

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

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

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos María José Buisán Giral</p> <p>Profesión Farmacéutica AP</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) DAP Sector Barbastro</p> <p>Correo electrónico: mjbuisan@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 306 376</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Victor Vallés Gállego	Médico de familia Director AP sector Barbastro Presidente CURM	Salud
Pilar Calderón Grau	Enfermera Directora de enfermería sector Barbastro	Salud
Francisco Domínguez Sanz	Médico de familia Subdirector AP sector Barbastro Miembro CURM	Salud
REVISORES EXTERNOS		
Comisión de Uso racional del Medicamento.	Sector Barbastro	Salud
Ana Cristina Sanjoaquín Romero	FEA Geriatria Responsable de la Unidad de Valoración Sociosanitaria del sector de Barbastro Coordinadora calidad sector Barbastro	Salud

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>El objetivo 8.2 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007 es diseñar y establecer sistemas de información y para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.</p> <p>El objetivo primario de un sistema de comunicación de incidentes es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los efectos adversos y de los errores cometidos. Los sistemas de comunicación de incidentes no están destinados a identificar y sancionar a los miembros del personal sanitario involucrados en el incidente sino a aprender de los errores y evitar que puedan volver a repetirse.</p>

Los errores de medicación son una de las principales causas de acontecimientos adversos prevenibles .

Hasta ahora se ha estado trabajando en el problema fundamentalmente en los Hospitales, siendo la información disponible en atención primaria escasa. Sin embargo, dado que la mayor parte de las prescripciones de medicamentos se realizan en atención primaria y que desde allí se tiene una visión más global y continuada del paciente, creemos que desde este ámbito las oportunidades de detectar errores de medicación son altas.

Un estudio canadiense encontró que gran parte de los efectos adversos ocurrían en tiempos anteriores a la hospitalización. Los relacionados con atención primaria fueron debidos al uso de fármacos y la mayoría evitables.

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El proyecto está dirigido a los médicos y enfermeros de atención primaria del Sector Barbastro.

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

Método:

Revisión del estado actual de este tema.

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

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

Implantación:

1. Detección oportunista de un error de medicación.
2. Comunicación del error al comité de seguimiento (comisión Uso Racional del Medicamento).
3. Análisis y clasificación del error.
4. Registro de errores y comunicación oficial (ISMP, MSC)

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

5. Emisión de recomendaciones para prevenir errores de este tipo.
6. Información de retorno a todos los profesionales del sector informando de la naturaleza del error y las recomendaciones de mejora.

Actividades:

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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **Enero 2008**

Fecha de finalización: **Enero 2009**

Calendario:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: APLICACIÓN DEL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD "LAFORTUNADA": "SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Guillermo Bernués Sanz

Profesión

Médico de Familia

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

Equipo de Atención Primaria, Centro de Salud Lafortunada. Sector Barbastro

Correo electrónico:

gbernues@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974504031/ 974504070

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Asunción Gracia Marco	Enfermera	C. S. Lafortunada
Mercedes Cabañuz Latorre	Médico	C. S. Lafortunada
Paz Salas Guiral	Enfermera	C. S. Lafortunada
Josefina Tremps Bagué	Enfermera	C. S. Lafortunada

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Dentro del ciclo de Mejora Continua de la Calidad EFQM, el EAP de Lafortunada detectó (2006) la oportunidad (Método de Grupo Nominal), priorizando (Comparación de Pares), "Seguimiento del paciente en TAO"

Es un proyecto directamente relacionado con Cartera de Servicios del SALUD.

Mejora la seguridad, el seguimiento clínico, la accesibilidad, los derechos y la satisfacción de los pacientes.

Sin embargo, se han detectado puntos críticos tras la evaluación EFQM de 2007 consistiendo estos en baja cobertura en algún cupo, falta de implicación de algún profesional e indicadores de resultados que no llegaban al estandar.

Si bien es verdad que el indicador empleado hacia una "foto fija" del último control, también lo es que el seguimiento del paciente en TAO tiene como objetivo la estabilidad y regularidad del INR a lo largo del tiempo y es el objetivo a conseguir.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

El seguimiento del paciente en Terapia Anticoagulante Oral forma parte del ciclo de mejora continua de la Calidad de este C. S. desde 2006. En 2007 se ha trabajado en el ciclo en reuniones del equipo del C. S. y de los equipos de mejora. Todo el EAP se ha implicado en el Ciclo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

OBJETIVO I

Los pacientes en TAO tienen el INR en el rango indicado para su patología.

OBJETIVO II

Todo el Equipo participa en el control y seguimiento del paciente en TAO ya que es un Programa de Cartera de Servicios de nuestro C. S.

OBJETIVO III

El paciente en seguimiento por TAO minimiza las complicaciones (Hemorragia, trombosis) directamente derivadas de su terapia

Además, pretendemos aumentar la sensibilización, conocimientos y manejo terapéutico eficaz por parte de los pacientes y familiares, realizando educación sanitaria en cada control de seguimiento.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Con el fin de aumentar los beneficios derivados de la atención proporcionada, disminuir los riesgos, garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios y proporcionar una atención más eficiente:

Medidas previstas:

Los profesionales del EAP realizamos el seguimiento de los pacientes con TAO de forma programada en consulta y domicilio, mediante los nuevos terminales (P.O.C.), y desde hace poco con la aplicación OMI TAO.

Guillermo Bernués Sanz, médico y coordinador del EAP, participa en el "grupo de trabajo ACO" de Sector junto a otros C. S., la dirección de sector y el servicio de hematología del nuestro Hospital de referencia, para consensuar un protocolo para el seguimiento del paciente en TAO. adecuado a las características del Sector.

María Asunción Gracia Marco, enfermera y responsable de Calidad del Equipo, se encarga de supervisar todo el proceso.

El Equipo de Mejora se encarga la organización, registro y evaluación.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

El seguimiento y evaluación se realizara mediante la medición de los indicadores seleccionados, realizando un corte a 31 de Junio y a 31 de Diciembre, dando cuenta de las actividades realizadas y las pendientes

Objetivos	Indicadores
Los pacientes en TAO tienen un INR en rango.	1 $\frac{\text{Nº paciente en TAO con INR en rango}}{\text{Nº total de pacientes en TAO}} \times 100$
	Estandar: $\geq 70\%$
Todo el Equipo participa en el control y seguimiento del paciente en TAO	2 $\frac{\text{Nº profesionales que hacen seg TAO}}{\text{Total profesionales del EAP}} \times 100$
	Estandar: $\geq 90\%$
El paciente en seguimiento por TAO minimiza las complicaciones por su terapia	3 $\frac{\text{Nº Pacientes con Hgja o Trombosis en el periodo}}{\text{Total de pacientes en seguimiento}} \times 100$
	Estandar: $\geq 90\%$

Aclaración: Pacientes en TAO con al menos 3 meses de seguimiento en el C. S. y que previamente cumplan el criterio de inclusión.

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 febrero 2008	Fecha de finalización: ciclo continuo
---------------------------------	---------------------------------------

Calendario:

FEBRERO presentación del ciclo de mejora al EAP

MARZO compromiso de participación por parte de los profesionales

ABRIL taller formación OMI

MAYO presentación al EAP del estado del trabajo del grupo de sector en TAO

JUNIO seguimiento y medición de indicadores

SEPTIEMBRE sesión clínica, a propósito de un caso, formato OMI

OCTUBRE presentación al EAP del seguimiento TAO OMI

DICIEMBRE evaluación

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PROYECTO DE MEJORA PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON OBESIDAD Como factor de riesgo de DM.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Carmen Chaverri
Profesión Enfermera
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C. S. Binefar
Correo electrónico: laltimir
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974/430911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Altemir Campo	Enfermera	C.S.Binefar
F ^a Valdivia	Enfermera	C.S.Binefar
Javier Gutierrez Martinez	Medico	C.S.Binefar
José Bailac Costa	Medico	C.S.Binefar
Dolores Muñoz Gallo	Medico	C.S.Binefar
Jezabel Gibanel Trem	Enfermera	C.S.Binefar
Cristina Lueza Lampurdanes	Medico	C.S.Binefar

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>Durante los 2 últimos años hemos trabajado en la mejora del seguimiento de los pacientes diagnosticados de DM. Y Glucemia Basal Alterada.</p> <p>En un intento de mejorar la calida de vida del paciente, disminuir el riesgo cardiovascular y actuar sobre la prevención de la DM., creemos necesario intervenir de forma mas activa en la atención que se realiza con el paciente Obeso.</p> <p>Pretendemos mejorar la aceptación por parte del paciente del seguimiento del Pr. Para Obesidad, realizando intervenciones intensivas en la consulta de enfermería.</p> <p>Planteando actividades con pacientes diagnosticados de G.B.A. para mejorar su IMC y favoreces el retraso de la aparición de DM, y con pacientes diagnosticados de DM favoreciendo el control de su enfermedad y complicaciones , mejorando sus cifras de glucemia.</p>

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior
Pacientes
1º año resultados:
-Registro en H ^a clínica de 4 perfiles glucémicos en un año.
Objetivo: 80% Resultado : 62 %
Registro en H ^a Clínica de Hipoglucemias(prevención, detección, y actuación correcta)
Objetivo: 80% Resultado. 82.5%
Registro de Ed.Sanitaria por niveles.
Objetivo : 80% Resultado : 78.7%

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

<p>Registro en H^o de Glucagon (manejo de Técnica sanitaria) Objetivo : 80% Resultado : 83%</p> <p>2º año resultados.</p> <p>Registro en H^a clínica de Factores de riesgo de DM Objetivo : 80% Resultado : 95%</p> <p>Registro de Ant. Familiares de DM en H^o Objetivo : 80 % resultado : 55.56 %</p> <p>Registro de HTA y CHOL una vez al año en H^a clínica Objetivo: 80% Resultado : 92%</p> <p>Registro en H^a de IMC en ultimo año Objetivo : 80 % Resultado : 96%</p>
--

<p>6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</p> <p>Unificar criterios de seguimiento en consulta de enfermería. Aumentar la motivación y Adhesión al Tto indicado. Disminución del peso de un mínimo de 5% a un 10% en un año. Mejorar la cifra de HbA1C en DM.</p>
--

<p>7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR</p> <p>Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables</p> <p>Elaboramos una guía para la atención y seguimiento del paciente obeso en consulta programada de enfermería. Determinar IMC de cada paciente, calculo de gasto energético diario, programa nutricional adaptado de forma individual al gasto energético. Desechamos la medida cintura/pelvis porque toda alteración en este parámetro supone un IMC > a 27, y decidimos intervenir en pacientes con IMC> de 27. Calendario de citas : Cada 15 días durante los 3 primeros meses del programa, después citas c/ mes hasta cumplir el primer año, continuar fase de seguimiento con citas c/ 3 meses ó cada 6 meses según cumplimiento y durante un segundo año. En caso de pacientes con diagnostico de DM Después de los 3^a meses se adaptan las citas al seguimiento de Pr. DM</p>
--

<p>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitoriza</p> <p>Nº de pacientes que se adhieren al PR./ Nº de pacientes que se ofrece el Pr.Intensivo Objetivo= 60%</p> <p>Nº de pacientes que cumplen con el calendario de citas/ Nº de pacientes que se incluyen en Pr. Intensivo. Objetivo= 75%</p> <p>Nº de pacientes que modifican el peso./ Nº de pacientes que se incluyen en Pr. Intensivo Obesidad = 50%</p> <p>Nº de pacientes DM en PR. Intensivo/ Nº de pacientes que modifican HbA1C</p>

<p>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p> <table border="1"> <tr> <td>Fecha de inicio:20/2/2008</td> <td>Fecha de finalización:20/02/2009</td> </tr> </table> <p>Marzo: Guía de consulta y presentación al equipo de la misma. Septiembre: 1ª evaluación de los indicadores. Diciembre: 2ª evaluación del los indicadores.</p>	Fecha de inicio:20/2/2008	Fecha de finalización:20/02/2009
Fecha de inicio:20/2/2008	Fecha de finalización:20/02/2009	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Organización de Consulta de Enfermería Pediátrica en A.P.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Teresa <u>Secorun</u>
Profesión Enfermera
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C. S. Binefar
Correo electrónico:
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974/430911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Patricia Ledo	Enfermera	C.S.Binefar
F ^a Valdivia Barrales	Enfermera	C.S.Binefar
Pedro Agon Banzo	Medico	C.S.Binefar
Rosa Castro Cubero	Medico	C.S.Binefar
Lourdes Altemir Campo	Enfermera	C.S.Binefar
Bárbara Latre	Enfermera	C.S.Binefar
Graciela Montagut	Enfermera	C.S.Binefar

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>Durante el último año hemos detectado alguna deficiencia en cuanto a la organización de la consulta de enfermería pediatra, dando lugar a varias reclamaciones.</p> <p>Falta de información al personal sustituto de la consulta programada pediátrica, dificultad para asumir el contenido especializado de esta consulta por el resto del personal del centro.</p> <p>Necesitamos unificar criterios sobre Ed. Sanitaria con respecto al paciente pediátrico, desde su nacimiento hasta los 14 años; teniendo en cuenta revisiones del niño sano, calendarios vacunales normales y acelerados, y Ed. Sanitaria sobre prevención de accidentes y Medidas higiénico- dietéticas necesarias en cada periodo de crecimiento.</p> <p>Debido al aumento de población inmigrante, se aprecia un aumento progresivo de la necesidad de aplicar calendarios acelerados de vacunaciones, encontrándonos con dificultad en el seguimiento y cumplimiento de los mismos.</p>

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
<p>Conseguir una mejora en la calidad de la atención al Paciente pediátrico</p> <p>Unificar criterios y formación adecuada del personal del Centro.</p> <p>Evitar las anulaciones de citas programadas por falta de personal.</p> <p>Evitar reclamaciones por este motivo</p>

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

Mantener las coberturas actuales de Vacunaciones.
Cumplimiento de Calendarios Vacunales Acelerados.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaborar una Guía Informativa de las actividades programadas a realizar en consulta pediátrica. Incluirá las actividades específicas en cada revisión obligatoria del PR. Del Niño sano: vacunación, Información sobre Higiene, alimentación, prevención de riesgos, y consejos; desde su nacimiento hasta los 14 años, en esta edad se realizara la ultima revisión antes de pasar a medico de cabecera.

Sesiones formativas para dar a conocer la guía elaborada.

La vacunación de 14 años se organizará en Centro Escolar.

Los niños con Calendario Acelerado de Vacunación se mantendrán en Pediatría hasta la finalización del mismo, para facilitar el correcto cumplimiento y seguimiento; independientemente de la edad que tengan al finalizarlo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Nº de niños con calendario vacunal correcto en edad correspondiente / nº total de niños vacunados en edad correspondiente.

Objetivo: 97%

Cumplimiento de calendarios vacunales acelerados completos / Nº de calendarios acelerados.

Objetivo: 97%

Nº total de Ítem a realizar en la consulta programada de pediatría / Nº total de ítem realizados en la guía de consulta programada que vamos a elaborar.

Objetivo : 80%

Nº de consultas programadas anuladas en enfermería pediátrica / Nº de días de permiso de la enfermera habitual de pediatría.

Objetivo: 100%.

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: 10/02/2008

Fecha de finalización: 31/12/2008

Calendario

10/2/2008 Puesta en común del posible proyecta y medidas de mejora.

Mayo: Elaboración de guía de consulta y presentación al personal del centro.

Junio: Vacunación en el Centro escolar. Volcado de datos en Hº.

Septiembre: 1ª Evaluación de todos los indicadores propuestos.

Diciembre : 2ª Evaluación de todos los indicadores.

Anexo

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Pulsioxímetro pediátrico</u>	<u>300 Euros</u>
<u>Tensiómetro digital pediátrico</u>	<u>200Euros</u>
<u>Báscula digital pediátrica</u>	<u>200 Euros</u>
<u>Radio-CD</u>	<u>200 Euros</u>
TOTAL	900 Euros

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO:
MEJORA EN LA ATENCIÓN GLOBAL DEL PACIENTE CON E.P.O.C.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
Cristina Lueza Lampurlanes
Profesión
medico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Centro de Salud Binefar
Correo electrónico:
clueza@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974-429065

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Elisa Torres Clemente	medico	Binefar
Sonia Garces Bielsa	DUE	Binefar
Marta Allue Ciudad	DUE	Binefar
Pilar Campo Amorós	Administra.	Binefar
Dolores Muñoz Gallego	medico	Binefar
Carmen Chaverri Alaman	DUE	Binefar
José Bailac Costa	medico	Binefar
Fernando Marti Jarne	Fisio	Binefar
Jose gracia Farre	medico	Binefar
Jezabel Gibanel Trens	DUE	Binefar

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

Escasa cobertura, e infradiagnostico de EPOC.
Desde el mes de Agosto de 2007, no se realizan espirometrías, por traslado del profesional responsable de su realización.
En este momento no disponemos de ningún profesional adiestrado en el uso del espirómetro.
Baja motivación de los profesionales en esta patología.
Baja cobertura en deshabituación tabaquica.
Detectamos en los domicilios aparatos de Aerosolterapia –Oxigenoterapia que el paciente no utiliza, o no indicados de forma crónica, lo que supone un aumento desmesurado del gasto.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
Mejora en la atención de los `pacientes con EPOC.
Diagnostico Precoz
Realización técnicas sanitarias diagnosticas correctas

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

Deshabitación tabaquica
 Mejorar seguimiento clínico y de los tratamientos(farmacológicos y no farmacológicos)
 Rehabilitación pulmonar.
 Eficiencia en la utilización de oxigenoterapia y aerosolterapia.
 Reducción de ingresos hospitalarios / año debidos a esta patología.

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

Puesta a punto del espirómetro. A realizar por la Coordinadora.
 Formación:
 Taller de espirometrias. Unidad Docente. Servicio neumología de referencia, impartido por Mercedes García Solans.
 Taller de deshabitación tabaquica. Elisa Torres.
 Sesión de uso del pulsioxímetro en seguimiento y tratamientos. Cristina Lueza.
 Educación sanitaria en el uso de inhaladores y fisioterapia respiratoria. Carmen Chaverri, Jezabel Gibanel, Fernando Marti.
 Realización de espirometrías en pacientes fumadores, para el diagnostico precoz. Sonia Garcés, Marta Aullé
 Realización de espirometrías en EPOC, diagnosticados, cada 2 años. Sonia Garcés Marta Aullé
 Revisar listados de la empresa Carburos Metálicos de los pacientes con oxígeno-aerosol terapia, para determinar si persiste la indicación. A realizar por la administrativa

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
 Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

Indicadores de Proceso:
 -Nº de pacientes con EPOC registrado/ Nº de pacientes con EPOC con espirometria.=80%
 -Nº de pacientes EPOC con consejo antitabaco/Nº de pacientes EPOC fumadores=100%
 -Nº de pacientes EPOC que conste el adiestramiento en el uso de inhaladores/Nº de pacientes EPOC registrados=80%
 indicador de resultados:
 -Nº de pacientes con EPOC que acudieron al servicio de urgencias del Hospital/Nº de pacientes con EPOC.
 -Nª De pacientes con criterio de oxigenoterapia-aerosolterapia/ Nº de pacientes con oxígeno-aerosolterapia=90%.
 -Nº De pacientes EPOC Con FEV1/CVF<75% con fisioterapia pulmonar/Nª de pacientes con FEV1/CVF<75% sin fisioterapia.

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

Fecha de inicio: 1 de febrero 2008	Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2008
------------------------------------	--

Calendario:
 Marzo: taller espirometrias. Revisión listados de pacientes con oxígeno-aerosolterapia.
 Abril: taller tabaco.
 Mayo: uso del pulsioxímetro en seguimiento y tratamientos.
 Junio: Educación sanitaria en el uso de inhaladores y fisioterapia respiratoria.
 Julio: primera evaluación indicadores,(punto de partida)
 Diciembre: evaluación indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO COMPARACIÓN ENTRE ESTATINAS GENÉRICAS Y ESTATINAS DE MARCA: PROYECTO DE MEJORA EN LA PRESCRIPCIÓN DE EFG
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos PEDRO JESÚS AGÓN BANZO
Profesión MÉDICO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD DE BINEFAR (HUESCA)
Correo electrónico: pagonbanzo yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974430911

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Teresa Secorúm	Enfermera	C. S. Binefar
Elisa Torres Clemente	medica	Cs Binefar
Lola Muñoz Gallego	medico	Binefar
Esmeralda Puyol Rami	medico	"
Vicente Martinez Sentis	DUE	"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... <p>El porcentaje de prescripciones de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) con respecto al de fármacos de marca continúa siendo bajo. Una de las causas es la falta de confianza que el médico tiene en las EFG: varios médicos piensan que la eficacia y la efectividad de las EFG es menor que la de los fármacos de marca. No obstante, a pesar de que los estudios de biodisponibilidad garantizan la bioequivalencia de las EFG con respecto a los fármacos de marca, faltan estudios que comparen "in vivo" los efectos clínicos reales de estos dos grupos de fármacos. Nosotros pensamos que sería útil llevar a cabo un estudio de este tipo para despejar las dudas de los profesionales que todavía desconfían.</p> <p>Centraremos nuestro estudio en el grupo farmacológico de las estatinas por ser uno de los grupos terapéuticos más prescritos, y que por lo tanto mayor gasto farmacéutico genera, y por que sus efectos son fácilmente medibles de forma objetiva registrando las cifras de lípidos (colesterol, LDL, HDL, TGC)</p> <p>Nos proponemos realizar un estudio retrospectivo observacional, revisando las historias de los pacientes que toman estatinas y dividiendo la muestra en dos grupos: estatinas EFG y estatinas de marca, midiendo las cifras de lípidos de los pacientes incluidos como caso, y comparando al final los dos grupos en busca de diferencias en las cifras de lípidos. Registraremos además las cifras de transaminasas y CPK, para medir la incidencia de reacciones adversas medicamentosas. Hemos fijado la muestra poblacional en 500 casos.</p>

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Es previsible que el resultado de nuestro estudio determine que no existen diferencias entre las cifras de lípidos obtenidas en los pacientes tratados con EFG y los tratados con estatinas de marca.

