca Fortuño Cebamanos), de forma que se evalúe al paciente en las primeras horas del conocimiento de la positividad de los hemocultivos para contribuir al mejor manejo de este problema de alta morbilidad. Por otro lado, la aportación del personal de UCI, con habilidades en el manejo de catéteres y nutrición parenteral, también seguirá los pacientes con hemocultivos positivos en UCI y en Cirugía General. Se contará con la ayuda del laboratorio de bioquímica (como colaboradora Dra Cristina Pardo Laseca) para la detección de orinas patológicas de las que no se haya solicitado cultivo para realizarse de forma sistematizada. Además se intentará realizar una protocolización del manejo de las distintas muestras biológicas desde su extracción hasta su procesado en los distintos laboratorios.

Para las recomendaciones se seguirá la guía de bacteriemia de la SEIMC (Cisneros-Herreros JM et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25(2):111-30) y el tratamiento antibiótico por focos multidisciplinar (J. Barberán, et al. Recomendaciones de tratamiento antimicrobiano en pacientes alérgicos a antibióticos betalactámicos *Rev Esp Quimioter* 2008;21(1):60-82)

OBJETIVOS Y DISEÑO

1. Difundir el protocolo de sepsis y de extracción de hemocultivos y de cuidados de vía central. a Enfermería, con especial hincapié en el personal de nueva incorporación en el HRV a través de los supervisores de las plantas.
2. Difundir por medio de sesiones y por cartas a los responsables de los servicios los documentos de tratamiento empírico por focos y de simplificación, accesibles en la intranet de la biblioteca desde finales del año pasado.
3. Reunión diaria con Microbiología a las 13 h para conocer los hemocultivos positivos desde la situación de informe preliminar, y confirmar los de días previos y completar con sensibilidades y diseñar las estrategias de tratamiento y seguimiento precisas conjuntamente. Asimismo se valorará otros cultivos de especial relevancia.
4. Mediante la cooperación con el servicio de Bioquímica, se procesarán las orinas con leucocituria >500 LPMN en las que no se ha solicitado expresamente cultivo -o este se remite tras tratamiento antimicrobiano- para conocer la etiología de sepsis y bacteriemias en las que una ITU es la puerta de entrada, y también en casos de infecciones complicadas en las que este dato sea clave para el correcto manejo del paciente (p.ej. pacientes remitidos a domicilio en los que se observa crecimiento de microorganismos no cubiertos con el antimicrobiano prescrito).
5. Valoración epidemiológica de los casos por la enfermera de Microbiología/Unidad de sepsis y recogida de los primeros datos clínicos y escalas, en el momento de conocer la positividad de los cultivos.
6. Evaluación clínica por un facultativo de la Unidad de Enfermedades Infecciosas para establecer la adecuación del tratamiento antibiótico, la simplificación del mismo, y sugerir, si fuese necesario, algún cambio al médico responsable del paciente, así como estudiar las medidas de seguimiento o manejo que pudieran derivarse de esta actuación.
7. En el caso de pacientes ingresados en UCI y Cirugía General, se procederá asimismo a la evaluación clínica del paciente, pero en esta ocasión por un facultativo de la UCI. Se establecerá la adecuación del tratamiento antibiótico; se valorarán los pertinentes cambios ("desescalar") y se procederá al seguimiento del paciente, todo ello con conocimiento y comunicación permanente con el médico responsable del paciente.
8. El personal del grupo perteneciente a UCI, evaluará además a los pacientes con vía central y nutrición parenteral. Y desarrolla un proyecto de mejora de calidad para mejorar los resultados en la bacteriemia asociada a catéter en cirugía general.
9. Reevaluación de los casos a lo largo del ingreso en la medida de la necesidad y el acuerdo con el médico responsable y registro de la situación al alta.
10. En los casos de pacientes dados de alta desde urgencias, se revisará la historia de urgencias, se contactará telefónicamente con el paciente y se valorarán tres opciones: reevaluación en urgencias de la necesidad de ingreso; consejo, tratamiento y seguimiento por consultas por la UEI; consejo y tratamiento ambulatoriamente por el médico de atención primaria con informe de la UEI.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 363

1. TÍTULO

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS MEDIANTE LOS HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DE ESPECIAL RELEVANCIA

11. Registro en los datos obtenidos en una base de datos para su posterior tratamiento y difusión.
12. Se informará a Medicina Preventiva de aquellos casos que pudieran tener relevancia epidemiológica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Evaluación: Se trata de evaluar el número y etiología de las bacteriemias del hospital y la utilidad de la colaboración de microbiología-unidad de enfermedades infecciosas en su manejo

- Indicadores:
1. Conocer el número de hemocultivos realizados en el HRV en cifras totales y de positivos significativos, comparando con otros años. N° de hemocultivos positivos por cada 1000 ingresos.
 2. Conocer las cifras de contaminaciones, especialmente en el servicio de Urgencias. Análisis y difusión de datos.
 3. Incidencia de bacteriemias por servicios.
 4. Etiología y sensibilidades de los aislamientos globales y desglosadas por servicios dividido por tipo de muestras (urinarias, respiratorias, intraabdominales, etc)
 5. Focos clínicos causantes de bacteriemia.
 6. Tipos de bacteriemias: comunitaria, nosocomial y asociada a cuidados sanitarios.
 7. Grado de actuación de la unidad en cuanto a asesoramiento sobre manejo clínico y tratamiento antibiótico en la primera visita.
 8. Porcentaje de cambios realizados en el seguimiento antibiótico en cuanto a tratamiento secuencial y simplificación.
 9. Pacientes dados de alta de urgencias con hemocultivos y otros cultivos de especial relevancia positivos, análisis de los casos: hospitalización, tratamiento y seguimiento ambulatorio por la UEI, consejo al paciente y su médico de atención primaria para tratamiento por el mismo.
 10. Seguimiento: conocer el porcentaje de hemocultivos globales, sobre los que se ha podido aplicar el proyecto.
 11. Comparación con cifras de otros países europeos y otros hospitales españoles

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Febrero - Abril 2011: Difusión a todos los servicios del hospital de la importancia de los hemocultivos como diagnóstico microbiológico y especialmente en las sospechas de sepsis y de los documentos elaborados y su disposición en la intranet.
2. Febrero - Abril: Revisión de las bases de datos.
 3. Enero-Diciembre: Recogida sistemática de datos por parte de los integrantes del grupo.
 4. Enero-Diciembre: Seguimiento clínico de los pacientes con bacteriemia presumiblemente significativa.
 5. Marzo-Diciembre: reuniones del grupo para poner en común resultados del seguimiento de los pacientes y de las actuaciones implementadas.
 6. Diciembre: Evaluación de resultados y elaboración de la memoria.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Imprenta de material divulgativo	200 €
· Base de datos y apoyo metodológico	600 €
· Base de datos y apoyo metodológico	600 €
Total	1.400 €

11. OBSERVACIONES. Nos gustaría poder recibir apoyo metodológico para la explotación de nuestros datos. En la convocatoria este punto figura en el punto cuarto, por lo que solicitamos nos indiquen cómo obtenerlo.

"CUARTO.- Los proyectos seleccionados podrán recibir por parte del Servicio Aragonés de Salud las siguientes aportaciones:

- Asesoramiento y formación sobre metodología y herramientas para el desarrollo de las actividades de mejora de la calidad aplicadas a cada proyecto, a través de talleres y/o

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

363

EVALUACION DEL RENDIMIENTO DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE SEGUIMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS MEDIANTE LOS HEMOCULTIVOS Y OTRAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DE ESPECIAL RELEVANCIA

asesorías con la Unidad de Calidad del Sector.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 314

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL PAC DE PEDIATRIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES MARTINEZ MARCO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· QUILEZ PERNIA ANA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
· IZQUIERDO BALZQUEZ AURORA. ENFERMERA. HOSPITAL MIGUEL SERVET. MEDICINA INTERNA
· DOMINGUEZ ANDRES LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL Punto de Atención Continuada (PAC) de pediatría instalado en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital atiende todas aquellas patologías propias de Atención Primaria y aquellas que son consideradas de especialidad o graves son estabilizadas y trasladadas a un Centro especializado.
Para esta atención contamos con tres salas organizadas y equipadas en cuanto a material y medicación de acuerdo a la población que se atiende así como un carro de paradas pediátrico.
Para una buena organización y rapidez en el trabajo consideramos necesario una unificación de criterios en cuanto a que dicho material y medicación sea el mismo siempre y en el mismo sitio siendo responsable de ello la plantilla de enfermería. Así como es necesario por parte de enfermería conocer las técnicas y actuaciones de las patologías más comunes de este tipo de población.
Ambos puntos no se considerarían dificultades propiamente del servicio si se mantuviese constante las misma plantilla de enfermería pero no es así, la existencia de un combinado de plantillas según horarios y la continua rotación de personal por el servicio principalmente eventual por las necesidades de dicha plantilla conlleva a una cierta desorganización a la hora de organizar, revisar y actuar.
Una guía de procedimientos es un instrumento de trabajo para informar de la organización del servicio así como orientar en técnicas y actuación de enfermería ante las diversas situaciones/patologías mas frecuentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Tener un instrumento que unifica el trabajo de enfermería en cuanto a organización así como de orientación para diversas técnicas.
-Facilitar el trabajo a enfermería en cuanto a rapidez y eficacia.
-Difundirla a los centros de salud del sector I.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar una guía de procedimientos en un PAC de pediatría que incluya:
· Material y medicación necesario para una sala de curas y de consulta.
· Descripción patologías mas frecuentes.
· Descripción técnicas más habituales.
· Soporte vital en pediatría.

Distribucion de dicha guía a todo el personal responsable del PAC
Presentación al servicio y formar grupo de apoyo (2-3 personas) informativo.
Realizar una encuesta de valoración entre el personal de enfermería, que ha estado trabajando en dicho PAC, el personal eventual al acabar el periodo de trabajo y en el personal fijo al final de año.
Taller practico si fuese solicitado por el personal del servicio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de personas que han recibido la información desde la presentación de la guía.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 314

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL PAC DE PEDIATRIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Encuesta/ valoración:

- Grado de aceptación.
- Mejora tiempo/eficacia calidad asistencial.
- Valoración facilidad de uso.
- Observaciones/demandas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Duracion : 1 año desde la aprobación del proyecto

Marzo a Junio elaboración de la guía

Junio presentar al guía en Hospital y Centros de Salud. Formación de grupo de apoyo en hospital y colaboración de una por centro de los que asistan.

Elaboración de encuesta.

Diciembre distribuir y recoger las encuestas

Enero- marzo (2012) elaboración de una memoria con resultados y conclusiones.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Gastos de imprenta	600 €
Total	600 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

068

ACTUALIZACION Y DIFUSION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

2. RESPONSABLE CARLOS ANGEL MONCIN TORRES

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VICENTE ITURBE CRISTINA. FARMACEUTICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El avance del contrato-programa del año 2.011 para el Servicio de Farmacia incluye entre sus objetivos, en el apartado de calidad, la elaboración de un manual de funcionamiento.

El manual de funcionamiento o de procedimientos recoge cuales son las actividades y servicios que presta el Servicio de Farmacia y las personas responsables e implicadas en dichas actividades. Describe cómo se hacen estas actividades de modo que facilita el trabajo a las personas que lo desempeñan y a quienes eventualmente puedan sustituirles.

El Servicio de Farmacia del Hospital Royo Villanova cuenta con un manual de procedimientos elaborado en el año 2.005 que, debido al tiempo transcurrido, precisa una actualización.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo que se pretende conseguir es la actualización del manual de procedimientos y el conocimiento de su contenido por parte de todas las personas que trabajan en el servicio de farmacia. El mero hecho de revisar el manual de procedimientos implica una reflexión sobre cómo se hacen las cosas y cómo se pueden mejorar.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para lograr el objetivo propuesto se va a dedicar una parte de las sesiones del servicio a exponer los diferentes apartados del manual de procedimientos. Cada apartado que se exponga en una sesión habrá sido revisado previamente por un farmacéutico. Estas sesiones servirán para mejorar el conocimiento de los diferentes apartados del manual y para incorporar las mejoras que en su caso pueden proponerse

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se plantea el objetivo de revisar al menos cinco apartados del manual de procedimientos.

La evaluación del proyecto se realizará mediante la medición de 2 indicadores:

- Porcentaje de apartados revisados (AR) respecto al número objetivo de 5 apartados a revisar

Indicador 1 % de AR revisados = n° de AR/5*100

- Porcentaje de sesiones del servicio (SDS) en las que se expone un apartado revisado de manual de procedimientos respecto al número objetivo de 5 sesiones sobre apartados del manual de procedimientos

Indicador 2 % de SDS dedicadas a revisar el manual de procedimientos = n° de SDS/5*100

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Las sesiones del Servicio de Farmacia comienzan en el mes de marzo y se celebran cada 2 semanas. Parte de ellas versarán sobre apartados del manual de procedimientos y se prevé que los indicadores alcancen en el mes de octubre un cumplimiento de al menos un 80%.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 068

ACTUALIZACION Y DIFUSION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO

· *Proyector con conexión al ordenador para apoyar las exposiciones	250 €
Total	250 €

11. OBSERVACIONES. *Proyector con conexión al ordenador para apoyar las exposiciones de las sesiones

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 272

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE LAURA NASARRE NAVARRO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· DE LA CERDA VELAZ ANA ISABEL. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
· SARALEGUI RETA MARIA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA
· SIMON PARACUELLOS MARIA PAZ. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La necesidad de continuar los cuidados enfermeros tras el alta en nuestra unidad nos ha llevado a realizar unas recomendaciones lo mas adecuadas posibles a nuestros pacientes traumatologicos. Las recomendaciones de enfermeria al alta son fundamentales para la prevencion de problemas potenciales tras el alta del paciente, una herramienta de gran utilidad para hacer extensible la idea del autocuidado a pacientes y familiares, consiguiendo a su vez disminuir la inseguridad en el momento del alta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la continuidad de cuidados en el domicilio tanto del cuidador como de los profesionales que atiendan al paciente. Establecer unas recomendaciones al alta para cada proceso quirurgico, para que sepan como deben actuar en su domicilio. Proporcionar informacion a nuestros compañeros de atencion primaria u hospitalaria sobre los cuidados a aplicar a cada paciente. Con la realizacion de estas recomendaciones pretendemos agilizar la informacion que trasladamos desde el hospital a nuestros compañeros de atencion primaria y especializada para conseguir una continuidad de cuidados de calidad en el paciente, asi como mejoraremos la comunicacion entre los profesionales e implicaremos a la familia en los cuidados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizaremos unas recomendaciones de enfermeria al alta adaptadas a las necesidades de cada paciente segun su patologia. Estas recomendaciones se adjuntaran al informe de alta de enfermeria de nuestro centro y se daran al paciente en el momento del alta hospitalaria. Como estas recomendaciones se entregaran al paciente y familiares entendemos que deben ser claras y sencillas, para que no haya dudas por parte del paciente o familiares. En ellas recalcaremos temas como curas, complicaciones o signos de alarma, analgesia, tratamientos, movilizacion...

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes a los que se les entregan las recomendaciones junto con el informe de alta de enfermería (se adjuntará una copia a la historia del paciente para su posterior control)
- N° de pacientes que, tras darles las recomendaciones y posterior lectura, siguen presentando dudas acerca de su alta al domicilio (se reflejará en la copia de la historia del paciente)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El proyecto se iniciará entre los meses de junio-julio, hasta en principio un año, con posterior valoración para su continuidad.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· material informático 400 €
Total 400 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

018

PROTICOLO DE INFORMACION PARA EL INICIO DE LA AUTO-REHABILITACION PRECOZ TRAS UNA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO. IMPLICACION DEL PACIENTE

2. RESPONSABLE EVELIO JOSE NAVARRO GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FEKETE ANDRAS. MEDICO/A. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El problema a solucionar es mejorar la información que le da a un paciente tras una cirugía artroscópica de hombro en función de la patología de la que ha sido intervenido (descompresión subacromial, lesión del manguito rotador, inestabilidad glenohumeral o rigidez articular). Informar con términos comprensibles de lo importante que es para el éxito en la cirugía a la que ha sido sometido la importancia de una rehabilitación precoz y activa por su parte la cual debe iniciar desde el mismo momento del alta hospitalaria a su domicilio. Los pacientes salen del hospital sin una clara idea de lo que pueden y no deben hacer con la extremidad recién operada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Facilitar una información precisa y clara al paciente para que pueda iniciar el proceso rehabilitador precoz de forma activa en su domicilio.