Daremos a conocer los resultados de nuestro estudio durante una reunión de equipo en nuestro Centro de Salud, mediante una sesión informativa, y esperamos conseguir gracias a ella un cambio en la prescripción, de forma que aumente el porcentaje de EFG frente a las estatinas de marca, consiguiendo así una mejora en la calidad de la prescripción y una disminución del gasto farmacéutico.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsableS

La mejora en la prescripción será el resultado de un cambio en la actitud del médico frente a las EFG. La actual actitud de rechazo y desconfianza de algunos profesionales cambiará, probablemente, después de conocer los resultados de nuestro estudio. El método para dar a conocer estos resultados a los facultativos será, como ya hemos dicho, una sesión informativa en la que se utilizarán medios audiovisuales con los que contamos en nuestro Centro de Salud (ordenador, cañón, Power-Point...).

Antes de comenzar la sesión se repartirá entre los facultativos asistentes a la misma una encuesta validada, anónima y personal, que recogerá información sobre los conocimientos, opiniones y hábitos en la prescripción de EFG de cada uno de los médicos encuestados. Al terminar la sesión deberán completar la segunda parte de la encuesta, la cual nos informará de si la sesión informativa ha servido para aumentar la confianza de los médicos en las EFG y, lo que es más importante, de si tienen intención de aumentar el número de prescripciones de estatinas genéricas frente a las de marca. Sesión clínica de hipolipemiantes, con evidencias clínicas.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

En nuestro estudio se evaluarán al menos dos cuestiones:

- 1- Diferencias entre las cifras de lípidos que presentan los pacientes tratados con estatinas genéricas y los tratados con estatinas de marca. Se tomarán al menos dos determinaciones para poder evaluar la magnitud de los cambios en las cifras de lípidos.
- 2- Diferencias en los conocimientos, opiniones, confianza y hábitos de prescripción que tienen los médicos con respecto a las EFG, antes y después de dar a conocer los resultados de nuestro estudio.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01-01-2008

Fecha de finalización: 01-11-2008

Calendario:

La recogida de datos ya ha comenzado y se prevé haber recogido los 500 casos en julio de 2008. A continuación se llevará a cabo el análisis estadístico de los datos obtenidos con la última versión del programa SPSS para Windows, teniendo los resultados en septiembre. Posteriormente se preparará la exposición de los mismos en Power-Point y se fijará la fecha de la reunión de equipo en la que se darán a conocer y se realizará la encuesta antes mencionada.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>EDUCACIÓN SANITARIA CON TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) A USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD.</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos ELISA TORRES CLEMENTE</p> <p>Profesión MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD DE Binéfar</p> <p>Correo electrónico: etorres@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 429065</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MIGUEL ZAZO ROMOJARO	MEDICO	GERENCIA DE SECTOR
VÍCTOR VALLÉS GÁLLEGO	MEDICO	DIRECCIÓN A.P. SECTOR
JUAN COLL CLAVERO	MÉDICO	S. INFORMÁTICA SECTOR
CRISTINA LUEZA LAMPURLANES	MEDICO	C.S. BINÉFAR
DOLORES MUÑOZ GALLEGO	MEDICO	C.S. BINÉFAR
PATRICIA LEDO BLASCO	D.U.E.	C.S. BINÉFAR
GEMMA ESPADA	AUX. ADM.	C.S. BINÉFAR
PEDRO AGON BANZO	MEDICO	C.S. BINEFAR
SONIA GARCES BIELSA	DUE	BINEFAR
LOURDES ALTEMIR CAMPO	DUE	BINEFAR
MARTA ALLUE CIUTAD	DUE	BINEFAR
BARBARA LATRE MUZAS	DUE	BINEFAR
CARMEN CHAVERRI ALAMAN	DUE	BINEFAR

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

Se ha seleccionado como expansión de mejora el proporcionar expansión sanitaria y expansión para la salud mediante la expansión de tecnologías de la expansión (expansiones) en salas de espera y otros espacios del Centro de Salud.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la expansión sanitaria de los usuarios de los Centros de Salud.

Fomentar autocuidados.

Mejorar la expansión del paciente. Disminuir Medicalización (consumo de fármacos).

Mejorar la imagen del centro de salud como referente en la prevención y expansión de la salud.

Mejorar la confortabilidad de los espacios de espera del Centro.

Expansión de los expansiones.

7.- MÉTODO Y expansión PARA MEJORAR

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Desarrollo de material 3xexpansión3l en 3xexpansión sanitaria con temas de salud prioritarios: tabaco, 3xexpansión3 de la gripe, métodos anticonceptivos, 3xexpansión, ejercicio físico, ...

Se creara un equipo 3xexpansión3les33r, para la 3xexpansión3l de los temas a tratar

El contenido estará basado en evidencias científicas disponibles, transmitido con mensajes cortos, comprensibles, positivos, que aumenten la 3xexpansión3 del paciente.

Montaje de los 3xexpansión3les, Gerencia del Sector.

Instalación el salas de espera y zona de 3xexpansió de equipos 3xexpansión3les.Servicio de informatica del Sector.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su 3xexpansión3les3

Primer año:
Planificación del catálogo de contenidos y priorización de 3xexpansión3l de tres temas.
Diseño de encuesta de 3xexpansión3le y de comprensión.

2º año
Evaluación del impacto: Encuesta de 3xexpansión3le semestral
Evaluación de indicadores de resultados (Incremento de coberturas: 3xexpansión3 3xexpansión3 en > de 65 años, deshabitación tabáquica, 3xexpansión3l gasto farmacéutico, ...)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las 3xexpansión3l previstas

Fecha de inicio: 01/03/2008	Fecha de finalización: 31/12/2010
-----------------------------	-----------------------------------

Calendario: Plan a tres años.

1er. Año.- Desarrollo de 3xexpansión3les en 3xexpansión sanitaria.
1er semestre: 3xexpansión3le de material y 3xexpansión3l de 3xexpansi y contenidos.
2º semestre: 3xexpansión3l de 3xexpansión3les.

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

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Estrategias para incrementar el cribado poblacional del cáncer de cervix en la Zona Básica de Salud de Fraga

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Sergio Lafita Mainz Profesión Médico E. A. P. Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C.S.Fraga Correo electrónico: slafita@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo 974461134

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Antonio Garcés Boria	DUE	
Alica Royes Satorres	DUE	
Inma Mendoza Escuer	DUE	
Dolores Vera Orus	DUE	
Pilar Bitrian Aisa	DUE	
Jovita Olacia Viu	DUE	
Cristina Rausa Bragulat	DUE	
Ana Boix Gonzalez	DUE	
Cristina Saso Bosque	DUE	
Esther Senar Tena	DUE	
Pilar Albas Martinez	DUE	
Maribel Hernandez Abadias	DUE	
Patricia Millanes Gallinat	Matrona	
Rosa Alzuria Alos	Matrona	
Rosa Oncins Torres	Patóloga	Hospital Barbastro
Paula Gambó Grasa.	Patóloga	Hospital Barbastro
Maria Angeles Aragón Sanz	Ginecóloga	Hospital Barbastro
Sofia Barco Marcellan	Médico	
Mª José Andreu Rufat	Médico	
Pilar Lobera Navaz	Pediatra	
Mª Pilar Mallada Viana	Pediatra	
Mónica Pascual Franco	Pediatra	
Manuel Martín Aranda	Médico	
Manuel Lázaro Peirona	Médico	
Yolanda Bordas Buil	Médico	
Jesús Muniesa Marin	Médico	
Belen Lafragüeta Puente	Médico	
Antonio Sevilla Robert	Médico	
José Mª Navarro Hueso	Médico	
Sergio Lafita Mainz	Médico	
Jesús Lope Ruiz	Médico	

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

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

En nuestro Sector y en nuestra Área Básica de Salud hay unas 3373 mujeres entre 35 y 65 años. En este grupo de mujeres hemos detectado una baja cobertura del cribado poblacional de cáncer de cervix (38,92% en el Sector y 20,36% en la Zona Básica de Fraga) Así mismo, se nos ha informado por parte de las anatomopatologas del hospital, que existe la tendencia a realizar cuidados inversos y repetir citologías a mujeres que no son de riesgo.

Este año iniciamos en la Zona Básica de Salud de Fraga, en coordinación con el Servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro y el Servicio de Anatomía patológica del mismo hospital, un estudio piloto de cribado poblacional de cáncer de cervix en mujeres mayores de 35 años, implementando la prueba de detección del DNA del HPV. Con este estudio, esperamos conseguir ofrecer mayor seguridad a las usuarias (ya que el valor predictivo negativo de este test es del 98%), **aumentar la captación poblacional** de la población diana, disminuir las citologías innecesarias implicar a los profesionales de Atención Primaria y Especializada en la Prevención del Cáncer de cervix y aumentar la información y calidad de vida de las usuarias de nuestra Zona Básica .

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

Aumentar la seguridad de las pacientes.

Disminuir la ansiedad que genera la realización de pruebas innecesarias.

Potenciar la coordinación Atención Primaria –Atención Especializada.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

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

Captación activa de grupos de riesgo (inmigración).

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

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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Número de citologías realizadas con relación al año 2007.

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Febrero 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Calendario:

Febrero 2008: Reunión informativa y puesta en común de las estrategias planificadas, con el equipo de atención primaria y especializada, implicados en el proyecto.

Marzo 2008: elaboración de trípticos informativos.

Mayo 2008 y Octubre 2008: campañas informativas.

Septiembre 2008: campaña captación activa (carta, etc..).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO MEJORA DEL CONTROL, SEGUIMIENTO Y SISTEMAS DE REGISTRO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN ATENCION PRIMARIA</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos: Esteban Sanmartín Sanchez (médico) José Luis Perez Albiac (médico) Dolores Loncan Margalejo (enfermera)</p>
<p>Profesión: médicos, enfermera</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD MONZÓN RURAL</p>
<p>Correo electrónico: jlperezalbiac@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974416232</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Alcay Marín	Médico	C.S. Monzon Rural "
Carmen Alastrué Pinilla	"	"
Raquel Cortina	"	"
Rosa Sanjuan	"	"
Ana Monclús Muro	Enfermera	"
Dolores Loncan Margalejo	"	"
M ^a Jesús Martín Vidal	"	"
Ester Val	"	"
Goretti Lordan	"	"
Magali Thacco	"	"
Concepción Pina Borruei	Administrativa	"

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>El problema del seguimiento de los pacientes diabéticos es seleccionado mediante la técnica de "Grupo Nominal", realizada entre los miembros del equipo de A.P. de Monzón Rural. Primero se realiza una tormenta de ideas, se seleccionan 13 problemas por consenso y sobre estos se prioriza con una matriz con criterios preestablecidos (nº de pacientes afectados, riesgo para el paciente, independencia externa, coste de las medidas correctoras, facilidad de medición).</p> <p>La diabetes mellitas es un problema de salud crónico, con una elevada morbimortalidad, que requiere seguimiento por parte del personal sanitario, médico y de enfermería, de Atención Primaria y Atención Especializada y consume una importante cantidad de recursos. Se estima que su prevalencia en España se encuentra en torno al 6 % de la población y son precisos objetivos de control estrictos para disminuir las complicaciones y mejorar las expectativas de estos enfermos.</p> <p>En la zona de salud de Monzón Rural, con una población de 3667 personas (TIS), tenemos 287 diabéticos incluidos en el programa 306 de Cartera de Servicios. Esto</p>
--

supone una prevalencia de 7,5 %.

En un estudio descriptivo realizado sobre una muestra aleatoria de los diabéticos incluidos en Cartera, del 1-10-2004 al 1-10-2005, en las zonas de salud de Monzón y Binefar, se obtienen los siguientes resultados de control:

- Hemoglobina glicosilada: consta en el 73 % de la muestra y cumple objetivos de control, menor del 7 %, en el 35 %.
- Colesterol LDL: consta en el 57 % de la muestra y cumple objetivos de control, menor de 100 mg./dl., en el 16,5 % de estos casos.
- Tensión arterial: figura en el 86 % de la muestra y cumple objetivos de control, menor a 130/80, en el 38 % de estos casos.

Solo un 4,6 % de los pacientes revisados cumplen objetivos de control de los 3 factores revisados.

- El fondo de ojo se ha realizado al 47 % de la muestra
- La microalbuminuria se ha realizado al 62,6 % de la muestra
- La revisión de los pies se ha realizado al 43 % de la muestra
- Se ha medido el perímetro abdominal al 4 % de la muestra

Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios y en otras zonas o países de nuestro entorno.

En esta revisión también se observó una gran variabilidad de resultados entre distintos profesionales, tanto de medicina como de enfermería.

Estos datos nos sugieren que es necesario mejorar el seguimiento a los pacientes diabéticos, obtener mejores resultados en los objetivos de control y realizar un buen registro de los datos. Para esto necesitamos mejorar las habilidades de los profesionales y optimizar el uso de los recursos disponibles.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos generales:

- Mejorar el control metabólico de los diabéticos, consiguiendo una HbA1C < de 7 %
- Establecer tratamiento con Insulina a los diabéticos en los que esté indicado
- Realizar diagnóstico precoz de las complicaciones de la diabetes

Objetivos específicos

- Realizar a los diabéticos analítica anual, incluida HbA1C
- Conocer criterios de insulinización y pautas para hacerlo
- Realizar educación diabetológica
- Exploración y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular, que empeoran el pronóstico de la diabetes
- Exploración y seguimiento de las complicaciones de la diabetes
- Disminuir la variabilidad interprofesional

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Hoja de registro del programa 306 de Cartera de Servicios
- Formación en Diabetes: diagnóstico y tratamiento
- Exploración de las complicaciones de la diabetes y criterios de derivación
- Interpretación de retinografía
- Educación diabetológica
- Tratamiento de las complicaciones de la diabetes
- Grupos de consenso, entre profesionales.

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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Que el 40 % de los diabéticos incluidos en Cartera tengan la HbA1C < 7 %
- Que el 45 % de los diabéticos incluidos en Cartera tengan TA<130/80
- Que el 20 % de los diabéticos incluidos en Cartera tengan medido el perímetro abdominal
- Que el 60 % de los diabéticos tengan un exploración de pies, referida a sensibilidad y pulso
- Que el 80 % de las enfermeras hagan educación diabetológica
- Que el 80 % de los médicos sepan interpretar una retinografía
- Que el 40 % de los diabéticos incluidos en Cartera tengan una retinografía hecha, o fondo de ojo informado.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2009
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

Revisión de las hojas de registro de Diabetes	Abril – Mayo 2008
Curso sobre diabetes para médicos y enfermeras	Junio 2008
Interpretación retinografías	Septiembre 2008
Registro en las Hª Clínicas de las actividades de seguimiento.	Julio 08-Julio 09
Evaluación de resultados de indicadores	Octubre 2008 y 2009
Discusión de resultados en el equipo	Noviembre 2008 y 2009

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Curso de 20 horas sobre Diabetes, dirigido a médicos y enfermeras	1.200.-
Curso de interpretación de Retinografías, de 5 horas	300.-
Ordenador portatil	1.400.-
Pantalla de proyección	150.-
Material de educación a diabéticos	1000.-
TOTAL	4.050 Euros

Lugar y fecha: Monzón, 21 de Febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO

MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA M^a MONCLUS MURO

Profesión

ENFERMERA- D.U.E.

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

CENTRO SALUD MONZÓN RURAL

Correo electrónico:

monclusa@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974416232

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
GORETTI LORDAN	D.U.E.	MONZÓN RURAL
CARMEN CHAVERRI	D.U.E.	BINEFAR
M ^a ANGEL AGUERRI	D.U.E.	AINSA
PILAR CALDERON	D.U.E.	ENFERMERÍA PRIMARIA SECTOR BARBASTRO

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

El PROYECTO DE MEJORA se propone trabajar en unificar las Intervenciones Enfermeras para todo el Sector haciendo llegar a todas ellas criterios de actuación basados en Indicadores evaluables, basados en Evidencias y que nos permitan detectar la incidencia de las mejoras propuestas en el control de la DIABETES. Para ello, el pilotaje del proyecto se realizará de manera gradual en 4 Zonas de Salud de las 15 del sector, concretamente en: Binefar, Monzón Rural, Monzón Urbano, Ainsa.....

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Unificar Intervenciones Enfermeras en Pacientes Diabéticos.

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

Proporcionar herramientas a los pacientes para su propio Autocuidado.

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

Conseguir aumentar el buen control de las Hgba1c <7 en la Cartera de Servicios de Primaria.

7. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

Imprimir un folleto con todas las Intervenciones Enfermeras según el Tipo de Diabetes.

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

8. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

El pilotaje del Proyecto se hará de manera gradual empezando en 4 Zonas de Salud de las 15 del Sector.

La Evaluación se realizará haciendo un corte en Septiembre 2008 y otro en Enero

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

<p>2009 de los Indicadores que se proponen</p> <p>% de enfermeras/os de Sector que han recibido formación/ Total enfermeras del Sector</p> <p>% pacientes diabéticos con Hgba1c<7/ Total de pacientes diabéticos con cobertura en la Zona de Salud</p> <p>% de pacientes a los que se proporcionan herramientas para autocuidado por Zona de Salud/Nº de pacientes diabéticos en la Zona de Salud.</p>
--

9. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 01/03/2008	Fecha de finalización: 02/01/2009
<p>Calendario:</p> <p>Sesiones formativas con Enfermeras/os de los C.Salud del Sector .Comenzarán en Abril</p> <p>Realización del folleto con las intervenciones enfermeras según el tipo de DM... Marzo 2008-02-22</p> <p>Impresión del folleto Abril 2008</p> <p>Medición de indicadores: Septiembre de 2008 y enero de 2009</p>	

10. -PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material / servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Folletos con información de Intervenciones enfermeras para entregar a cada profesional</u>	<u>300</u>
<u>Folletos informativos para entregar a pacientes</u>	<u>200</u>
<u>Soporte informatico para sesiones con profesionales y grupos de pacientes</u>	<u>300</u>
<u>Inscripciones al Congreso Nacional de Calidad</u>	<u>600</u>
TOTAL	1400

Lugar y fecha:

ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR BARBASTRO

21 Febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

UTILIZACIÓN DEL ESPIRÓMETRO Y DIAGNÓSTICO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

M. DOLORES CANUDO AZOR

Profesión: Médico

Lugar de trabajo: centro de salud de Berbegal

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

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974301515

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

ANGELES LOPEZ ALONSO	DUE	CS BERBEGAL
CRISTINA JUAREZ	DUE	CS BERBEGAL
CARMEN GUILLEN SOLANO	DUE	CS BERBEGAL
JOSE ALCUBIERRE CURA	MEDICO	CS BERBEGAL
CARMEN MOLINOS	MEDICO	CS BERBEGAL

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

- Resultados de evaluación con baja cobertura en el programa 307 (Atención a pacientes crónicos: EPOC).
- Necesidad de mejorar la práctica clínica y estudio de los pacientes con síntomas y signos respiratorios crónicos y/o que presenten factores de riesgo (tabaquismo principalmente).
- Prácticamente no utilizado el espirómetro que tenemos en el Centro de salud.
- Programa que se puede enlazar con el 319 (Atención al paciente dependiente del Tabaco), actualmente prioritario en cartera de servicios.
- Equipo que atiende una población pequeña y bastante conocida en cuanto a su patología y hábitos de vida.
- Buena accesibilidad por parte de la población a las consultas y pruebas complementarias realizadas en el centro de salud.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores:

- Número de pacientes a los que se les realiza una espirometría sobre el total de la población
- % de fumadores a los que se les realiza espirometría sobre el total de las realizadas
- % de pacientes con diagnóstico de EPOC sobre el total de la población
- % pacientes que se incluyen en programa EPOC tras realizar la espirometría.
- % de pacientes derivados a IC de Neumología del total de espirometrías hechas.
- Cobertura del servicio 307 (programa EPOC) en cartera de servicios en 2008.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 1 de Marzo 2008

Fecha de finalización: 20 de diciembre 2008

Calendario:

- 2ª quincena de febrero presentación del programa de mejora a todo el equipo, discusión y dudas sobre su desarrollo.
- 1 de marzo: comienzo de la actividad.
- 2ª quincena de Junio: evaluación de su implementación.
- Enero de 2009: evaluación final.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

Se cuenta con el personal del centro y con la dotación de material del que disponemos

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
TOTAL	

Berbegal 22 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
ATENCIÓN A PACIENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A ALCOHOL Y DROGAS. SEGUIMIENTO EN CENTRO DE SALUD.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
NATIVIDAD GAVIN ANGLADA
Profesión
MÉDICO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
C.G.
Correo electrónico:
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974-540500

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a PAZ FERRER ASIN	MEDICO	C.S. GRAUS
EVA ALTEMIR MURILLO	REFUERZO A.T.S.	C.S. GRAUS
SANTIAGO CARRERAS ZABALLO	MEDICO	C.S. GRAUS
REYES FRANCO ANGUSTO	MEDICO	C.S. GRAUS
ANA CAVERO TOLOSA	MEDICO	C.S. GRAUS
MOUNIR KHOURY GEORGES	MEDICO	C.S. GRAUS
ROSA PUEYO GRACIA	MEDICO	C.S. GRAUS
PILAR CANELLAS SÁNCHEZ	MEDICO	C.S. GRAUS
JESÚS CALVO VIU	A.T.S.	C.S. GRAUS
MARISA CLEMENTE ARAGUAS	A.T.S.	C.S. GRAUS
CRISTINA DE LA PORTILLA MUELAS	A.T.S.	C.S. GRAUS
M ^a JESUS PUYUELO GRASA	A.T.S.	C.S. GRAUS
ANTONIO MILLAN SOLER	A.T.S.	C.S. GRAUS
YOLANDA PUEYO VICENTE	A.T.S.	C.S. GRAUS
IGNACIO LATORRE AGUILAR	A.T.S.	C.S. GRAUS
ROSARIO MENE MARTÍN	AUX ADM.	C.S. GRAUS
PILAR GIMENO ZAPATA	AUX. ADM.	C.S. GRAUS
LUISA CALVO VILA	REFUERZO MÉDICO	C.S. GRAUS
EVA CARDIL FONZ	REFUERZO A.T.S.	C.S. GRAUS
PAZ DUASO JARA	REFUERZO MEDICO	C.S. GRAUS
GUSTAVO FERNÁNDEZ CAVAGNERI	REFUERZO A.T.S.	C.S. GRAUS
CRISTINA MENOYO LOPEZ	REFUERZO MEDICO	C.S. GRAUS
MANUEL RIVARES BACHES	REFUERZO MEDICO	C.S. GRAUS
JOSE MIGUEL SÁNCHEZ PEREZ	REFUERZO MEDICO	C.S. GRAUS
SONIA MILLARUELO ARILLA	MEDICO	C.S. GRAUS

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...

Detección de nuevos casos por médico A.P. Derivación a responsable del programa.
Seguimiento por parte del médico A.P.

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

Derivación si procede a la unidad de Salud Mental
 Detección de casos que acuden en horario de atención continuada en relación con drogas y/o uso de alcohol.

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
 Estas actuaciones se están llevando a cabo por la Dra. Gavin desde hace 18 meses aunque no se ha recogido en ningún programa

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
 Tratamiento y seguimiento de pacientes con problemática de abuso de alcohol y/o otras drogas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
 Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
 Una vez detectado el caso por el médico A.P. se derivará al responsable del programa y posteriormente se seguirá cada caso de forma individualizada con el nº de sesiones que cada caso requiera

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
 Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización
 1) Pacientes tratados por abuso alcohol
 Nº total pacientes en programa
 2) Pacientes tratados por otras sustancias
 Nº total de pacientes en programa
 3) Pacientes atendidos en horario de atención continuada por problemas relacionados con drogas y/o alcohol.
SEGUIMIENTO.-
 -Por historia abierta a cada usuario del programa
 -Control ambulatorio con tira de orina y analítica de orina en laboratorio.

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:18-Febrero-2008 | Fecha de finalización:19-Diciembre-2008
 Calendario:
 Revisión trimestral por responsable

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
PROYECTOR PARA PRESENTACIONES EN SOPORTE INFORMATICO	
ORDENADOR PORTATIL	
TOTAL	

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Coordinación Atención Primaria – Atención Especializada. Programa de Atención a la Mujer. Cribado cáncer de cervix

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Maria Angeles Aragón Sanz
P Profesión Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia hospital de Barbastro
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) hospital de Barbastro
Correo electrónico: maaragon@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:974- 313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Teresa Arribas Marco	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Ana Julia García Lasheras	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Lorena Guardia	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Agustín López Bonilla	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Javier Nogués Tomás	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Juan José Pescador	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Montserrat Roca Arquillué	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Fernando Roldán Rivas	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Carmen Dueso Corbalan	Matrona	Centro de Salud Fraga
Patricia Millanes Gallinat	Matrona	Centro Salud Fraga
Ana Cavero Cereza	Matrona	Centro Salud Monzón
Mercedes Montejano Fernández	Matrona	Centro Salud Albalate
Pilar Arán Giménez	Matrona	Centro Salud Barbastro
Silvia Sanmartín Zaragoza	Matrona	Centro Salud Barbastro
Ana M ^a Fillat Naya	Matrona	Centro de Salud Graus
Rosa Alzuria Alos	Matrona	Centro Salud Monzón
Carmen Dueso Corbalan	Matrona	Centro de Salud Fraga
Ana Isabel Lapeña Llera	Matronas	Centro Salud Tamarite
Rosa Oncíns Torres	Anatomo-Patologa.	Hospital barbastro
Paula Gambó Grasa	Anatomo-Patologa	Hospital barbastro
Ana M ^a Vázquez Torquet	Méd A-P.	C. S Benabarre
Pilar Calderón Grau	Direc.Enf.	Dirección sector
Víctor Vallés Gállego	Diec. A.P.	Dirección sector
José Luis Pérez Albiac	Méd. A.P.	c.s. monzón rural
Francisco Dominguez	Dir. AP	direccion sector

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

1. En Diciembre del 2005, detectamos un progresivo aumento de la Demanda en consultas de ginecología del Sector Barbastro, muchas de ellas para actividades preventivas. Al estudiar el número de citologías que se realizaban en el Sector, se observó que se había duplicado el número, desde que los Equipos de Atención Primaria se dotaron de matronas, sin aumentar proporcionalmente la tasa de detección de lesiones. También se observó que el cribado poblacional del cáncer de cérvix sólo llegaba al 37% de la población femenina susceptible, lo que nos indicaba una baja cobertura. Valoramos la posibilidad de estar realizando "cuidados inversos" y no estar captando adecuadamente los grupos de riesgo.

Se formó un equipo de trabajo para estudiar las causas y proponer acciones que permitieran una disminución de las citologías innecesarias sin afectar la detección de casos de CIN III y lograr por consiguiente una Atención Sanitaria más eficiente a las mujeres de Sector.

Así mismo se propuso elaborar un folleto informativo para las usuarias, donde se les explicase las causas del cáncer de cervix y la periodicidad de las revisiones.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

En el periodo de 1994 a 1998 se realizaron una media de 4182 citologías por año y se diagnosticaron 7,8 CIN III por año.

En el periodo de 1999 a 2003 se realizaron una media de 5754 citologías por año y se detectaron una media de 7,4 CIN III por año

	2003	2004	2005	2006	2007
CITOLOGIAS	6.554	7.135	6.582	5.090	4.387
AT. PRIMARIA	2.679	2.917	2.870	2.810	2.734
HOSPITAL	3,885	4.218	3.712	2.274	1.649
CIN III	5	10	9	10	12

Analizando los datos de los últimos cinco años, podemos observar que tras establecerse y pactarse con Atención Primaria y Especializada el plan de mejora de calidad

En el año 2006 , primer año del Plan, se realizan 1492 citologías menos (un 22,6% menos que el año anterior).De ellas en Atención Primaria se disminuyen 54 y en Atención hospitalaria 1438 (un 38,7% menos de las realizadas en el hospital). Y se diagnostican 10 lesiones pre-invasivas.

En el año 2007, segundo año del Plan de mejora, se realizan 703 citologias menos que el año anterior. De ellas Atención Primaria disminuye 72 y en el hospital 625 (27,48%). Diagnosticando 12 CIN III .

A los dos años de la instauración del plan de mejora, se disminuyen 2.195 citologías. 132 en Atención Primaria y 2.063 en Atención Especializada. Se observa, que a pesar de haber disminuido un 55,76% del número de citologías realizadas por los especialistas en el Hospital, la tasa de detección de lesiones pre-invasivas, se ha mantenido e incluso ha aumentado en el último año.

La cobertura poblacional ha pasado de 37,6% a un 38,9%. Los datos anteriores nos indican que se estaban realizando citologías innecesarias a mujeres ya cribadas.

Evolución de las Consultas de Ginecología:

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

	2005	2006	2007
TOTALES	10.950	9.095	7.354
PRIMERAS	3.495	2,982	3.199
SUCESIVAS	7,455	6.113	4.155

A los dos años del proyecto de colaboración Primaria-Especializada, **las consultas totales de Ginecología disminuyen en 3.595 (32.8%)**, a expensas de las consultas sucesivas que disminuyen un 44.6%.

Pacientes pendientes de cita en enero de 2007: 339. Unas **200 mujeres menos** que en el año 2005. Lo que supone que a pesar de disminuir las consultas sucesivas, no se ha incrementado la demora media, ya que se recitan menos pacientes.

Impacto económico del Plan de mejora:

2.195 citologías evitadas a 20€ 43,900€

3300 consultas menos a 10€ la consulta:33000€

El ahorro total que supone el Plan de mejora se estima en:**76.900€**

Se ha de considerar también el **impacto emocional** evitado en las 2.195 mujeres que no han tenido que esperar los resultados de una prueba.

La **elaboración del Tríptico** sobre el HPV para las mujeres, nos ha permitido facilitarles la información que nos demanda la población y unificar criterios en la periodicidad del cribado entre los especialistas, para no realizar citologías innecesarias..

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la satisfacción e información a las usuarias del Sector.

Mejorar la Continuidad Asistencial entre los dos niveles Asistenciales.

Promover la coordinación, formación y motivación de los profesionales

Facilitar que los Equipos de Atención Primaria asuman las actividades preventivas que les competen.

Disminuir los tiempos de espera en las consultas de Atención Especializada.

Potenciar el cribado poblacional y oportunista/mixto del cáncer de Cérvix, disminuyendo las citologías innecesarias y captación activa de grupos de riesgo.

Mantener y potenciar la colaboración conjunta Primaria -Especializada en el control de embarazo.

Unificar la información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos niveles asistenciales.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

% de disminución de las citologías innecesarias un 20%

%disminución de demora media en consultas un20%.

% de incremento de cobertura poblacional un 10%

Reuniones entre Atención Primaria –Atención Especializada : 3

Reuniones con las matronas de A-P 4

Sesiones en los Centros de Salud: 4

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:Enero del 2008

Fecha de finalización:Diciembre del 2008

Caleandario:

.Enero reunión Matronas de Atención Primaria- Servicio Ginecología.

Febrero a Abril: Sesiones en los Centro de Salud.

Mayo a Octubre: seguimiento del Plan de Atención a la Mujer.

Noviembre: evaluación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
CARMEN PUYUELO BLECUA

Profesión
DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
HOSPITAL DE BARBASTRO (SUPV. FARMACIA- HOSPITAL DE DIA)

Correo electrónico:
cpuyuelob@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974313511 ext 29125

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JUAN GASTON	FARMACEÚTICO	HOSP. BARBASTRO
JOSE M ^a ESCRIBA	ENFERMERO	HOSP. BARBASTRO
M ^a ANGELES FUENTES	ENFERMERA	HOSP. BARBASTRO
REYES BUETAS	ENFERMERA	HOSP. BARBASTRO
FELI BOIRA	ENFERMERA	HOSP. BARBASTRO
JESUS FLORIAN	ONCOLOGO	HOSP. BARBASTRO
PILAR BUESO	ONCOLOGO	HOSP. BARBASTRO
JAVIER MARCO	HEMATOLOGO	HOSP. BARBASTRO
MATILDE PERELLA	HEMATOLOGO	HOSP. BARBASTRO
FRANCISCO LLINARES	HEMATOLOGO	HOSP. BARBASTRO

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Los pacientes que acuden a hospital de día del Hospital de Barbastro son mayoritariamente procedentes del medio rural, implicando viajes y tiempo en desplazamientos para la realización de las múltiples pruebas, además del tiempo que se necesita en la administración de los tratamientos de citostáticos.

En la unidad de manipulación de citostáticos, así como en el servicio de hospital de día donde se administran, se atienden a pacientes procedentes de varias especialidades: (oncología, hematología, reumatología, urología, neurología, geriatría, med. Interna) siendo necesaria una coordinación, localización, y planificación en ocasiones muy complicada.

El hospital de día es un recinto con un número concreto de espacios para poder administrar los tratamientos, durante el periodo de trabajo se dobla la ocupación de los sillones, siendo casi imposible distribuir las cargas de trabajo y planificar el trabajo diario.

El personal de nueva incorporación o contrato temporal (enfermeras que sustituyen las vacaciones, días de libranza...) necesitan mucho tiempo de aprendizaje, ya que es un servicio complejo por la gran carga de trabajo y por el riesgo que implica la manipulación y administración de citostáticos.

Por ello, consideramos que toda actuación dirigida a disminuir el tiempo de estancia en el hospital de los pacientes y a incrementar la seguridad en la manipulación y administración de los fármacos, es importante.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Facilitar los procesos de preparación y revisión de esquemas antineoplásicos, terapias de soporte, dispensación, administración y seguimiento de los pacientes.

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

Disminuir el tiempo de estancia de los pacientes en el hospital de día.

Que durante la mañana (8 h – 15 h), a los pacientes se puedan realizar las pruebas necesarias, hayan sido visitados en la correspondiente consulta y con el tratamiento administrado “acto único”

Programación equilibrada entre los diferentes días de trabajo.

Disminuir el tiempo de aprendizaje del nuevo personal.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Adecuar el espacio disponible y las cargas de trabajo, con las citas programadas.

Elaborar un manual de manipulación y administración de fármacos (citostáticos principalmente) consensuado y pactado con los servicios implicados.

Elaboración de un protocolo de acogida y encuesta de valoración de conocimientos al personal de nueva incorporación.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Registro de los pacientes que no realizan la consulta en acto único (especialidad/causa).

Nº de errores detectados/ total de preparaciones.

Nº de errores detectados/ total de administraciones.

Elaboración del protocolo de acogida y pase de la encuesta al personal en la incorporación al servicio/ al final del periodo de trabajo.

Impresión del manual.

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: marzo 2008	Fecha de finalización: diciembre 2008
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

Marzo, abril: Revisión bibliográfica. Formato del manual.

Mayo: Realización de procedimientos R/C el servicio de oncología y farmacia.

Junio: Realización de procedimientos R/C el servicio de hematología y reumatología.

Septiembre: Realización de procedimientos R/C el resto de especialidades (urología, neurología, geriatría, medicina interna y servicios periféricos (laboratorio, rayos).

Octubre: Elaboración del protocolo de acogida y encuesta de conocimientos. Revisión con los servicios implicados antes de la impresión.

Noviembre, diciembre: Maquetación e impresión. Medida de los indicadores.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
DOS MEMORIAS EXTRAIBLES. 2G	<u>120 €</u>
IMPRESORA DE COLOR	<u>1200 €</u>
TOTAL	1320€

Lugar y fecha:

HOSPITAL DE BARBASTRO

20 DE FEBRERO 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
DETECCIÓN DEL ANCIANO FRÁGIL AL INGRESO HOSPITALARIO. ¿FRAGILIDAD Y REINGRESOS VAN UNIDOS?

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
Ana Cristina Sanjoaquín Romero
Profesión
Coordinadora de Calidad del Sector de Barbastro
Responsable del EVSS del Sector de Barbastro
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital de Barbastro
Correo electrónico:
acsanjoaquin@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974249000- Ext 29299

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Elena Ubis Diez	FEA de Geriatría	Hospital de Barbastro
Clara Palacín Ariño	Enfermera del EVSS del Sector	Hospital de Barbastro
Alodia Abad Ruiz	Trabajadora Social	Hospital de Barbastro
Roberto Aznar	Jefe de Sección de MIN	Hospital de Barbastro
Natalia Bandrés Pardo	Enfermera de Enlace del Sector de Barbastro	Centro de Salud Barbastro

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

Según el diccionario de Real Academia Española, "frágil" es algo "débil, que puede deteriorarse con facilidad". Para definir al anciano como frágil los criterios más ampliamente utilizados son:

- **Criterios médicos**, incluyendo dentro de estos: pluripatología, polifarmacia, hospitalización reciente (ingreso en el último año) , reingresos (2 o más en el último año), historia de caídas (una o más en los 6 últimos meses), enfermedades tales como: demencia, neoplasia, ACV, insuficiencia cardiaca, depresión.
- **Criterios funcionales.** El anciano que no posea independencia para las Actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria tienen mayor riesgo de deterioro y posee un factor de fragilidad.
- **Criterios sociodemográficos:** edad superior a 80 años, soporte social deficitario (vivir solo o convivir con otro anciano).

La demanda sanitaria de la población mayor es enorme. Los riesgos de fragilidad,

enfermedad, incapacidad y muerte aumentan con la edad. La salud es la principal preocupación del anciano en nuestro país. Todo esto determina que: a) la tasa de ingresos hospitalarios entre los 60 y 75 años doble la de la población por debajo de esa edad y la triplique a partir de los 80 años; b) estas estancias sean más prolongadas; c) sea igualmente mayor el número de reingresos.

Dado que el concepto de una buena asistencia sanitaria incluye calidad y eficacia optimizando el coste, lo que resume el término eficiencia, no debemos olvidar que el índice de reingresos marca la evolución tras la asistencia hospitalaria por lo que es expresión de la calidad de la misma, siempre y cuando no se tenga en cuenta los ingresos programados ni los de otra causa no relacionada con el ingreso previo. La literatura afirma que cuanto más precoz es un reingreso, mayor es su indicación de una asistencia inadecuada en el ingreso previo.

El reingreso hospitalario es especialmente trascendente para el paciente que lo sufre, fundamentalmente lo que se define como reingreso verdadero (aquel no programado motivado por el mismo diagnóstico principal).

Tras analizar los reingresos en el Hospital de Barbastro durante los 4 últimos años, se ha detectado la estabilización de los mismos con una ligera tendencia al aumento en el último año.

REINGRESOS	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007
Menor de 48 horas	73: 1.05%	71: 1.03%	70: 1.06%	74: 1.12%
> 48 h y ≤ de 7 días	161: 2.31%	157: 2.28%	145: 2.20%	178: 2.69%
> de 7 y ≤ de 30 días	399: 5.73%	353: 5.12%	373: 5.66%	353: 5.34%
TOTAL REINGRESOS	633: 9.09%	581: 8.43%	588: 8.93%	605: 9.16%
TOTAL PACIENTES	6961	6893	6586	6607

Si partimos del supuesto que existen factores potencialmente modificables que incrementan el riesgo de reingreso, la identificación y actuación sobre dichos factores permitirá mejorar la calidad y eficiencia de nuestro sistema sanitario. Las diferentes variables consideradas como potenciales factores de riesgo de reingreso pueden ser clasificadas en dos grandes categorías:

- 1) Aquellas intrínsecas del paciente, entre las que se incluyen: edad, sexo, estado civil y residencia (tiempo medio de acceso al hospital, ubicación, tipo de vivienda, número de convivientes, existencia o no de cuidador principal estable y parentesco del cuidador principal...), diagnóstico principal, número de comorbilidades, dependencia para las actividades de la vida diaria (medidas con el índice de Barthel).
- 2) Aquellas relacionadas con la atención sanitaria durante la atención hospitalaria, entre las que se incluyen: tiempo de ingreso (estancia hospitalaria), tipo de ingreso (urgente o programado), frecuencia de aparición de complicaciones durante la estancia. Esta última variable incluye :
 - a) complicaciones médicas: cualquier problema no relacionado con la enfermedad que motiva el ingreso y causado por un fármaco, por un procedimiento no quirúrgico o un error diagnóstico o terapéutico.

- b) Complicaciones de enfermería, en las que se incluyen todas aquellas complicaciones directamente relacionadas con los cuidados de enfermería: caídas, extravasaciones, errores en la administración de la medicación, úlceras por presión...
- c) Complicaciones administrativas, son aquellas que resultan de un problema de gestión u organización del centro, tales como imposibilidad de realización de una prueba radiológica por avería del aparato...
- d) Infección nosocomial.

Desde esta perspectiva, el Equipo de Valoración Sociosanitario del Sector y la Jefatura de Sección de Medicina Interna del Hospital de Barbastro nos hemos planteado el diseño y la realización de un estudio encaminado a conocer la prevalencia de fragilidad en los mayores del Sector de Barbastro que ingresan en el Hospital e identificar las variables y factores determinantes de fragilidad.

Otros objetivos de este estudio son:

- 1) Conocer la incidencia de reingresos de los pacientes frágiles**
- 2) Detectar cuales de las variables y factores determinantes de fragilidad se asocian a reingresos.**
- 3) Determinar los potenciales factores de riesgo intrínsecos al paciente que se asocian a reingresos**
- 4) Determinar los potenciales factores de riesgo relacionados con la atención sanitaria recibida durante la hospitalización se asocian a reingresos**
- 5) Actuar sobre las variables modificables para mejorar la eficiencia hospitalaria**

Para llevar a cabo este estudio se realizará a lo largo de un año la detección de anciano frágil al ingreso hospitalario a través del programa informático de riesgo social y atención a la dependencia existente en el Hospital de Barbastro (actualmente en proceso de modificación) y mediante la búsqueda activa de casos de pacientes ingresados en geriatría y en el Servicio de MIN del Hospital a través del Jefe de sección de Medicina Interna y del Equipo de Valoración sociosanitario del Sector. Una vez que el paciente sea dado de alta y en los tres primeros meses se investigará la presencia de reingreso en cualquier centro hospitalario generalmente mediante contacto telefónico directo con el paciente o sus familiares, o bien mediante la revisión de la historia clínica. Se determinará el momento en que se produjo, el tipo de reingreso (urgente o programado), los potenciales factores de riesgo de reingresos descritos previamente, el motivo coincidía con el diagnóstico principal del ingreso índice, y en caso de exitus, la causa del mismo.

Bibliografía

- Shipton S. Risk factors associated with multiple hospital readmissions. Home Care Provid 1996; 1: 83-5.
- Alonso Martínez JL, Llorente Diez B, Echegaray Agara M, Urbieta Echezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna Madrid 2001; 18: 248-54.
- Gooding J, Jette AM. Hospital readmissions among the elderly. J Am Geriatr Soc 1985; 33: 595-601.
- Williams EI, Fitton F. Factors affecting early unplanned readmission of elderly patients to hospital. BMJ 1988; 297: 784-7.
- Burns R, Nichols LO. Factors predicting readmission of older general medicine patients. J Gen Intern Med 1991; 6:389-93.

- Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator? BMJ 1990; 301: 1139-40.
- Panzer RJ. Hospital readmissions and quality of care. Am J Med 1991; 90: 665-6.
- Diz-lois palomares et al. factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. An. Med. Interna (Madrid), mayo 2002, vol.19, no.5, p.9-13.
- Fernández Gracia J et al. Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios. Med Clin (Barc) 1997; 108: 4-8.
- Castells X, Riu M, Sáez M. Med Clin (Barc)1996; 566-571. Asociación entre la estancia media hospitalaria y la tasa de reingresos prematuros.
- Solano JJ; Gutierrez J, Galeano R. La hospitalización como fuente de fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32:45-52.
- López Arrieta JM, Sánchez Colodrón M. Fragilidad cognitiva e el anciano: revisión de sus causas. Rev Esp Geriatr y Gerontol 1997; 32: 7-14.
- Bárcena Álvarez A, Sánchez Ayala MI. Fragilidad afectiva en el anciano: revisión de sus causas. Rev Esp Geriatr y Gerontol 1997; 32: 15-20.
- Nourhashemi F et al. Instrumental activities of daily living as a potencial marker of fragility: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). J gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: 448-453.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con este estudio los objetivos que nos planteamos son:

- Determinar la prevalencia de fragilidad en los mayores del Sector de Barbastro que ingresan en el Hospital
- Identificar las variables y factores determinantes de fragilidad.
- Conocer la incidencia de reingresos de los pacientes frágiles
- Detectar cuales de las variables y factores determinantes de fragilidad se asocian a reingresos.
- Determinar los potenciales factores de riesgo intrínsecos al paciente que se asocian a reingresos
- Determinar los potenciales factores de riesgo relacionados con la atención sanitaria recibida durante la hospitalización se asocian a reingresos
- Actuar sobre las variables modificables para mejorar la eficiencia hospitalaria

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En cuanto a las acciones de mejora en este campo que hemos descrito previamente las desarrollaremos de la siguiente forma:

- 1) **Elaboración de ficha de recogida de datos por todos los componentes del equipo de mejora.** En dicha ficha se recogerán datos relacionados con: variables y factores determinantes de fragilidad y en el caso de los reingresos se añadirán también los factores de riesgo intrínsecos al paciente y factores de riesgo relacionados con la asistencia sanitaria que se asocian al mismo.
- 2) **Investigación de la presencia de reingreso en los tres primeros meses por el EVSS y por la Enfermera del Enlace de Sector de Barbastro.** Una vez que el paciente sea dado de alta y en los tres primeros meses se investigará la presencia de reingreso en cualquier centro hospitalario generalmente mediante

- contacto telefónico directo con el paciente o sus familiares, o bien mediante la revisión de la historia clínica.
- 3) En el caso de que exista reingreso, se llevará a cabo la **Revisión de historias clínicas y se seguirá la cumplimentación de ficha de recogida de datos que será llevada a cabo por los componentes del EVSS.**
 - 4) **Análisis de los datos por los componentes del equipo de mejora.** Una vez recopilados los datos se trasladarán a una base de datos para posteriormente realizar análisis estadístico mediante el programa SPSS 10.0 y calcular así los indicadores propuestos en el punto 9.
 - 5) Tras el análisis de los datos **se valorará la forma de actuación sobre las variables modificables** relacionadas con los reingresos para mejorar la eficiencia hospitalaria

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación del proyecto se llevará a cabo mediante los siguientes indicadores:

- Realización de ficha de recogida de datos en el 100 % de los pacientes frágiles detectados.
- Contacto telefónico o revisión de historia clínica para investigar presencia de reingreso en el 100% de los pacientes frágiles detectados
- Monitorización del proyecto consistirá en el análisis de los siguientes indicadores:
 - 1) Cálculo de prevalencia de ancianos frágiles al ingreso hospitalario
 - 2) Determinar: Edad media de la muestra, estancia media de la muestra, estancia media relacionada con las variables edad y sexo, estancia media del primer ingreso relacionada con presencia de reingreso.
 - 3) Calcular las frecuencias de los factores médicos, factores funcionales y sociodemográficos que provocan fragilidad
 - 4) Describir la Incidencia de reingreso en ancianos frágiles.
 - 5) Calcular las Frecuencias de los factores de riesgo de reingreso intrínsecos al paciente
 - 6) Calcular las frecuencias de los factores de riesgo de reingreso relacionados con la atención sanitaria durante la estancia hospitalaria
 - 7) Relacionar cada uno de lo factores de fragilidad y de riesgo de reingreso con el propio reingreso y con el número de reingresos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2008	Fecha de finalización: 30 de octubre de 2009
-------------------------------------	--

Calendario:

- Fecha de inicio: 1 de marzo de 2008
- Fecha de finalización:
- De elaboración ficha de recogida de datos31 de marzo 2008
- De inclusión de pacientes: 31 de marzo de 2008
- De revisión de historias clínicas y cumplimentación de ficha de recogida de datos.....30 de junio de 2009
- Monitorización de indicadores: octubre/noviembre de 2008 y septiembre de 2009
- De análisis global de los datos:..... 30 de octubre de 2009

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Formación: INSCRIPCIÓN AL CONGRESO NACIONAL DE CALIDAD x 2</u>	1000E
TOTAL	1000E

Lugar y fecha:

Barbastro, 19 de febrero de 2008

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PLAN DE ESTABILIZACIÓN DE CESAREAS Y MONITORIZACIÓN DE COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos: Teresa Arribas Marco
P Profesión: Ginecóloga
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) hospital de Barbastro
Correo electrónico: teresuki@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:974- 313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Maria Ángeles Aragón Sanz.	Ginecologa Jefe de servicio	Hospital de Barbastro
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de sección.	Hospital de Barbastro
Ana Julia García Lasheras	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Lorena Guardia	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Agustín López Bonilla	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Juan José Pescador	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Montserrat Roca Arquillué	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Fernando Roldán Rivas	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Rhut Lopez Barrachina	Medicina Preventiva	Hospital de Barbastro
Marian Malo Ferrer	Enfermera	Hospital de barbastro
Patricia Millanes Gallinat	Matrona	Centro Salud Fraga
Ana Cavero Cereza	Matrona	Centro Salud Monzón
Mercedes Montejano Fernández	Matrona	Centro Salud Albalate
Pilar Arán Giménez	Matrona	Centro Salud Barbastro
Silvia Sanmartín Zaragoza	Matrona	Centro Salud Barbastro
Ana M ^a Fillat Naya	Matrona	Centro de Salud Graus
Rosa Alzuria Alos	Matrona	Centro Salud Monzón
Carmen Dueso Corbalan	Matrona	Centro de Salud Fraga
Ana Isabel Lapeña Llera	Matronas	Centro Salud Tamarite
Mercedes Fenes Gacia	Matrona	Hospital de Barbastro
Asunción Adillón Rourera	Matrona	Hospital de Barbastro
Elisa Amara Jarilla	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria Encarnación Gonzalez Guidó	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria Jesús Balachs Serés	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria José Remacha Garcia	Matrona	Hospital de Babastro
Elsa Satue Slamer	Matrona	Hospital Barbastro
Sara de Fior Santamaría	Enfermera	Hospital de Barbastro
Yolanda Abadía Pueyo	Enfermera	Hospital de Barbastro
Concepción Lumbieres Subías	Enfermera	Hospital de Barbastro
Pilar Lascor Cortina	Enfermera	Hospital de Barbastro
Julia Minguez Soto	Enfermera	Hospital de Barbastro
Pilar Campo Broto	Enfermera	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El parto por cesárea constituye el factor de riesgo más importante de infección materna puerperal. En comparación con un parto vaginal, la posibilidad de riesgo de infección al que se ven expuestas las mujeres que se someten a una cesárea es entre 5 y 20 veces mayor. Las complicaciones infecciosas posteriores a una cesárea constituyen una de las causas fundamentales de morbilidad materna y se asocian con un aumento significativo en la duración de la hospitalización¹

La tasa de cesáreas en nuestro en el hospital de Barbastro ha pasado de un 13 % en 1996 a un 19,34 % en 2007.

Durante los últimos cinco años, se pasa de una tasa del 16,6% en el 2003, a un 19,34% en el 2007, se observa un incremento de 3,33 puntos en el año 2004 y en los tres últimos años mantenemos una tasa estable con una leve tendencia a la baja.

En 2005:19,47%; en 2006: 19,56 y 19,34 en el 2007.

La tasa de cesáreas en los Hospitales públicos de Aragón durante el año 2006 fue de un 22,43%. Por Hospitales se observa que el hospital de Barbastro está el segundo en menor tasa de cesáreas después del Miguel Servet.

Hospital Miguel Servet: 16,63%.

Hospital de Barbastro:19,56

Hospital de Alcañiz:19,82%

Hospital de Calatayud:20,18%

Hospital de Jaca: 24%

Hospital Obispo Polanco: 24,4%

San Jorge: 26,59%.

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

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

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

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

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

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

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

La tasa de cesáreas se ha mantenido estable, con tendencia a la baja. Hemos pasado de un 19,47% en el año 2005; a un 19,56% en el 2006; y a un 19,33% en

el2007.

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

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

El numero de cesáreas realizadas con quimioprofilaxis durante el 2006 fue de un 71,4% (se realizó quimioprofilaxis en el 72,8% de las cesáreas urgentes; y en el 66,6% de las programadas).

El porcentaje de cesáreas con Anestesia Loco-regional fue del 50,5%.

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

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

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Estabilizar la tasa de cesáreas.

Control y monitorización del número de cesáreas realizadas.

Disminuir el número de complicaciones

Disminuir y / o estabilizar la Estancia Media

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mantener las reuniones periódicas cada dos meses entre las matronas del Hospital y las de Atención Primaria, para que las mujeres acudan a los controles protocolizados en el embarazo.

Mantener reuniones y comunicación con enfermería de planta y matronas del hospital.

Reevaluar la Vía Clínica establecida en el Servicio en el año2006

Valorar la idoneidad de las indicaciones de las cesáreas realizadas en el Servicio una vez por semana en Sesión Clínica

Favorecer el contacto precoz de la madre y el recién nacido tras el parto por cesárea

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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Tasa de cesáreas del 2008.
 Estancia media de las cesáreas.
 Porcentaje de complicaciones.

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:

Febrero 2008 Reunión con matronas de Atención Primaria y hospitalarias con los ginecólogos .

Recogida de datos estadísticos de las cesáreas realizadas desde Enero hasta Diciembre del 2008.

Reunión con el Servicio de Medicina Preventiva para la Elaboración del Protocolo de control de infecciones nosocomiales.

Noviembre evaluación.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Asistencia a cursos y congresos para formación.</u>	<u>2000€</u>
<u>Gastos de desplazamiento de los profesionales para participar en talleres de formación en Suelo Pélvico</u>	<u>1000€</u>
TOTAL	3000€

Lugar y fecha:
20 de Febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos ELOISA ELSA SATUE SALAMERO
Profesión MATRONA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) H. BARBASTRO
Correo electrónico: esatues@salud.aragón.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo 974 249000

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
MERCEDES FENES GRASA	Matrona	H.Barbastro
ASUNCION ADILLON ROURERA	Matrona	H.Barbastro
ELISA AMARO JARILLA	Matrona	H.Barbastro
.M ^a ENCARNACIN GONZALEZ ANIDO	Matrona	H.Barbastro
M ^a JESUS BALASCH TERES	Matrona	H.Barbastro
M ^a JOSE REMACHA GARCIA	Matrona	H.Barbastro
PATRICIA MILLANES GALLINAT	Matrona	C.S:Fraga
ANA CAVERO CEREZA	Matrona	C.S.Monzon
MERCEDES MONTEJANO FERNANDEZ	Matrona	C.S.Binefar
PILAR ARAN GIMENEZ	Matrona	C.S.Barbastro
SILVIA SANMARTIN ZARAGOZA	Matrona	C.S.Barbastro
ANA M ^a FILLAT NAYA	Matrona	C.S.Graus
ANA ISABEL LAPEÑA LLERA	Matrona	C.S.Tamarite
ROSA ALZURIA ALOS	Matrona	C.S.Monzon y Fraga
M ^a ANGELES ARAGON SANZ	Ginecologa	H. Barbastro
JAVIER NOGUES TOMAS	Ginecologo	H.Barbastro
ANA JULIA GARCIA LASHERAS	Ginecologa	H.Barbastro
AGUSTIN LOPEZ BONILLA	Ginecologo	H.Barbastro
JUAN JOSE PESCADOR	Ginecologo	H.Barbastro
MONTserrat ROCA ARQUILLUE	Ginecologa	H.Barbastro
FERNANDO ROLDAN RIVAS	Ginecologo	H.Barbastro
BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA	Ginecologa	H.Barbastro
LORENA DEL PILAR GUARDIA	Ginecologa	H.Barbastro
TERESA ARRIBAS MARCO	Ginecologa	H.Barbastro
ANA ROSA SALINAS ALTEMIR	Aux.Partos	H.Barbastro
INMACULADA COSCOJUELA SANTALIESTRA	Aux.Partos	H.Barbastro
CARMEN ALABALL CONDEMINAS	Aux.Partos	H.Barbastro
TERESA CALVO RUBIRA	Aux.Partos	H.Barbastro
ESTHER SABES SOLANO	Aux.Partos	H.Barbastro
IRENE TRUCO MARRO	Aux.Partos	H.Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En la actualidad y siguiendo las recomendaciones de la OMS, se está trabajando para restringir el uso de esta práctica a los casos estrictamente necesarios y adaptarnos a las estrategias de actuación que propugnan, la SEGO y el Sistema Nacional de Salud, considerando el parto como un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad. Hemos realizado reuniones con los especialistas, con las matronas de Atención Primaria y matronas hospitalarias y se ha valorado la necesidad de establecer actuaciones conjuntas y coordinadas que faciliten la información de las mujeres, para fomentar la participación activa de las mismas en la toma de decisiones y potenciar su protagonismo y responsabilidad.

En el hospital de Barbastro durante el año 2007 se asistieron un total de 605 partos, con una tasa de cesáreas de 19,33%. Partos instrumentados un 6,94% (4 forceps, 24 vacuum y 14 espátulas).

De los 446 partos eutócicos, se atendieron sin realizar episiotomía profiláctica un (30,49%).

De los 136 partos atendidos sin episiotomía, se distribuyen: 16,90% en primigestas; 44,85% en secundigestas y 38,25% en multiparas.

En los partos realizados sin episiotomía se contabilizan un 59,55% de complicaciones: 27 desgarros de primer grado; 12 de segundo grado y 42 desgarros de pared vaginal. En ningún desgarro se requirió medidas especiales y se suturaron sin complicaciones. No se produjo ningún desgarro de tercer grado y las complicaciones fueron poco relevantes, pero consideramos necesario establecer algunas medidas correctoras que ayuden a disminuir las complicaciones descritas y seguir con la tendencia de atención al parto normal propugnada por la OMS

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Porcentaje de partos por cesarea: 19,33%.

Partos instrumentados: 6,94%.

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

Disminuir las prácticas rutinarias innecesarias en la atención al parto.

Favorecer la confianza, seguridad e intimidad en el parto.

Estabilizar y justificar la tasa de cesáreas

Mejorar la Continuidad Asistencial entre los dos niveles Asistenciales.

Promover la coordinación, formación y motivación de los profesionales .

Unificar la información e indicaciones que reciben las mujeres por parte de los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Mejorar la satisfacción e información a los usuarios del Sector.

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Reuniones con los Directivos de Atención Primaria de Sector Barbastro, Directivos de Atención Especializada, matronas de Atención Primaria, matronas del hospital y Servicio de ginecología.

Revisión y actualización del Protocolo conjunto del control de embarazo Atención Primaria –Atención Especializada.

Formación en Suelo Pélvico, tanto los facultativos del Servicio como las matronas. Asistiendo a formación en otros centros o realizando un curso de formación en nuestro hospital.

Realización y consenso entre los profesionales implicados de La guía clínica de actuación en el parto normal.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

% de disminución de las episiotomías realizadas.:10%.

Disminuir el número de complicaciones en los partos asistidos sin episiotomía: 20%

Nº de reuniones con los Matronas de de Atención Primaria 3

Nº de sesiones realizadas con las Matronas de Atención Primaria y Servicio de Ginecología del Hospital.-

Elaboración de la Guía Clínica del parto normal.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Enero 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Calendario:

Enero consensuar guia clínica

Febrero - abril 2008 Reunión de los profesionales implicados y presentación de la via clínica y protocolos conjuntos.

Mayo 2008 Curso –taller en Suelo pélvico o valorar formación en otro Hospital donde esté sistematizada la atención al parto normal sin practica sistematica de episiotomías.

De Junio a Octubre seguimiento del Plan de mejora.

Noviembre : evaluación

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Asistencia a cursos y congresos para formación.</u>	<u>2000€</u>
<u>Gastos de desplazamiento de los profesionales para participar en talleres de formación en Suelo Pélvico</u>	<u>2000€</u>
TOTAL	4000€

Lugar y fecha:

Barbastro 20 de febrero 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO IMPLANTAR EL CRIBADO COMBINADO DE CROMOSOMOPATIAS DEL PRIMER TRIMESTRE EN LAS EMBARAZADAS DEL SECTOR BARBASTRO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Dra Maria Angeles Aragón Sanz
Profesión Ginecóloga
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) hospital de Barbastro
Correo electrónico: : maaragon@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:974- 313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Javier Nogués Tomás.	Ginecólogo Jefe de Sección.	Hospital de Barbastro
Teresa Arribas Marco		
Ana Julia García Lasheras	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Lorena Guardia	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Agustín López Bonilla	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Juan José Pescador	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Montserrat Roca Arquillué	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Fernando Roldán Rivas	Ginecologo	Hospital de Barbastro
Beatriz Rojas Pérez-Ezquerria	Ginecologa	Hospital de Barbastro
Amado Tapia	Análisis Clínicos	Hospital de Barbastro.
Patricia Millanes Gallinat	Matrona	Centro Salud Fraga
Ana Cavero Cereza	Matrona	Centro Salud Monzón
Mercedes Montejano Fernández	Matrona	Centro Salud Albalate
Pilar Arán Giménez	Matrona	Centro Salud Barbastro
Silvia Sanmartín Zaragoza	Matrona	Centro Salud Barbastro
Ana M ^a Fillat Naya	Matrona	Centro de Salud Graus
Rosa Alzuria Alos	Matrona	Centro Salud Monzón
Carmen Dueso Corbalan	Matrona	Centro de Salud Fraga
Ana Isabel Lapeña Llera	Matronas	Centro Salud Tamarite
Mercedes Fenes Gacia	Matrona	Hospital de Barbastro
Asunción Adillón Rourera	Matrona	Hospital de Barbastro
Elisa Amara Jarilla	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria Encarnación González Guidó	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria Jesús Balachs Serés	Matrona	Hospital de Barbastro
Maria José Remacha Garcia	Matrona	Hospital de Babastro
Elsa Satue Slamero	Matrona	Hospital Barbastro
Pilar Campo Broto	Enfermera	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En nuestro servicio durante el año 2006 se realizaron 173 Amniocentésis, y en el año 2007, 200. De estas, el 20% y el 15,5% respectivamente, fueron indicadas por un triple screening o screening bioquímico del segundo trimestre positivo.

En el año 2007, de los 565 triple screening que se realizaron, 36 fueron positivos (es decir, riesgo mayor a 1/270) lo que supone un 6.4%. De estos 34 fueron falsos positivos. La sensibilidad de la prueba en nuestro laboratorio es del 100%, la especificidad también muy alta (93%), a costa de una tasa de falsos positivos mayor del 5% (6.01%).

Las indicaciones de la Amniocentésis fueron:

Edad materna: 62% en 2006, 72% en 2007.

-De estas, el 72% incluídas entre los 35-37 años en 2006, y el 69% en 2007.

Triple screening (+): 20% en 2006, 15,75% en 2007.

Ansiedad materna. 6.4% en 2006, 6.6% en 2007.

Translucencia nucal aumentada: 2.7% en 2006, 5.6% en 2007.

Antecedente mal formativo: 1.8% en 2006, 3.7%. en el 2007

En el año 2007 se realizaron 200 Amniocentésis. Las indicaciones fueron:

Edad materna: 71.5%

Triple screening (+): 15.5%

Ansiedad materna: 6.5%

Translucencia nucal aumentada: 3.5%

Hijo anterior con cromosomopatía: 2.5%

En el año 2006 se diagnosticaron 3 cromosomopatías: 2 trisomías 21 (ambas por TS +) y una trisomía 18 (por edad materna 40años). Se produjo un aborto post-amniocentesis, realizada por edad materna 37años.

En 2007 se diagnosticó dos triso mías 21 (ambas por TS+) y una paciente interrumpió voluntariamente el embarazo por feto malformado con Amniocentésis 46XX con alfafetoproteína muy elevada (realizada por edad materna 37años). Se produjo un aborto por Amniocentésis (realizada por edad materna 39años) y una muerte fetal intraútero a las 35s con único antecedente una Amniocentésis realizada por edad materna 35años.

En 2006 y en 2007 la tasa de aborto post-Amniocentésis fue 0.5%

En el año 2007, tuvimos un falso negativo, nació un feto con trisomía 21 que había saltado todos los controles prenatales (ecografía 12 semanas, cribado metabólico, ecografía morfológica)

De todas las estrategias de screening de las que disponemos actualmente el screening combinado del primer trimestre es el que mayores ventajas ofrece. Consiste en la aplicación sistemática de una prueba para identificar entre la población general de gestantes aparentemente sanas aquellas que tienen un mayor riesgo de que el feto porte una cromosomopatía, en este caso la medición conjunta de la edad materna, la translucencia nucal a las 11-14s, la beta-HCG y la PAPP-A. Tiene una sensibilidad del 70-90% para una tasa de falsos positivos del 5%, que aumentaría si se realizara además el screening de segundo trimestre a las 15s.

Su coste es menor que el screening integrado (screening del primer trimestre y del segundo trimestre), además del ahorro que supondría la reducción en el número de Amniocentésis y de los abortos por Amniocentésis.

Es importante la disminución de los falsos negativos que ofrece esta prueba, por el impacto social y familiar que se genera cuando nace un niño con alteración cromosomica sin diagnosticar .

La determinación precoz del riesgo, permite anticipar las actitudes diagnósticas y propuestas terapéuticas y realizar técnicas invasivas más precoces (como la biopsia corial) con menor repercusión psicológica y morbilidad materna en el caso de IVE.

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Se ha elaborado una nueva vía clínica de seguimiento del embarazo normal, añadiendo una primera visita a las 8-10s de gestación. En esta visita se realizará la primera ecografía del embarazo para datar correctamente la edad gestacional por el CRL.

Se citará a la paciente a las 12 semanas ecográficas para medir la translucencia nucal y con esa medida se rellenará el volante de petición de screening de primer trimestre y se remitirá al laboratorio.

Se cita a la semana siguiente para resultados. Si el riesgo es mayor de 1/270 se realizará Amniocentesis, con el consentimiento de la paciente, a las 15semanas. Está en proyecto la posibilidad de realizar biopsias coriales en nuestro centro de referencia, o incluso en nuestro propio servicio, según los resultados que vayamos obteniendo.

En un principio se ofrecerá este análisis a las pacientes menores de 35años pero el objetivo y las recomendaciones de la mayoría de los autores es erradicar el "criterio edad", de tal manera que sólo se realizarían técnicas de diagnóstico prenatal a las pacientes consideradas de alto riesgo por los screening bioquímicos y los marcadores ecográficos.

Se han realizado varias reuniones con el Servicio de Análisis Clínicos (Dr. Tapia) para llevar a cabo el protocolo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir el número de amniocentesis.

Disminuir la ansiedad materna.

Disminuir el número de abortos post-amniocentesis anuales.

Ofrecer un diagnóstico más temprano.

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

Disminuir el coste económico del cribado actual.

Disminuir la tasa de falsos negativos

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Reuniones de coordinación entre el Servicio de Ginecología y de Análisis Clínicos.

Reunión con los médicos de Atención Primaria y matronas para comunicarles la nueva vía clínica y los cambios con respecto a la primera visita de embarazo.

Instauración del programa informático necesario para realizar el análisis.

Instauración del programa informático de Diagnóstico Prenatal.

Presentación del protocolo en los dos servicios.

Puesta en marcha del protocolo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Número de amniocentesis de 2008.

Indicaciones de las amniocentesis.

Número de screening bioquímicos de 2008.