Minimizar el numero de pacientes que acuden a la primera revisión por el traumatólogo que les ha intervenido mediante cirugía artroscópica y no han iniciado la movilidad de la extremidad por miedo o desconocimiento.

Minimizar en lo posible el tiempo y sesiones necesarias de rehabilitación y fisioterapia hasta conseguir el alta por mejoría del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se realizarán protocolos de auto-rehabilitación precoz domiciliaria para los pacientes por partes de los cirujanos ortopédicos que realizan estos procesos de cirugía artroscópica de hombro.

A cada paciente se le adjuntara con el informe de alta un documento donde se explicara con lenguaje claro y sencillo la técnica quirúrgica utilizada en función de su patología (síndrome subacromial, lesión tendinosa o inestabilidad glenohumeral).

En función de la patología intervenida se le entregará una tabla específica de ejercicios a realizar de manera precoz en su domicilio así como recomendaciones y movimientos que debe evitar con la extremidad operada.

Estos ejercicios estarán explicados de forma sencilla y con imágenes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Los indicadores serán:

- Numero de pacientes que reciben el documento con la información junto con el informe de alta.
- Evaluación subjetiva del grado de mejora que perciben los pacientes con la información dada.
- Evaluar el numero de pacientes que han iniciado la auto-rehabilitación precoz gracias a la información proporcionada
- Comparar las mejoras en el balance articular precoz en los pacientes que han recibido la información y realizado la auto-rehabilitación precoz frente a los que no la recibieron (histórico)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Los protocolos de auto-rehabilitación se elaborarán a lo largo de los meses de mayo y junio de 2011.

Se evaluarán los indicadores seleccionados durante el segundo semestre del año 2011 por los traumatólogos incluidos en el proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 018

PROTOCOLO DE INFORMACION PARA EL INICIO DE LA AUTO-REHABILITACION PRECOZ TRAS UNA CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO. IMPLICACION DEL PACIENTE

· *MATERIAL DIDACTICO PARA CADA PACIENTE INTERVENIDO POR CIRUGIA ... 200 €
Total 200 €

11. OBSERVACIONES. *MATERIAL DIDACTICO PARA CADA PACIENTE INTERVENIDO POR CIRUGIA ARTROSCOPICA DE HOMBRO

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 642

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN LA REALIZACION DE CARDIOVERSION PROGRAMADA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE BEATRIZ ORDOÑEZ RUBIO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- AZNAR COSTA JOAQUIN. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - GARZA BENITO FERNANDO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - NUMANCIA ANDREU ROSA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - FERREIRA AGUAR ANA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - CASTILLO LUESIA ENRIQUE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - LEGAZCUE GOÑI ANA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA
 - ALICAR MUÑOZ MARTA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fibrilación auricular es una enfermedad muy prevalente en pacientes de cierta edad e hipertensos (20% de los pacientes mayores de 80 años). Uno de los tratamientos de reconocida utilidad para revertir a ritmo sinusal es la cardioversión eléctrica. Su realización de forma programada es un procedimiento muy efectivo y con escaso riesgo para el paciente si se realiza de forma reglada. Durante el último trimestre del 2010 se objetivaron una serie de problemas en cuanto al la hoja de petición de cardioversión eléctrica programada y al protocolo usado hasta este momento en nuestro hospital. Faltaban datos tan importantes como el tiempo en fibrilación auricular, el diámetro de AI, desde cuando estaba anticoagulado... por lo que se propuso desde nuestro servicio modificar la hoja de petición de cardioversión eléctrica y establecer un protocolo de actuación que facilite y disminuya el coste de la cardioversión eléctrica programada.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la mejora de la petición de cardioversión eléctrica programada queremos:

1. Mejorar la claridad de los datos de filiación del paciente (al haber un espacio específico para éstos) y otros datos del origen de éste (desde donde se solicita la cardioversión eléctrica programada, cuando fue solicitada...).
2. Mejorar la identificación del médico solicitante, lugar desde donde se solicita y fecha en la que se soliciala.
3. Mejorar la calidad de los datos clínicos del paciente (en muchas ocasiones, éstos son los únicos datos que hay de algunos pacientes en la historia del hospital) en cuanto a resumen breve de la historia clínica (incluyendo fotocopia del último ecocardiograma), diagnóstico y tratamiento actual (incluyendo si está correctamente anticoagulado con su pauta habitual y desde cuando).

Con el nuevo protocolo de cardioversión eléctrica programada pretendemos:

1. Evitar el ingreso hospitalario del paciente, ya que con el nuevo protocolo del paciente permanece en hospital de día (CMA) antes y después de la cardioversión. Acudiendo al Hospital la mañana de la cardioversión y siendo dado de alta esa misma mañana a las dos de la tarde.
2. Centralizar las actuaciones protocolizada en una sola unidad (realización ECG, toma de constantes...); es decir, al ingresar en el hospital de día (CMA) siempre, el personal de esta unidad se familiariza con el protocolo y se disminuirá el número de errores cometidos en este acto.
3. Realización de coagu-check (análisis digital de INR) con lo que se evita la realización de estudio analítico de coagulación, con el consiguiente ahorro.
4. Realizar una cardioversión eléctrica programada reglada en menos tiempo (ya que el procedimiento protocolizado mejora los tiempos de revisión de historia, extracción de sangre...) por parte del cardiólogo y, posteriormente, anestesista que atiende al paciente.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

642

PROGRAMA DE MEJORA EN LA REALIZACION DE CARDIOVERSION PROGRAMADA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se ha realizado una nueva petición de cardioversión eléctrica programada (antes no había una petición específica de esta técnica) que recoge mejor todos los datos necesarios para una cardioversión más efectiva y segura.
2. Mejorar la calidad de asistencia al paciente que ingresa para cardioversión eléctrica programada.
3. Disminuir el tiempo que tiene que estar el paciente ingresado (ya que al ingresar la misma mañana de la cardioversión programa en la unidad de cirugía mayor ambulatoria el paciente no hace noche en el hospital).
4. Disminuir el gasto asociado a la cardioversión eléctrica programada. Evitar realización de hemograma, bioquímica y coagulación que se hacía previamente. Ya que en el nuevo protocolo es suficiente realizar una determinar capilar de INR.

RESUMEN DEL PROTOCOLO (no podemos incluir toda el protocolo. esta en archivo Word

- ? Paciente en ayunas 8 horas antes del procedimiento.
- ? No tomar medicación habitual.
- ? Comprobar que en la historia del paciente están los documentos básicos:
 - o Petición de CVE
 - o Copia de Eco
 - o Consentimiento
 - o Pauta de anticoagulación
- ? ECG (Tiene que estar en fibrilación auricular o flutter auricular).
- ? Examen de coagulación("Coagucheck") con INR entre 2-3
- ? Traslado del paciente a la sala de despertar.
- ? Recepción del paciente tras cardioversión. Toma de TA
- ? Realización ECG.
- ? Aplicar flamazine en tórax tras CVE(quemadura por las palas)
- ? Ayunas de 2 horas tras cardioversión.
- ? Alta de enfermería tras el alta médica.

No se puede incluir la petición de Solicitud al estar en un archivo Word

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Se repartirá el nuevo formato de petición de cardioversión eléctrica y se realizará un corte transversal en el tercer trimestre del 2011 para valorar si éstas han sido mejor cumplimentada con el nuevo formato.
2. Se valorara cual ha sido el ahorro debido a disminuir las horas de hospitalización, evitar el gasto asociado a analítica y otros gasto diferentes...
3. Se le entregara al paciente previamente al alta un cuestionario de satisfacción en relación a la técnica que se le ha realizado.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primer-segundo trimestre 2011 difundir las nuevas peticiones de cardioversión.

Tercer trimestre del 2011 valorar resultados en la metodología de cardioversión y valorar el ahorro supuesto con el nuevo protocolo. Recogida de los datos de satisfacción del paciente. Recogida de los datos en sendas bases de datos y valoración de los resultados.

Cuarto trimestre del 2011 valoración de las áreas a mejorar y puesta en marcha de soluciones consensuadas con todo el equipo de car

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. No podemos incluir los archivos de protocolo de actuación y petición de cardioversion. Si se necesitan solicitarlos que los enviaremos por otra vía

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

642

PROGRAMA DE MEJORA EN LA REALIZACION DE CARDIOVERSION PROGRAMADA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 634

IMPLEMENTACION DE UN DOCUMENTO DE REGISTRO DE CUIDADOS ASISTENCIALES DE EL TCAE EN LA UCI

2. RESPONSABLE JESUS ORTEGA LAMATA
- Profesión AUXILIAR DE ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. UCI
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MATUTE DOMINGUEZ INMACULADA. TCAE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
 - PRATS MUNIESA GLORIA. TCAE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
 - PEZONADA UTRILLA ELVIRA. TCAE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
 - GOMEZ SERRADELL CAROLINA. TCAE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
 - LLUCIA LOPEZ CRISTOBALINA. TCAE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
 - PEREZ FERNANDEZ ROSARIO. TCAE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI
 - VIDAL GAVIN SUSANA. TCAE. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UCI

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROBLEMA Y SITUACIÓN DE PARTIDA:

Hasta el momento los cuidados que realiza el TCAE no se registran en ningún documento, con lo que la transmisión de información entre TCAEs se hace de viva voz. Ante la gran cantidad y variedad de información, debido a la polivalencia de nuestra Unidad, nos hace plantearnos la necesidad de un documento de registro, donde quede constancia de los cuidados que la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería presta al paciente; siempre en colaboración con la enfermera/o, y bajo las ordenes de la misma.

Cuando la unidad tiene un alto número de pacientes, se hace difícil el control de toda la información, sobre todo en los turnos de tarde y de noche, cuando solo trabajan dos TCAEs. Así, observamos que este hecho a veces podía repercutir en los pacientes, por lo que el "Grupo de Mejora" propone elaborar un Documento de Registro como herramienta de registro para subsanar las posibles pérdidas de información, que en ocasiones han ocurrido, y pueden repercutir en la calidad y la seguridad de los cuidados que el TCAE realiza sobre el paciente.

OPORTUNIDAD DE MEJORA:

El documento de registro de cuidados de TCAE en UCI tiene como principal finalidad mejorar la calidad y seguridad de los cuidados asistenciales que estos profesionales proporcionan al paciente, utilizando como herramienta un documento de registro de cuidados, recogiendo toda la información necesaria sobre el paciente para que sea transmitida en los cambios de turno de una manera eficiente, disminuyendo los riesgos de sufrir accidentes u otros sucesos adversos en el transcurso de la atención recibida. A la vez que queda constancia de los cuidados realizados por el profesional sobre un determinado paciente.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Hernanz, G. Estudio sobre la cumplimentación de los Registros de Enfermería Medicina Interna. Hospital Universitario Gregorio Marañón. 2004.

Murphy, J. Y J. Bruke, L. Anotar las excepciones. Una forma más eficaz de hacer los registros. (1991)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. La implementación de un documento de registro de los cuidados asistenciales que prestan los TCAEs en UCI.

Aumentar la seguridad del paciente, utilizando como herramienta de información un documento de registro del TCAE en UCI, disminuyendo los riesgos de sufrir accidentes u otros sucesos adversos en el transcurso de la atención recibida.

Aumentar la calidad de los cuidados que presta el TCAE en UCI, mediante la introducción de un documento de registro de cuidados, como herramienta eficaz de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

634

IMPLEMENTACION DE UN DOCUMENTO DE REGISTRO DE CUIDADOS ASISTENCIALES DE EL TCAE EN LA UCI

información para la realización de los mismos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. METODOLOGÍA:

Para conseguir los objetivos marcados en los puntos anteriores el "Equipo de Mejora" propone crear un documento de registro y herramienta de trabajo, adaptado a las necesidades de trabajo de la unidad, que coexista con la gráfica de enfermería y el tratamiento médico, donde estén todos los ítems que recojan los cuidados que prestan los TCAEs en la UCI:

- Datos de identificación del paciente y fecha.
- Diagnóstico y posibles alergias y aislamientos.
- Colaboración en técnicas con la/el enfermera/o.
- Constantes: Temperatura, Diuresis, etc.
- Nutrición enteral y oral.
- Colaboración con la/el enfermera/o en la administración de medicación oral
- Control de débito de drenajes.
- Control de deposiciones.
- Box: alta y reposición.
- Movilización del paciente.

El documento de registro se pretende que conste de dos caras. En la primera irían reflejados los ítems anteriores, y en la segunda se especificarán las observaciones por turno y firmadas por el TCAE correspondiente. Dichas observaciones deben ser claras, concisas, objetivas y usando la terminología técnica adecuada. Además se propondrá la realización de un check-list de seguridad, que irá en la segunda cara y donde constarán las siguientes verificaciones:

- Correcto etiquetado de los tubos de analíticas.
- Nutrición enteral: tipo y flujo.
- Sistema de aspiración.
- Ambú
- Box y material.
- Alineación correcta del paciente.
- Dieta del paciente: ayunas y tipo.
- Comentar el paciente con la/el enfermera/o.

También se realizará una guía de cumplimentación normalizada del registro de cuidados.

ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

Las actividades para mejorar son la ejecución del propio registro como herramienta de trabajo, para mejorar la calidad y seguridad en la atención al paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INDICADORES PARA MONITORIZAR EL PROYECTO:

La realización de un Documento de Registro que refleje toda la información sobre los cuidados prestados por el TCAE de UCI, que permitirá evaluar la eficacia de la información transmitida por el mismo como herramienta de trabajo, y realizar las posibles mejoras sobre este a través de la apertura de un archivo de incidencias.

Recopilación estadística y encuestas sobre los datos aportados por el Documento de Registro. De aquí obtendremos las variables para los planes de mejora.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El "Equipo de Mejora" estima el tiempo del proyecto a un año vista. Si bien se establecerán las actividades estadísticas y de encuestas cada tres meses, dada la fluctuación del número de pacientes en determinados periodos de tiempo.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

634

IMPLEMENTACION DE UN DOCUMENTO DE REGISTRO DE CUIDADOS ASISTENCIALES DE EL TCAE EN LA UCI

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. El borrador del Documento de Registro nos ha sido imposible adjuntarlo debido a las características del formato. Rogamos nos comunique si existe la posibilidad de adjuntarlo por algún otro medio.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

DETECCION Y EXPLORACION DE PACIENTES CON DISFAGIA EN ATENCION ESPECIALIZADA (AE) Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA (AP).

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PARDO DIEZ
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERA VALORACIÓN
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALFONSO CORTES MARIA ISABEL. ENFERMERIA. ATENCION PRIMARIA SECTOR I. ENFERMERIA DE ENLACE SECTOR I
· BOLLINAGA MORAL MARIA INMACULADA. DIETISTA-NUTRICIONISTA. ROYO VILLANOVA. DIETETICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La disfagia es un problema de la deglución que condiciona la alimentación y puede llegar a producir complicaciones que afectan a la salud y a la calidad de vida de las personas que la padecen.

Los pacientes ingresados con sospecha de disfagia son susceptibles de realización del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad® (MECV-V) para confirmar diagnóstico de alteración de la deglución y/o riesgo de aspiración.

RECURSOS UTILIZADOS

- Materiales empleados para realizar prueba MECV-V
- Sistema informático OMI: registro de Atención Primaria
- Base de datos MECV-V para recogida de datos
- Base de datos de dietas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ? Atención Especializada

- Detección y exploración de los pacientes con sospecha de disfagia
- Identificación de alteración de la deglución con prueba MECV-V
- Derivación a Atención Primaria con informe de enfermería y resultado de la prueba

? Atención Primaria

Seguimiento de pacientes al alta hospitalaria con informe en el que conste prueba positiva con deterioro de la deglución:

- o Comprobación de registro de informe de alta en Historia Clínica con la creación de episodio "deterioro de la deglución (CIAP-2, D21)"
- o Verificación de aplicación de las medidas correctoras indicadas en informe para control de disfagia. En la valoración de alimentación constará el uso de espesantes (modificación de texturas)
- o Realización de plan de cuidados "Deterioro de la deglución" que se puede colgar de episodio "deterioro de la deglución (CIAP-2, D21)" a pacientes derivados de Atención Especializada con resultado positivo para la prueba

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Método:

Captación activa por dietista-nutricionista a través de visita a pacientes con dieta de disfagia asignada. Realización de cribaje para prueba MECV-V.

Derivación de pacientes con sospecha de disfagia a través de interconsulta por profesionales: facultativos y enfermería

Realización MECV-V de los pacientes derivados para discriminar pacientes con problemas en la deglución

Seguimiento de pacientes con prueba positiva de disfagia a través de los registros en Historia Clínica sistema informático OMI

Actividades:

Incrementar el registro de las medidas a adoptar en caso de prueba positiva de disfagia y

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 464

DETECCION Y EXPLORACION DE PACIENTES CON DISFAGIA EN ATENCION ESPECIALIZADA (AE) Y SEGUIMIENTO EN ATENCION PRIMARIA (AP).

aplicar medidas de corrección para prevenir y/o evitar el riesgo de aspiración
Se modificaran y/o cambiaran medidas, según se vaya desarrollando la actividad y se evalúen los resultados conseguidos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes derivados a los que se les realiza MECV-V
- Porcentaje de MECV-V negativo
 - Porcentaje de MECV-V positivo
 - Porcentaje de MECV-V no se pueden realizar
 - Porcentaje de pacientes con MECV-V POSITIVO a los que se abre episodio "deterioro de la deglución (CIAP-2, D21)"
 - Porcentaje de pacientes con MECV-V POSITIVO a los que se hace una valoración de alimentación con cambio de texturas (uso de espesantes)
 - Porcentaje de pacientes con MECV-V POSITIVO a los que se realiza un plan de cuidados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2011- Junio 2011 Recogida de Datos (TRES meses)
Julio 2011- Septiembre 2011 Evaluación de indicadores
Octubre 2011 - Diciembre 2011 Realización de Memoria
- Evaluación de Proyecto
Propuesta de continuación y mejora del proyecto 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- Inscripción "V curso sobre evaluación y tto de la Disfagia Orofaríngea 500 €
 - *Desplazamiento a otras unidades de disfagia ... 300 €
 - Inscripción a Congreso Nacional de Calidad SECA 700 €
 - Total 1.500 €

11. OBSERVACIONES. *Desplazamiento a otras unidades de disfagia de la comunidad autónoma u otras comunidades

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 142

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL ACCESO A LA INFORMACION DEL PERSONAL Y DE LOS PACIENTES DE LA SECCION DE NEUROLOGIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA INFORMATICA

2. RESPONSABLE JOSE MARIA PEREZ TRULLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. *NEUROLOGIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ARENAS MENA FERNANDO. ENFERMERIA. CME GRANDE COVIAN. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La neurología es una especialidad que está avanzando muy deprisa y que supone un porcentaje significativo de urgencias y consultas. Una adecuada asistencia neurológica conlleva no sólo el aspecto propiamente médico sino que también debe incluir una adecuada, sencilla y veraz información sobre el proceso de modo que el paciente sepa en todo momento y desde nuestra unidad de que proceso se le ha diagnosticado y cuales son las características del mismo.

Hemos detectado que en ocasiones la información que damos al paciente no cumple el objetivo para el cual se la damos que es proporcionarle una explicación sencilla, completa y asequible de las características de su enfermedad. Esto se debe a la brevedad del tiempo disponible, a la falta de comprensión del paciente y que no solicita aclaración y sobre todo a la situación de los pacientes en la consulta que creen comprender el proceso pero tan pronto llegan a casa descubren un mar de dudas en las cuales no habían pensado o lo que es peor, que todo que aparentemente habían comprendido con nuestras explicaciones ya no se acuerdan o ya no lo comprenden tan bien. Esta falta de información genera ansiedad y repercute en la atención al paciente tanto por parte de la familia como del propio especialista a la vez que aumenta la demanda de consulta o buscan la información a través de Internet en páginas con información no contrastada, contradictoria, difícil de comprender o no fiable. Esto último agrava más la cuestión planteada. Otra cuestión es la dificultad de acceso a información de la Sección de Neurología del Sector I.

Para resolver todas estas cuestiones hemos comenzado a elaborar una página de la Sección de Neurología que complemente a la actividad asistencial y sirva tanto para los profesionales como para los pacientes y familiares a los que proporcione, en un lenguaje claro y adecuado, una información sencilla, contrastada, objetiva, veraz, actualizada y de calidad sobre diversas enfermedades neurológicas en relación a nuestra Cartera de Servicios. Pretendemos resolver todos, o casi todos, los principales problemas neurológicos que puedan plantearse desde la perspectiva del paciente a la vez que evitar la duda e incertidumbre en la puedan estar hasta que llegue la siguiente revisión neurológica. En la elaboración de esta información nos gustaría contar con la visión y orientación de las asociaciones familiares ya existentes.

Por otro lado, y desde la perspectiva del profesional, el Sector I de Zaragoza se caracteriza por la dispersión de los centros (2 Hospitales y un CME) en los que la Sección de Neurología ofrece sus servicios de atención especializada. Para coordinar la asistencia es preciso poder disponer de los mismos documentos especializados en todos los centros donde se presta la atención neurológica. Por lo que se pensó que se podía aprovechar la creación de una página web o blog para tener en ella siempre disponible y actualizada dicha información neurológica.

Otra medida que se está intentado implementar y para la que ya se dispone de herramientas, aunque no de tiempo ni de personal es la creación de un servicio de consulta de dudas por medio de correo electrónico para los profesionales de atención primaria que evite el envío de pacientes a la consulta especializada con el volante de consulta.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es una página que lleva realizada por nuestra parte desde hace tres meses y la aceptación por parte de los usuarios de neurología es destacada al igual que para consensurar y servir de cauce a documentos y protocolos de la Sección.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir un mejor acceso a la información y la documentación que pueda necesitar el profesional y el

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 142

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL ACCESO A LA INFORMACION DEL PERSONAL Y DE LOS PACIENTES DE LA SECCION DE NEUROLOGIA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA A TRAVES DE UNA PAGINA INFORMATICA

usuario de la Sección de Neurología del Sector I de Zaragoza.

- Facilitar el conocimiento y comprensión de las diferentes entidades neurológicas, tanto por los diversos pacientes con estas alteraciones como por sus familiares.

- Recibir información por parte del paciente, que tras conocer las características de su enfermedad, nos pueda expresar de forma mas concreta y precisa determinados síntomas en los que con anterioridad no hubiese reparado y distinguir los cambios que puedan aparecer en la evolución de estos pacientes y que puedan complicar el cuadro clínico.

- Intentar acercarnos al otro lado de la enfermedad, el más personal y humano así como al problema familiar y social.

- Proporcionar a la familia y al paciente unos conocimientos mínimos necesarios para un mejor cumplimiento terapéutico y asistencial al paciente en el contexto familiar, facilitando la formación del cuidador.

- Garantizar el derecho del paciente y de su familia a una información eficaz, veraz, actualizada, comprensiva y adecuada sobre el proceso.

- Simplificar y homogeneizar la documentación de la Sección de Neurología.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la creación y mantenimiento del blog, creemos que una cuenta de google es la herramienta más adecuada para el servicio que se pretende implementar por el amplio abanico de herramientas y facilidad de manejo que ofrece y que permiten trabajar la información que se expone en el blog con total independencia, seguridad y coste cero, si no contamos con el tiempo que dedica el responsable de su mantenimiento y que la mayor parte del cual se realiza fuera del horario de trabajo debido a varios factores condicionantes como es la falta de tiempo, la baja calidad del ancho de banda de que dispone en el CME para poder realizar de forma eficaz dicha actividad, la carencia de permisos de las cuentas de usuario en el puesto de trabajo y el escaso y precario estado del hardware del puesto de trabajo.

Para el servicio de consultas por e-mail, se dispone de una cuenta de correo del Salud y se está pendiente de poder iniciar los ensayos a nivel experimental con dos Centro de Atención Primaria del Sector I.

Nuestra página deberá ser actual, útil y completa, reuniendo toda la información que precise el paciente y el cuidador sobre:

Los procesos neurológicos.

Los recursos sociales disponibles.

Pautas de actuación y prevención ante determinados problemas.

Información complementaria útil.

Responsables de las distintas tareas:

Dirección del proyecto: José María Pérez Trullén

Creación y mantenimiento del blog: Fernando Arenas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 533

PLAN DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE SARA SANCHEZ VALIENTE
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. NEUROLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el año 2007, el Servicio de Neurología del Hospital Royo Villanova comenzó a ofertar consultas monográficas de aquellas patologías neurológicas que por su complejidad requerían una mayor dedicación y especialización. En la consulta monográfica de Trastornos del movimiento/Toxina botulínica se atienden pacientes con patologías complejas cuyo tratamiento y seguimiento requiere una accesibilidad del paciente y una coordinación con Atención primaria de la que carecemos en la actualidad. Esto es así por el alto número de pacientes que atendemos y el escaso número de días de consulta monográfica (un día a la semana). Hasta la fecha hemos intentado resolver el problema permitiendo a los pacientes que nos consulten sus dudas de forma telefónica sin estar citados, pero ello hace que la consulta se vea interrumpida constantemente por las llamadas y que las recomendaciones que hacemos al paciente no queden reflejadas en su historia clínica. Por otra parte, los médicos de Atención Primaria tampoco son conocedores de las indicaciones telefónicas que hacemos a los pacientes y quedan desvinculados del seguimiento clínico de los mismos. En los últimos años estamos asistiendo a un gran desarrollo de las tecnologías de la comunicación. La optimización en el uso de estas tecnologías permitirá en los próximos años mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y mejorar la accesibilidad a la atención especializada. Es por todo ello que desde la consulta monográfica de Trastornos del Movimiento deseamos aprovechar esta oportunidad de mejora, al igual que se está realizando en otras especialidades médicas y comunidades autónomas

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1- Facilitar la accesibilidad de los pacientes con trastornos del movimiento a la consulta monográfica
2- Mejorar la coordinación con Atención Primaria en el seguimiento de estos pacientes
3- Mejorar la calidad de la asistencia y la documentación de los actos médicos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proponemos facilitar una dirección de correo electrónico a los médicos de Atención Primaria de los centros de salud del sector Zaragoza I, para que puedan consultar dudas o complicaciones de los pacientes que se atienden en la consulta monográfica de Trastornos del Movimiento del Hospital Royo Villanova. De esta manera, de forma programada y con la historia clínica del paciente. se contestarán semanalmente las dudas que hayan podido surgir al respecto, quedando constancia en la historia clínica tanto del problema consultado como de las recomendaciones aportadas. Se realizará un formulario con los datos necesarios del paciente, tratamiento y problemática surgida

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1: Número de teleconsultas realizadas
2: Procedencia de las teleconsultas
3: Tiempo consulta/respuesta
4: Encuesta de satisfacción de los usuarios y Médicos de Atención Primaria

Se recogerán en una base de datos los indicadores e información necesaria para la posterior evaluación que se realizará semestralmente

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1-El proyecto podría iniciarse a partir del mes de mayo con la presentación del 2-mismo a los centros de salud del sector

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 533

PLAN DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LA CONSULTA MONOGRAFICA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

I

3-Desde el mes de Junio se iniciarían las teleconsultas

4-Encuesta de satisfacción a los médicos que hayan participado en Diciembre de 2011

5-Evaluación de resultados en enero

6- La duración y continuidad del proyecto dependerá de los resultados obtenidos en la evaluación, de manera que si son positivos se mantendrá y ampliara a los años sucesivos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Se reservará una hora de consulta semanalmente para responder las teleconsultas de forma programada.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

570

IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA UNIDAD DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2. RESPONSABLE NATIVIDAD SANTOLAYA SANCHEZ

- Profesión ENFERMERIA
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DIEZ ESCUSA CONCEPCION. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. BLOQUE QUIRURGICO
- CATALA MARTINEZ MARIA LUISA. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- FRANCO FERNANDO CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. BLOQUE QUIRURGICO
- CANO LAZARO RAQUEL. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La formación por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud de un grupo de trabajo de enfermeras quirúrgicas que colaborasen en la creación del mapa de competencias de la enfermería quirúrgica de la Comunidad de Aragón, ha facilitado la constitución de un equipo de mejora interhospitalario que quiere revisar y unificar los diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras que se realizan en la Unidad de Acogida de los pacientes al Bloque Quirúrgico en los hospitales de la Comunidad. Una vez unificado el registro de la Unidad de Acogida al Bloque Quirúrgico y previo a su implementación es necesario cualificar a las enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet para su correcta cumplimentación

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Registro de la Unidad de Acogida consensuado con diagnósticos, intervenciones y actividades enfermeras

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con los cuidados recibidos.
Aumentar la seguridad de los cuidados enfermeros.

Asegurar la continuidad de cuidados en el proceso quirúrgico.

Favorecer la actualización e intercambio de conocimientos basados en la evidencia de los profesionales de enfermería quirúrgica de todos los hospitales de la Comunidad.

Cualificar al personal de enfermería quirúrgica para la correcta cumplimentación del registro.

Implementar el registro unificado en todos los hospitales, inicialmente en formato papel y posteriormente informático.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Constituir grupos de trabajo.

2. Impartir formación a los grupos en diagnósticos enfermeros Nanda, intervenciones (NIC), y resultados (NOC).
3. Impartir formación para cumplimentar correctamente el registro.
4. Implementar el registro.
5. Medición de la implementación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de al menos 4 sesiones de formación en taxonomía enfermera.

Realización de al menos 4 reuniones con acta de presentación del registro a enfermeras quirúrgicas del Hospital Royo Villanova, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital Universitario Miguel Servet

% de profesionales cualificados del BQ

% de registros cumplimentados.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Mayo 2011. Formación de grupos de trabajo.

2. Junio 2011. Formación en taxonomía enfermera.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

570

IMPLEMENTACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA EN LA UNIDAD DE ACOGIDA AL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa Y HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

3. Octubre 2011. Presentación del registro de la unidad de acogida.
 4. Noviembre 2011. Implementación del registro.
 5. Enero 2012. Medición de la implementación
-
10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
 11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

CREACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION PREGRADO DE ENFERMERIA EN ANESTESIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

2. RESPONSABLE INES SANZ GASPAR
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO.
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- HERNANDO PARRA FELICIDAD. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA QUIRURGICA
 - CANO LAZARO RAQUEL. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA QUIRURGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Problema: La formación pregrado del Grado de Enfermería impartido en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza, consta de una parte teórica y otra eminentemente práctica, siendo esta última englobada en las asignaturas de Estancias Clínicas I, II y III.

La realización de estas asignaturas tienen lugar en distintos centros asistenciales del Servicios Aragonés de Salud, entre ellos el Bloque Quirúrgico del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, (integrado por los servicios de Esterilización y Quirófanos), y que recibe de forma bimensual durante el curso académico, a 6 alumnos de segundo o tercer Grado de Enfermería.

Identificación del problema: La carga asistencial actual del Quirófano y la demanda verbal y escrita de los alumnos que han finalizado las prácticas asistenciales manifiestan que los conocimientos en enfermería exclusivamente prácticos son insuficientes en la actual formación. Esta demanda expresa plantea la necesidad de una formación teórica y práctica de distintos aspectos del Bloque Quirúrgico antes y durante de su integración en el mismo.

La formación de estos alumnos en este Bloque especial, es realizada por todo el personal de Enfermería durante su labor asistencial, siguiendo el Protocolo de Acogida al Estudiante de Pre-grado.

Proyecto de mejora: Se plantea la creación de un programa que integre varias áreas temáticas del Bloque quirúrgico, presentando en esta primera solicitud de proyecto de calidad, la formación de Enfermería de Anestesia, cuya estructura se adjunta como anexo 1.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la carga docente de las Enfermeras quirúrgicas en su jornada laboral en beneficio a de una mejora en la calidad de los cuidados integrales de Enfermería.
- Proporcionar un cuerpo de conocimientos de Cuidados de Enfermería en Anestesia científicos y prácticos a través de documentación escrita, informatizada, visual y práctica.
 - Involucrar a los alumnos en su futura realidad laboral en el Área Quirúrgica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un programa de Enfermería en Anestesia integrado por seis temas.

- El responsable de cada tema elaborará: una presentación en Power Point, un resumen del tema en el que puedan realizar los alumnos anotaciones personales y una práctica del mismo con materiales adecuados.

- Los 6 temas serán expuestos a los alumnos dentro de su horario de realización de prácticas en un aula docente del hospital, considerando que esta ubicación constituye un entorno más distendido que el quirófano.