Tasas de FP, FN, S y E del screening bioquímico.

Tasas de FP, FN, S y E del criterio edad materna.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Febrero de 2008. Presentación del Proyecto de mejora de la calidad en Dirección Médica.

Marzo 2008. Reunión con Análisis Clínicos para decidir la fecha de comienzo del nuevo screening.

Abril 2008. Presentación de la vía clínica en el Servicio de Ginecología.

Reunión con matronas y médicos de Atención Primaria para comunicarles el comienzo del control del embarazo por parte de Ginecología a las 8-10semanas de gestación.

Mayo 2008. Comienzo del screening.

Noviembre 2008. Evaluación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES HEMIPLÉJICOS REMITIDOS AL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE BARBASTRO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Rut Fernández Sánchez Profesión Fisioterapeuta Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital de Barbastro. Servicio de Rehabilitación Correo electrónico: rutfernan@gmail.com Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974313511. Extensión 29144

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose M ^a Errea Abad	Neurólogo	HOSPITAL BARBASTRO
Amaia Urrutia Díez	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
María Muñoz Diestre	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Rosario Ramón Buisan	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Agustín Loscertales Sesé	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Jesús Broto Bestué	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
David Brota Manzano	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Jorge Azanza Pardo	Fisioterap.	HOSPITAL BARBASTRO
Pilar Suelves Montes	A.E.	HOSPITAL BARBASTRO
Concepción Sanmartín Satué	A.E.	HOSPITAL BARBASTRO
Mari Sol Velasco Gómara	A.E.	HOSPITAL BARBASTRO
Pilar Medrano Martínez	D.U.E. Esp	HOSPITAL BARBASTRO
M ^a Jesús Novales Grasa	Celadora	HOSPITAL BARBASTRO

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... <p>En el año 2006 ingresan en el Hospital de Barbastro 134 pacientes por Accidente Cerebrovascular Agudo, de los cuales 66 fueron tratados por el Servicio de Rehabilitación (49 %).</p> <p>Desde dicho Servicio se detecta la necesidad de formar e informar al personal del centro hospitalario, así como a los cuidadores, en cuanto al manejo, ubicación y tratamiento postural del paciente hemipléjico.</p> <p>A partir de la observación en las plantas de hospitalización, llegamos a la conclusión de que las movilizaciones y colocación del paciente no resultan adaptadas a sus necesidades y, en general, no se fomenta su implicación ni participación en las mismas.</p> <p>El modo de ejecutar dichas técnicas debe atender a los principios de ergonomía y cuidado postural, ya que podría terminar siendo nocivo tanto para el paciente como para el personal.</p> <p>A pesar de la buena voluntad de los profesionales y de los familiares implicados, para llevar a cabo su labor lo mejor posible, la falta de material y el mobiliario inadecuado, dificultan su tarea.</p>
--

Por otro lado, se percibe la demanda de formación por parte de la familia y cuidadores, con el objetivo de conocer el manejo idóneo del paciente en el ámbito tanto hospitalario como domiciliario.

En cuanto a los profesionales de las áreas de hospitalización, ponen de manifiesto el interés por recibir una formación específica orientada al paciente hemipléjico y a sus propios autocuidados.

Durante el mes de Diciembre de 2006, se ofertó un curso de formación que cubría estas necesidades, al que sólo accedieron dieciocho personas entre enfermeras, auxiliares y celadores, de varios Servicios hospitalarios. Como consecuencia del diálogo con todos ellos y por nuestra propia experiencia en el Hospital, se ha constatado la falta de comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales implicados en la atención al paciente hemipléjico, y por consiguiente, la posibilidad de mejorar para hacer posible un enfoque de trabajo multidisciplinar.

En consecuencia, y como dice Berta Bobath en su libro "Hemiplejia del adulto", *La cooperación no sólo es deseable sino también vital. El manejo que hace la enfermera no debe ser diferente del efectuado por el fisioterapeuta, ni por el resto de profesionales. Todo se puede obtener por medio de una buena comunicación entre los diferentes Servicios.*

Revisión bibliográfica:

- "Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejia. P.M. Davies. Ed. Panamericana
- "Hemiplejia del adulto. Evaluación y tratamiento". B. Bobath. Ed. Panamericana
- "Técnicas de movilización de pacientes. Instituto Nacional de Seguridad e higiene del trabajo.
- "Tratamiento de las algias". Feldenkrais.

Durante el año 2007, somos conscientes de que la estancia del paciente que ha sufrido un ACV en el Hospital de Barbastro es muy corta porque la mayoría son trasladados al hospital Sagrado Corazón de Jesús en Huesca.

Desde la puesta en marcha del proyecto, el 15 de diciembre de 2007, comprobamos que los periodos de ingreso hospitalario de los pacientes con ACV a los que va destinado este plan de mejora son muy breves (2 – 3 días de estancia); con lo cual cualquier valoración de fisioterapia que se plantee no tiene continuidad. En estos momentos, no existe una conexión funcional entre el Servicio de rehabilitación de nuestro hospital con el Centro de destino donde los pacientes son trasladados. Aunque ya hemos mantenido una primera reunión con la Directora de enfermería, supervisora y fisioterapeuta del hospital Sagrado Corazón de Jesús, con el objetivo de intercambiar opiniones y subsanar las deficiencias.

Debido a que los médicos rehabilitadores que formaron parte del proyecto durante el año 2007 no van a continuar de ahora en adelante, la cumplimentación de indicadores prevista en un principio es inviable en estos momentos, y nos vemos obligados a plantearnos otro sistema de evaluación. En su defecto, nos hemos puesto en contacto con los neurólogos del hospital, que con el fin de aportar el criterio facultativo en la valoración inicial, han apostado finalmente por participar en el Proyecto.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Hemos conseguido realizar la mayoría de las actividades planteadas para el año 2007:

- 1) Realización del folleto de control postural y AVD dirigido a cuidadores y familiares del paciente hemipléjico.

- 2) Valoración y plan de cuidados de fisioterapia para el paciente con ACV y las normas para cumplimentar dicha valoración.
- 3) Póster con las posturas e información más importante que ha sido colocado en los controles de las plantas hospitalarias donde ingresan pacientes con ICTUS.
- 4) Ejecución de las ediciones del Curso de formación "Manejo del paciente hemipléjico y autocuidados para el profesional".
- 5) Participación en las Jornadas de calidad del 2007 y posibilidad de contactar con otros profesionales de otros centros que comparten las mismas inquietudes en relación con el paciente que ha sufrido un ICTUS.
- 6) Presentación del proyecto en tres convocatorias en el salón de actos para facilitar su divulgación entre el personal del hospital.

Gracias a todas ellas, se ha establecido la comunicación entre el personal de planta y el Servicio de rehabilitación. Ha comenzado un adecuado control postural del paciente y una incipiente preocupación porque el mismo esté correctamente ubicado en la habitación para facilitar que la recepción de estímulos sea por el lado afecto del paciente. Esto se ha conseguido gracias a los cursos de formación dirigidos al personal y gracias a la adquisición de nuevas almohadas, aunque siguen siendo insuficientes. Hemos mantenido una reunión con la directora de enfermería, una supervisora y una fisioterapeuta del hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca para intercambiar experiencias y plantear soluciones a cerca de la continuidad y seguimiento del paciente hemipléjico remitido desde Barbastro.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Prevenir patologías secundarias a un manejo inadecuado del paciente: hombro doloroso (*síndrome hombro – mano , subluxación*), aumento de la espasticidad (*pie equino, mano en garra*), ...
- Procurar un control postural adaptado a las necesidades individualizadas de este tipo de pacientes.
- Adquisición del material necesario para mantener la posición correcta y evitar las complicaciones mencionadas anteriormente.
- Potenciar al máximo la autonomía e intervención activa del paciente hemipléjico.
- Prevenir la aparición de algias u otras patologías que repercuten en el personal hospitalario y cuidadores mediante el aprendizaje de normas de higiene postural y autocuidados.
- Hacer viable el encuentro y comunicación entre los distintos profesionales que van a intervenir en la atención y cuidados del paciente.
- Intercomunicación con la familia y cuidadores facilitando información que les oriente a cerca de las particularidades de manejo y forma de desarrollar las Actividades de la Vida Diaria del paciente hemipléjico.
- Favorecer la mejora en la evolución, en la calidad de vida del paciente y su entorno.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) Redacción de un documento en el que se reflejen las normas generales de funcionamiento del proyecto.
- 2) Modificación de la Valoración y plan de cuidados de fisioterapia que se realizó en el 2007.
- 3) Posible informatización e inclusión de datos en la red del Salud para su seguimiento y continuidad por el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y Centros de Atención Primaria.

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

4) Elaboración de una hoja que mida el grado de cumplimentación de la valoración y plan de cuidados de fisioterapia.

Dentro del Equipo de mejora se harán grupos de trabajo para repartir y agilizar las actividades propuestas. Los responsables de estos grupos se irán decidiendo a lo largo de las reuniones mantenidas en el año, de forma que se fomentará la participación de todo el Equipo por igual.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Cuantificación del número de pacientes que se han incluido en el estudio.
- Grado de cumplimentación de registros.
- Cuantificación del número de familiares y cuidadores que reciben información sobre movilizaciones y AVD del paciente hemipléjico a su cargo.
- Grado de utilidad y satisfacción de los familiares o cuidadores implicados en la atención.

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

$$\frac{\text{Nº de ptes con ACVA incluidos en el estudio}}{\text{Nº de ptes con ACVA ingresados en el Hospital de Barbastro}} \times 100 \underline{\hspace{1cm}}$$

$$\frac{\text{Nº de ptes con ACVA incluidos en el estudio}}{\text{Nº de hojas de valoración y plan de cuidados cumplimentadas}} \times 100 \underline{\hspace{1cm}}$$

$$\frac{\text{Nº de cuidadores/ familiares que reciben la información}}{\text{Nº de ptes con ACVA incluidos en el programa}} \times 100 \underline{\hspace{1cm}}$$

Grado de satisfacción de la formación recibida por parte del familiar o cuidador: >95%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01-01-2008

Fecha de finalización: 31-12-2008

Calendario:

- Revisión bibliográfica y elaboración de la continuidad de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Enero de 2008.
- Revisión y modificación de la hoja de valoración y plan de cuidados: Marzo-Abril de 2008.
- Monitorización de indicadores y resultados de los datos recogidos en la hoja inicial de valoración (hasta que la nueva esté disponible): Mayo de 2008.
- Elaboración de una encuesta de grado de información y satisfacción por parte de los familiares y cuidadores de los pacientes que integran el plan de mejora: Mayo- Junio de 2008.
- Diseño de una hoja para valorar el grado de cumplimentación de la valoración y plan de cuidados de fisioterapia: Septiembre de 2008.
- Monitorización de indicadores y resultados de los datos recogidos en la nueva hoja de valoración y plan de cuidados, las encuestas a familiares y las hojas de medición de cumplimentación: Diciembre de 2008.

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Almohadas: 3 unidades/ paciente, 45€/ unidad 30 unidades (10 pacientes)	1350
Apoyabrazos especial para Silla de ruedas: 62€/ unidad 4 unidades	248
Ordenador portátil	1000
TOTAL	2598

Lugar y fecha:

Barbastro, 20 de febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Plan de mejora para facilitar el seguimiento y control del embarazo en mujeres inmigrantes en el centro de Especialidades de Fraga.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Manuela Labrador Sarrau

Profesión

Enfermera

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

Centro de Especialidades de Fraga.

Correo electrónico: gestionbajocinca1.casar@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 473211

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Manuela Labrador Sarrau	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Carmen Dueso Corbalan	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Gloria Royo Adelantado	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Mari José Peñas Tudela	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Noelia Pérez Rueda	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Concepción Bonet Ostariz	Enfermera	Centro Espec. Fraga.
Magdalena Solanot Bieto	Auxiliar enfermería	Centro Espec. Fraga.
Patricia Millanes Gallinat	Matrona	Centro de Salud de Fraga.
Rosa Alzuria Alos	Matrona	Centro de Salud de Fraga.
Montserrat Roca Arquillue	Ginecóloga	Hospital de Barbastro.
Juan José Pescador	Ginecólogo	Hospital de Barbastro.
Maria Angeles Aragón Sanz	Ginecóloga	Hospital de Barbastro.
Maria Victoria Rey Rey	Administrativa	Centro Espec. Fraga.
Susana Cabrera Larroya	Administrativa	Centro Espec. Fraga.
Andrés Gil Blanch	Celador	Centro Espec. Fraga.
Angel Cabrera Callizo	Celador	Centro Espec. Fraga.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La población inmigrante embarazada atendida en la consulta de obstetricia del Centro de especialidades de Fraga ha pasado de un 12% en el año 2000 a un 30% en el año 2007.

Durante el año 2000 el 62% de las inmigrantes embarazadas eran árabes; a partir del año 2002 ha cambiado el perfil, siendo mayoritarias las mujeres de los países del Este (Bulgaria y Rumania).

Las dificultades de comunicación y la variabilidad de nacionalidades dificultan el acceso al Sistema de Salud y el seguimiento del embarazo en estas mujeres. Un 37% de mujeres no acuden a la primera visita antes de las trece semanas y un 40% no realizan la visita puerperal, lo que dificulta la información e instauración de métodos anticonceptivos.

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

Para facilitar la atención a este colectivo de mujeres se ha formado un grupo multidisciplinario de los trabajadores (asistenciales y no asistenciales) del Centro de Especialidades de Fraga. Se pretende proporcionar información a las mujeres y favorecer la accesibilidad a la consulta de obstetricia.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Que las mujeres extranjeras acudan a la consulta de obstetricia antes de la semana trece de gestación.

Que se realicen el mismo número de consultas que las embarazadas españolas.

Que se realicen las mismas pruebas complementarias que las españolas.

Aumentar el número de mujeres que acuden a la revisión posparto.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Reunión de los profesionales implicados, asistenciales y no asistenciales.

Participación activa de las matronas de Atención Primaria en la captación precoz de embarazo en estas mujeres.

Sesiones informativa de anticoncepción.

Captación y citación preferente en consulta para instauración de medidas anticonceptivas, cuando las soliciten.

Desarrollar estrategias que simplifiquen las citaciones y explicarselas detalladamente.

Apoyo por el personal no asistencial (administrativos, celadores) para facilitar la información, tanto en las citas, como en otras cuestiones burocráticas que se planteen.

Citaciones individualizadas cuando sea necesario derivarlas a otro centro.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia antes de la semana 13.

Porcentaje de mujeres que acuden a la revisión posparto.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:Enero 2008

Fecha de finalización:Diciembre del 2008

Marzo del 2008 Reunion de los trabajadores implicados para regularizar el sistema de apoyo en las citaciones.

Recogida y almacenamiento de datos estadísticos diariamente en las consultas por el personal de enfermería durante todo el año

Noviembre 2008. Valoración del proyecto.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<u>Asistencia a cursos y congresos</u>	<u>1000€</u>
<u>Participación en Sesiones</u>	<u>300€</u>
TOTAL	1300€

Lugar y fecha:
Fraga 21 de Febrero

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir los requisitos imprescindibles para la solicitud de evaluación de UNICEF a fin de que el sector sanitario del Hospital de Barbastro pueda ser reconocido HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS. - Consolidación del método madre canguro (M.M.C.) en el Hospital de Barbastro

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos CONCEPCIÓN LUMBIERRES SUBÍAS</p> <p>Profesión ENFERMERA</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL DE BARBASTRO</p> <p>Correo electrónico: clumbierres@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974313511 ext 29360</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Julia Minguez Sorio	Enfermera supervisora unidad materno	Hospital de Barbastro
M ^a Teresa Ruiz Mir	Enfermera	Hospital de Barbastro
Ana Rosa Salinas Altemir	Aux. Enfer	Hospital de Barbastro
Elsa Satué Salamero	Matrona	Hospital de Barbastro
Mercedes Fenés Grasa	Matrona	Hospital de Barbastro
Trinidad Miranda Olivar	Enfermera	C.S. Barbastro
María Angeles Aragón Sanz	Ginecóloga jefa de servicio	Hospital Barbastro
M ^a José Calvo Aguilar	Pediatra jefa de servicio	Hospital de Barbastro
Paula Lalaguna Mallada	Pediatra	Hospital de Barbastro
Montserrat Roca Aquillué	Ginecóloga	Hospital de Barbastro
Matilde Bustillo Alonso	Pediatra	Hospital de Barbastro
Carmen Boldova	Pediatra	C.S. Barbastro
Ana M ^a Fillat Naya	Matrona	C.S. Graus

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONAD</p> <p>1º Conseguir llegar al cumplimiento de los 10 pasos exigidos para lograr la evaluación de UNICEF y su resolución satisfactoria posterior, partiendo de los logros obtenidos hasta la fecha.</p> <p>2º Hacer un registro de todos los recién nacidos que realizan M.M.C. así como una evolución de dicha aplicación en cada niño y el grado de satisfacción que la familia experimenta con su utilización.</p>

<p>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</p> <p>1º Nos remitimos a los resultados obtenidos el año anterior, ya que se trata de una continuidad del proyecto.</p> <p>2º Formación de todo el personal sanitario de los diversos centros de salud que integran el área de salud del Hospital de Barbastro.</p> <p>3º Creación de una hoja de registro para evaluación de evolución de los niños que practican M.M.C.</p> <p>4º Creación de una hoja-entrevista de grado de satisfacción de los padres cuyo hijo realiza dicho método.</p> <p>5º Alta médica precoz de todos los recién nacidos sanos ingresados en Neonatos por ser hijos de madres a las que se les ha practicado un parto instrumentalizado o una cesárea;</p>
--

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

que salen a la habitación cuando la madre vuelve del Servicio de despertar-reanimación.
6º Divulgación en prensa escrita, radio y TV del método madre canguro como actividad novedosa y llevada a cabo en el Hospital de Barbastro

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1º Formación específica sobre lac. Materna para los nuevos profesionales incorporados a la unidad materno-infantil.
- 2º Formación de todo el personal sanitario del Hospital de Barbastro implicado en el proceso del nacimiento del niño (Pediatras, Ginecólogos-as, anestesistas, psiquiatras, etc)
- 3 Que el Hospital consiga la evaluación de UNICEF.
- 4 Conseguir reducir la estancia hospitalaria del recién nacido prematuro.
- 5 Informatización del informe de continuidad de cuidados.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- 1º Cursos de formación para personal sanitario implementado por profesionales ya involucrados en los cuidados del recién nacido y su alimentación y formados para formar.
- 2º Consolidación del grupo de apoyo a la lactancia que ya el año pasado se intentó iniciar por parte de madres del sector del Barbastro.
- 3º Registro de todos los prematuros a los que se les realice M.M.C., seguimiento diario en dicho registro y valoración de todo el proceso desde su ingreso hasta el alta médica a su domicilio.
- 4º Cuantificación del grado de satisfacción de los padres de niños con M.M.C. y del nivel de conocimiento recibido, registrado a través de la encuesta elaborada para tal fin.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1º Que la asistencia a los cursos de formación por parte del personal sanitario implicado en el proceso del nacer sea de un 70%.
- 2º Que se cumplimenten 9 de los 10 pasos necesarios para la obtención del galardón IHAN, considerándose 90% del cumplimiento.
- 3º Que los niños prematuros o de bajo peso que estén en cuidados canguro, estén con la madre haciendo piel con piel un mínimo 12 horas diarias, puesto que la madre sustituye a los cuidados en incubadora.
- 4º Qué la lactancia materna exclusiva (si la ayuda de ningún suplemento) al alta sea del 50%.
- 5º Qué el 80% de los padres que han utilizado M.M.C. experimenten al alta una buena información recibida sobre dicho método.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
<p>Calendario:</p> <p>1er Cuatrimestre (Enero a Abril)</p> <p>A : Cursos de Formación.</p> <p style="padding-left: 40px;">Enero :Planificación de materia a impartir, distribución de tareas y preparación de las mismas.</p> <p>Febrero y Marzo desarrollo de los cursos.</p> <p>Abril: Evaluación de los mismos.</p> <p>B : Constitución de talleres prácticos para adiestrar a todo el personal de enfermería sobre el registro de M.M.C , recogida de información y entrevista grado de satisfacción.</p> <p>2º Cuatrimestre: (Mayo a Agosto)</p> <p>A : Implantación de los pasos de la HIAM que quedan por cumplir.</p> <p>B : Julio estudio-corte de los registros de enfermería sobre M.M.C. para solventar posibles errores.</p> <p>3 Cuatrimestre (Septiembre a Diciembre)</p> <p>A: Solicitar sea el Hospital Evaluado con el consiguiente control que los diez pasos se estén llevando a cabo.</p> <p>B:Diciembre recogida de todo el material registrado, evaluación de indicadores y conclusiones.</p>	

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Gasto de desplazamientos profesionales del sector</u>	<u>300</u>
<u>Formación para formadores y asistencia a cursos y congresos</u>	<u>800</u>
<u>Gastos de material didáctico (Fotocopias, CDs,imprenta, etc)</u>	<u>200</u>
TOTAL	1300 €

Lugar y fecha:

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

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

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

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Clara Palacín Ariño	Enfermera	Hospital de Barbastro _EVSS
Juan Coll Clavero	Médico	Servicio de Informática del Sector

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...
CRITERIOS DE ABORDAJE AL PACIENTE DEPENDIENTE Y/O RIESGO SOCIAL
El Programa de atención a Enfermos Crónicos Dependientes del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, incluye la definición de dependencia del Consejo de Europa: "Estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria".
Los objetivos que se plantea el EVSS son desde su creación son:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Captación activa de pacientes susceptibles de pertenecer al programa de crónicos dependientes. 2. Valoración funcional, cognitiva-afectiva y social de todos aquellos pacientes captados. 3. Captación activa de cuidador principal, con detección de sobrecarga de cuidador. 4. Abordaje integral, tanto del paciente como del cuidador, creando alianzas con el resto de proveedores. 5. Captación del riesgo social asociado o no a la dependencia.
Para cumplir estos objetivos se revisaron los criterios anteriormente existentes:
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Mayores con pérdida de autonomía 2.- Enfermedades con carácter crónico discapacitantes 3.- Enfermedades en fase terminal 4.- Discapacidad física o psíquica 5.- Adicción a drogas 6.- Enfermos de SIDA 7.- Trastornos de conducta, demencias 8.- Problemas de exclusión con repercusión social

- 9.- Violencia de genero
10.- Menor en riesgo

Y se sustituyeron por los siguientes:

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

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Establecemos un periodo de dos meses de estudio comparativo entre los criterios actuales que se están aplicando de inclusión en el protocolo de detección de riesgo social y dependencia con los nuevos propuestos.

Hemos elaborado un listado diferenciado de criterios de riesgo social y otro de dependientes, basándonos en lo que hemos ido observando durante el último año.

Los criterios propuestos son los siguientes:

DEPENDENCIA

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

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

RIESGO SOCIAL

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

Tras estos dos meses nos reuniremos con las supervisoras de las plantas de cirugía, traumatología-ginecología, especialidades, medicina interna y pediatría, con el fin de explicar la nueva propuesta de criterios y fijar con cada una de ellas la mejor manera de reunir a las enfermeras de cada una de las plantas. En estas reuniones podremos explicar los nuevos criterios a aplicar en los siguientes dos meses del periodo de prueba.

Hablaremos con el Servicio de Informática del hospital para que borren los criterios del programa informático de manera que quede libre para incluir los que cada caso se crean adecuados y poder fijar más adelante tras su revisión.

Una vez pasados los dos meses y recogidos todos los criterios de inclusión, se hará una revisión de éstos para ver si hay alguno que eliminar o bien si se ha propuesto alguno nuevo que añadir.

Hecho ésto, durante los dos meses de verano elaboraremos un pequeño listado con tamaño de bolsillo para poder entregar a cada enfermera con el objetivo de que puedan consultarlo en el momento de la inclusión del paciente en el programa.

Por último volveremos a hacer reuniones en cada planta para presentación de criterios definitivos y entregar los listados individuales.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Revisar los criterios de los pacientes incluidos durante el 2007.
- Revisar los criterios de inclusión de los pacientes incluidos durante el periodo comparativo y asignación de uno de los propuestos que sea más adecuado.
- Monitorización:
 - o Porcentaje de los criterios actuales utilizados.
 - o Porcentaje de pacientes mal clasificados.
- Creación de nuevos criterios.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01/02/2008

Fecha de finalización: 31/10/2008

Caleandario:

- Febrero y Marzo: periodo de estudio comparativo entre los criterios actuales y los propuestos.
- Abril: La primera semana reunión con supervisoras de planta y siguientes semanas reuniones por plantas con personal de enfermería para explicar nuevos criterios de inclusión.
- Mayo y junio: periodo de prueba con nuevos criterios.
- Julio y agosto: Elaboración listado de criterios de inclusión en el protocolo por dependencia o riesgo social.
- Septiembre y octubre: reunión por plantas para presentación de criterios definitivos.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador	1000
2 Memorias extraíbles de 4 GB	200
TOTAL	1200

Lugar y fecha:

Barbastro, 20 de febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“ Mejora en la atención al paciente anciano amputado en el Hospital de Barbastro”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a José Ubierno Mumbiela

Profesión

Enfermera

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

Hospital de Barbastro

Correo electrónico:

mjubiergo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Irene Bravo	DUE	Cirugía-Hospital Barbastro
Juan Villalta	Médico	Cirugía- Hospital Barbastro
Jorge Azanza Pardo	Fisioterap.	Rehabilitación- Hospital Barbastro
Rut Fernández Sánchez	Fisioterap.	Rehabilitación- Hospital Barbastro
Clara Palacín Ariño	DUE	EVSS- Hospital Barbastro
Natalia Bandrés	DUE	Enfermera Enlace
Alodia Abad Ruiz	T. Social	EVSS- Hospital Barbastro
Carmen Patiño	Aux. Enf	Cirugía-Hospital Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Desde la Unidad de Cirugía del hospital de Barbastro se ha detectado la necesidad de abordaje integral del paciente amputado, tras objetivarse:

- Ausencia de coordinación y uniformidad de criterios en la atención al paciente amputado.
- Ausencia de atención rehabilitadora post-quirúrgica en estos pacientes.
- Aumento de la estancia hospitalaria y dificultad en la derivación a otros niveles asistenciales.
- Dificultad en el manejo domiciliario del paciente amputado.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Estandarizar los cuidados aplicados al paciente amputado.
- Aumentar el nivel de autonomía del paciente amputado, especialmente en su movilización.
- Disminuir la estancia media hospitalaria.
- Prestar una atención integral al paciente y formar al cuidador, para disminuir la dependencia física y psíquica.

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

- Lograr una coordinación efectiva entre las unidades de Cirugía, servicio de Rehabilitación, Equipo de Valoración Socio-Sanitaria y Enfermera de Enlace.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaborar algoritmo de abordaje del paciente amputado por todos los componentes del equipo de mejora.
- Realización de un taller sobre movilización y vendajes del paciente amputado, desde el servicio de RHB al personal de enfermería de Cirugía.
- Elaboración del Plan de cuidados del paciente amputado por las enfermeras de Cirugía y la Vía Clínica del paciente amputado por el jefe de servicio
- Abordaje del paciente amputado en el servicio de RHB.
- Formación al familiar y/o cuidador en la atención a estos pacientes, por parte de los fisioterapeutas y personal de enfermería. Realización de una encuesta de satisfacción.
- Evaluación del paciente por la Enfermera del EVSS y/o la Trabajadora Social con el objetivo de valorar las necesidades de cara al alta hospitalaria y posterior comunicación verbal y/o escrita a la Enfermera de Enlace.

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

Pacientes amputados con plan de cuidados estandarizado

_____ X 100

Total de Pacientes amputados

Pacientes amputados a los que se les ha abierto un vía clínica

_____ X100

Total de pacientes amputados

Pacientes amputados tratados por el servicio de RHB

_____ X 100

Total de Pacientes amputados

Pacientes amputados valorados por el EVSS

_____ X100

Total de Pacientes amputados

Altas de pacientes amputados comunicadas a la enfermera de enlace

_____ X100

Total de pacientes Amputados

Grado de satisfacción del familiar y/o cuidador con la formación recibida: > 95%

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:

Marzo Búsqueda bibliográfica y reunión de equipo.

Abril Elaboración del Algoritmo de abordaje del paciente amputado.

Mayo Impartición del taller de movilización y elaboración del plan de Cuidados de enfermería.

Elaboración de la Vía Clínica del Paciente Amputado

Puesta en marcha del proyecto

Octubre y Diciembre Evaluación y monitorización de indicadores.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material Bibliográfico</u>	<u>500€</u>
<u>Material Didáctico acerca de movilización y vendajes</u>	<u>150€</u>
<u>Memoria USB</u>	<u>50€</u>
TOTAL	700€

Lugar y fecha:
 Barbastro 20 de febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

FORMACIÓN E INFORMACIÓN DE RIESGOS LABORALES VINCULADOS AL PUESTO DE TRABAJO, AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN AL HOSPITAL DE BARBASTRO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Enrique Vinyas Orús

Profesión

FEA Medicina del Trabajo

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

UB PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES - SECTOR BARBASTRO.

Correo electrónico:

egvinyas@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974313211 (49014)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Josefa Puy Foradada	DUE del Trabajo	Hospital de Barbastro
Joaquín Coll Claveto	Técnico sup. Riesgos Laborales	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Desde la Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales (UBPRL) del Sector de Barbastro se observa:

- ❖ Una deficiente formación de los nuevos trabajadores que se incorporan al hospital, en materia de Riesgos Laborales relacionados con su puesto de trabajo, siendo para alguno de ellos el primer contacto con el medio sanitario.
- ❖ Ausencia de un circuito diseñado para facilitar el contacto entre el trabajador de nueva incorporación y la Unidad Básica de Prevención de Riesgos laborales.
- ❖ Desconocimiento de los protocolos y servicios que presta la Unidad Básica a estos trabajadores nuevos.
- ❖ Incidencia creciente de accidentes laborales en el Hospital durante 2007.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo principal de este proyecto es **la mejora de la seguridad de los trabajadores de nueva incorporación al hospital**, que se logrará :

- ❖ Disminuyendo el riesgo de sufrir accidentes laborales.
- ❖ Logrando una valoración temprana del estado de salud del trabajador, detectando personal especialmente sensible a determinados riesgos, y determinando su aptitud

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

para el puesto de trabajo asignado.

- ❖ Informando a los trabajadores de la existencia de la unidad de Prevención de Riesgos Laborales y de sus funciones de control de la salud y formación sobre Riesgos Laborales para su prevención o corrección.
- ❖ Estableciendo de un registro y control de los trabajadores que se incorporan al hospital por primera vez.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- ❖ Participación en la elaboración e implantación del Protocolo de Acogida y Formación al personal de nueva incorporación del Hospital de Barbastro.
- ❖ Presentación a los responsables de los distintos servicios y unidades del procedimiento realizado en la UBPRL, para la posterior derivación del personal a la citada unidad
- ❖ Entrevista con el trabajador, realizando una *Encuesta de Salud* y facilitándole información oral, escrita y a través de la Intranet del Sector de los principales riesgos en su puesto de trabajo y de la actuación en caso de sufrir un accidente laboral.
- ❖ Registro del personal de nueva incorporación que acude a nuestra Unidad y de la información suministrada.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto se realizará mediante el registro de los nuevos trabajadores que acudan a la entrevista inicial y los datos recogidos en la encuesta de satisfacción de la acogida, referidos a la UBPRL.

INDICADORES:

- 1.- nº trabajadores que reciben información de Riesgos laborales x 100
Nº total trabajadores de nueva incorporación al Hospital
- 2.- nº accidentes laborales en trabajadores de nueva incorporación x 100
Nº total trabajadores de nueva incorporación al Hospital

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: 03-03-2008

Fecha de finalización: 12-01-2009

Calendarario:

Marzo y Abril: - Elaboración del procedimiento, documentación a aportar a los trabajadores y elaboración de los distintos registros.
- Difusión del proyecto a las distintas direcciones y mandos Intermedios.

Mayo a Diciembre: - Implantación del procedimiento.
- Realización de la entrevista, información a los trabajadores de nueva incorporación y registro.

Enero 2009 : Evaluación, estadística y conclusiones del proyecto realizado

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PROGRAMA DE FORMACIÓN GENERAL EN SVB

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos ITZIAR ORTEGA CASTRILLO
Profesión MEDICO (JEFE DE UNIDAD)
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL BARBASTRO)
Correo electrónico: iortega@salud.aragon.es . iciar59@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: TEL -610899694 - 974313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO DE TRABAJO
JAVIER MIRALBÉS CASTERÁ	MÉDICO	HOSPITAL BARBASTRO
JESUS AGUAVIVA BASCUÑA	MEDICO	HOSPITAL BARBASTRO
JUAN EITO CUELLO	MÉDICO	HOSPITAL BARBASTRO
ADRIAN MARTINEZ HERNANDEZ	MÉDICO	HOSPITAL BARBASTRO
JUAN MAGALLÓN PUY	MÉDICO	HOSPITAL BARBASTRO
GABRIEL HURTADO PONCE	MÉDICO	HOSPITAL BARBASTRO
FRANCISCO FRANCIA FRANCO	MÉDICO	HOSPITAL BARBASTRO

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>-El paro cardiorrespiratorio es la interrupción “inesperada” y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. La incidencia de muerte súbita oscila entre 26 y 40 por 100.000 habitantes y año, incluido el ámbito hospitalario.</p> <p>-El SV (soporte vital) es el conjunto de acciones que se deben iniciar ante la presencia de una PCR, incluye el reconocimiento, la activación de otros recursos, el inicio de las maniobras de RCP y la prevención de complicaciones.</p> <p>-El tiempo ideal para iniciar el SVB debe ser antes de transcurridos los primeros 4 minutos desde la PCR.</p> <p>-El SVA debe iniciarse antes de 8 minutos de producida la PCR siempre que se haya iniciado el SVB en condiciones.</p> <p>-Las técnicas en reanimación deben ser conocidas, en nuestra opinión, por todo el personal del Hospital.</p> <p>-Existe en este momento en el Hospital una gran demanda de este tipo de formación.</p>

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
--

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

-Dirigido exclusivamente al personal del Hospital de Barbastro.

-Comenzar con un programa de formación progresiva de todo el personal del Hospital que muestre interés, y que pretenda iniciar a unos y recordar a otros las maniobras de RCP.

-Diseño y puesta en práctica de un modelo novedoso de formación, ágil, dinámico, eminentemente práctico, que permita la formación del mayor número de personas en poco tiempo.

-En la elaboración del material docente se seguirán las últimas normas ILCOR 2005 (Internacional Liaison Comité on Resuscitation).

-Elaboración de las recomendaciones en forma de algoritmos que simplifiquen la actuación sin pretender ser un recurso que tenga la categoría de "protocolo de actuación" por la implicación legal que pueda suponer.

-Mostrar el material didáctico teórico a todo el personal del Sector de Barbastro puesto que se va a utilizar la Intranet del Hospital como medio de difusión.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.-Adaptación del programa docente elaborado por la responsable y el equipo de mejora del proyecto.

2.-Realización del curso de forma trimestral (junio, septiembre y diciembre del 2008) durante tres días consecutivos.

3.- Los dos primeros días de cada módulo se dedicarán al SVB (dirigido a personal no sanitario y sanitario) y el tercero al SVA (dirigido a personal sanitario concretamente médicos y enfermeras). Los cursos serán excluyentes entre sí.

3- El curso se desarrollará de la siguiente forma:

- a) En las fechas elegidas desde las 9:00 a las 14:00 h y desde las 16:00 hasta las 20:00 h aproximadamente.
- b) Cada módulo de SVB durará 85 minutos, durante los 10 primeros minutos se realizará un breve recuerdo de la teoría para pasar a la realización de las prácticas en el muñeco por parte de los alumnos y bajo la supervisión de los profesores.
- c) Cada módulo de SVA durará 115 minutos, durante los 15 primeros minutos se realizará un breve recuerdo de la teoría para pasar a la realización de las prácticas en el muñeco por parte de los alumnos y bajo la supervisión de los profesores.
- d) El cumplimiento del horario será estricto, iniciándose cada módulo con los alumnos que hayan acudido, siendo el máximo de 8 por grupo para el SVB y 4 para el SVA.

4.-El material didáctico teórico se realizará en presentación Power-Point y video y estará disponible en la Intranet del Hospital al menos 20 días antes de cada edición del curso.

5.-El material didáctico práctico constará de muñecos y del material de simulación necesario para su realización.

6.- Cada día de curso permitirá la formación máxima de 40 alumnos en el caso del SVB y 16 en el SVA.

7.- Esta organización permite que se realice dentro de la jornada laboral sin provocar grandes distorsiones, ya que los trabajadores se ausentarán un corto periodo de tiempo de su puesto de trabajo.

8.- La recepción de solicitudes se hará por los profesores inmediatamente antes del inicio del curso, también les entregarán y recogerán la encuesta de opinión.

9.- Evaluación del proyecto a través de la encuesta de los cursos con monitorización de indicadores y análisis de las sugerencias.

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

- Análisis de los resultados de las encuestas, con reuniones del equipo después de cada curso.

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

- Monitorización y evaluación de los indicadores asignados por el grupo de mejora.
- Grado de satisfacción del personal que ha realizado el curso medido a través de las encuestas.

Indicadores:

Nº de médico del Hospital que realice la formación en SVA x 100
Total de médicos del Hospital

Nº de médico del Hospital que realice la formación en SVB x 100
Total de médicos del Hospital

Nº de enfermeras del Hospital que realice la formación en SVB x 100
Total de enfermeras del Hospital

Nº de enfermeras del Hospital que realice la formación en SVA x 100
Total de enfermeras del Hospital

Nº de auxiliares del Hospital que realice la formación en SVA x 100
Total de auxiliares del Hospital

Nº de personal no sanitario que realice la formación en SVB x 100
Total de personal no sanitario del Hospital

-Detallar las profesiones y el nº de asistentes de cada una de ellas del personal no sanitario que lo realice.

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:24/06/2008

Fecha de finalización:18/12/2008

PUBLICACIÓN MÓDULOS TEÓRICOS EN INTRANET:

2/06/2008

1/09/2008

24/11/2008

MÓDULO PRÁCTICO:

24 y 25 / 06 / 2008:

9:00 - 10:25 1º grupo SVB

10:30 - 11:55 2º grupo SVB

12.00 - 13:25 3º grupo SVB

16:00 -17:25 h 4º grupo SVB

18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

26 / 06 / 2008:

9:00 - 11:00 1º grupo SVA

11:05 - 13:05 2º grupo SVA

16:00 -18:00 h 3º grupo SVA

18:05 -20:05 h 4º grupo SVA

23 y 24 / 09 / 2008:

9:00 - 10:25 1º grupo SVB

10:30 - 11:55 2º grupo SVB

12.00 - 13:25 3º grupo SVB

16:00 -17:25 h 4º grupo SVB

18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

25 / 09 / 2008:

9:00 - 11:00 1º grupo SVA

11:05 - 13:05 2º grupo SVA

16:00 -18:00 h 3º grupo SVA

18:05 -20:05 h 4º grupo SVA

16 y 17 / 12 / 2008:

9:00 - 10:25 1º grupo SVB

10:30 - 11:55 2º grupo SVB

12.00 - 13:25 3º grupo SVB

16:00 -17:25 h 4º grupo SVB

18:0 -19:25 h 5º grupo SVB

18 / 12 / 2008:

9:00 - 11:00 1º grupo SVA

11:05 - 13:05 2º grupo SVA

16:00 -18:00 h 3º grupo SVA

18:05 -20:05 h 4º grupo SVA

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Material de oficina carpetas y bolígrafos</i>	
<i>CD</i>	
<i>Formación para el personal de la unidad (asistencia congresos de urgencias inscripciones) ejem</i>	
Alquiler del material de simulación necesario para impartir el curso	1500
TOTAL	

Lugar y fecha: Barbastro 20 de febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN EL SET (SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE)
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos ITZIAR ORTEGA CASTRILLO
Profesión MEDICO (JEFE DE UNIDAD)
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO DE URGENCIAS (HOSPITAL BARBASTRO)
Correo electrónico: iortega@salud.aragon.es , iciar59@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: TEL -610899694 - 974313511

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	CENTRO DE TRABAJO
ALICIA CAMPO SIN	Enfermera Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
ANABEL MUR ABENOZA	Enfermera urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
JAVIER MIRALBES CASTERA	Medico Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
SILVIA SICART LONCAN	Enfermera Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
IGNACIA ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA	Medico Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO
JUAN MAGALLON PUY	Medico Urgencias	HOSPITAL BARBASTRO

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>Tras la implantación del SET en nuestro Servicio como herramienta para mejorar la eficiencia y controlar el riesgo de los pacientes pendientes de ser atendidos, optimizando el tiempo de espera en función de la urgencia presentada. Conscientes de que es un sistema que hay que ir adaptando a la realidad de cada momento y de cada hospital y solo desde un amplio y profundo conocimiento de su contenido. Pretendemos por tanto difundirlo en forma de cursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A todo el personal del Servicio. - Tanto al personal medico, como enfermeras, de nueva incorporación al Servicio. - Al personal de enfermería del Hospital, ajeno al Servicio, que manifieste interés por acudir a él como lugar de trabajo; ya que su desconocimiento le puede generar retenciones a la hora de solicitar plaza. - Al personal de nueva contratación para que no interfiera en el normal funcionamiento del Servicio.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Se han realizado dos cursos teórico-prácticos durante el mes de mayo, formando a un total de 15 enfermeras del Servicio, entre personal fijo y contratado.

Sesión informativa sobre el Triage en el salón de actos del hospital dirigido a todo el personal del Servicio de Urgencias (médicos, enfermeras, residentes, auxiliares de enfermería, celadores y administrativos) con una asistencia aproximada de un 25 % del personal.

Indicadores:

$\frac{\text{Personal del Servicio de Urgencias con formación en SET}}{\text{Total del personal del Servicio de Urgencias}} \times 100$

$\frac{\text{Enfermeras fijas del Servicio de Urg. con formación en SET en 2007}}{\text{Total de Enfermeras del Servicio de Urgencias}} \times 100$

A fecha 30 de junio del 2007, el 100 % del personal de enfermería con contrato fijo o interino tiene formación en el SET.

A fecha 31 de diciembre del 2007, como consecuencia de la resolución de la movilidad interna del hospital el porcentaje disminuyó hasta el 76% del total de enfermeras .

$\frac{\text{Enfermeras fijas del Hospital, ajeno a Urg. con formación en SET en 2007}}{\text{Total del personal fijo de enfermería del Hospital}} \times 100$

No se ha podido realizar formación del personal ajeno al Servicio por priorización en la formación del personal del Servicio y de los sustitutos.

$\frac{\text{P. de enfermería contratado en el Servicio con formación en SET en 2007}}{\text{Total del personal de enfermería contratado en el Servicio en 2007}} \times 100$

A fecha 1 de julio, incluyendo al personal sustituto (reducciones de jornada, sustitutos de vacaciones...) de un total de 10 enfermeras 5 tenían formación en Triage, lo que supone el 50% del personal contratado en dicho periodo.

A fecha 31 de diciembre el 77% del personal contratado (reducciones de jornada e IT incluidas) tienen formación en el SET.

$\frac{\text{Alumnos de enfermería, que pasen por la Unidad, con formación en SET en 2007}}{\text{Total de alumnos de enfermería que pasen por el Servicio en 2007}}$

Total de alumnos de enfermería que pasen por el Servicio en 2007

No coincidieron alumnas/os en el Servicio durante el periodo de realización de los cursos

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Utilización con el mayor rigor posible del programa por el personal del propio Servicio, valorando su utilidad como herramienta para dar una asistencia de calidad a los usuarios y asumiendo la responsabilidad en su correcta ejecución.
- Toma de conciencia de lo que representa iniciar un proceso de mejora y conseguir y disfrutar de los resultados por parte de todos los componentes del Servicio.

- Difusión del SET a todo el personal de enfermería del Hospital ajeno al Servicio, que este interesado.
- Difusión del SET a todo el personal médico de Atención Primaria o Especializada para que conozcan nuestra dinámica de trabajo ya que son nuestros principales proveedores de pacientes.
- Valorarlo en el Curriculum Vitae del personal médico y de enfermería que vaya a ser contratado en el Servicio de Urgencias, basándonos en que la Consejería de Sanidad y Consumo lo ha aceptado como elemento organizador de la asistencia y con próxima implantación en todos los SUH de los Hospitales Públicos de Aragón.
- Formación teórica básica del personal auxiliar de enfermería, celadores y auxiliares administrativos perteneciente al Servicio de Urgencias, puesto que constituye una parte muy importante en la dinámica de trabajo con implicación de todos los miembros del Servicio, donde uno de los pilares fundamentales es el trabajo en equipo y la comunicación entre todos sus miembros.
- Conseguir la acreditación del curso de Triage para todas las ediciones del curso que realicemos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Adaptación del programa docente elaborado por la responsable y el equipo de mejora del proyecto para conseguir la acreditación del curso.
- 2.- Realización del curso en dos ediciones (febrero y junio 2008).
 - a) Curso teórico-práctico de actualización del SET dirigido a enfermeras y médicos del Servicio, a personal de enfermería del Hospital, médicos de AP y enfermeras de la Bolsa de Trabajo del Salud. Su duración sería de 20 h. (8 teóricas en grupo y 12 h. prácticas individuales en el Servicio).
 - b) Programa básico teórico de 2 h. dirigido a personal auxiliar de enfermería, Aux. administrativos y celadores del Servicio.
- 3.- Revisión de las encuestas de satisfacción que se entregaran a los alumnos participantes en los cursos.
4. Revisión y aprobación del programa docente por la Comisión de Calidad del Servicio.
- 5.- Presentación y difusión del curso en el Sector de Barbastro a través de la Intranet el Hospital, y en la Bolsa de Paro del SALUD.
- 6.- Recepción y selección de solicitudes con diseño del calendario según el esquema antes citado.
- 7.- Los docentes de los cursos serán personal con título de "Formador en Triage".
- 8.- Evaluación del proyecto a través de la encuesta de los cursos con monitorización de indicadores y análisis de las sugerencias por la Comisión de Calidad del Servicio.

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

- Análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción, con reuniones del equipo después de cada curso.
- Valoración especial de la opinión del contenido y del modelo, tanto de médicos como de enfermeras que ejercen su trabajo fuera del ámbito de la Urgencia

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

<p>Hospitalaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si persiste la estabilidad del personal médico y de enfermería tender a que la formación sea del 100% de los miembros del Servicio. - Monitorización y evaluación de los indicadores asignados por la Comisión de Calidad de Urgencias. <p>Indicadores:</p> <p><u>Personal del Servicio de Urgencias con formación en SET</u> x 100 Total del personal del Servicio de Urgencias</p> <p><u>Enfermeras de Urgencias con formación en SET</u> x 100 Total del personal del Servicio de Urgencias</p> <p><u>Médicos de Urgencias con formación en SET</u> x 100 Total de médicos del Servicio de Urgencias</p> <p><u>P. de enfer. fijo del Hospital, ajeno a Urg. con formación en SET en 2008</u> x 100 Total del personal fijo de Enfermería del Hospital</p> <p><u>P. de enfermería contratado en el Servicio con formación en SET en 2008</u> x 100 Total del personal de enfermería contratado en el Servicio en 2008</p>

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:25/02/2008	Fecha de finalización:7/02/2008
Fecha de inicio:2/06/2008	Fecha de finalización:13/06/2008
<p>MÓDULO TEÓRICO (25-02-08 y 2/06/08)</p> <p>-Breve historia del Triage. Terminología básica en Triage. Triage como ciencia (Dra. Ortega)</p> <p>-El Sistema Español de Triage. Principios y Objetivos. Calidad en los Servicios de Urgencias (Dr.Miralbés).</p> <p>Descanso. Café.</p> <p>-Objetivos de un Sistema deTriage estructurado. Validez utilidad y relevancia del SET. Casuística. (Dra.Elizalde)</p> <p>-Aportaciones del SET a la gestión. Mejora continua de la calidad. Área de Triage y gestión de recursos humanos (Dr. Magallón)</p> <p>MÓDULO TEÓRICO (26-02-08 y 3/06/08)</p> <p>-Mejora de flujos, funciones y circuitos asistenciales. Aplicaciones indirectas (triage avanzado, consulta rápida) (A. Mur, enfermera)</p> <p>-Gestión informática del Triage. Gestión de los motivos de consulta. Descripción de las categorías sintomáticas. (A. Campo, enfermera).</p> <p>Descanso. Café.</p> <p>-Técnicas de entrevista en el SET. Discriminantes. (S. Sicart, enfermera).</p> <p>- Escalas de gravedad. Glasgow. Disnea. Asma. Quemado. (A. Mur, enfermera)</p> <p>MÓDULO PRÁCTICO (27, 28, 29 de febrero, 3, 4, 5, 6, 7 marzo y 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12 y 13 de junio del 2008). Distribuidos en turnos de mañana y tarde</p> <p>-Solución de supuestos clínicos durante 6 horas</p> <p>-Practica de casos reales en la sala de Triage durante 6 horas.</p> <p>-Realización de prueba de nivel</p>	

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<u>Material de oficina carpetas y bolígrafos</u> 40 carpetas y 40 bolígrafos	
<u>CD</u> 60	
<u>Formación para el personal de la unidad (asistencia congresos de urgencias inscripciones) ejem</u>	
Inscripciones al Congreso Nacional de Calidad que se celebrará en Zaragoza para algún miembro del equipo de mejora.	
TOTAL	

Lugar y fecha: Barbastro 20 de febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DISEÑO DEL PROCESO Y MONITORIZACIÓN DE LOS INDICADORES CLAVE EN EL CIRCUITO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Javier Moliner

Profesión

Director Médico

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

Hospital de Barbastro

Correo electrónico:

jmolinerl@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 249037

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Angel Orduna Onco	Dirección de Enfermería Atención Especializada	Hospital de Barbastro
Carmen Sahún Obis	Supervisora de Formación Continuada	Hospital de Barbastro
Ana Cristina Sanjoaquín Romero	Coordinadora de Calidad del Sector Barbastro	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La universalización de la asistencia, el aumento de prestaciones sanitarias eficaces y de su demanda, y el alza de los costes tanto directos como indirectos, provocan un considerable impacto económico y social para los sistemas sanitarios públicos.

Entre los objetivos básicos de la sanidad pública está garantizar la atención integral al paciente, y centrar la actividad en la gestión por procesos. El análisis de un proceso "clave" podría tener un efecto tanto desde el punto de vista sanitario como social y económico si se desarrollan medidas encaminadas a mejorar los resultados

Se entiende por proceso "el conjunto de acciones o etapas encadenadas y orientadas a generar un valor añadido en las entradas a un sistema, con la intención de conseguir un resultado intermedio o final que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente o los objetivos de la institución" ¹. Un proceso asistencial define una misión (qué, para quién y para qué), unas fronteras delimitadas y debe poder medirse (cantidad, calidad y coste) ². En definitiva, se trata de proporcionar una atención en las mejores condiciones, dentro del menor tiempo posible, así como mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad percibida, mediante la estandarización de las tareas y la protocolización de procedimientos basados en la evidencia científica³.

Entre las actividades hospitalarias, la quirúrgica es un buen ejemplo de cómo aunando mejoras anestésicas, quirúrgicas y de organización se puede mejorar la efectividad (mejores resultados posibles), la eficacia (con medidas útiles) y con los menores inconvenientes y costes (eficiencia). Para mejorar esta actividad, el proceso quirúrgico se debe considerar como un continuo y atender a sus diversas ramificaciones y actividades asociadas.

El punto de partida del proyecto se desarrolla contextualmente dentro del proceso de renovación y crecimiento del bloque quirúrgico del hospital de Barbastro

Durante el año 2007, y dentro del Programa de Apoyo a Iniciativas de Mejora de Calidad se llevó a cabo en el Sector una serie de actividades formativas y de creación de grupos de trabajo con el objetivo de implantar en el hospital **la metodología de la gestión por procesos al circuito quirúrgico**.

En este proceso de implantación, se considera conveniente tratar de mantener el impulso dado al grupo de trabajo, fomentando las responsabilidades individuales, especialmente en el diseño y monitorización de indicadores en las áreas clave que se identifiquen.

Bibliografía:

1. Cosialls D, Gil MA. Dirección por objetivos y políticas de la gestión clínica. Todo Hospital. 2001;179:561-6.
2. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía; 2001.
3. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Guías integradas asistenciales. Metodología para la estandarización de actividades basadas en la calidad y en los sistemas de clasificación de pacientes GRD. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.

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

A lo largo del año 2007 y para llevar a cabo el diseño del proceso quirúrgico y lógicamente su posterior implantación en el hospital se han llevado a cabo las siguientes acciones de mejora:

A.- Actividades formativas. Se ha impartido un taller "Implantación de la gestión por procesos en el circuito quirúrgico" dirigido a los profesionales sanitarios (enfermería y médicos) del Hospital de Barbastro, que por su trabajo diario necesitan conocer los diferentes dentro del circuito quirúrgico. Los objetivos de este taller eran:

- 1.- Identificar el mapa de procesos del proceso de "Circuito quirúrgico" a normalizar en el Hospital de Barbastro.
- 2.- Seguir unas pautas claras que les permitan dirigir la elaboración de las Guías de procesos del proceso seleccionado

Para llegar a estos objetivos, el contenido de este taller ha sido el siguiente:

- 1.- Conceptos claves de la Gestión por procesos en el ámbito asistencial
- 2.- Elaboración del mapa del proceso del circuito quirúrgico
- 3.- Identificación de procesos clave a trabajar
- 4.- Reparto de tareas para la normalización del proceso
- 5.- Selección del panel de indicadores globales de funcionamiento del proceso seleccionado
- 6.- Revisión de datos recogidos sobre el proceso y de desviaciones con respecto a estándares de calidad asistencial
- 7.- Identificación de subprocesos que intervienen en el proceso seleccionado
- 8.- Representación gráfica
- 9.- Revisión e integración de algoritmos elaborados
- 10.- Selección del panel de indicadores intermedios del proceso seleccionado
- 11.- Fijación de objetivos de mejora en los procesos.

Este taller, incluido en actividades presenciales de formación continuada de las profesiones de

Aragón, ha tenido una duración de 20 horas, iniciándose el día 22 de marzo de 2007 y finalizando el 19 de abril de 2007.

B.- Tras la realización del taller, hemos identificado los subprocesos que intervienen en el proceso "circuito quirúrgico" y se han constituido **grupos de trabajo para cada subproceso identificado** que interviene en el proceso. Estos grupo de trabajo se están reuniendo periódicamente con el fin de:

- 1.- Determinar la misión, los objetivos, los requerimientos, el alcance de dicho subproceso
- 2.- Identificar entradas, contenidos, salidas, destinatarios y expectativas de los mismos,
- 3.- Definir los indicadores de cada subproceso: de acceso, de proceso, de resultado
- 4.- Acordar el método de cálculo y la periodicidad del cálculo de los indicadores, así como su presentación y nivel de divulgación

Los responsables de cada subproceso han sido los participantes en el taller de formación previamente descrito.

Los Indicadores en la evaluación del proyecto son los siguientes:

$$.- \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales implicados en la elaboración del proceso quirúrgico}}{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales que realizan el taller}} \times 100 > 80\%$$

$$.- \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de subprocesos a realizar}}{\text{N}^{\circ} \text{ de subprocesos identificados en el taller}} \times 100 = 100\%$$

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Revisar el mapa de proceso quirúrgico
- 2.- Mantener las reuniones periódicas de los grupos de trabajo con el fin de:
 - Determinar la misión, los objetivos, los requerimientos, el alcance de dicho subproceso
 - Identificar entradas, contenidos, salidas, destinatarios y expectativas de los mismos,
 - Definir los indicadores de cada subproceso: de acceso, de proceso, de resultado
 - Acordar el método de cálculo y la periodicidad del cálculo de los indicadores, así como su presentación y nivel de divulgación
- 3.- Normalizar las actuaciones profesionales
- 4.- Monitorizar los indicadores de cada subproceso proceso
- 5.- Elaborar una guía de proceso del circuito quirúrgico

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Para llevar a cabo el diseño del proceso quirúrgico y lógicamente su posterior implantación en el hospital se van a llevar a cabo las siguientes acciones de mejora:

Una vez impartido el taller "Implantación de la gestión por procesos en el circuito quirúrgico" dirigido a los profesionales sanitarios (enfermería y médicos) del Hospital de Barbastro entre el 22 de marzo de 2007 y el 19 de abril de 2007, se plantearon las pautas para dirigir la elaboración del mapa del proceso del circuito quirúrgico.

Las tareas pendientes a llevar a cabo en el 2008 son:

1.- Descripción de los principales subprocesos, con sus puntos clave y sus propietarios.

La identificación de los subprocesos que intervienen en el proceso "circuito quirúrgico" será realizada por el grupo de trabajo, con la colaboración de otros profesionales. Al menos, los subprocesos definidos incluirán:

- Recepción y preparación del paciente
- Anestesia
- Procedimiento quirúrgico
- Reanimación

2.- Selección del panel de indicadores globales de funcionamiento del proceso

seleccionado. Deben ser indicadores que permitan monitorizar el funcionamiento de cada subproceso, y esa monitorización será asignada a distintos profesionales, que se encargarán de analizar tanto la información como las dificultades de obtención. Al menos se plantea indicadores en las siguientes áreas:

- Documentación clínica adecuada, en formato normalizado, ordenada, con identificación de los profesionales.
- % de pacientes con un plan de cuidados de enfermería
- Identificación segura de pacientes y de zonas quirúrgicas.
- Rendimiento quirúrgico
- Estancia media y número de pacientes en el área de reanimación
- Intervenciones suspendidas por causas no atribuibles al paciente
- Profilaxis antibiótica adecuada
- Evaluación anestésica adecuada
- Consentimiento informado
- Incidentes con el equipamiento: material de esterilización, equipo quirúrgico.
- Formación del personal.

3- Revisión de datos recogidos sobre el proceso y de desviaciones con respecto a estándares de calidad asistencial

Cada uno de los componentes del grupo de trabajo se hará cargo de la monitorización de alguno de los indicadores propuestos, analizando la validez y factibilidad de su obtención.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Los indicadores que se van a emplear en la evaluación del proyecto serán los siguientes:

- .- $\frac{\text{Nº de indicadores propuestos que se monitorizan por el grupo de trabajo}}{\text{Nº de indicadores propuestos}} \times 100$
- .- % de pacientes con plan de cuidados de enfermería
- .- Rendimiento quirúrgico

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de marzo 2008	Fecha de finalización: 31 de enero 2009
----------------------------------	---

Calendario:

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2008

Fecha de finalización:

- De constitución de grupo de trabajo.....1 de abril de 2008
- De definición de los principales subprocesos 1 de mayo de 2008
- De identificación de indicadores y asignación de responsables 1 de junio de 2008
- De monitorización y análisis de datos diciembre 2008

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material de oficina para reuniones del grupo</u>	<u>300 €</u>
<u>Memoria extraíble para compartir información x 8</u>	<u>200 €</u>
TOTAL	500 €

Fecha y firma:

21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA DEL CITODIAGNÓSTICO EN LA CITOLOGÍA NO GINECOLÓGICA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a ROSA ONCÍNS TORRES
Profesión F.E.A. ANATOMÍA PATOLÓGICA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
Correo electrónico: roncins@hotmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 31 35 11 ext 29112

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PAULA GAMBÓ GRASA	patóloga	S. An. Patológica Hospital de Barbastro
M ^a DOLORES COMES GARCÍA	citotécnica	S. An. Patológica Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>El estudio citológico es un método diagnóstico rápido y eficaz de muestras con un origen variado (secreciones, derrames, cepillados, broncoaspirados y PAAF entre otros) que proceden de diferentes servicios hospitalarios. Se obtienen por procedimientos poco agresivos y se diagnostican sin necesidad de un procesado como ocurre en las biopsias. Identifica en poco tiempo la mayoría de las lesiones y diferencia básicamente entre benignidad y malignidad. La rapidez es una característica esencial del diagnóstico citológico.</p> <p>Con el apoyo de estudios inmunohistoquímicos (IH) permite llegar a un diagnóstico más preciso en un número de casos cada vez mayor.</p> <p>Debido a la poca agresividad de la técnica es, a veces, el único método aplicable a pacientes con gran deterioro.</p> <p>Se han recibido 365 citologías</p> <p>La demora diagnóstica media en el 2007 ha sido de 7 días.</p> <p>Ha habido un 29% de casos diagnosticados entre 8 y 14 días.</p> <p>En el 2008 se ha incorporado la citotécnica del servicio al cribado de citología no ginecológica para agilizar el diagnóstico de las patólogas que llevan una sobrecarga diagnóstica. No se dispone de citocentrífuga lo que limita el diagnóstico y aumenta el número de casos no valorables.</p>

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Para el 2008 se propone:

- Demora media de la citología no ginecológica de 4 días
- Disminución de los casos entre 8 y 14 días a menos de un 10%.
- Aumentar el número de casos estudiados con inmunohistoquímica
- Incentivar el envío de muestras por diagnósticos rápidos y resolutivos.
- Actualización y formación en citodiagnóstico

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Diagnóstico en menos de 4 días
- Control de casos retrasados (pendientes de estudio IH u otra razón)
- Control de casos de diagnóstico no concluyente

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se evaluarán a partir de los datos ofrecidos por nuestro programa PATWIN

- Demora media de estudios
- Demora de estudios entre 8 y 14 días
- SNOMED M 69760 (Atipia sospechosa de malignidad)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:1-01-08

Calendario:

Control de resultados el 30 de Junio.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u> <u>FORMACIÓN</u>	<u>Euros</u>
<u>Congreso de la sociedad española de Citología. 12-16 de Mayo 2008</u>	<u>600</u>
<u>Congreso Internacional de Anatomía Patológica del 17 al 22 de Mayo de 2008</u>	<u>1500</u>
TOTAL	2100

Lugar y fecha:
Barbastro a 22 de Febrero de 2008

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA de la ATENCIÓN a PACIENTES con PATOLOGÍA TRANSMISIBLE en el HOSPITAL de BARBASTRO.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos RUTH LÓPEZ BARRACHINA
Profesión FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL DE BARBASTRO, SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Correo electrónico: mpreventiva.hbrb@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 24 90 00 Extensión: 29480

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MARIAN MALO FERRER	Enfermera de Medicina Preventiva y Salud Pública	Hospital de Barbastro
ICIAR ORTEGA CASTRILLO	Jefa del Servicio de Urgencias	Hospital de Barbastro
JAVIER MOLINER LAHOZ	Director Médico	Hospital de Barbastro
ANGEL ORDUNA ONCO	Director de Enfermería	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Como bien comprendió la OMS en 1997, con la celebración del Día Mundial de la Salud bajo el lema *"Enfermedades Infecciosas Emergentes. Alerta Mundial, Respuesta Mundial"*, no se cumplió el pronóstico que auguraba el final de las enfermedades transmisibles. Estamos a comienzos del siglo XXI y mientras algunas disminuyen o desaparecen, surgen nuevas y aumentan otras que se consideraban controladas.

Uno de los objetivos de los centros sanitarios debe ser evitar la diseminación de las enfermedades infecciosas. Por ello, la implantación de medidas preventivas debe asumirse como una prioridad, y dentro de ellas la correcta realización de las precauciones de aislamiento.

El desconocimiento de la mayoría de los profesionales sobre la transmisión de las enfermedades infecciosas, el falso sentimiento de seguridad de algunos de ellos sobre los peligros que éstas suscitan, la presión asistencial, el aumento de la incidencia de pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, el fenómeno de la inmigración, el incremento de enfermos con inmunodepresión y el miedo irracional y la falta de información que tienen los pacientes aislados y sus familiares, hacen que se falle sistemáticamente en aspectos tan básicos como la adecuada atención a pacientes con patología transmisible.

Por todo lo anteriormente expuesto, se pretende mejorar las prácticas de aislamiento de los pacientes que lo precisen, sean de tipo infeccioso o protector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Que todo el personal sanitario:
 - o Comprenda la importancia de conocer, en base a su distinto grado de responsabilidad con el paciente, las prácticas de aislamiento.
 - o Esté capacitado para realizar las precauciones de aislamiento de forma protocolizada.
- Que los pacientes aislados y sus familiares entiendan las causas que han motivado el aislamiento y cumplan las precauciones convenientemente.
- Que el Servicio de Medicina Preventiva centralice todos los aislamientos del hospital, mediante el conocimiento en tiempo real de la situación de los pacientes afectados y se convierta en el responsable principal en la toma de decisiones.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- El Servicio de Medicina Preventiva (médico responsable y la enfermera de Higiene) y el Servicio de Urgencias (jefa del servicio) elaborarán:
 - o Carteles con dibujos para cada tipo de precauciones que se colocarán en las puertas de las habitaciones con enfermos aislados. Para preservar la intimidad del paciente no se pondrá de forma escrita de qué tipo de aislamiento se trata. Los dibujos hacen más sencillo para los profesionales recordar qué elementos o actividades tienen que usar o realizar, tanto a la entrada como a la salida de la habitación.
 - o Cuadros resumen plastificados de bolsillo que contengan por un lado, las

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

- normas de precaución y, por otro, la técnica de la higiene de manos.
- Hojas informativas para los pacientes y sus familiares sobre los distintos tipos de aislamientos.
- Pósteres para la sala de espera del Servicio de Urgencias donde se explique la importancia de que todo paciente con patología respiratoria use una mascarilla para prevenir el contagio de una enfermedad infecciosa al resto de enfermos que aguardan junto a él y del personal que lo atenderá posteriormente.
- Protocolo de actuación ante la notificación al Servicio de Medicina Preventiva de un enfermo que precisa aislamiento.
- Realización de talleres, cursos formativos y sesiones clínicas sobre precauciones de aislamiento para todo el personal del hospital: Medicina Preventiva.
- Dirección Médica y Dirección de Enfermería: prestar el apoyo necesario y colaborar en la difusión del proyecto entre el personal.

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

- Encuestas al personal, a los pacientes y a sus familiares:

- Encuestas al personal para:
 - Valorar lo útil que ha sido disponer de cartelería con dibujos recordatorios en la puerta de las habitaciones de aislamiento y de los cuadros resumen con las precauciones y la técnica de la higiene de manos. Indicador: Grado de satisfacción $\geq 80\%$.
 - Valorar la utilidad de los talleres, cursos y sesiones clínicas sobre aislamientos. Indicador: Grado de satisfacción $\geq 80\%$.
- Encuestas a los pacientes y a sus familiares para valorar si están satisfechos con la información recibida cuando se ha realizado el aislamiento. Indicador: Grado de satisfacción $\geq 80\%$.
- Para evaluar el alcance de los talleres, cursos formativos y las sesiones clínicas específicas se monitorizará también el nº de asistentes y el nº de sesiones. Indicadores:
 - Nº asistentes por categoría profesional /Profesionales de esa categoría profesional $\geq 50\%$.
 - Nº sesiones clínicas específicas sobre aislamientos por servicio/año ≥ 1 por servicio/año.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Abril de 2008	Fecha de finalización: Diciembre de 2009
--------------------------------	--

Calendario:

- Abril – Septiembre de 2008: Elaboración de la cartelería, los cuadros resumen, hojas informativas para pacientes y familiares, pósteres sobre prevención de la diseminación de la Patología Respiratoria en el Servicio de Urgencias, Protocolo ante la notificación al Servicio de Medicina Preventiva de un caso de aislamiento y del material de los talleres y cursos formativos.
- Octubre – Diciembre de 2008: Distribución del material por todos los servicios del hospital para su utilización e inicio de las actividades formativas.
- Enero – Diciembre de 2009: Continuación de las actividades formativas. Evaluación semestral del proyecto.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
CARTELES PLASTIFICADOS TAMAÑO DINA – 4 CON DIBUJOS SOBRE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y CONDUCTAS NECESARIAS A TOMAR PARA CADA TIPO DE AISLAMIENTO PARA TODOS LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL	600 €
CUADROS RESUMEN PLASTIFICADOS TAMAÑO BOLSILLO CON NORMAS de AISLAMIENTOS POR UN LADO Y TÉCNICA de la HIGIENE DE MANOS POR EL OTRO PARA TODO EL PERSONAL SANITARIO	600 €
PÓSTERES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DISEMINACIÓN DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	600 €
HOJAS INFORMATIVAS SOBRE CADA TIPO DE AISLAMIENTO PARA LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES	600 €
MATERIAL PARA TALLERES Y CURSOS FORMATIVOS (pendrives, ordenador portátil para el Servicio de Medicina Preventiva, libros sobre Enfermedades Infecciosas, etc)	1200 €
TOTAL	2.600 €

Lugar y fecha: Hospital de Barbastro, 22 de febrero de 2008.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO "Elaboración e implementación del Manual de Orientación al Profesional de Nueva Incorporación al Hospital de Barbastro"
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Carmen Sahún Obis
Profesión DUE. Supervisora Formación, docencia y calidad
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital de Barbastro. Dirección de Enfermería
Correo electrónico: csahun@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 24 90 00, ext. 29601

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Moliner Lahoz	Médico. Director hospital	Hospital de Barbastro
Javier Cabrero Lasierra	DUE. Supervisor RRHH	Hospital de Barbastro
M ^a Angeles Malo Ferrer	DUE de Higiene	Hospital de Barbastro
Ruth López Barrachina	FEA M. Preventiva y Salud Pública	Hospital de Barbastro
Josefa Puy Foradada	DUE del Trabajo	Hospital de Barbastro
Joaquín Coll Claveto	Técnico Superior Riesgos Laborales	Hospital de Barbastro
Enrique Vinyas Orús	FEA del Trabajo	Hospital de Barbastro
Alberto Fuertes Palacio	Celador. Jefatura Personal Subalterno	Hospital de Barbastro
Jorge Rincón Carmona	Celador. Adjunto Jefatura Personal Subalterno	Hospital de Barbastro
Pilar Gracia López	Aux. Administrativo Servicio de Personal	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>El Sector de Barbastro, considera como uno de sus aspectos fundamentales favorecer la participación, asunción de responsabilidades y el desarrollo profesional y personal de sus trabajadores.</p> <p>La organización debe lograr el mayor grado de satisfacción de las necesidades y expectativas de los profesionales que la integran, para que revierta de forma positiva en la atención de los pacientes y usuarios y se logre el cumplimiento de la Misión y Visión que la definen.</p> <p>La obtención de una visión global y rápida de al organización, permitirá a l trabajador de nueva incorporación, una ubicación más satisfactoria y que propicie la integración en la comunidad de profesionales.</p>

En la evaluación EFQM de 2007 del Sector, se definió como oportunidad de mejora en el criterio 7 (resultados en las personas): “ la necesidad de ampliar el manual de Acogida al profesional de Nueva Incorporación a la totalidad de los profesionales de las diferentes categorías, que acuden por primera vez a nuestro Sector”.

Dada la existencia de un Protocolo de Acogida en cada uno de los Centros de Salud del Sector y de un Manual de Acogida al Profesional de Enfermería del hospital se decide:

- ❖ Incorporar la encuesta de evaluación de acogida al protocolo de A. Primaria
- ❖ Realizar la Acogida del resto de los colectivos que acuden por primera vez al hospital de Barbastro.

Para abordar este objetivo interdisciplinar, se decide implicar a un grupo representativo de profesionales en la elaboración del nuevo protocolo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo principal de este proyecto es **Realizar la Acogida, a través de un Manual de Orientación, a todos los profesionales de nueva incorporación al Hospital de Barbastro.**

Como objetivos específicos se definen los siguientes:

- ❖ Lograr la implicación y representación de todos los colectivos en la elaboración del Manual aportando una información útil específica.
- ❖ Incorporar aspectos generales referidos a Prevención de Riesgos laborales e Higiene dentro del manual, así como aspectos específicos relacionados con el puesto de trabajo y categoría profesional.
- ❖ Elaborar un instrumento útil, informativo-formativo que satisfaga las expectativas de los profesionales.
- ❖ Definir circuitos de abordaje integral a los nuevos profesionales, de forma coordinada y complementaria.
- ❖ Difundir el nuevo manual e informar de los resultados de satisfacción de los profesionales, dentro de la organización.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ❖ Revisión bibliográfica y búsqueda de experiencias semejantes en el entorno sanitario, realizadas por todo el equipo de mejora.
- ❖ Diseño global del manual y definición de contenidos por la coordinadora del proyecto, y creación de grupos de trabajo específicos según disciplinas y categorías.
- ❖ Puesta en común del trabajo realizado , integración de documentos y diseño definitivo del manual, por todo el equipo.
- ❖ Diseño de la encuesta de satisfacción tras la acogida, y definición de circuitos de recogida por todo el equipo.

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

- ❖ Presentación del manual a la dirección y mandos intermedios.
- ❖ Presentación del manual a todo el personal del hospital.
- ❖ Implantación coordinada del Manual.
- ❖ Evaluación del grado de satisfacción con la acogida de los nuevos profesionales y de la utilidad del manual e implantación por miembros de la organización.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se realizará una evaluación del proceso de elaboración e implementación del manual, a través del pase de encuestas a los mandos intermedios como agentes implementadores del manual y receptores de los profesionales.

Se evaluará el grado de satisfacción con la acogida a los profesionales de nueva incorporación, a través de los resultados de la encuesta.

Se evaluará la utilidad con la formación e información recibida a través de los resultados registrados en la UBPRL y Servicio de Medicina Preventiva.

Se monitorizarán entre otros los siguientes indicadores:

Nº de profesionales que reciben el manual de acogida X100__
Total de profesionales de nueva incorporación

Nº de encuestas de satisfacción recibidas X100
Nº de encuestas de satisfacción entregadas

Nº de accidentes laborales en trabajadores de nueva incorporación X100
Total de trabajadores de nueva incorporación

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: 3 de marzo

Fecha de finalización: Enero 2009

Caleandario:

Actividades	Fecha
1. Revisión Bibliográfica.	Marzo 2008
2. Diseño global del Manual, creación de grupos de trabajo y asignación de tareas.	Abril 2008
3. Trabajo en grupo.	Abril 2008
4. Integración de documentos y elaboración del manual.	Mayo 2008
5. Presentación del manual.	Junio 2008
6. Implantación.	Junio 2008
7. Monitorización de indicadores y evaluación del proceso y resultados.	Octubre y Diciembre 2008
8. Comunicación de resultados a la organización.	Enero 2009

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Elaboración de cuadernillos que contengan el manual de Acogida.	200€
Elaboración de díptico informativo de circuitos más usuales y servicios del hospital.	200€
Adquisición de material para plastificar documentos	150€
TOTAL	550€

Lugar y fecha:

Barbastro 22 de febrero 2008

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<u>1.- TÍTULO</u> CREACIÓN de la UNIDAD de CONTROL de GÉRMENES MULTIRRESISTENTES del SECTOR BARBASTRO.

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos RUTH LÓPEZ BARRACHINA
Profesión FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL DE BARBASTRO, SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Correo electrónico: mpreventiva.hrb@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 24 90 00 Extensión: 29480

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MARIAN MALO FERRER	Enfermera de Medicina Preventiva	Hospital de Barbastro
CONCHA LÓPEZ GÓMEZ	Microbióloga	Hospital de Barbastro
JUAN GASTÓN AÑAÑOS	Jefe del Servicio de Farmacia	Hospital de Barbastro
JAVIER MOLINER LATORRE	Director Médico	Hospital de Barbastro
ANGEL ORDUNA ONCO	Director de Enfermería	Hospital de Barbastro
MIGUEL ZAZO ROMOJARO	Gerente del Sector	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En la actualidad, las infecciones por gérmenes multirresistentes, sean de adquisición comunitaria o nosocomial, tienen una gran relevancia médica y social y se han convertido en un importante problema de Salud Pública. Los motivos son:

- El continuo incremento en la prevalencia de los gérmenes multirresistentes asociado a pacientes ancianos, polimedicados, multiinstrumentados y con compromiso de su estado inmunitario. Las instituciones juegan un papel fundamental en la epidemiología de estas infecciones, porque pueden comportarse como un reservorio natural.
- La emergencia de alguno de estos gérmenes, como el Staphylococo Aureus Meticilín – Resistente (S.A.R.M) en la comunidad.
- La asociación de estas infecciones a mayor morbi – mortalidad, coste y duración de la estancia que las producidas por gérmenes sensibles.
- El flujo de pacientes hospital – medio institucional y viceversa contribuye a la colonización por cepas resistentes a antimicrobianos.
- La aparición de resistencias a los nuevos antibióticos que han sido creados con el fin de luchar eficazmente contra estos patógenos, por ejemplo el Linezolid en el caso del S.A.R.M. En general, los países con mayor consumo de antimicrobianos per cápita, como España, son los que tienen mayores tasas de resistencia.
- El miedo que producen las infecciones causadas por gérmenes multirresistentes en el personal sanitario y no sanitario que atiende a estos pacientes y en la propia población. Todas las épocas de la historia de la humanidad han tenido sus apestados y marginados: los leprosos, los satanizados, los afectados por la peste negra...y un largo etc hasta llegar a los enfermos de SIDA, a los fumadores y, además, en el momento actual, a todos los enfermos infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes.

Desde la creación en septiembre de 2006 del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital de Barbastro, este servicio ha estado realizando, de manera oficiosa, tareas de vigilancia, prevención, asesoramiento y atención sanitaria de los todos los pacientes afectos por gérmenes multirresistentes y sus familiares o cuidadores, sean pacientes de Atención Especializada, Primaria o Sociosanitaria. Ahora, de manera reglada, mediante la creación de una unidad específica de control de estos patógenos, se pretende estandarizar el proceso y mejorarlo para proporcionar a todos los usuarios del Sector Sanitario de Barbastro una atención de calidad en este tema.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Que el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital de Barbastro, se convierta en el principal responsable de la vigilancia, prevención, asesoramiento y atención del sector en la lucha contra los gérmenes multirresistentes a través de la creación de una unidad específica de control.
- Disminución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales por gérmenes multirresistentes.

- Adecuada atención sanitaria a los pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes:
 - o Estandarización de los cuidados ofrecidos a estos pacientes tanto en el medio hospitalario, como en Atención Primaria y Sociosanitaria mediante la elaboración y difusión por todo el sector de Barbastro de un protocolo consensuado de actuación frente a estos patógenos.
 - o Generar Informes de Alta del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de todos los pacientes que durante su estancia hospitalaria tengan una colonización/infección por algún germen multirresistente.
 - o Asesorar a los profesionales médicos que atienden a estos enfermos sobre el uso racional de los antibióticos.
- Ampliar y mejorar la base de datos del S.A.R.M del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública incluyendo otros gérmenes multirresistentes. Generar un informe específico por servicio y año.
- Formación a todos los profesionales del Sector Barbastro, tanto de Atención Especializada, como de Primaria y Sociosanitaria, en la problemática causada por estos patógenos y cuál debe ser su modo de actuación.
- Informar adecuadamente a los pacientes afectados por estos patógenos y a sus familiares o cuidadores. También se les proporcionará información escrita, mediante un folleto sencillo donde se resuman las recomendaciones oportunas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública:
 - o Enfermera: revisión diaria de los resultados de Microbiología. Ante la detección de cultivos positivos a gérmenes multirresistentes, se pondrá en marcha el protocolo de actuación pertinente.
 - o Médico: responsable de la Unidad de Control de Gérmenes Multirresistentes, de su puesta en marcha y funcionamiento. Generará los informes de alta de los pacientes colonizados/infectados.
 - o Conjuntamente, la médico y la enfermera: ampliarán y mejorarán la base de datos y elaborarán un informe específico de infección por estos patógenos por servicio y año.
- Microbiología: en las situaciones de colonización/infección, asesorará a los médicos responsables de los pacientes sobre los mecanismos de resistencia y la elección de los antimicrobianos más idóneos para detectar dichas resistencias y evitar fracasos terapéuticos. El Servicio de Farmacia colaborará en esta tarea.
- Microbiología y Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública: elaboración del protocolo de actuación ante la detección de un germen multirresistente y de las hojas informativas que se repartirán a los pacientes afectos y a sus familiares o cuidadores. Formación a los profesionales del sector en esta materia.
- El Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública junto con el médico responsable, informará del problema a los pacientes y a sus familiares o cuidadores.
- Direcciones Médica y de Enfermería: prestar el apoyo necesario para la realización del proyecto. Distribuirán en todos los servicios asistenciales del hospital los folletos informativos sobre gérmenes multirresistentes para pacientes, familiares o cuidadores.
- Gerente del Sector: coordinar el proyecto entre Atención Especializada, Atención Primaria y Atención Sociosanitaria. Distribuirá a todos los profesionales de Atención Primaria y Sociosanitaria del sector los folletos informativos sobre gérmenes multirresistentes para pacientes, familiares o cuidadores.

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

- Verificación de la disminución de la prevalencia de infección nosocomial por gérmenes multirresistentes mediante:
 - o Estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de la Infección Nosocomial en España): disminución del % global de infección por patógenos seleccionados y, específicamente por S.A.R.M comparado con los datos del año anterior.
 - o Informes específicos por servicio y año de infección nosocomial por gérmenes multirresistentes: N° informes específicos por servicio y año \geq 1.
- Número de Informes de Alta de pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes generados por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública: N° informes de alta del Servicio de Medicina Preventiva / N° total de

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

<p>pacientes colonizados/infectados por gérmenes multirresistentes $\geq 70\%$.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para monitorizar que los profesionales del hospital notifican a la Unidad de Control de Gérmenes Multirresistentes del Servicio de Medicina Preventiva se utilizará el siguiente indicador: N° de pacientes colonizados/infectados por gérmenes multirresistentes notificados por los servicios asistenciales / N° total de pacientes colonizados/infectados detectado por Microbiología $\geq 60\%$. - Encuestas al personal del sector antes y después de los cursos de formación. Indicador: n° de profesionales del sector implicados en las tareas de atención a la patología por gérmenes multirresistentes que conocen el protocolo específico / n° total de profesionales del sector implicados en las tareas de atención a la patología por gérmenes multirresistentes $\geq 60\%$.
--

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: Junio de 2008	Fecha de finalización: Junio de 2010
<p>Calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Junio – Septiembre de 2008: Elaboración del protocolo de actuación ante gérmenes multirresistentes, de los folletos informativos para pacientes y familiares o cuidadores y del material de los cursos de formación. Ampliación y mejora de la base de datos de gérmenes multirresistentes del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Inicio de la elaboración de informes de alta por parte de este servicio. - Octubre de 2008 – Marzo de 2009: Se consensuará el protocolo entre Atención Especializada, Atención Primaria y Atención Sociosanitaria. Inicio de los cursos de formación al personal del sector. Elaboración del primer informe anual por servicio de infección nosocomial por gérmenes multirresistentes. - Abril – Junio de 2009: Distribución e implantación del protocolo por todo el Sector Sanitario de Barbastro. - Diciembre de 2009 y Junio de 2010: evaluación del proyecto. 	

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO "Elaboración e Implementación de un Protocolo de Prevención de Accidentes en pacientes ingresados en el Hospital de Barbastro"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Esther Santorromán Jovellar
Profesión Enfermera. Supervisora Trauma-Gine
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Unidad Trauma-Gine, Hospital de Barbastro
Correo electrónico: esantorraman@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 24 90 00

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Sahún Obis	DUE. Supervisora de Calidad.	Hospital de Barbastro
Ana Cristina Sanjoaquín	Médico Geriatra. Coordinadora Calidad Sector.	Hospital de Barbastro
Ana Belén Laborda Tomás	DUE	Hospital de Barbastro
Aranzazu Zamora Catevilla	DUE	Hospital de Barbastro
Ana Isabel Arévalo Montes	DUE	Hospital de Barbastro
Paz Otto Noguero	DUE	Hospital de Barbastro

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>La complejidad creciente de la asistencia sanitaria, lleva aparejada una actividad que implica riesgos derivados de la interacción entre factores dependientes de la organización, de los profesionales y de los pacientes implicados en la misma.</p> <p>Los daños y los costes que los efectos adversos, derivados de estos riesgos, suponen tanto para las personas como para el sistema sanitario, hacen necesario un cambio de cultura donde la información y la formación se configuran como elementos clave en la mejora de la calidad asistencial.</p> <p>El MSC, a través de la estrategia en seguridad del paciente, incluida en el plan de Calidad del SNS, promueve la formación de los profesionales en gestión de riesgos como requisito indispensable para conseguir una asistencia sanitaria más segura.</p> <p>Durante el paso por las instalaciones del hospital pueden suceder incidentes imprevistos que originen lesiones y entre estos incidentes destacan por su morbilidad y secuelas las caídas, que tradicionalmente se han utilizado como indicador de calidad de los cuidados de enfermería.</p> <p>La prevención de las caídas forma parte de los cuidados de enfermería que deben ser prestados para mantener cubierta la novena necesidad, de Seguridad Física y Psíquica, que defiende el modelo de Virginia Henderson, adoptado como modelo de referencia de enfermería en el Hospital de Barbastro.</p> <p>La dirección de enfermería del hospital, sensible a la importancia de la gestión y</p>

prevención de riesgos, promueve a través de este proyecto, el abordaje completo de la prevención de caídas al objetivar:

- una ausencia de protocolo preventivo.
- falta de uniformidad en el contenido y cumplimentación del registro actualmente utilizado, para la declaración voluntaria de caídas.
- Incidencia muy dispar en las caídas declaradas en las diferentes unidades y en diferentes períodos del año.
- Falta de motivación y conciencia entre los profesionales, de la importancia de la identificación precoz del paciente con riesgo y la puesta en marcha de medidas que minimicen o eviten los incidentes.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo principal de este proyecto es la prevención de caídas en los pacientes ingresados en el Hospital de Barbastro.

Como objetivos secundarios nos planteamos:

- Conocer la magnitud de las caídas en nuestro hospital, revisando las incidencias de este tipo de accidentes y analizando sus causas y consecuencias.
- Establecer criterios que permitan identificar el perfil-tipo de paciente con riesgo de caídas y estandarizar su uso, así como el de las medidas preventivas derivadas de esta identificación, en todas las unidades del hospital.
- Adaptar el actual registro de accidentes a las necesidades detectadas y formar al personal de enfermería en su uso.
- Educar al paciente y la familia en la prevención de caídas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión bibliográfica y realización de un estudio analítico retrospectivo de la declaración de accidentes en nuestro hospital durante los años 2006 y 2007 por todos los miembros del equipo. Presentación de resultados.
- Definición de factores de riesgo, búsqueda y adopción de Escalas de Riesgo de caídas. Adaptación y/o modificación de los registros de enfermería existentes. Presentación a la Comisión de Cuidados de Enfermería.
- Definición de medidas generales y específicas de prevención de accidentes.
- Diseño de la documentación necesaria para el registro de accidentes (informe de accidentes, informe de incidencia de accidentes).
- Elaboración de un breve manual de normas de cumplimentación del informe de accidentes.
- Elaboración de un díptico para formar e informar al paciente y familia sobre la prevención de caídas.
- Presentación del protocolo a la dirección de enfermería, mandos intermedios y Comisión de Cuidados.
- Divulgación y presentación del protocolo al personal de enfermería de todas las unidades del hospital.
- Puesta en marcha del protocolo y asesoramiento continuo por el equipo de trabajo.
- Evaluación. del proceso (prevención de accidentes) y de los resultados obtenidos (incidencia con la aplicación del protocolo).

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Se realizará un seguimiento continuo de la implantación del Protocolo.
- Se realizará una *evaluación del proceso* de prevención de accidentes, mediante la revisión de las incidencias recogidas en la Hoja de Valoración de Enfermería, Hoja de Observaciones de Enfermería, Informe de accidentes e Informe de Incidencia de accidentes. Se evaluará.
 - Existencia de registro de factores de riesgo
 - Aplicación de escala de riesgo al ingreso y ante cambios relevantes.
 - Existencia y calidad de cumplimentación de informes de accidente e incidencia.
 - Realización de formación y entrega de díptico de prevención a familia y/o paciente.
- Se realizará una *evaluación anual de resultados* determinando la incidencia de período. Se utilizarán los siguientes indicadores:

$$\frac{\text{Nº de pacientes ingresados que han sufrido accidente}}{\text{Nº total de pacientes ingresados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes ingresados identificados de riesgo de caídas}}{\text{Nº total de pacientes ingresados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes ingresados que han sufrido accidentes}}{\text{Nº de pacientes identificados de riesgo}} \times 100$$

Se evaluarán también los tipos de accidentes sufridos y las consecuencias derivadas de ellos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: Enero 2009
Calendario:	
Actividades	Fecha
Revisión bibliográfica y realización de estudio.	Marzo y Abril 2008
Búsqueda y diseño de elementos preventivos. Propuesta de modificación de registros de enfermería.	Mayo 2008
Diseño del informe de accidentes, del de incidencia y manual de cumplimentación.	Junio 2008
Diseño díptico a paciente y/o familiar	Junio-Julio 2008
Presentación e Implantación del Protocolo	Septiembre 2008
Primera monitorización de la implantación	Diciembre 2008
Evaluación de proceso y de resultados	Enero 2009