- Al final de cada tema y de la presentación de todo el proyecto de mejora, se presentarán a los alumnos cuestionarios de calidad (ver anexo 2 y 3) para

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 151

CREACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION PREGRADO DE ENFERMERIA EN ANESTESIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

que identifiquen los puntos de mejora de cada sesión clínica y del proyecto, respectivamente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para comprobar el grado de satisfacción de los alumnos de pregrado se procede a la cumplimentación de un cuestionario de calidad al finalizar cada tema (ver anexo 2) y otro cuestionario de calidad al finalizar el proyecto de mejora (ver anexo 3). El cociente resultante entre 10 (máxima puntuación que cumple los criterios de eficacia) y la puntuación realizada por los alumnos evaluará la calidad de cada sesión clínica y del proyecto, siendo los parámetros los siguientes:

- 10: Excelente
- 8: Buena.
- 5: Aceptable.
- 4: Indiferente
- 2: Mala

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011.

- Elaboración de los 6 Sesiones Clínicas de Enfermería en Anestesia
- Integración de las 6 Sesiones Clínicas de Enfermería en Anestesia en el horario de prácticas de los estudiantes de Enfermería del Pre-grado Mayo y Junio 2011.

- Exposición de los temas a los alumnos. (1er grupo)
- Complimentación de los cuestionarios de calidad. (1er grupo)
- Exposición de los temas a los alumnos. (2º grupo)
- Complimentación de los cuestionarios de calidad. (2º grupo)

Junio- Julio 2011.

- Estudio y análisis de los datos presentados en los cuestionarios de calidad.
- Mejora del programa de Enfermería en Anestesia tras los resultados y estudio de los datos obtenidos de los cuestionario de calidad de los grupos 1 y 2. Septiembre de 2011.

Presentación de los indicadores obtenidos a la Unidad de Calidad del Salud.

Octubre- Diciembre 2011.

- Exposición de los temas a los alumnos. (3er grupo)
- Complimentación de los cuestionarios de calidad. (3er grupo)
- Exposición de los temas a los alumnos. (4º grupo)
- Complimentación de los cuestionarios de calidad. (4º grupo)

Diciembre 2011.

- Estudio y análisis de los datos presentados en los cuestionarios de calidad de todos los grupos.
- Mejora del programa tras los resultados y estudio de los datos obtenidos del cuestionario de calidad.
- Presentación de los indicadores obtenidos a la Comisión de calidad del Salud.
- Estudio y análisis de los datos obtenidos por parte de los estudiantes y los integrantes del equipo para la posibilidad de ampliación de las Sesiones Clínicas del Proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Fotocopias.	20 €
Total	20 €

11. OBSERVACIONES. *Solicitud a la Dirección de Enfermería del Hospital Royo Villanova el permiso de 2 horas (desde las 7h30 hasta 9h 30) de los días de presentación de la sesión clínica a cada responsable

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 151

CREACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION PREGRADO DE ENFERMERIA EN ANESTESIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

Adjuntamos en este apartado los tres anexos referidos en la solicitud.

ANEXO 1.

Estructura del Programa de Formación de Pregrado.

Estructura El Programa de Formación de Pregrado de Enfermería en Anestesia en el Hospital del Bloque quirúrgico para los cursos académicos 2011 queda estructurado en temas de la siguiente forma:

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA, ZARAGOZA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA DE ANESTESIA.

TEMAS año 2011	Documento word	Presentación Power Point	Práctica.
Principios básicos de farmacología: principales fármacos utilizados en anestesia.		v	v v
Cuidados de enfermería en anestesia general	v	v	v
Cuidados de anestesia loco-regional	v	v	
Cuidados de Enfermería en anestesia intradural.		v	v v
Carro de paradas.	v	v	
Carro de intubación difícil.	v	v	

De tal forma que cada tema conste de:

- un documento word a modo de resumen del tema,
- una presentación audiovisual en formato Power Point y
- una práctica.

Los temas serán presentados en un aula docente de la primera planta del Hospital Royo Villanova como sesiones clínicas, siendo los destinatarios los alumnos de pregrado destinados en el Bloque Quirúrgico,

La estructuración de cada sesión clínica para la exposición de una tema es la siguiente:

Partes de la Sesión Clínica.	Tiempo en minutos
Resumen escrito.	1
Presentación y Justificación.	1
Objetivos.	1
Exposición	9
Práctica- taller	9
Preguntas y dudas	5
Cumplimentación del cuestionario de mejora	4

Total: 30 minutos por cada Sesión Clínica

ANEXO 2. Cuestionario de Calidad de la sesión clínica.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

CREACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION PREGRADO DE ENFERMERIA EN ANESTESIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZAENCUESTA DE CALIDAD DE TEMA:
ENFERMERÍA EN ANESTESIA:Título del tema
Responsable
Fecha de realización

1.-Opina sobre el desarrollo de la sesión.

EXCELENTE
10 BUENA
8 ACEPTABLE
5 INDIFERENTE
4 MALA
2La organización de la exposición ha sido
La presentación del Power Point ha sido
La exposición de la práctica- taller ha sido
La presentación del resúmen ha sido
La sala utilizada la considera

2.- Calidad

EXCELENTE
10 BUENA
8 ACEPTABLE
5 INDIFERENTE
4 MALA
2La calidad del material didáctico presentado es:
La calidad del material científico presentado es:

3.- Metodología.

MUY CLARA
10 CLARA
8 ACEPTABLE
5 INDIFERENTE
4 MALA
2Se adecua la Metodología a la materia tratada de forma
Los conceptos han sido expuestos de forma
Accesibilidad para la resolución de dudas y preguntas ha sido
El dominio de la materia por parte de la expositora ha sido
La resolución de dudas y preguntas ha sido

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

CREACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION PREGRADO DE ENFERMERIA EN ANESTESIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

4.-Evaluación de la sesión

EXCELENTE

10 BUENA

8 ACEPTABLE

5 INDIFERENTE

4 MALA

2

La sesión han completado mis expectativas

La valoración de la sesión la calificaría de

5.- Aspectos que quiera reseñar para una mejora continua.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

CREACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION PREGRADO DE ENFERMERIA EN ANESTESIA EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA DE ZARAGOZA

La calidad de las sesiones ha sido:

3.- Metodología

EXCELENTE

10 MUY BUENO

8 BUENO

6 INDIFERENTE

4 MALO

2

Los conceptos han sido explicados de forma

El lenguaje utilizado ha sido

4.-Evaluación de las sesiones clínicas

EXCELENTE

10 MUY BUENO

8 BUENO

6 INDIFERENTE

4 MALO

2

Si tuviera que valorar las sesiones clínicas, la puntuación sería

5.- Aspectos que quiera reseñar para una mejorara continua.

Muchas gracias por su colaboración. Un saludo Raquel, Feli e Inés.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 301

1. TÍTULO

FORMACION DE UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2. RESPONSABLE PILAR SARASA CLAVER
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BALLESTIN SOROLLA SONIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - MEDINA SAINZ CAROLA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - RUIZ OLIVARES ELISA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - GARGALLO PLANAS BEGOÑA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - GIL DE BERNABE LOPEZ JAVIER. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - BAGUENA GARCIA ALICIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS
 - MARTINEZ DELGADO SUSANA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El interés por la seguridad y los riesgos relacionados con la atención sanitaria, aunque no es nuevo, está cobrando un notable auge dentro de la calidad asistencial. Entendemos por seguridad clínica la prevención de lesiones al paciente o eventos adversos (EA) como consecuencia o resultado de los procesos asistenciales. Se considera EA al daño no intencionado, causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base. Se estima que aproximadamente el 95% de los EA no se declaran, incluso aunque existan sistemas de notificación voluntaria anónima. Por ello se intenta promover la cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales. Los Servicios de Urgencias son, en la mayoría de ocasiones, la puerta de entrada al sistema sanitario. Constituyen a la vez, un servicio receptor de pacientes y un servicio proveedor de los mismos a otros niveles asistenciales ya que desde ellos los pacientes son ingresados, derivados a atención primaria o a atención especializada. Los EA originados en urgencias constituyen una proporción importante del total de EA debidos a la propia asistencia sanitaria; son con frecuencia leves y en elevada proporción, evitables. Estas cualidades, justifican la necesidad de adecuada identificación de los EA para la elaboración de estrategias que minimizen su aparición. La gestión de la seguridad clínica en urgencias comprende la identificación y priorización de riesgos, el diseño y aplicación de planes de mejora y la evaluación del resultado de su implantación. Un sistema de notificación de incidentes es una herramienta para la recopilación de información y posterior análisis de aquellas prácticas que se realizan en la atención sanitaria y que pueden suponer un problema real o potencial en la seguridad del paciente. Constituye una estrategia para aprender de los errores y evitar o disminuir su recurrencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Promover una cultura de la seguridad en nuestro servicio de urgencias.
- Reconocer los riesgos y EA de la atención urgente
 - Llevar a cabo un registro de EA
 - Analizar los EA acaecidos
 - Establecer las medidas correctoras en las situaciones que sean posibles

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Formación en seguridad clínica y calidad de los componentes del grupo de mejora
- Realización de sesiones clínicas informativas para el personal de urgencias
 - Crear un documento de notificación de EA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 301

FORMACION DE UN GRUPO DE MEJORA DE LA CALIDAD E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Disponer un buzón para notificación de EA
- Crear un registro de EA
- Designar un grupo reducido de personas que analizarán los EA detectados
- Establecer medidas correctoras para evitar los EA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Hoja de notificación por el trabajador, anónima y voluntaria
- Hoja de registro de los EA detectados
 - Análisis puntual de reclamaciones relacionadas con EA
 - Estudio de los eventos centinela ocurridos en urgencias
 - Resumen anual

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio de la actividad en abril 2011.
Formación de los miembros del grupo de mejora: Formación continua de Marzo 2011 a Marzo 2012.
Sesiones informativas del personal de la unidad: Mayo, Junio 2011.
Inicio del sistema de notificación: Junio 2011
Evaluación semestral: diciembre 2011.
Resumen anual: primer trimestre 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- | | |
|--|-------|
| · netbook para registro de datos | 350 € |
| · buzón para notificaciones | 30 € |
| Total | 380 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

126

OFERTA Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTORIA TELEMÁTICA DEL SERVICIO DE DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA I

2. RESPONSABLE JUAN JOSE SEBASTIAN DOMINGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. APARATO DIGESTIVO
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CABRERA CHAVES TOMAS. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
- CHARRO CALVILLO MARA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO
- NAVARRO DOURDIL MONICA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con cierta frecuencia, médicos de los diferentes Equipos de Atención Primaria (EAP) del Sector de Zaragoza I se ponen en contacto telefónico con el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova para consultarnos dudas y diferentes cuestiones relacionadas con el manejo de sus pacientes: interpretación del resultado de una endoscopia digestiva, o de una serología vírica; criterios de derivación de ciertas patologías; solicitud para adelantar una cita en consultas externas o endoscopias, o por algún tema de Formación Médica Continuada (FMC) en Gastroenterología y Hepatología (nuevas terapias de erradicación de H. pylori, gastroprotección y nuevos AINE, trastornos funcionales digestivos, etc). Oportunidad de mejora informativa y formativa para los médicos, y de gestión de pacientes con patología digestiva en Atención Primaria del Sector Zaragoza I.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la oferta de esta Consultoría por vía Telemática (videollamadas y contactos por correo electrónico propio), el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova pretende:

- Satisfacer las necesidades de información y comunicación de los médicos de los diferentes EAP del Sector para mejorar la logística con los pacientes que derivan a Atención Especializada de Digestivo.
- Satisfacer las necesidades formativas (FMC no presencial) de los médicos de AP del Sector en temas de Gastroenterología y Hepatología .
- Mejorar la gestión de pacientes y el continuum asistencial
- Mejorar la coordinación asistencial entre A. Primaria y Digestivo del Sector

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - El coordinador del proyecto en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova establecerá la logística y designará uno o varios teleconsultores encargados de ofertar el servicio a los EAP del Sector Zaragoza I.

- El coordinador de cada EAP del Sector establecerá la logística para que los miembros de su Equipo puedan consultar telemáticamente con el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova.
- El coordinador del proyecto y los diferentes coordinadores de los EAP del Sector tendrán una o varias reuniones para definir la logística y estrategia conjuntas: reparto de los días de consultoría para cada EAP, horario y duración de las consultas, preparación de las mismas, etc.
- Los soportes telemáticos de las consultas serán las videollamadas gratuitas a través de Internet mediante el programa Skype (gratuito) y dos cuentas de correo electrónico habilitados al efecto: digestivo.hrv@salud.aragon.es
consultordigestivo.hrv@gmail.com

- Requerimientos tecnológicos básicos:
 - Webcam de alta resolución de vídeo e imagen, y con micrófono integrado, incorporada en el PC del teleconsultor de Digestivo
 - Escáner de sobremesa de alta resolución conectado al PC del teleconsultor de Digestivo (para escanear documentos y poder enviarlos por correo electrónico).
 - Webcam de similares características colocada en algún PC de cada EAP del Sector

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 126

1. TÍTULO

OFERTA Y PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTORIA TELEMÁTICA DEL SERVICIO DE DIGESTIVO DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE ZARAGOZA I

- Escáner de similares características conectado a algún PC de cada EAP del Sector

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

- 1) Nivel de satisfacción, medida con las correspondientes encuestas, de los coordinadores de los EAP participantes, como portavoces de sus respectivos Equipos.
- 2) Nivel de satisfacción de la Dirección de Atención Primaria del Sector Zaragoza I, medida con la encuesta correspondiente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio del proyecto: Octubre de 2011

Finalización del proyecto: Sin fecha, si los resultados son satisfactorios para ambas partes

Cronograma: Reuniones entre el coordinador del proyecto, la Dirección de Atención Primaria del Sector I y los diferentes coordinadores de los EAP participantes a lo largo de septiembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 Webcam con resolución mínima de vídeo de 1600 x 1200 píxeles	200 €
· Escáner de sobremesa con resolución mínima de 4800 ppp x 4800 ppp	200 €
Total	400 €

11. OBSERVACIONES. Este material previsto es sólo para el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova, que oferta el servicio. Los EAP del Sector de Zaragoza I interesados en participar en esta iniciativa deberán adquirir sus propios materiales, a través de su Dirección de Atención Primaria.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

622

ELABORACION DE UNA GUIA DE LAS POSICIONES QUIRURGICAS EN TRAUMATOLOGIA

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SIERRA APARICIO

- Profesión OTROS
- Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRÚRGICO
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SAN GASPAR INES. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO
- CABEZAS PADILLO ROSA MARIA. CELADORA QUIRURGICA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. BLOQUE QUIRURGICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El paciente quirúrgico traumatológico en el Hospital Royo Villanova es un paciente añoso (el 90% supera los 55 años), que presenta patologías asociadas y que para su intervención quirúrgica requiere una posición y una manipulación específica de accesorios y cuidados especiales intra-operatorios.

Para la adquisición de información, en general a todo el equipo quirúrgico sobre las posiciones y cuidados especiales, y de forma particular al personal celador de nueva incorporación en la plantilla quirúrgica, se plantea la creación de una guía prácticamente visual y de fácil manejo, que indique a través de fichas, las posiciones principales del paciente quirúrgico traumatológico, así como la explicación de los cuidados básicos requeridos en cada intervención.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Proporcionar unos cuidados de calidad y eficaces al paciente quirúrgico traumatológico.
- Favorecer el trabajo en equipo en la colocación del paciente quirúrgico traumatológico.
 - Reducción de tiempos quirúrgicos muertos.
 - Reducción del grado de disconfort del paciente quirúrgico traumatológico en la mesa de operaciones.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaborar una guía sencilla, útil, accesible y manejable en forma de fichas plastificadas a color del tamaño de un cuarto de folio DIN A4 para su ubicación durante todo el tiempo laboral quirúrgico en el bolsillo del traje quirúrgico del personal.

Cada ficha contendrá.

- Nombre de la intervención y etiología causal.
- Fotografía en color de la posición quirúrgica indicando los accesorios que se deben colocar en la mesa quirúrgica y su ubicación en el antequirófono quirúrgico.
- Reseña de los cuidados especiales y la explicación del porqué se realizan los mismos.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Estimación del grado de satisfacción de la guía por los celadores y Enfermería quirúrgica en traumatología.

- NIQG =Número de intervenciones quirúrgicas traumatológicas expuestas en fichas para la elaboración de la guía / número de intervenciones quirúrgicas traumatológicas totales.

- Elaboración de un listado de los puntos de mejora reseñados en las encuestas de satisfacción y los criterios de exclusión/inclusión en la guía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril, Mayo 2011. Elaboración de la guía.

Junio, Julio, Agosto 2011. Utilización de la guía

Septiembre 2011. Cumplimentación de las encuestas de aceptación, registro de los puntos de mejora reseñados y su estudio.

Octubre 2011. Modificación de la guía y utilización de la misma.

Octubre, noviembre, diciembre 2011. Utilización de la guía.

Diciembre de 2011. Cumplimentación de las encuestas de aceptación y registro de los puntos de mejora reseñados y su estudio.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

622

ELABORACION DE UNA GUIA DE LAS POSICIONES QUIRURGICAS EN TRAUMATOLOGIA

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· *Fotocopias en color, plastificación de las mismas y encuadernación	70 €
Total	70 €

11. OBSERVACIONES. *Fotocopias en color, plastificación de las mismas y encuadernación simple

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 493

IMPLANTACION DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA PARA: PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL

2. RESPONSABLE MARIA PAZ SIMON PARACUELLOS
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALONSO SOBREVIELA MARIA TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- CALLE FERNANDEZ JUSTA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GARCIA PALACIN MARIA LUZ. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GORRINDO ANGOS MARTA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- GUIXA LOPEZ YOLANDA. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- MARTINEZ MARCO MARIA ANGELES. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- SALVATIERRA MEDRANO FRANCISCO. ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Con el objeto de seguir mejorando la calidad asistencial en nuestra práctica diaria, hemos decidido dar continuidad al proyecto iniciado el año pasado: "IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA PARA PRÓTESIS TOTAL DE CADERA, PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE FÉMUR PROXIMAL".

Se eligieron estos tres planes de cuidados porque son patologías que reúnen las siguientes características:

- Prevalencia alta: entre las tres se incluye un ? muy elevado del total de pacientes atendidos en nuestra unidad.
- Procesos relevantes: son procesos que requieren gran cantidad de cuidados.
- Curso clínico predecible: que hace posible la aplicación de un plan de cuidados estandarizado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

Están puestos en marcha los tres planes de cuidados que nos habíamos propuesto, y el indicador que queríamos medir: "Proporción de pacientes ingresados con registro en historia clínica de un plan de cuidados", que se calcula mediante la fórmula:

$$\left[\frac{a}{b} \right] * 100$$

a) N° de pacientes en los que hay constancia de un plan de cuidados

b) N° total de pacientes tributarios de que les sea aplicado un plan de cuidados estandarizado

ha sido del 100? a partir del mes de noviembre, que es la fecha en la que se comenzó a aplicar de forma sistematizada, hasta la actualidad.

En el mes de febrero evaluamos el grado de cumplimentación de los planes de cuidados, mediante revisión de un muestreo de historias clínicas, con un resultado muy satisfactorio. El tiempo que se utilizó en diseñar, consensuar, retocar, estos planes de cuidados ha sido recompensado claramente con una excelente adhesión por parte de todo el personal de enfermería en su aplicación.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que esperamos conseguir con nuestro proyecto son:

- Fomentar el uso del método científico en los cuidados enfermeros.
- Unificar criterios de actuación.
- Proporcionar orden y método en la atención.
- Evitar la variabilidad no justificada en nuestras actuaciones, manteniendo unas pautas de actuación homogéneas.
- Registrar de forma ágil todas aquellas actividades que se realizan.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 493

IMPLANTACION DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA PARA: PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE FEMUR PROXIMAL

- Favorecer la investigación sobre la práctica.
- Orientar al personal de nueva incorporación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La valoración enormemente positiva por parte del personal de nueva incorporación, acerca de la utilidad del uso de estos planes de cuidados como herramienta de trabajo, nos anima a seguir trabajando en ésta misma línea

Para completar éste proyecto nos hemos planteado elaborar un "dossier de cumplimentación" que acompañe a los planes de cuidados, y que esté disponible en la unidad de enfermería. En él se explicarían de forma detallada todos los puntos relacionados con su aplicación y desarrollo, y reuniría todos los protocolos relacionados con estos planes de cuidados para que pueda ser un elemento de consulta.

Pensamos que sería útil ir más allá de los protocolos convencionales y elaborar vídeos de los cuidados y técnicas más específicas que se llevan a cabo en nuestra unidad, tales como: la movilización de pacientes, el manejo de artromotores, el empleo de los recuperadores de sangre, vendajes, tracciones, determinadas curas complejas como por ejemplo aquellas en las que empleamos terapia de presión negativa

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para monitorizar la utilidad de nuestro proyecto:

Seguiremos midiendo el indicador: "Proporción de pacientes ingresados con registro en historia clínica de un plan de cuidados" (relación entre el nº de pacientes en los que hay constancia de un plan de cuidados/nº total de pacientes tributarios de que les sea aplicado un plan de cuidados estandarizado). Nuestro objetivo es que siga siendo del 100%.

Evaluaremos el grado de cumplimentación de los planes de cuidados, mediante revisión de un muestreo de historias clínicas, haciendo especial hincapié en observar que no exista una variabilidad no justificada en nuestras actuaciones, y que mantengamos unas pautas de actuación homogéneas.

Para evaluar la utilidad de nuestro trabajo a la hora de orientar y adiestrar al personal de nueva incorporación, elaboraremos una encuesta a dicho personal, así como al "pool" de enfermería del hospital que trabaja en nuestra planta de forma ocasional.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2011: Comienzo de la elaboración del "dossier de cumplimentación" que acompañe a los planes de cuidados.

Octubre 2011: Realización de encuesta al personal de nueva incorporación, así como al "pool" de enfermería del hospital que trabaja en nuestra planta de forma ocasional, para poder valorar hasta que punto consideran que han sido útiles nuestras actividades para la realización de su trabajo de una forma óptima .

Noviembre 2011: revisión de un muestreo de historias clínicas para evaluar el indicador "proporción de pacientes ingresados con registro en historia clínica de un plan de cuidados" y el grado de cumplimentación de los planes de cuidados.

Diciembre 2011: Presentación de memoria y resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.	
· Ordenador de sobremesa	500 €
Total	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

2. RESPONSABLE GABRIEL TIRADO ANGLES
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- OLIVAR DUPLA GERARDO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - CAMPOS GUTIERREZ ELENA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - DORADO REGIL PALOMA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - LAGUARDIA SERRANO PASCUAL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - LEON CINTO CRISTINA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
 - TOLON HERRERA MARIA JOSE. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los objetivos más perseguidos por los profesionales sanitarios en la actualidad, es el empleo racional del medicamento, preconizado por la OMS, ya que de él se desprenden importantes consecuencias clínicas, sociales y económicas. Uno de los grupos de medicamentos de mayor interés es el de los antibióticos, sobre los que se debe desarrollar una importante labor de vigilancia epidemiológica. Algunos estudios muestran que más del 50% de las prescripciones de antimicrobianos en el medio hospitalario son inapropiadas y que hasta el 29% de las prescripciones de antibióticos de amplio espectro no están justificadas. El uso inadecuado de antimicrobianos tiene consecuencias a tres niveles: para el propio paciente, en el ecosistema favoreciendo la selección de cepas resistentes y a nivel económico. En nuestra Unidad el consumo de antibióticos representa aproximadamente el 20% del costo farmacéutico. . Por todas estas razones se propone desarrollar un Programa de Monitorización de la Utilización de Antimicrobianos en una Unidad de Cuidados Intensivos cuya finalidad es mejorar la calidad de la prescripción antibiótica mediante un sistema informático de apoyo en decisiones terapéuticas incluido en nuestra Hoja de Tratamiento Informatizada (HTI®). En dicha hoja se reflejarían cada día los antibióticos prescritos, su tipo de indicación ya sea empírica, profiláctica o dirigida y la duración de los tratamientos antibióticos. Mediante el análisis informático diario de estos datos se realizarían una serie de recomendaciones terapéuticas basadas principalmente en el "Decálogo de Normas básicas del uso de antimicrobianos en pacientes críticos" de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y en bibliografía sobre el tema.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los objetivos que se pretenden con la puesta en marcha de un Programa de Control de Antibióticos es optimizar la selección, dosificación y duración de los tratamientos antimicrobianos en nuestra Unidad para obtener los mejores resultados clínicos en la prevención y tratamiento de la infección, con una mínima toxicidad para el paciente y con un mínimo impacto en la creación de resistencias. Como objetivos secundarios se pretende disminuir el gasto farmacológico en lo referente a antibioterapia y conseguir un efecto duradero sobre los hábitos de prescripción de nuestros clínicos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El programa que se plantea para nuestra UCI se realiza teniendo en cuenta que el control en el uso de antimicrobianos no debe ser inicialmente restrictivo sino formativo y de asesoría clínica, basado en recomendaciones realizadas por el personal a cargo del proyecto y en auditorías posteriores de consumo de antimicrobianos, con finalidad de ayuda en la decisión clínica. Para cumplir el objetivo marcado se va a modificar el programa informático HTI® (Hoja de Tratamiento Informática), original de nuestra unidad, con el cual se realizan los tratamientos. Se añadirá una pestaña en la cual aparecerá un formulario donde se reflejarán los antibióticos que se prescriben para cada paciente, la dosis que se administra (Numero de DDDs (Dosis Diaria Definida)), fecha de inicio y final del tratamiento antibiótico y el tipo de tratamiento: Profiláctico, empírico o dirigido. Una vez establecidos estos datos, el programa informara diariamente, en el momento que se realiza la hoja de tratamiento, de la duración del tratamiento y se mostrarán una serie de recomendaciones basadas en el "Decálogo de Normas básicas del uso de antimicrobianos en pacientes críticos" que ayudaran al

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 225

PROGRAMA DE MONITORIZACION DE LA UTILIZACION DE ANTIBIOTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

intensivista a optimizar la prescripción antibiótica.

Principalmente esas recomendaciones se mostrarán en las siguientes situaciones:

- a) Control del uso de antimicrobianos indicados de forma empírica de más de 72 horas
 - b) Prescripción protocolizada y suspensión automática de las profilaxis quirúrgicas
 - c) Promoción de las estrategias optimizadoras en caso de mejoría clínica de los pacientes
- I. Desescalamiento
 - II. Terapia secuencial
 - III. Optimización de la dosificación
 - IV. Tratamientos cortos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Para valorar la eficacia del programa se establecen medidas de actividad y de eficacia mediante el seguimiento de los siguientes indicadores:

- a) Utilización de antimicrobianos
 - I. Consumo en DDD/100 estancias según criterios de la Sociedad Española de Farmacología Hospitalaria
- b) Económicos
 - I. Coste de antimicrobianos en la unidad
 - II. Coste antimicrobianos/paciente-día
- c) Otros indicadores utilizados en la literatura en los programas de Control de Antibióticos incluyen:
 - I. Aspectos Clínicos: Curación o mejoría, duración de la estancia hospitalaria, Mortalidad.
 - II. Otros aspectos Microbiológicos: Uso Carbapenems

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Una vez aprobado el Proyecto de Mejora se iniciará la actualización del software en un plazo de 15 días tras el cual se realizarán 2 sesiones informativas para todos los miembros de la unidad. Posteriormente se iniciará el Programa de Mejora. Al mes de inicio se realizara una encuesta a los miembros de la unidad donde se recogerán aquellas dudas y posibles modificaciones en lo referente al software. A los 6 y 12 meses de inicio del Programa se recogerán los datos que se compararan con las estadísticas de los años previos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Actualizacion Software	150 €
· Carteleria y soporte escrito para difusion en la Unidad	150 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 158

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y CREACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ESPERANZA TOLON SORO
· Profesión ENFERMERIA
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· SANZ GASPAR INES. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA QUIRURGICA
· MORELLA MARQUETA ANA BELEN. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA QUIRURGICA
· FERRER GAUCHOLA AURORA. ENFERMERA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. AREA QUIRURGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las nuevas técnicas quirúrgicas, (cirugía atroscópica de hombro y cadera, hallux valgus percutáneo, etc) y la introducción de nuevas marcas comerciales en técnicas protésicas y reductoras de fracturas (clavos intramedulares, prótesis de hombro, etc...) conllevan la necesidad de actualización y creación de protocolos quirúrgicos de forma continuada, para mejorar los criterios de actuación y formación de Enfermería en el Área Quirúrgica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Teniendo en cuenta que el indicador PA* lo integran los protocolos actualizados y el indicador PNC** los protocolos de nueva creación, los resultados de los Indicadores desde Abril de 2007 (año en que solicitó por primera vez este proyecto de mejora) ha sido de un PA = 0,31 (sobre 1) y PNC= 0,37 (sobre 1). Se han realizado 12 sesiones clínicas de Enfermería, asistido a 3 Congresos Nacionales de Traumatología presentando 5 comunicaciones orales a las mesas y 1 póster.

*PA= nº de protocolos actualizados / nº de protocolos totales en Traumatología.

**PNC = nº de protocolos de nueva creación / nº de protocolos totales en Traumatología.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Facilitar la creación y la actualización de los protocolos quirúrgicos de la especialidades de Traumatología
- Unificar criterios de actuación del personal de Enfermería para facilitar el trabajo y las técnicas de instrumentación quirúrgicas.
- Obtener una formación continuada de Enfermería a través de documentación escrita, informatizada y visual.
- Disminución de los tiempos quirúrgicos que conllevan una mayor y mejor atención al paciente quirúrgico.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Actualización y creación de nuevos protocolos quirúrgicos en formato papel, soporte informático y visual.
- Realización de sesiones clínicas periódicas teóricas y prácticas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Utilización de los indicadores PA (protocolos actualizados) y PNC (protocolos de nueva creación) anteriormente descritos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde mayo de 2011 a Febrero 2012.
Actualización y creación de protocolos quirúrgicos en las distintas especialidades. Filmación de intervenciones quirúrgicas protésicas en Traumatología.
Realización periódica de sesiones clínicas prácticas y teóricas de carácter formativo.
Disposición de los protocolos quirúrgicos de las diferentes especialidades en formato papel, informático y multimedia, (en ese caso, en la especialidad de Traumatología).

Diciembre de 2011. Realización de una encuesta de satisfacción del personal de Enfermería del Bloque quirúrgico del Hospital Royo Villanova.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 158

ACTUALIZACION Y CREACION DE PROTOCOLOS QUIRURGICOS EN LA ESPECIALIDAD DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

· Cámara de fotos, marca Nixon, Serie COOPIX S220 Black	154 €
· Cámara de vídeo, marca Sony, Serie DCR -SR 15E	313 €
Total	467 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

201

DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA

2. RESPONSABLE JUANA UTRILLA BUEY
- Profesión ENFERMERIA
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PEREZ TRULLEN JOSE MARIA. NEUROLOGO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SECCION DE NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Este Proyecto es continuación del que llevamos realizando ya varios años con los pacientes del Hospital. Como ya indicamos en su día, la demencia es un síndrome que afecta de forma intensa a la familia y conlleva no sólo un sistema de atención al paciente sino también un adecuado apoyo continuo al familiar que ejerce como cuidador para ayudarle a aceptar y superar el diagnóstico y a reducir el stress. Este cuidador, familiar o no, de un paciente con demencia es quien se encarga de proporcionar la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a estos enfermos y les permite seguir viviendo en su entorno de una manera confortable y segura a pesar de no ser independiente a la vez que se constituye en un elemento de unión entre el paciente y el profesional facilitando la prolongación y adecuación terapéutica. Por ello, el cuidador proporciona un apoyo sanitario muy importante y un ahorro significativo al sistema sanitario. La intervención sociofamiliar (cuidador) se ha demostrado una medida terapéutica muy eficaz en la atención al paciente con demencia. Sin embargo, esta asistencia del cuidador conlleva la necesidad de formación y también un coste sanitario, el riesgo de desarrollar el S. del cuidador. Nuestro Proyecto busca ante todo formar y prevenir el desarrollo del S. del cuidador a través de una atención sociosanitaria más adecuada y una formación sobre demencia y habilidades en el cuidador. Desde hace más de tres años venimos realizando esta intervención sobre los cuidadores más afectados de entre nuestros pacientes. Hemos demostrado una disminución de las necesidades de Atención Especializada junto con una mejoría psicosocial del familiar que ha redundado en una mejor atención al paciente con demencia. Les hemos proporcionado información y recursos sociales y psicológicos para enfrentarse a este proceso crónico a la vez que han podido compartir problemas, experiencias y sentimientos entre ellos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Es una actividad que venimos realizando desde hace aproximadamente tres años, los dos últimos años con una Beca de Calidad que ha facilitado nuestro trabajo. A lo largo de este periodo de tiempo hemos observado que con esta atención hemos alcanzado varios objetivos:
- Reducción significativa de las visitas no programadas a la consulta de neurología y cuando vienen las preguntas de los cuidadores son más concretas y dirigidas o el problema que plantean está más delimitado lo que facilita nuestra confirmación y sobre todo nuestra orientación terapéutica
 - Los cuidadores han asumido más fácilmente el rol de cuidador y ha aumentado su confianza y autoestima y en consecuencia la relación paciente-cuidador ha mejorado.
 - Hemos detectado y atendido sobrecargas excesivas del cuidador.
 - Se les ha facilitado información sobre las posibilidades de apoyo y soporte, la Ley de Dependencia y de la Incapacitación del paciente.
 - Se han establecido entre los cuidadores redes de apoyo, amistad e información dando nosotros simplemente el empuje y dejándoles plena autonomía.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Nuestro objetivo es seguir con los grupos ya establecidos y abrir esta posibilidad a nuevos cuidadores. En todos ellos esperamos:
- Aumentar el grado de conocimiento eficaz de la enfermedad, especialmente clínico (de las posibles complicaciones para prevenirlas o si aparecen detectarlas precozmente) y de opciones terapéuticas alternativas no farmacológicas.
 - Disminuir la angustia derivada del desconocimiento del proceso y de su evolución. Las dudas y preocupaciones generan angustia y pueden causar mala atención al paciente.
 - Facilitar una atención eficaz y continuada a estos pacientes con demencia. Establecer un equilibrio entre la ayuda que necesita y la que se le preste con entusiasmo, comprensión, respeto y dignidad.
 - Facilitar la adaptación, de paciente y cuidador, a los cambios que vayan apareciendo en función del momento en que aparezcan.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 201

1. TÍTULO

DISMINUCION DE LA CARGA DE STRESS DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA MEDIANTE LA FORMACION EN DICHO PROCESO Y SESIONES DE TERAPIA

- Formar un grupo terapéutico en el cual verbalizar sus sentimientos compartir problemas, experiencias y sentimientos con otros cuidadores que le ayudará a aceptarlos, tolerarlos y controlarlos mejor que sepa que no está sólo y gane confianza en si mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de sesiones cada 20-25 días cuya dinámica ha sido siempre la misma:

1- Introducción. Buscamos aportar a todos los cuidadores una información veraz, completa de las características de la demencia y adecuada a su nivel de formación. Esta introducción la dividimos en tres partes:

- Información sobre la demencia (características clínicas, diagnóstico, los diversos tipos con sus peculiaridades, problemas evolutivos, opciones terapéuticas al margen de la farmacológica, etc.).
- Información sobre el síndrome del cuidador y modo de prevenirlo o disminuir su repercusión,
- Abordaje de problemas concretos de la demencia: trastorno del sueño, alteración conductual, problemas alimentación, etc.

2- Taller grupal. Discusión en grupo de problemas concretos a petición de los cuidadores compartiendo problemas y experiencias con puesta en común de soluciones.

3- Terapia de apoyo. Para descargar ansiedad, stress y frustración, permitiéndoles en un entorno controlado por nosotros el verbalizar sus sentimientos (huyendo de sentimientos de culpa, angustia o negativismo) para ayudarles a aceptarlos y también el hecho de que el familiar este con la demencia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Respuesta de los familiares a las diversas sesiones grupales.

- Detección de problemas derivados de la atención a estos pacientes y solución del mismo.
- Grado de satisfacción del familiar.
- Puntuación en la escala Zarit (Escala de Carga del Cuidador) y el Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson, antes y después del paso por el grupo de sesiones para ver en qué medida podemos prevenir o aliviar el síndrome del cuidador.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Al ser una actividad que ya venimos realizando esperamos seguir con la misma dinámica dada la gran acogida que ha tenido entre los cuidadores y a la vez que mantener las reuniones con los grupos ya establecidos facilitar la incorporación de forma progresiva de nuevos grupos de cuidadores conforme vayamos diagnosticando pacientes pero siempre de un modo controlado y lo más homogéneos posibles. Esta actividad se ha consolidado en nuestra Cartera de Servicios así como entre las ofertas que presentamos a los familiares de nuestros pacientes y dado que la demencia es un p

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material para entregar a cuidadores	150 €
· Libros temática cuidadores	140 €
Total	290 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 598

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

2. RESPONSABLE WENCESLAO VARONA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· FERNANDEZ SANTOS RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL OBISPO POLANCO. MEDICINA PREVENTIVA
· LOPEZ BARRACHINA RUTH. MEDICO. HOSPITAL LLUIS ALCANYIS (XATIVA). MEDICINA PREVENTIVA
· GARCIA CALLEJA JOSE LUIS. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILANOVA. CIRUGIA GENERAL
· VALERO SABATER MONICA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. CIRUGIA GENERAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Diferentes estudios han confirmando que las actividades efectivas en el control de la infección dan lugar a menor número de infecciones, aumento en la supervivencia, disminución de la morbilidad y menor duración de la hospitalización. Ejemplos de intervenciones exitosas incluyen la reducción de tasas de infecciones en procedimientos quirúrgicos limpios observados cuando se realiza feed-back de las tasas a los cirujanos o cuando el tiempo de los antibióticos preoperatorios se controla cuidadosamente.(1)

Las responsabilidades clave del control de la infección (identificación del problema, recogida y análisis de datos, intervenciones a través de cambios en las normas y procedimientos y monitorización de su éxito mediante una nueva recogida y análisis de datos) quedan reflejados en el ciclo "Plan-Do-Check-Act" que se aplica habitualmente en mejora de la calidad.(1)

En el Contrato de Gestión de los Hospitales de SALUD de 2009, uno de los indicadores de seguridad fue la "Incidencia acumulada de infección nosocomial de herida quirúrgica en pacientes intervenidos por neoplasia colorrectal". Las Direcciones de los diferentes Centros solicitaron su cálculo a los Servicios/Unidades de Medicina Preventiva. La mayoría de los Hospitales se encontraba por encima del estándar de infección seleccionado. Desde entonces, los hospitales han implementado acciones para mejorar estos resultados, entre las que figura la inclusión de este proceso en los Sistemas de Vigilancia de Infección de los Servicios y Unidades de Medicina Preventiva de la Comunidad.

En este contexto, es especialmente oportuna la validación fehaciente de la calidad de los resultados obtenidos. En ese sentido, la validación de los datos mediante intercomparaciones entre los diagnósticos de los facultativos tiene precedentes en la bibliografía. En el proyecto que se presenta, se trataría de una validación particularmente sólida al tratarse de un estudio multicéntrico con numerosos observadores.(2)

Durante los años 2009 y 2010 se observó una incidencia acumulada de infección quirúrgica de neoplasia colorrectal por encima del estándar en pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía General del Hospital Royo Villanova. En el año 2009 la recogida de datos fue realizada retrospectivamente por el facultativo, la enfermera y un residente de la Unidad de Medicina Preventiva, mientras que en 2010 los datos fueron recogidos retrospectivamente por un nuevo facultativo y la enfermera de Medicina Preventiva. En ambos años, los resultados fueron posteriormente revisados y analizados por cada uno de los facultativos implicados. Los resultados de 2009 fueron transmitidos a la Dirección del Centro, al Jefe de Servicio de Cirugía y a la Comisión de Quirófanos, donde se acordó la implementación de diversas acciones para mejorar el indicador, entre ellas la revisión del Sistema de Vigilancia. Los resultados de 2010 también fueron transmitidos a la Dirección y a la Jefatura del Servicio de Cirugía y se decidió profundizar en el estudio y control de la situación, introduciendo entre otras medidas la vigilancia prospectiva.

Un adecuado Sistema de Vigilancia prospectivo de los pacientes sometidos a este procedimiento permitirá:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

598

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

- o Compararnos con nosotros mismos y con un estándar aceptado internacionalmente como herramienta de mejora.
- o Conocer y reducir los factores de riesgo asociados al desarrollo de infección quirúrgica.
- o Evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Durante los años 2009 y 2010 se ha observado una incidencia de infección de herida quirúrgica en intervenciones por neoplasia colorrectal por encima del estándar. Se han identificado aspectos concretos del proceso cuyo control resulta más eficiente. Durante 2011 se realizarán mediciones de la incidencia y de algunos puntos clave del proceso para comprobar resultados e identificar nuevas opciones de mejora. Es fundamental la validación de los resultados obtenidos, ya que el efecto que tendrá el feed-back al equipo quirúrgico en la reducción de las incidencias de infección, depende de que estas mediciones obtengan la máxima fiabilidad.

Validar los programas de Vigilancia de la Infección de herida para lograr una reducción de la incidencia a través del feed-back de los resultados al equipo quirúrgico en este grupo de pacientes.

La reducción mantenida de las tasas de infección de herida en estos pacientes solo debida a esta acción debería repercutir en la reducción de la mortalidad y los días de estancia, por lo que contribuiría a aumentar la seguridad del paciente y controlar el gasto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se formarán dos grupos de evaluadores. El primero de ellos será el encargado de la revisión inicial de las Historias, mientras que el segundo será el "Grupo evaluador de reserva", que evaluará los casos en los que el primer grupo no haya llegado a un consenso sobre el diagnóstico de infección. El diagnóstico final se tomará como Estándar de Referencia para validar el Sistema. Cada grupo de evaluadores (principal y de reserva) estará compuesto por un especialista en Medicina Preventiva externo y un Especialista de Cirugía del centro.

Se utilizó el programa EPIDAT 3.1 para calcular el tamaño muestral necesario para un nivel de confianza del 95%, una precisión absoluta del 20%, una sensibilidad y especificidad esperadas del 90%(2), todo ello para una prevalencia esperada de un 35%. El tamaño muestral resultante fue de n = 26, que se amplió hasta 30 historias para adecuar el tamaño muestral al mínimo del indicador de proceso seleccionado. El número definitivo de historias a seleccionar será 35, en previsión de no poder disponer de alguna de las seleccionadas.

Se planificarán 3 jornadas en las que se desplazará un evaluador al Hospital (ver cronograma y relación de grupos evaluadores).

Los evaluadores no conocerán el diagnóstico respecto a la presencia o no de infección al que se llegó en estudios previos de incidencia del Hospital (estudio ciego del observador).

Se entregará un dossier con la metodología del estudio y agradecimientos, los criterios de infección del National Healthcare Safety Network (NHSN) 2008, una copia del protocolo de profilaxis antibiótica del Centro y las fichas de recogida de datos.

Los evaluadores revisarán las historias seleccionadas recogiendo los datos en las fichas. Ambos evaluadores de cada equipo realizarán sus evaluaciones independientemente entre sí.

En la última jornada, los evaluadores debatirán las discrepancias diagnósticas en los casos de infección, llegando a un consenso. En caso de que no se llegue a consenso, la Historia será evaluada posteriormente por el "Grupo evaluador de reserva".

Durante esta última jornada, el coordinador comentará con los evaluadores los casos que se diagnosticaron como infección quirúrgica con su Sistema de

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

598

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

Vigilancia, analizando las razones para llegar a estos diagnósticos.

Finalmente se enviará un informe a los evaluadores con los resultados de los indicadores seleccionados.

La eventual intervención del equipo de reserva se hará con igual independencia entre los dos miembros del mismo y con desconocimiento de los resultados alcanzados por el equipo principal.

No se consideran actuaciones específicas para asegurar la confidencialidad de los datos, ya que se trata de evaluadores que, aunque externos al Sistema de Vigilancia, quedan enmarcados bajo las mismas responsabilidades de confidencialidad que en su trabajo habitual.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores seleccionados:

ESTRUCTURA:

- Disponibilidad del número total de Historias seleccionadas según el tamaño muestral.

PROCESO:

- Evaluación de al menos 30 Historias.

RESULTADO:

- Sensibilidad.
- Especificidad.
- Valor Predictivo Positivo.
- Valor Predictivo Negativo.

Aunque es la primera vez que se realiza la intercomparación y es difícil anticipar el grado de concordancia en las observaciones, hay estudios en los que la sensibilidad y la especificidad se sitúan por encima del 90%(2), habiéndose seleccionado estos valores para el cálculo del tamaño muestral.

Responsable de volcado en la base de datos-análisis-informe: Coordinador del proyecto.

Los indicadores de este proyecto formarían parte de los Sistemas de Vigilancia de infección de herida de estos pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración programa: marzo 2011

Envío programa solicitud fechas: abril 2011

Reserva salas, materiales, fotocopias: abril 2011

Muestreo: abril 2011

Solicitud de historias a archivos: abril 2011

Desarrollo del estudio: mayo-noviembre 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Desplazamiento evaluador inicial	80 €
• Alojamiento 3 días evaluador inicial	210 €
• dietas 3 días evaluador inicial	120 €
• desplazamiento evaluador de reserva	140 €
• Alojamiento y dieta 1 día evaluador de reserva	110 €
Total	660 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 598

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE INTERCOMPARACIONES EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCION QUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL

11. OBSERVACIONES. Este proyecto de mejora de calidad se complementa con otros dos similares de dos sectores sanitarios más -Huesca y Teruel-. Dado que el coordinador de cada proyecto participa como evaluador en otro, solo se llevarían a cabo de aprobarse los tres.

1. Scheckler W E. et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: A consensus panel report. Infect. Control Hosp. Epidemiol.1998;9(2):114-24.

2. Geubbels E et al. An operating Surveillance system of surgical-site infections in The Netherlands: results of the PREZIES national Surveillance Network. Infect. Control Hosp. Epidemiol.2000;21(5):311-18.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

104

1. TÍTULO

REESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DISPENSACION A PACIENTES AMBULATORIOS Y MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA AL INICIO Y CAMBIO DE TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE CRISTINA VICENTE ITURBE
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAYOD MONTERDE TERESA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE FARMACIA
- MARTINEZ GIL ANGELINES. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE FARMACIA
- MURILLO ANDRES ROSA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE FARMACIA
- PELLICER MARTINEZ AURORA. AUXILIAR ENFERMERIA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 1982 en que se inicia la dispensación de medicamentos directamente a pacientes hemofílicos, y sobre todo a partir de 1992 en que se crea la figura de los medicamentos de uso hospitalario, los servicios de farmacia hospitalaria han ido incorporando cada vez más grupos de pacientes ambulatorios a los que dispensar medicamentos. Se entiende por paciente ambulatorio aquel que es atendido en el propio hospital o en el área hospitalaria pero que no genera estancia.

La dispensación ambulatoria desde los servicios de farmacia hospitalaria debe considerarse como de especial control porque en ella se concentra el total de los pacientes de una determinada patología del área hospitalaria, se trata habitualmente de medicamentos muy costosos, con perfil de seguridad poco favorable y para patologías crónicas, es decir, que se tratará, en general, de tratamientos de larga duración cuya eficacia y seguridad debe ser monitorizada. En los últimos años y con las recientes normativas, que han ampliado el número de medicamentos que pasan a dispensarse desde las farmacias de hospital, el número de pacientes ambulatorios se han incrementado notablemente suponiendo una mayor carga asistencial al Servicio. Para mejorar la asistencia proporcionada además de optimizar el proceso de dispensación y evitar posibles errores sería necesario modificar el procedimiento normalizado de trabajo, reorganizando el trabajo entre el personal implicado. Se involucraría al personal auxiliar en el proceso de dispensación de tratamientos que se mantienen estables y sin ningún cambio en su prescripción médica. Mientras que a los pacientes que inician tratamiento o han sufrido algún cambio en la prescripción médica seguirán siendo atendidos por el farmacéutico. Esta redistribución de la carga de trabajo entre el distinto personal permitiría al farmacéutico mejorar la atención farmacéutica realizada, apoyándola con información por escrito sobre la terapia a seguir y sus características específicas, haciendo uso del programa informático Infowin®. De esta forma se potencia que el paciente colabore de forma activa en su tratamiento y mejore la adherencia al mismo, además de facilitar una adecuada monitorización de la eficacia y seguridad de las distintas terapias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Optimizar tanto el proceso de dispensación a pacientes ambulatorios como la gestión de la información farmacoterapéutica desde este servicio de farmacia.

Proporcionar una adecuada atención farmacéutica, incidiendo principalmente al inicio del tratamiento y en caso de cambio, para conseguir mayor adherencia y una adecuada monitorización de la eficacia y seguridad del mismo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Farmacéutico: solicitud al Servicio de informática para poner en red un ordenador para realizar la dispensación in situ de la medicación por el personal auxiliar.

(Ya se realizó la petición)

Farmacéutico: Modificación del procedimiento normalizado de trabajo en el área de dispensación a pacientes ambulatorios .(En realización)

Farmacéutico: formación del personal auxiliar del manejo del programa informático disponible actualmente de gestión de pacientes externos y el procedimiento de trabajo.

Auxiliar de enfermería- Farmacéutico: Identificar pacientes subsidiarios de recibir información por escrito sobre su tratamiento a través del programa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 104

REESTRUCTURACION DE LA UNIDAD DE DISPENSACION A PACIENTES AMBULATORIOS Y MEJORA DE LA ATENCION FARMACEUTICA AL INICIO Y CAMBIO DE TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Infowin®: se llevaría a cabo con los pacientes nuevos y aquellos que han tenido una modificación de tratamiento.

Farmacéutico: elaboración de informe farmacoterapéutico individualizado con Infowin® y entrega al paciente con la consiguiente explicación.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Modificación del procedimiento normalizado de trabajo: si/no
- N° pacientes atendidos por auxiliar de enfermería/ número de pacientes ambulatorios sin cambios de tratamiento
 - N° pacientes nuevos con informe de Infowin®/ n° pacientes nuevos
 - N° pacientes cambio tratamiento con informe de Infowin®/ n° de pacientes con cambio de tratamiento
 - N° pacientes con informe de Infowin®/ n° total de pacientes

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fase inicial (Abril-Mayo):

- disponer de los medios materiales necesarios PC e impresora color): puesta en marcha del programa en el nuevo ordenador y conexión a la red por parte de informática.
- Modificación del procedimiento normalizado de trabajo.
- Formación del personal auxiliar en el procedimiento normalizado vigente y el programa informático utilizado en la gestión de la dispensación de pacientes ambulatorios.

Tras contar con los medios materiales necesarios, Fase de implantación (Prevision Mayo-Junio):

Inicio de la dispensación a pacientes ambulantes sin modificación de tratamiento por parte del personal con supervisión por parte del farmacéutico.

Inicio de atención farmacéutica mediante apoyo informático Infowin® progresivo, comenzando por los pacientes nuevos y continuar con los que han sufrido algún cambio en su prescripción.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESORA COLOR	300 €
Total	300 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 229

1. TÍTULO

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO DE TCE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2. RESPONSABLE ANGEL VICENTE MOLINERO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FERRERAS AMEZ JOSE MARIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - ANDRES BERGARECHE IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - MARTIN ALGORA ISABEL. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - ORTEGA JIMENEZ NOELIA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - PARDO VINTANEL TERESA. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS
 - ESCRICH ROS ROCIO. MEDICO. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Traumatismo Craneencefálico (TCE) es una de las urgencias que pueden ocasionar más repercusiones sobre la morbimortalidad de los pacientes, junto con un elevado consumo de recursos, tanto materiales como humanos. Su atención en urgencias, realizada por facultativos con distintos niveles de experiencia puede provocar una gran variabilidad clínica a la hora de su valoración, diagnóstico y tratamiento. Nuestro hospital, no dispone de neurocirujano de guardia, por lo cual, la valoración neuroquirúrgica ha de realizarse en otros hospitales, con el consiguiente traslado y utilización de recursos. Conscientes de ello, nuestro servicio ha desarrollado un protocolo de atención al TCE (Marzo 2011), para ello, utilizando las historias clínicas de los pacientes, proponemos un audit clínico de valoración de las mismas en relación al protocolo planteado, en un plazo de un año.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora del manejo del TCE en urgencias.
Uso adecuado de los recursos materiales-humanos.
Diminución de la variabilidad clínica en urgencias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Audit clínico.
Presentación protocolo TCE y del estudio a los facultativos del servicio (Ferrereras).
Confección de una hoja de recogida de datos (Vicente).
Introducción variables en la base de datos (Andres, Ortega, Pardo, Escrich).
Realización audit a los 6 meses (Ferrereras, Vicente).
Análisis estadístico y gráfico (Vicente).
Presentación de resultados de los 6 meses iniciales al Servicio de Urgencias (Ferrereras).
Introducción variables en la base de datos (Andres, Ortega, Pardo, Escrich).
Realización audit a los 12 meses (Ferrereras, Vicente).
Presentación de resultados de los 12 meses del estudio al Servicio de Urgencias (Ferrereras).
Presentación de resultados del estudio a Congresos (Todos los integrantes del equipo investigador).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1.- N° de pacientes con TCE leve con registro en el informe de urgencias de GCS desglosada / N° de pacientes atendidos por TCE leve x 100. Estándar: 100%.
Monitorización: a los 6 y a los 12 meses del estudio. Historia Clínica de Urgencias.

2.- N° de pacientes con TCE leve con periodo de observación previo al TAC según protocolo / N° de pacientes atendidos por TCE leve x 100. Estándar: 90%.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 229

AUDIT CLINICO DEL PROTOCOLO DE TCE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Monitorización: a los 6 y a los 12 meses del estudio. Historia Clínica de Urgencias.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Abril 2011 Fin: Mayo 2012
Presentación protocolo TCE y del estudio a los facultativos del servicio (Ferrereras). Abril 2.011
Confección de una hoja de recogida de datos (Vicente). Abril 2.011
Introducción variables en la base de datos (Andres, Ortega, Pardo, Escrich). Mayo 2.011-Noviembre 2.011
Realización audit a los 6 meses (Ferrereras,Vicente).Noviembre 2.011
Análisis estadístico y gráfico (Vicente).Noviembre 2.011
Presentación de resultados de los 6 meses iniciales al Servicio de Urgencias (Ferrereras).Noviembre 2.011
Introducción variables en la base de datos (Andres, Ortega, Pardo, Escrich).Diciembre 2.011-Mayo 2.012
Realización audit a los 12 meses (Ferrereras, Vicente).Mayo 2.012
Presentación de resultados de los 12 meses del estudio al Servicio de Urgencias (Ferrereras).Mayo 2.012
Presentación de resultados del estudio a Congresos (Todos los integrantes del equipo investigador).Mayo 2.012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DELSECTOR 1 MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA (CONTINUACION DEL PROYECTO 2010).

2. RESPONSABLE CONCEPCION VIDAL PERACHO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro HOSPITAL ROYO VILLANOVA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BANDRES OROSIA. ENDOCRINOLOGA. HOSPITAL ROYO VILANOVA. UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - GRACIA PAOLA. ENDOCRINOLOGA. HOSPITAL ROYO VILANOVA. UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - BARRAGAN AMAYA. ENDOCRINOLOGA. HOSPITAL ROYO VILANOVA. UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - GARCIA ANGELA. ENFERMERA EDUCADORA. CME GRANDE COVIAN. UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
 - CAMUÑAS ANA CRIS. ENFERMERA EDUCADORA. HOSITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El desarrollo de nuevas tecnologías ha incrementado la posibilidad de intercambio de información en materia de salud y desde la declaración de la OMS en 1997, la telemedicina es considerada como el suministro de servicios sanitarios en los que la distancia es un factor crítico. El objetivo es el intercambio de datos, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes, con el objeto de mejorar la salud de las personas que viven en una comunidad determinada. La utilización de formas no presenciales en la visita médica ha facilitado el acceso a ciertos pacientes como los diabéticos juveniles a consultas especializadas, se ha conseguido disminuir el número de consultas presenciales al año y se ha objetivado una mejora de la satisfacción , por el sentimiento de cuidados continuados. Entre los profesionales de distintos sectores, primaria-hospitales de la sanidad se han desarrollado diferentes modelos de telemedicina aplicada a las urgencias o a la radiología, siguiendo los modelos de los hospitales de París (CEDIT, Centro de Evaluación de Métodos Médicos) , el proyecto AMBULANCE en diferentes países europeos, el MERMAID , el SHARED en Italia y otros como HECTOR (participa España), así como las experiencias de Manacor y del Hospital Punta de Europa en Cádiz, con utilización de redes RDSI. No obstante, la Telemedicina tiene tres dimensiones básicas: las telecomunicaciones, las ciencias de la informática y los servicios de salud, que se reflejarían en los conceptos de telemonitorización, telepresencia y teleconsulta. En este último campo, tanto en el de la telepresencia , mediante videoconferencia, como en el de la teleconsulta, es en el que estaríamos ineteresadas con este proyecto, y , en particular, en la teleconsulta, dado que es mas fácil de implantar. El objeto del proyecto sería la puesta en marcha de una consulta de este tipo que fuera considerada tiempo de trabajo y que permitiera, en tiempo real , en horarios acordados con los diferentes centros de salud, la consulta por parte de Atención Primaria a Endocrinología de diferentes casos clínicos o bien comentarios respecto a tratamientos, mediante teléfono o correo electrónico lo cua incluye la atención a casos urgentes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. INFORME DEL PROYECTO DE CALIDAD " COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR 1 MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA" (2010)

El proyecto se diseñó para incrementar la relación entre los diferentes profesionales de los dos niveles asistenciales y solucionar situaciones relacionadas con la atención clínica y la demora en la asistencia al paciente endocrinológico de nuestro sector. Por otra parte la incorporación de la asistencia virtual es también un desafío profesional.

El teléfono inalámbrico ha tenido una doble función de localizador durante la actividad hospitalaria, dado nuestro sistema actual de rotación hospitalaria semanal, y de dador de servicio a Atención Primaria.

El proyecto comenzó en octubre de este año, dada la tardanza y dificultad que hubo para la adjudicación tanto de teléfono como del número. Se mandó una circular a Atención Primaria, a través de su subdirectora y se comunicó a todos los centros de salud de nuestra área la disponibilidad para comentarnos, cualquier situación clínica, los lunes de 12 a 13.30 horas y los jueves de 12 a 14 horas.

RESULTADOS y COMENTARIOS al PROYECTO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 124

1. TÍTULO

COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DELSECTOR 1 MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA (CONTINUACION DEL PROYECTO 2010).

hipotiroidismo

-diabetes

descompensación crónica
descompensación aguda
debut
ingreso hospitalario

-tratamientos farmacológicos

-modificar citas

-otras causas

-Consulta precedente

-Si

-No

Recogida de datos

1Educativas en Diabetes.Teleconsulta entre Atención especializada y Atención primaria mediante consulta telefónica

-Centro de salud

-Enfermera

-Paciente (opcional)

-Consulta

ordinaria

urgente

-Motivo de consulta:

-Diabetes

Descompensación aguda
Insulinización
1.Técnicas
2.Pautas de tratamiento
3.Alimentación, dieta, raciones
4.Autocontrol

Efectos secundarios del tratamiento (insulina, antidiabéticos orales, Byetta)

Estrategias en educación terapéutica

Otras causas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

124

COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR 1 MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA (CONTINUACION DEL PROYECTO 2010).

-Consulta precedente

-Si

-No

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar la calidad de la asistencia al paciente de nuestro sector en el campo endocrinológico y nutricional.

2. Aliviar la carga asistencial de la zona y facilitar la mejora en las decisiones terapéuticas, mediante el acceso inmediato a la información que se requiere para ser más eficiente con el tratamiento

3. Mejorar la interrelación entre Atención Primaria y Endocrinología en un espacio virtual y científico, integrado en la actividad laboral, tanto por parte de los facultativos como facilitando la integración entre enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada en una visión de asistencia continuada al paciente endocrinológico, multidisciplinar

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

-Consulta telefónica en el momento mediante llamada al número de teléfono que nos han asignado por parte de los endocrinólogos (se realiza e HRV, dado nuestro sistema rotatorio, los lunes de 12 a 13.30 horas y los jueves de 12 a 14 horas) y en el caso de las educadoras en el horario propuesto tanto e CME Grande Covián como e HRV, los lunes de 12 a 14 horas

-Los casos son comentados sin necesidad de información nominal sobre el paciente

-Horario determinado y acordado

-Tiempo real de consulta

-Sea considerado trabajo de la Unidad

-Acceso Universal a todos los médicos de Atención Primaria del sector 1

-Acceso Universal a enfermería de Atención Primaria del sector I

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Recogida de información oral sobre la satisfacción con el servicio de los coordinadores de los diferentes centros de salud

-Evaluación de la Unidad de Endocrinología y Nutrición sobre los cambios que el proyecto ha generado en la dinámica interna laboral del grupo, influencia sobre el número de pacientes que se derivan desde Atención Primaria, cuantificación de los motivos de consulta, estudios de las zonas de procedencia de la teleconsulta, eficiencia clínica y otros parámetros.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Durante el año 2011 continuar con la franja horaria de asistencia asignada a los endocrinólogos del equipo de mejora y la puesta en marcha inmediata del plan de teleconsulta de las educadoras en diabetes de la sección. En ambos casos divulgar de nuevo el programa a Atención Primaria tanto a los médicos como a la enfermería del sector I

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Horario actual de Consulta telefónica para las endocrinólogas los LUNES de 12-13.30 horas y los JUEVES de 12-14 horas

Horario solicitado de Consulta telefónica para las educadoras en diabetes los LUNES de 12-14 horas

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

124

COORDINACION ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA DELSECTOR 1 MEDIANTE CONSULTA TELEFONICA PROGRAMADA (CONTINUACION DEL PROYECTO 2010).

Mejorar de forma eficiente el sistema de conexión telefónica, móvil/es, dado que este hecho ha limitado de forma notable la calidad de la comunicación y la viabilidad del proyecto, de forma inmediata dada la demora que hubo con el proyecto el año pasado, para todos los componentes de equipo de mejora

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 150

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FAMILIAR DEL CENTRO DE DIA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL

2. RESPONSABLE MARIA SOLEDAD ESCUDERO SEVILLANO
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro USM INFANTO-JUVENIL ACTUR SUR
· Servicio/Unidad .. SAS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· TELLERIA SANJUAN AINHOA. TERAPEUTA OCUPACIONAL. CD SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL.
· COMER SIMON TERESA. PSICOLOGA CLINICA. CD INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL.
· SANTISO SANZ MIGUEL. ENFERMERO. CD INFANTO-JUVENIL SALUD MENTAL.
· LACRUZ ALONSO MARIMAR. PROFESORA PEDAGOGIA TERAPEUTICA. CD INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL. EDUCACION
· AVILA BARQUILLA ANDRES. MAESTRO DE PEDAGOGIA TERAPEUTICA. CD INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL. EDUCACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La forma de interaccionar con las familias puede convertirse en una fuente considerable de estrés o de colaboración en función de la relación que se mantenga con ellas. Lo que se pretende conseguir con este programa que tiene como fondo la comunicación, es ser un facilitador de encuentros con las familias, que no esté basada en la patología y que a su vez facilite otros niveles de intervención profesional.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Organizar de forma regular la interrelación entre las familias y el Centro de Día.
-Lograr la implicación con las familias en el proceso de rehabilitación de sus hijos/as.
-Aumentar el grado de satisfacción de las familias respecto al Centro.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Se realizará mediante la comunicación por escrito a las familias de la puesta en marcha del programa, que será llevado a cabo por el área de Trabajo Social del Centro.
-Contacto con cada una de las familias a las que va dirigido el programa para realizar una calendarización de los contactos.
-Realización de llamadas telefónicas semanales
-Registro escrito de la información que la familia facilita

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Estandarizar de forma semanal el contacto con las familias de los usuarios
- Tener un registro de las llamadas en el que se valoran distintos items de interés

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Su puesta en marcha se realizará en las últimas semanas del mes de enero y hasta la finalización del curso.
- Consolidación el primer semestre del curso 2011/2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· Ordenador HP- 8100 ELITE SFF 662 €
· Bibliografía 200 €
Total 862 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 602

1. TÍTULO

APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE GESTION DE LA CONSULTA QUE INCIDAN EN EL SERVICIO RECIBIDO POR LOS PACIENTES

2. RESPONSABLE INMACULADA GARCIA GARCIA
- Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 - Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
 - Servicio/Unidad .. UNIDAD DOCENTE MFYC
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BARTOLOME MORENO CRUZ. MEDICO DE FAMILIA. CS PARQUE GOYA.
 - MEDVEDEVA ANNA. MEDICO. CS ACTUR SUR.
 - GRANT ERBES PAMELA. MEDICO. CS ACTUR SUR.
 - EDO FERNANDEZ NOELIA. MEDICO. CS ARRABAL.
 - BONET CALAFELL SONIA. MEDICO. CS ARRABAL.
 - GARUZ BELLIDO ROBERTO. MEDICO. CS AMPARO POCH.
 - MAYAYO CASTILLEJO EVA. MEDICO. CS AMPARO POCH

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La estructura informática actual de los Servicios de Salud donde se forma el especialista, pone a su alcance y al de sus tutores prácticamente todo lo que necesitan para habilitar sus conocimientos.

En contraste con lo anterior, a pesar de existir una estructura consolidada en nuestro sector y herramientas disponibles, sin embargo no son conocidas por los usuarios potenciales, lo que dificulta la intercomunicación. Este objetivo de calidad justifica y exige uso de nuevas tecnologías que resuelva las citadas obligaciones ya que parece la herramienta adecuada y eficaz para lograr las meta propuestas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Se ha creado una página web funcional tanto para residentes como para tutores. Su fin es amplio, soporte tanto para la consulta, como para la investigación, todo tipo de documentación, formularios, enlaces a páginas de interés.

Hasta ahora se han realizado:

Marzo de 2009: Inicio del proyecto Identificación, priorización y selección de contenidos.

Marzo, Mayo 2009: Diseño, y desarrollo de la aplicación.

Junio- Septiembre 2009: Publicación de la aplicación. Evaluación de la puesta en marcha.

Septiembre -Octubre 2009: Establecimiento de un monitor de satisfacción, Detección de problemas.

Noviembre - Diciembre 2009: Resolución de sugerencias y de problema detectados.

Indicadores monitorizados:

Objetivo: Página web funcional para los médicos residentes de Medicina de Familia

Indicador: % de residentes que se convocan para realizar los cursos de medicina familiar y comunitaria mediante la página web: 100%

Indicador: autocontador en página web de descargas de objetivos generales de cursos: 773 descargas

Indicador: autoncontador en página web de la página principal: 449 descargas

Objetivo: Página web funcional para los tutores

Indicador: % de tutores que utilizan la pagina web para inscribirse a cursos: 70%

Objetivo: Página web funcional para los sanitarios:

Indicador: autocontador en página web de visitas: 11443 visitas/3 meses

Indicador: autocontador en página web de descargas de la sección encuentros AP y H: 415 descargas.

Indicador: autocontador en página web de descargas de la sección Jornadas y congresos: 306 descargas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

602

APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE GESTION DE LA CONSULTA QUE INCIDAN EN EL SERVICIO RECIBIDO POR LOS PACIENTES

Indicador: autocontador en página web de descargas de la sección últimas noticias: 330 descargas.
Indicador: autocontador en página web de descargas de la sección webteca: 306 descargas.
Indicador: autocontador en página web de descargas de la sección para la consulta: 268 descargas.
Indicador: autocontador en página web de descargas de la sección biblioteca virtual: 206 descargas.

Objetivo: Página web funcional para los pacientes

Indicador: autocontador en página web de descargas de la sección contactos de interés: 221 descargas.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Integrar en la docencia las nuevas herramientas que ofrece la web 2.0 como herramientas de google: sites, docs, traductor, calendarios, documentos compartidos por grupos, canales como RSS, difusión de contenidos y adquisición de los mismos mediante sistema de suscripción gratuitos como netvibes, redes sociales para facilitar la comunicación entre todos como twitter.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Identificación, priorización y selección de contenidos para ser incluidos en la aplicación. Responsables: Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD, Médicos de familia.

Diseño, desarrollo y publicación de la aplicación. Responsables: Equipo de Diseño. Web master supervisor.

Establecimiento de un monitor de satisfacción de usuarios. Responsables Web master supervisor.

Evaluación de la puesta en marcha, detección de problemas, resolución de sugerencias. Responsables Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD.

Resolución de problemas detectados. Responsables Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Objetivo: Uso de Google docs para los calendarios de guardias

Indicador: % de calendarios de guardias que se remiten a la unidad con este sistema

Objetivo: >80% de los residentes se convocan mediante la página web

Periodicidad: trimestral.

Indicador: Uso de Google calendars para citar a talleres, cursos y sesiones clínicas

Objetivo: % de residentes que se citan con este sistema

Periodicidad: trimestral.

Objetivo: Página web funcional para los tutores

Indicador: % de tutores que utilizan las páginas de Google sites para descargarse cursos o sesiones.

Objetivo: 80% de las inscripciones de los tutores a cursos se han tramitado por la página web.

Periodicidad: trimestral

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Enero-Febrero 2011: Desarrollo nuevas herramientas. Web 2.0.

Marzo- Abril 2011: Formación en las nuevas herramientas.

Mayo 2011: evaluación utilización de los nuevos recursos, mediante evaluación indicadores y elaboración propuestas de mejora.

Junio 2011: implementación propuestas de mejora.

Septiembre 2011: evaluación indicadores, propuestas de mejora.

Diciembre 2011: evaluación indicadores y presentación resultados.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 602

APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE GESTION DE LA CONSULTA QUE INCIDAN EN EL SERVICIO RECIBIDO POR LOS PACIENTES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático necesario: Portátil Toshiba 15.4	850 €
Total	850 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 637

1. TÍTULO

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS: EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

2. RESPONSABLE CARMEN LABARTA MANCHO
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
 - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA DE AP
 - Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- BARANDA VILLARROYA PILAR. ENFERMERIA. DIRECCION AP. SECTOR ZARAGOZA 1. EAP PICARRAL
 - LAHOZ PEREZ EVA. ENFERMERIA. DIRECCION AP. SECTOR ZARAGOZA 1. EAP LA JOTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La población anciana es, en la actualidad, la principal consumidora de fármacos, siendo su utilización adecuada un componente fundamental de la calidad asistencial.

Los ancianos son una población especialmente vulnerable a los problemas de seguridad relacionados con medicamentos, por su mayor morbilidad (que motiva la utilización de múltiples fármacos), y por sus condiciones fisiopatológicas (que hacen más probable la aparición de reacciones adversas, de interacciones medicamentosas, y de olvidos y confusiones que repercuten negativamente en su adherencia al tratamiento).

Se ha estimado que la falta de adherencia al tratamiento en patologías crónicas se sitúa entorno al 30-50%, estando considerado por la OMS como un tema prioritario de salud pública.

Entre las medidas que se han mostrado útiles en mejorar la adherencia se incluyen: la simplificación de la pauta posológica, dar instrucciones claras al paciente en soporte escrito, usar recordatorios y Sistemas Personalizados de Dispensación (SPD) de medicamentos.

La Comisión para la actualización y gestión del Sistema de Información de Atención Primaria, dependiente del Departamento de Salud y Consumo, aprobó el pasado mes de febrero las modificaciones propuestas en OMI-AP para incorporar el "Protocolo de revisión del uso de medicación crónica" en el Plan de Prevención y Detección de problemas en el anciano, relacionado con un "Plan de cuidados estandarizado de manejo inefectivo del régimen terapéutico ("gestión ineficaz de la propia salud")", desde el cual la enfermera trabajará los resultados esperados, intervenciones y actividades que se realicen para intentar solucionar el problema de mala adherencia al tratamiento del paciente.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Mejorar el conocimiento que los pacientes tienen de los tratamientos que toman y reforzar actitudes y creencias para la mejora del cumplimiento de los tratamientos.
2. Mejorar la adherencia terapéutica mediante la simplificación de la pauta posológica, la entrega de hojas de consejos u hojas de medicación individualizada y/o la entrega de Sistemas Personalizados de Dispensación de medicamentos.
3. Mejorar la seguridad de los tratamientos de los pacientes polimedicados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Difusión del proyecto y actividades en todos los centros de AP del sector
2. Selección de pacientes ancianos polimedicados que puedan beneficiarse de alguna de las medidas propuestas para mejorar la adherencia al tratamiento.
3. Selección de la medida más adecuada a cada paciente.
4. Entrega de hojas de consejos al paciente, hojas de medicación individualizadas y/o la entrega de Sistemas Personalizados de Dispensación de medicamentos.
5. Registro de problemas relacionados con los medicamentos, si se detectaran (duplicidades, exceso envases de mismo fármaco, fármacos caducados, fármacos innecesarios, sospecha de reacción adversa)
6. Registro de actividades
7. Evaluación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Nº de profesionales de enfermería que participan en el proyecto

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 637

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS: EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS

- 2. N° de pacientes seleccionados
- 3. Porcentaje de pacientes seleccionados que reciben hojas de consejos al paciente
- 4. Porcentaje de pacientes seleccionados que reciben hojas de medicación individualizadas
- 5. Porcentaje de pacientes seleccionados que reciben Sistemas Personalizados de Dispensación de medicamentos
- 6. N° de problemas relacionados con los medicamentos detectados y resueltos
- 7. Satisfacción de los profesionales participantes
- 8. Satisfacción de los pacientes seleccionados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio: Abril 2011
Fecha de finalización: Marzo 2012

Difusión del proyecto y actividades en todos los centros de AP del sector: Abril-Mayo 2011
Inclusión de pacientes y selección de la medida más adecuada a cada paciente: Mayo-Diciembre 2011
Entrega de ayudas para mejora cumplimiento: Mayo-Diciembre 2011
Registro de problemas relacionados con los medicamentos: Mayo-Diciembre 2011
Registro de actividades: Mayo-Diciembre 2011
Evaluación: Enero-Febrero 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Adquisición Sistemas Personalizados de Dispensación	1.000 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

647

CREACION DE UNA APLICACION INFORMATICA DISTRIBUIDA EN RED PARA EL REGISTRO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

2. RESPONSABLE MARTA TIRADO AZNAR

- Profesión MEDICO/A
- Centro DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
- Servicio/Unidad .. SUBDIRECCION MEDICA
- Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REY LISO ANA. ADMINISTRATIVA. DIRECCION A.P.. CLIENTES
- LAFUENTE GARCIA CARMEN. ADMINISTRATIVA. C.S. "ACTUR SUR". ADMISION
- SILVESTRE ORTE MIGUEL ANGEL. ADMINISTRATIVO. C.S. "ACTUR OESTE". ADMISION
- CASILLAS FERRANDIZ LUIS. ADMISION. C.S. "LA JOTA". ADMISION
- RODRIGO PABLO MARIA JESUS. ADMINISTRATIVO. C.S. "ACTUR NORTE". ADMISION
- ORTIGAS CINCA ROBERTO. ADMINISTRATIVO. C.S. "PARQUE GOYA". ADMISION
- MARCEN JIMENEZ CONCEPCION. ADMINISTRATIVO. C.S. "PICARRAL". ADMISION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La mayor parte de los trámites administrativos generados por los usuarios de los Centros de Salud y la gestión documental generada por el Equipo de Atención Primaria se realiza en el Área de Admisión y Clientes del Centro de Salud. El sistema de información incluido en OMI-AP cubre una parte de estas gestiones, las directamente relacionadas o derivadas de las actividades asistenciales, y por otra parte la más relacionada con la administración, que se realiza en los registros oficiales, quedando el resto de los trámites y gestiones para su resolución a través de los servicios de Admisión de los Centros de Salud.

Durante el desarrollo e implantación de los procesos y procedimientos basados en Norma ISO, en el grupo de trabajo constituido por los responsables de admisión de los equipos de Atención Primaria, el área de clientes y la Subdirección de la DAP del Sector se identificó y priorizó la necesidad de dar cobertura y garantía administrativa a todas estas gestiones y actos documentales con los usuarios, profesionales de los EAP y administración del SALUD por medio de la creación de un Registro No Oficial en las áreas de Admisión de los Centros de Salud.

Entre los objetivos seleccionados para este registro, se señalaron como mas relevantes, su adecuación al marco legal que le aplique y los relacionados con su uso, tales como su adecuación a una gran variedad de actos, versatilidad, seguridad, y extensión a todos los ámbitos administrativos de competencia de la DAP del Sector.

El desarrollo de este Registro necesariamente se dirige al diseño de una aplicación informática cuya ubicación y servicio debe realizarse en el entorno de los sistemas de información y datos del Servicio Aragonés de Salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Diseño de una base de datos con funcionalidad de Registro de Entradas y Salidas de Centro de Salud.

Implantación de dicha solución en los Centros de Salud que participan en la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en Norma UNE en ISO9001.

Extensión de este registro a todos los Centros del Sector que cumplan los requerimientos informáticos para su uso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Grupo de Tareas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 647

CREACION DE UNA APLICACION INFORMATICA DISTRIBUIDA EN RED PARA EL REGISTRO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE UN EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA

El diseño y desarrollo de la utilidad se realizará en el entorno de un grupo de trabajo cooperativo creado para este fin y constituido por los Responsables de Admisión de EAP, Jefe del Área de de Clientes de la DAP del Sector. Informáticos de la Gerencia y miembros de la Dirección de AP.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Creación de la Herramienta: Si/No.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Primera Fase:

Apertura de la mesa de discusión con Clientes y Equipos de Atención Primaria (7 de abril de 2011).
Reuniones de desarrollo, definición y alcance de la aplicación (7 a 27 de Abril).

Segunda Fase:

Política y requerimientos de la aplicación (27 de abril a 17 de mayo).

Tercera Fase:

Diseño de la Herramienta (17 a 31 de mayo).

Cuarta Fase

Instalación Preliminar y Análisis de Errores (1 a 31 de junio).
Formación de Usuarios.

Quinta Fase:

Implantación y difusión de la aplicación informática.
Verificación de errores definitiva.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Recursos informáticos ya existentes, por lo que no se precisa dotación económica adicional.

OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 515

CALCULO DEL COSTE POR UNIDAD DE PRODUCCION EN EL LABORATORIO DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN

2. RESPONSABLE JAVIER RIBOTE CALVO
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro GERENCIA DE SECTOR ZARAGOZA 1
· Servicio/Unidad .. SUMINISTROS
· Sector ZARAGOZA 1

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· PEG RODRIGUEZ VICENTE. FACULTATIVO ESPECIALISTA LABORATORIO. CME GRANDE COVIAN. ANALISIS CLINICOS
· JOSE IGLESIAS GOMEZ. PERSONAL ADMINISTRATIVO. GERENCIA SECTOR I. SUMINISTROS
· VERISIMO MARTA SEBASTIAN. FACULTATIVO ESPECIALISTA LABORATORIO. CME GRANDE COVIAN. ANALISIS CLINICOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. SITUACION DE PARTIDA:
- ACTUALMENTE NO SE CONOCE EL COSTE DE LA PRODUCCION EN EL LABORATORIO

- UTILIDAD DEL PROYECTO:
- DISPONER DE DATOS ECONOMICOS QUE FACILITEN LA GESTION EN EL LABORATORIO
- CONOCER EL COSTE/TECNICA EN EL LABORATORIO

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - CALCULAR LOS COSTES DIRECTOS DEL LABORATORIO (PERSONAL Y SUMINISTROS)
- ESTABLECER UN CATALOGO QUE PERMITA DETERMINAR EL NUMERO DE UNIDADES EQUIVALENTES POR TIPO DE PRUEBA EN FUNCION DE LA DIFICULTAD Y CONSUMO DE RECURSOS

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - DEFINIR LOS TIPOS DE COSTE A IMPUTAR
- CALCULO DE COSTES
- IMPUTACION DE COSTES A LABORATORIO
- DETERMINACION UNIDADES RELATIVAS DE VALOR ASIGNANDO EL VALOR DE 1 AL PRODUCTO DE MENOR CONSUMO DE RECURSOS
- ELABORACION DE UN CATALOGO (NORMALIZACION Y ESTANDARIZACION DE PRODUCTOS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. CUANDO SE CONOZCA EL COSTE DEL SERVICIO:
- COSTE/TECNICA

- EN LA FASE DE ELABORACION DE CATALOGO
- PONDERACION ESTANDAR POR TIPO DE TECNICA
- COSTE / N° UNIDADES EQUIVALENTES

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2º TRIMESTRE 2011: CALCULO DE COSTES DE LABORATORIO
3º TRIMESTRE 2011: ELABORACION DE CATALOGO
4º TRIMESTRE 2011: INTEGRACION DE COSTES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
· LIBROS Y SUSCRIPCION A REVISTAS ESPECIALIZADAS 300 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 515

CALCULO DEL COSTE POR UNIDAD DE PRODUCCION EN EL LABORATORIO DEL CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES GRANDE COVIAN

· ASISTENCIA CONGRESO COSTES	700 €
Total	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR