

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROCOLO DE ACOGIDA DEL INMIGRANTE EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA. 2008.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Clara Pueyo Salavera

Profesión MEDICO DE FAMILIA

Centro de trabajo CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Correo electrónico:

cpueyos@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del Centro de trabajo:

976431621 - 976431533

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Etelvina Alonso Alvarez	Administrativa	C.S. Almozara
Alicia Baguena García	Medico Residente MFyC	C.S. Almozara
Rocio Escriche Ros	Medico Residente MFyC	C.S. Almozara
Pilar Bueno Orera	Médica	C.S. Almozara
Carmen Ingles	Médica	C.S. Almozara
Jose Maria Uhalte	Médico	C.S. Almozara
Nieves Sobreviela	Enfermera	C.S. Almozara
Teresa Pemán Muñoz	Médica	C.S. Almozara
Clara Pueyo Salavera	Médica	C.S. Almozara
Agustín Romeo Gutierrez	Médico	C.S. Almozara
Dolores Pujol Peiro	Enfermera	C.S. Almozara
Yolanda Soria Buil	Celadora	C.S. Almozara

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 década de los noventa se está produciendo en nuestro país un progresivo aumento de número de inmigrantes económicos, regularizados o sin regularizar, que acuden con la esperanza de una vida mejor. Según diversos autores cerca del 10% de la población española son inmigrantes económicos. En nuestro centro de salud con 25.535 habitantes de población total, 1644 usuarios son inmigrantes económicos de distintas nacionalidades, lo que supone que el 6.4% de la población convive en una nueva sociedad con distinta cultura y diferente idioma.

Durante los tres últimos años, en el Centro de Salud Almozara estamos desarrollando programas de calidad centrados en la atención del paciente inmigrante menor de edad que nos han permitido detectar patologías latentes y situaciones de riesgo de salud. El mayor conocimiento de esta población, el **desconocimiento** del idioma en muchos casos, el diferente concepto de salud y la mayor prevalencia de determinadas patologías en sus países de origen, nos ha llevado a considerar la realización de un protocolo de actuación específico, dirigido a pacientes inmigrantes que acuden por primera vez a nuestro centro de Salud.

En nuestro medio tenemos usuarios de 34 nacionalidades, entre las que destacan

por mayor número de pacientes las siguientes:

Rumania	15 %
Ecuador	11%
Marruecos.....	8%
Colombia	6%
Guinea Ecuatorial	2%
Senegal	2%
China	2%

Aportando los demás países porcentajes inferiores al 1%

Un porcentaje elevado de estas naciones, presenta tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad en determinadas patologías mas elevadas que en nuestro medio y a la hora de plantear un protocolo de actuación, decidimos priorizar la detección de enfermedades infecciosas que por su diagnostico asequible, la eficacia de su tratamiento y la implicación que tienen en la salud individual y en la salud pública, pudiéramos abordar desde Atención Primaria como son: Tuberculosis, Sida, Hepatitis B y Hepatitis C.

Según datos publicados en el año 2006 por el Gobierno de Aragón referentes a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, en nuestra Comunidad Autónoma, se observa una disminución de la incidencia de SIDA, TBC, Hepatitis B y C, pero destaca que el 30 % de, los casos nuevos de TBC y el 45.4% de SIDA se producen en población inmigrante.

Dado que existe una mayor prevalencia de ciertas patologías en determinadas áreas geográficas, nuestro protocolo prevé el despistaje de las siguiente enfermedades que mantienen mayor prevalencia que en nuestro medio:

- Ciudadanos procedentes de Europa del Este: Hepatitis VHC (Rumania), TBC (No hay mayor incidencia pero si mayor nº de cepas mulirresistentes),
- Ciudadanos procedentes de Asia: TBC, HCV, HBV y SIDA (Asia Central)
- Ciudadanos procedentes de Africa subsahariana: SIDA, TBC, HBC y HCV
- Ciudadanos procedentes de Magreb: similar prevalencia a la de nuestro medio
- Ciudadanos procedentes de America Latina: HBV en Ecuador, Colombia, Perú y Brasil, así como mayor prevalencia de VIH en el Caribe.

En el protocolo de acogida al inmigrante se incluyen :

- Datos Clínicos :(Antecedentes personales, A. familiares, Exploración física).
- Datos Familiares: (miembros de la unidad familiar...).
- Datos Sociales: (vivienda, religión, alimentación, trabajo)
- Nivel Educativo
- Exploraciones complementarias: En relación con el mayor riesgo de padecer las enfermedades anteriormente descritas.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar 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

Nuestro objetivo es que esta población participe y se beneficie de todas las actividades preventivas y asistenciales que ofrece el Equipo de Salud de Almozara.

OBJETIVOS:

- 1) Captar en el Servicio de Admisión a los pacientes inmigrantes que acuden por

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
---------	---

- primera vez a nuestro Centro de Salud
- 2) Derivar a estos pacientes a consulta de Medicina de Familia
 - 3) Introducir en programa informático OMI la plantilla de evaluación del paciente
 - 4) Aplicar el protocolo de acogida a todos los pacientes captados (acogida)
 - 5) Aplicar el protocolo de acogida a los pacientes inmigrantes que no sean de nueva captación.
 - 6) Incluir en la cartera de servicios de Atención Primaria la evaluación al paciente inmigrante
 - 7) Identificar de forma precoz las carencias sociales
 - 8) Derivar a consulta de Trabajo Social, si lo precisa.
 - 9) Orientar y facilitar el acceso al conocimiento de la lengua española.
 - 10) Detectar precozmente la patología susceptible de ser tratada
 - 11) Incrementar los conocimientos en salud de esta población
 - 12) Continuar con el protocolo de evaluación del inmigrante menor de edad

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		40
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		0
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		40
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		20
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Diseño de plantilla de evaluación para aplicación informática. Responsable. Agustín Romeo
2. Captación de pacientes, desde admisión de nuestro Centro de Salud, Responsables : Yolanda Soria
3. Presentación al equipo de Salud de este programa. Responsable Clara Pueyo
4. Desarrollar en consultas de medicina el protocolo de evaluación. Responsable: C.Ingles, J.M. Uhalte
5. Entregar en cada consulta una carpeta que contenga el listado de pacientes y el protocolo de evaluación. Responsable, Nieves Sobreviela
6. Desarrollar talleres de Educación para la Salud en esta población. Responsables: Alicia Báguena, Rocio Escriche

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

La duración del programa será inicialmente de un año.

Se efectuará una evaluación de todas las actividades realizadas a los 6 y a los 12 meses del inicio.

Para ello se utilizarán entre otros los siguientes indicadores:

INDICADORES DE CALIDAD

- Indicador de evaluación
-Indicador de incidencia de enfermedad

Indicador de evaluación

Nº de pacientes evaluados en total (acogida + antiguos residentes) / nº de pacientes inmigrantes

- i. Valor de partida: 0.
- ii. Nº de pacientes evaluados en total x 100 / nº de inmigrantes registrados en la base de datos del programa de tarjeta sanitaria individual (TIS) del Centro de Salud Almozara.
- iii. Fuente de datos: TIS
- iv. Periodo de observación 12 meses tras el inicio del programa.
- v. Nivel deseado de cumplimiento: 20%
- vi. Responsable de la obtención de datos: admisión (Yolanda Soria).
- vii. Primera medición: junio-2008
- viii. Segunda medición: noviembre-2008.

Indicador de Incidencia de Enfermedad.

Nº de pacientes con al menos una patología positiva del global de las testadas / por Nº total de inmigrantes evaluados.

- ix. Valor de partida: 0.
- x. Nº de pacientes con al menos una patología de las testadas x 100 / nº de inmigrantes registrados en la base de datos del programa de tarjeta sanitaria individual (TIS) del Centro de Salud Almozara.
- xi. Fuente de datos: TIS
- xii. Periodo de observación 12 meses tras el inicio del programa.
- xiii. Nivel deseado de cumplimiento: 60%
- xiv. Responsable de la obtención de datos: C Pueyo
- xv. Primera medición: junio-2008
- xvi. Segunda medición: noviembre-2008

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: Febrero 2008

Fecha de finalización: Noviembre 2008

Caleendario:

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Diseño de plantilla para aplicación en OMI	X											
Presentación al Equipo		X										
Captación y evaluación de pacientes		X	X	.X	X.							
Evaluación						X						.X

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
---------	---

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
CAMARA DE VIDEOGRABACIÓN CON EQUIPO DE SONIDO	2000
TOTAL	2000

Fecha y firma:

Fdo: Clara Pueyo Salavera Zaragoza a 18 de febrero de 2008

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><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>INCREMENTO DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA, EN POBLACIÓN ADULTA, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA. ZARAGOZA. ACTUALIZACIÓN PARA EL AÑO 2008, PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS.</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos: SARA IGLESIA ARA Profesión Medico de Familia Centro de trabajo Centro de Salud Almozara. Zaragoza Correo electrónico: saraiglesia@terra.es Teléfono y extensión del Centro de trabajo: 976 43 16 21</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
<i>Nombre y apellidos</i>	<i>Profesión</i>	<i>Centro de trabajo</i>
Clara María Pueyo Salavera	Médico	C.S. Almozara
Agustín Romeo Gutiérrez	Médico	C.S. Almozara
Teresa Pemán Muñoz	Médico	C.S. Almozara
Araceli Sánchez Vela	Enfermera	C.S. Almozara
Carmen Martín Reyes	Enfermera	C.S. Almozara
M ^a Nieves Sobreviela Celma	Enfermera	C.S. Almozara
Rafaela Gómez Ródenas	Enfermera	C.S. Almozara
Maribel Blasco Borque	Enfermera	C.S. Almozara
Teresa Ortega Raposo	Enfermera	C.S. Almozara
Alicia Báguena García	Residente	C.S. Almozara
Rocío Escriche Ros	Residente	C.S. Almozara
M ^a Blanca Villarroya Villagrasa	Residente	C.S. Almozara

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El tétanos es un enfermedad infecciosa aguda, producida por Clostridium Tétani; siendo el reservorio animal, humano y telúrico, por lo que el bacilo se encuentra ampliamente difundido en la naturaleza, habitualmente en forma de esporas.

Las heridas son la puerta de entrada del bacilo al organismo, especialmente las producidas por punción, desgarró o quemaduras. Con menos frecuencia puede adquirirse por intervenciones quirúrgicas, inyecciones contaminadas, o por la manipulación no estéril del cordón umbilical.

Su incidencia actual es baja ($0,06 \times 10^5$ habitantes en el año 2003) pero con una tasa de letalidad situada entre 40 y 50%.

Según la encuesta nacional de seroprevalencia, la inmunidad frente al tétanos es superior al 95% en las cohortes nacidas entre 1982 y 1994 (12 a 25 años), disminuyendo de forma progresiva en las cohortes anteriores a esas fechas, de forma que solo el 42,4% de los adultos de 30 a 39 años presenta protección completa. La población de edad superior a 40 años presenta seroprevalencia del 55% y desciende progresivamente al aumentar la edad, siendo así que el mayor número de casos de tétanos se da en población mayor de 60 años (92% del total de casos).

Hasta hace un año, en nuestro centro de salud, no se disponía de un registro fiable de la vacunación antitetánica en población adulta, por lo que se desconoce la verdadera tasa de inmunización en esta población; desde hace un año se registra en la historia informática de cada paciente, por lo que esta situación debe mejorar en el futuro; pero en base a los datos anteriores será muy probablemente inferior al 50%.

Para mantener altos niveles de inmunidad en toda la población, es necesario mantener altas coberturas en los programas de vacunación en la infancia, lo que se cumple en nuestro medio, y una vacunación oportunista en el joven adulto y en el anciano no correctamente vacunados.

La inmunidad conferida por una pauta completa de vacunación antitetánica, presenta una larga duración, incluso cuando el título de anticuerpos es muy reducido. Hasta hoy, en nuestro país, la pauta recomendada es de tres dosis (0-1-12 meses) y posteriormente una dosis de recuerdo cada 10 años, pero en la actualidad diversas instituciones avalan administrar a la población que durante la infancia y adolescencia se le hayan inoculado seis dosis (calendario vacunal completo desde 1975) solo será necesario inocular una dosis de recuerdo cuando lleguen a los 50-65 años, y a aquellos que han tenido una primovacunación completa de tres dosis en la edad adulta o en la infancia, solo una dosis de recuerdo entre los 50 y 65 años; los que no tienen primovacunación hay que completar en calendario.

De acuerdo con distintos estudios la estrategia de vacunación en adultos más eficiente es la dirigida a población mayor de 65 años, seguida por el grupo de 45 a 65 años de edad.

Teniendo en cuenta estos datos, se ha considerado prioritario intervenir en el presente año 2007 sobre la población en la que concurren una baja tasa de inmunización, y un más elevado riesgo de adquirir la infección, por encontrarse en un periodo activo laboral y con actividades de ocio o deportivas, como es la población comprendida entre 45 y 65 años.

Por ello, el objetivo del presente año del Programa de Mejora de Calidad ha sido incrementar la tasa de inmunización a la población, de nuestro Centro de Salud, comprendida en la franja de edad de 45-65 años.

ACTUALIZACIÓN

Ya desde el principio, el proyecto del 2007, se planteó como una primera fase, para implicar al equipo, y si los resultados obtenidos alcanzaban los objetivos previstos, se continuaría posteriormente con la población mayor de 65 años,

Es por esto, que en la presente campaña del 2008 vamos a abordar la vacunación en los pacientes mayores de 65 años, con la perspectiva de conseguir un

aumento de la tasa de inmunización de este grupo de edad en la población adscrita a nuestro Centro de Salud.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos a fecha 31 de Diciembre del 2007 son los siguientes:
El número de vacunados de alguna dosis de vacuna es de 560.

Los indicadores actuales son los siguientes:

- Indicador de Captación global entre los pacientes de 45 a 65 años:

Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados / Número total de población de esas edades (6708)

$$560 \times 100 / 6708 = 8,35 \%$$

Se pretendía alcanzar el 8%.

- Indicador de Captación total entre los asistentes a consultas de 45 a 65 años:

Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados / Número total de población de esas edades que acude a consulta (2683,2)

$$560 \times 100 / 2683,2 = 20,870 \%$$

Se pretendía alcanzar el 20%.

- Indicador de Ausencia de vacunación entre los 45 y 65 años:

Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados con una primera dosis / Número total de población de esas edades vacunada.

$$135 \times 100 / 560 = 24,107 \%$$

Se pretendía captar para nueva vacuna al 8%, la realidad es que la cantidad de población no vacunada o que no constaba como tal era bastante notable, ya que alcanza casi el 25% del total de vacunados.

- Indicador de Vacunación Incompleta entre los 45 y 65 años:

Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados con alguna dosis, que no sea de recuerdo o primera / Número total de población de esas edades vacunada.

$$(147 + 160) \times 100 / 560 = 54,821 \%$$

Se pretendía conseguir también un 8 %, pero el resultado en cuanto a pacientes no vacunados completamente ha sido muy superior a lo esperado.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR EN EL 2008

Una vez constatados los datos del proyecto de este año creemos todavía más necesario ampliar el proyecto a la población mayor de 65 años, dado que las tasas de vacunación que presumiblemente presentarán no diferirán mucho del grupo de entre 45 y 65 años, que por los resultados obtenidos eran realmente bajas.

1. Según los datos actuales de TIS la población adulta atendida en el Centro es de 20704, siendo la población mayor de 65 años de 3643 (17,59%), y que en un año contactan con el Centro de Salud el 70% (2550,1), el objetivo del programa en este primer año es tener vacunadas al menos al 15% de los que acudan al Centro. Unos 382 pacientes mayores de 65 años.
2. Registrar en la Historia Informática de cada paciente de este grupo la vacunación antitetánica.

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

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	50%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	-
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	30%
TOTAL	100%

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

En las consultas de Enfermería y de Medicina se averiguará, en cada paciente mayor de 65 años que acuda a consulta, el número de dosis de vacuna antitetánica recibidas y la fecha de la última dosis.

Posteriormente se ofertara a los pacientes la vacunación antitetánica en las siguientes condiciones:

1. Pacientes vacunados con tres dosis: Administrar una dosis de recuerdo , nunca antes de los 10 años de la última dosis
2. Pacientes vacunados de forma incompleta: Completar las dosis pendientes, independientemente del tiempo transcurrido, hasta conseguir las tres dosis y recordarle que debe administrarse una dosis de refuerzo a los 10 años.
3. Pacientes no vacunados: Iniciar vacunación administrando las tres dosis de vacuna antitetánica a los: 0 meses, 1-2 meses de la 1 dosis, y entre 6- 12 meses de la 2ª dosis.
4. Registro: Registrar en el programa OMI cada dosis administrada, cuando esta completada la vacunación y la fecha de la próxima dosis.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se realizaran una evaluación a los 6 meses, y otra final al año.

Los datos se extraerán de los registros realizados en el Programa OMI. Realizándose por separado el estudio de: las dosis de recuerdo dadas (pacientes que estaban vacunados con tres dosis); los pacientes que se ha completado vacunación (vacunados incompletamente) a los que se dará una o dos dosis según el estado de su vacunación; y los que se ha iniciado la vacunación dándoseles al menos la primera dosis de vacuna.

Los indicadores que se van a utilizar serán:

- Indicador de Captación global entre los pacientes mayores de 65 años:

Número de pacientes mayores de 65 años vacunados / Número total de población de esas edades (3643)

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2008 a Diciembre del 2008, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 10% (15% de los teóricos asistentes a las consultas).

Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo, Doña. Carmen Martín y Dra. Alicia Báguena

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2008.

- Indicador de Captación total entre los asistentes a consultas de 45 a 65 años:

Número de pacientes mayores de 65 años vacunados / Número total de población de esas edades que acude a consulta (2550,1)

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2008 a Diciembre del 2008, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 15%.

Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo, Doña. Araceli Sánchez, y Dra. Alicia Báguena.

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2008.

- Indicador de Ausencia de vacunación entre los mayores de 65 años:

Número de pacientes mayores de 65 años vacunados con una primera dosis / Número total de población de esas edades vacunada.

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2008 a Diciembre del 2008, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 10% (15% de los teóricos asistentes a las consultas).

Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo, Doña. Rafaela Gómez, y Dra. Rocío Escriche.

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2008.

- Indicador de Vacunación Incompleta entre los mayores de 65 años:

Número de pacientes mayores de 65 años vacunados con alguna dosis, que no sea de recuerdo o primera / Número total de población de esas edades vacunada.

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2008 a Diciembre del 2008, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 10% (15% de los teóricos asistentes a las consultas).

Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo, Doña. M^a Nieves Sobreviela, y Dra. Rocío Escriche.

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2008.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS												
Fecha de inicio: Diciembre 2007						Fecha de finalización: Diciembre 2008						
Calendario:												
	ME S 1	ME S 2	ME S 3	ME S 4	ME S 5	ME S 6	ME S 7	ME S 8	ME S 9	ME S 10	ME S 11	ME S 12
Diseño del Proyecto.	//////											
Presentación al Equipo	//////											
Captación en Consulta Médica	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////
Captación en Consulta de Enfermería	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////	//////
Recogida de datos parciales						//////						
Presentación al Equipo de los datos parciales							//////					
Recogida de datos totales												//////
Evaluación						//////						//////

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

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador portátil para la preparación de las exposiciones al Centro, y para la presentación posterior de los resultados.	1200 €
Ratón inalámbrico para el portátil, para facilitar su uso.	25 €
Cámara de fotos con buena resolución para documentar reacciones a la vacuna.	400 €
TOTAL	1625 €

Fecha y firma:

Zaragoza a 15 de Febrero del 2008
Fdo: Sara Iglesia Ara

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora en la accesibilidad y comunicación de pacientes inmigrantes con lengua materna no española, mediante la utilización de un cuestionario multilingua sobre su estado de salud (CES.)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE SOLA ANTON

Profesión

AUX.ADMVO

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

CENTRO DE SALUD CANAL IMPERIAL

Correo electrónico:

jfsola@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-258191

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSE LUIS ALMAJANO MARTINEZ	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
ANA DELSO VIANA	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
PILAR CRESPO MILLAN	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
ESPERANZA MARZO MAINAR	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
ESPERANZA RODRIGO GARCES	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
M. PILAR GONZALO LABAT	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
Mª JOSE TEJADA TARRAGÜEL	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
ANA SILVIA RUBIO VILLAR	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
M. SOLEDAD SAUCO JAQUES	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
M. ISABEL PEREZ GRACIA	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
ISABEL CINCA ANSON	AUX.ADM	C.S. CANAL IMPERIAL
CARMEN GARCÉS ROMERO	M.FAMILIA	C.S. CANAL IMPERIAL
M. ANTONIA SANCHEZ CALAVERA	M.FAMILIA	C.S. CANAL IMPERIAL
ANA MARIA PUEYO GINES	M.FAMILIA	C.S. CANAL IMPERIAL
JOSE LUIS CAÑADA MILLAN	M.FAMILIA	C.S. CANAL IMPERIAL
PILAR OLIVAN OTAL	PEDIATRA	C.S. CANAL IMPERIAL
CONCEPCION MOLINS GIMENO	PEDIATRA	C.S. CANAL IMPERIAL

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Aragón ha experimentado un incremento demográfico de la población inmigrante que junto a la apertura del mercado europeo de trabajo ha influido notablemente en la utilización de los Servicios de Salud. De tal manera que 9 de cada 10 altas nuevas son de extranjeros. Esto ha motivado que muchos profesionales sanitarios, sobre todo facultativos, se enfrenten cada día a situaciones de falta de entendimiento con el cliente/usuario, dificultando la elaboración del diagnóstico. El problema no solo afecta a

los pacientes y sus facultativos sino también al resto de personal del sistema de salud pues las dificultades de entendimiento son a todos los niveles, citas, tarjeta sanitaria, pruebas diagnósticas, etc. En las reuniones generales de equipo, todas las categorías laborales que integran los miembros de los equipos de atención primaria consideran la situación como prioritaria a la hora de plantear una oportunidad de mejora.

Por ello hemos decidido la realización de este cuestionario de salud, pretendiendo mejorar la intercomunicación entre el profesional sanitario y el paciente, mejorar la atención, y contribuir a su vez, a la integración de este tipo de población.

El cuestionario se prioriza en 4 idiomas que incluyen la mayoría de la población inmigrante. Datos recogidos de Ayto. Zaragoza, Gobierno de Aragón, guías y manuales de atención a la población inmigrante.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1- Aumento de la satisfacción de este grupo de usuarios. Ganar la confianza del paciente, ofertándole una herramienta de ayuda para poderse comunicar mejor.
- 2- Mejorar la intercomunicación entre profesional y paciente, el paciente se siente más seguro al poder explicarse y el profesional al poder entenderle.
- 3- Mejora de la calidad científica técnica del acto médico al facilitar el diagnóstico del profesional, pudiendo éste apoyarse en las indicaciones que ha marcado el paciente en el cuestionario.
- 4- Reducir el tiempo de consulta, al ser más fluido el diálogo y el diagnóstico el tiempo será menor.
- 5- Mejora de la calidad de los procesos de soporte del centro: comunicación de cita, derivaciones etc.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se propone la realización de un cuestionario de salud, (anexo I), pretendiendo mejorar la intercomunicación entre el profesional sanitario y el paciente, mejorar la atención, y contribuir a su vez, a la integración de este tipo de población.

El cuestionario se prioriza en 4 (pacientes de habla árabe 14.970, francés 18.232, inglés de 2.940 a 13.654, rumano 27.873- datos de finales de 2006) idiomas que incluyen la mayoría de la población inmigrante. Datos recogidos de Ayto. Zaragoza, Gobierno de Aragón, guías y manuales de atención a la población inmigrante.

El paciente llega al centro de salud, después de solicitar la cita se le muestra una carpeta con varios idiomas y las banderas de países hablantes. El selecciona una de las opciones y en admisión se le entrega el cuestionario correspondiente junto con la encuesta de satisfacción y un bolígrafo. El paciente rellenará el cuestionario antes de entrar en la consulta y allí el médico o profesional sanitario pondrá encima una plantilla traductora. Al salir el paciente rellenará la encuesta de satisfacción (anexo II) que entregará en Admisión. El profesional médico entregará en admisión al finalizar el proyecto piloto su respectiva encuesta (anexo III), valoraciones, modificaciones, problemas surgidos y propuestas de mejora.

Este cuestionario se divide en 4 partes:

- Datos personales
- Antecedentes
- Situación actual
- Patología causante de la visita: Localización del dolor, etc.

Responsable del proyecto y de su coordinación: José Sola Antón.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El proyecto piloto para evaluar se realizará en 4 “cupos” de medicina de familia con 100 pacientes y 2 “cupos” de pediatría con 50 pacientes. Se entregará a 25 pacientes de cada cupo que no hablen castellano o no sepan expresarse correctamente en esta lengua y cuyas lenguas figuren entre las 4 (árabe, inglés, francés y rumano) predeterminadas.

La evaluación del proyecto se realizará cuando hayan pasado los 100 pacientes, se valorará cuantos han cumplimentado el cuestionario.

Se valorará:

A- Encuesta de satisfacción para el usuario:

- Porcentaje de cuestionarios entregados y cumplimentados.
- Utilidad: sí este lo ha considerado útil. (en %)
- Si volvería a utilizarlo. % de intención de volver a utilizar este cuestionario.
- Si considera que se podría hacer alguna modificación y cual considera que sería.(pregunta abierta).
- Nacionalidades de los pacientes.
- Sexo y edad (por tramos) de los pacientes participantes.
- Nivel cultural.

B- Encuesta de satisfacción para el profesional:

- Si ha utilizado la plantilla. % según número pacientes que hayan presentado el cuestionario.
- Si la ha sido útil para el diagnóstico. (%)
- Si volvería a utilizarlo.
- Si considera posibles mejoras y/o modificaciones.

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: 01/10/2008. aprox.

Calendario:

El día 1 de marzo esta previsto comenzar con el cuestionario, se entregará a 100 pacientes de los 4 cupos de medicina seleccionados. (aprox. Durante 3 meses Marzo, abril, mayo y junio)

Cada día se recogerán todas las encuestas de satisfacción de los usuarios y cuando hayan pasado los 100 pacientes se recogerá la información proporcionada por las encuestas de satisfacción junto con las de los profesionales. Se valoraran las encuestas de satisfacción de usuarios y facultativos, (junio, julio)

Se realizará la estadística de los distintos indicadores y se realizarán reuniones con todo el equipo de mejora para ir valorando dichos resultados y resolver las posibles incidencias ocurridas así como valorar las posibles modificaciones tanto del cuestionario como de la plantilla.(septiembre)

Si los resultados son adecuados y demuestran la utilidad del cuestionario, se plantearía su extensión a otras unidades y/o centros, con la posibilidad de incluir más idiomas como del chino o el ruso, y la ampliación del proyecto a la entrega de la posología en sus respectivas lenguas.

Nota aclarativa sobre los anexos: Al insertar las plantillas sobre este formato se han modificado algunos márgenes y caracteres que en su formato normal son correctos.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
2 CAJAS DE TRANSPARENCIAS	50
1 GRAPADORA ELECTRICA	225
2 CARPETAS ARCHIVADORAS	10
1 ORDENADOR PORTATIL	980
1 BOBINA DE 50 DVD	60
1 CAÑÓN PROYECTOR	1200
TOTAL	2.525

C.E.S**Cuestionario Estado de Salud**

Anexo I (ejemplo de cuestionario en español y árabe y plantilla en español).

: اللقب

:الجنسية

:الاسم

:العمر

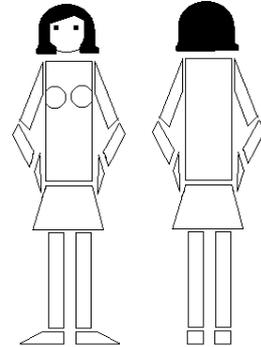
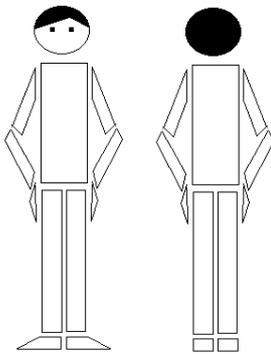
:الجنس

قبل الدخول الى العيادة املئ الجدول التالي.....اكتب اسمه نعم لا تتناول أي دواء؟.....اكتب اسمه نعم لا هل عندك حساسية على أي دواء ؟

سكري	سيد	عضو مزروع
علو في الضغط	مرض في الكبد أ-ب-س	جلطة قلبية
قرحة في المعدة	مرض السل	جهاز منظم للنبض
ضيق نفس	ملاري	عمليات جراحية
سرطان	مشاكل نفسية	اجهاز
ألم	دلعة	حرارة °C 37_38_39_40
حكة	فقد الشهية	عرق
تقيء	ارهاق	كآبة
اسهال	سعال	قلق لأمر ما ؟
عسر في الاخراج	ضغط في الصدر	دوخان
صعوبة أثناء التبول	خفقان في الصدر	حامل
حرقة أثناء التبول	صعوبة في التنفس	كتل درنية
دم في البول	نقص في النظر	بقع في الجلد
دم في البراز	فقد الوعي	مشاكل في الأسنان

أشـر منذ متى وأنت على هذه الحالة اليوم أيام أسابيع شهور

أشـر الى شدة الألم (0= الحد الأدنى/10= الحد الأقصى) 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 أشـر أين يوجد الألم

**C.E.S****Cuestionario Estado de Salud**

FIRMA:

FECHA:...../...../.....

APELLIDOS:

NACIONALIDAD:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

ANTES DE ENTRAR EN LA CONSULTA RELLENE ESTE FORMULARIO

¿TOMA USTED ALGUN MEDICAMENTO? NO SI INDIQUE SU NOMBRE.....

¿ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? NO SI INDIQUE SU NOMBRE.....

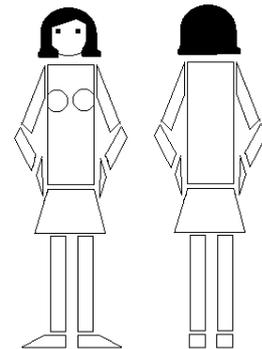
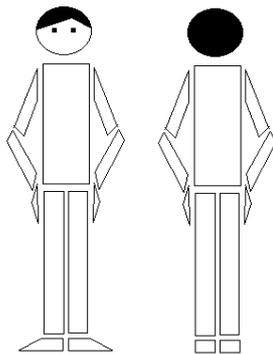
DIABETICO	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	ORGANO TRANSPLANTADO	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSO	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A__B__C__	<input type="checkbox"/>	INFARTOS	<input type="checkbox"/>
ULCERA DE ESTOMAGO	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	MALARIA	<input type="checkbox"/>	OPERACIONES QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	<input type="checkbox"/>	ABORTOS	<input type="checkbox"/>
DOLOR	<input type="checkbox"/>	NAUSEAS	<input type="checkbox"/>	FIEBRE 37__38__39__40__C°	<input type="checkbox"/>
PICOR	<input type="checkbox"/>	FALTA DE APETITO	<input type="checkbox"/>	SUDORACION	<input type="checkbox"/>
VOMITOS	<input type="checkbox"/>	CANSANCIO	<input type="checkbox"/>	TRISTEZA	<input type="checkbox"/>
DIARREAS	<input type="checkbox"/>	TOS	<input type="checkbox"/>	ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>
ESTREÑIMIENTO	<input type="checkbox"/>	PRESION EN PECHO	<input type="checkbox"/>	MAREOS	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD AL ORINAR	<input type="checkbox"/>	PALPITACIONES	<input type="checkbox"/>	EMBARAZADA	<input type="checkbox"/>
ESCOZOR AL ORINAR	<input type="checkbox"/>	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	BULTOS	<input type="checkbox"/>
SANGRE EN ORINA	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE VISION	<input type="checkbox"/>	MANCHAS	<input type="checkbox"/>
SANGRE EN HECES	<input type="checkbox"/>	PERDIDA CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA EN DENTADURA	<input type="checkbox"/>

INDIQUE DESDE CUANDO SE ENCUENTRA ASI.

HOY		DIAS		SEMANAS		MESES	
-----	--	------	--	---------	--	-------	--

MARQUE LA INTENSIDAD DEL DOLOR(0= MINIMO/10 = MAXIMO) 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10__

INDIQUE DONDE TIENE EL DOLOR



FIRMA: **C.E.S** FECHA:...../...../.....

Cuestionario Estado de Salud

APELLIDOS:

NACIONALIDAD:

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

¿TOMA USTED ALGUN MEDICAMENTO? NO SI **INDIQUE SU NOMBRE**.....

¿ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? NO SI **INDIQUE SU NOMBRE**.....

DIABETICO	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	ORGANO TRANSPLANTADO	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSO	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A__B__C__	<input type="checkbox"/>	INFARTOS	<input type="checkbox"/>
ULCERA DE ESTOMAGO	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	MARCAPASOS	<input type="checkbox"/>
ASMA	<input type="checkbox"/>	MALARIA	<input type="checkbox"/>	OPERACIONES QUIRURGICAS	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	<input type="checkbox"/>	ABORTOS	<input type="checkbox"/>
DOLOR	<input type="checkbox"/>	NAUSEAS	<input type="checkbox"/>	FIEBRE 37__38__39__40__C°	<input type="checkbox"/>
PICOR	<input type="checkbox"/>	FALTA DE APETITO	<input type="checkbox"/>	SUDORACION	<input type="checkbox"/>
VOMITOS	<input type="checkbox"/>	CANSANCIO	<input type="checkbox"/>	TRISTEZA	<input type="checkbox"/>
DIARREAS	<input type="checkbox"/>	TOS	<input type="checkbox"/>	ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>
ESTREÑIMIENTO	<input type="checkbox"/>	PRESION EN PECHO	<input type="checkbox"/>	MAREOS	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD AL ORINAR	<input type="checkbox"/>	PALPITACIONES	<input type="checkbox"/>	EMBARAZADA	<input type="checkbox"/>
ESCOZOR AL ORINAR	<input type="checkbox"/>	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/>	BULTOS	<input type="checkbox"/>
SANGRE EN ORINA	<input type="checkbox"/>	PERDIDA DE VISION	<input type="checkbox"/>	MANCHAS	<input type="checkbox"/>
SANGRE EN HECES	<input type="checkbox"/>	PERDIDA CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA EN DENTADURA	<input type="checkbox"/>

INDIQUE DESDE CUANDO SE ENCUENTRA ASI. HOY DIAS SEMANAS MESES

MARQUE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

INDIQUE DONDE TIENE EL DOLOR

Anexo II (ejemplo encuesta de satisfacción en inglés y francés)

C.E.S- Français
Enquête de satisfaction.

Nationalité: Âge: Sexe:
Niveau d'études: Aucun Lire et écrire Primaries Supérieurs

Avez-vous rempli ce questionnaire? OUI NON
L'avez-vous trouvé utile? OUI NON
Est-ce que vous l'utiliseriez de nouveau? OUI NON
Est-ce que vous ajouteriez ou modifieriez quelque chose? OUI NON
Si votre réponse est affirmative, veuillez préciser plus de détails

.....
.....
.....

C.E.S- English
Survey of satisfaction

Nationality : Age : Sex :

Level of studies : None To read and to write Primary Superior
Did you fill in this questionnaire? YES NO
Did you find it useful? YES NO
Would you fill in it again? YES NO
Would you add or change anything? YES NO

If you said YES to the last question, please, give us more information

.....
.....

Anexo III (ejemplo encuesta profesionales)

C.E.S_
Encuesta de satisfacción

¿Ha utilizado la plantilla? SI NO casi siempre casi nunca
¿Le ha sido útil para el diagnóstico? SI NO casi siempre casi nunca
¿Ha reducido el tiempo de consulta habitual? SI NO casi siempre casi nunca
¿Añadiría o modificaría algo? SI NO
Si su respuesta es afirmativa indíquelo en estas líneas.

.....
.....
.....

Lugar y fecha:

Zaragoza a 20 de febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA DEL MANEJO DE LA INMUNIZACIÓN ANTITETÁNICA
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos.- Fátima Remiro Serrano
Profesión.- Médico A.P.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Consultorio de Velilla de Ebro (C.S. Fuentes de Ebro)
Correo electrónico: faremiro@terra.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 176 496

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Antonio Castillo	Pediatra / Coordinador médico	C.S. Fuentes de Ebro
Rosa Macipe	Pediatra	Consultorio Quinto de Ebro (C.S. Fuentes de Ebro)
Isabel Martí	Médico A.P.	Consultorio El Burgo de Ebro (C.S. Fuentes de Ebro)
Eva Arnal	DUE pediatría	C.S. Fuentes de Ebro
Araceli Loscertales	DUE A.P.	Consultorio El Burgo de Ebro (C.S. Fuentes de Ebro)

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 principales problemas radican en:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Exceso de dosis de vacuna antitetánica (VAT) administradas, tanto a expensas de primovacunas no indicadas como de revacunaciones adelantadas en el tiempo. 2. Registro vacunal deficitario: No se registra, no se registran todos los datos necesarios, distintos sistemas de registro... 3. Sistemas de refrigeración para la conservación de vacunas anticuados, en mal estado y escasos.

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
<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar/cumplir un procedimiento de VAT adecuado por parte de todo el equipo. • Unificación (homologación) del registro de vacunaciones. • Mejorar el porcentaje de primovacunas y revacunaciones correctamente realizadas.

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

- Dotar todos los consultorios de sistemas de refrigeración adecuados para la conservación de las vacunas.

<p>7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consensuar un procedimiento de VAT adecuado. <i>Responsable: Equipo de Calidad.</i> 2. Reunión formativa con el equipo: Explicar el procedimiento elegido, establecer criterios de inclusión/exclusión de los pacientes a vacunar, criterios de registro e indicadores de evaluación. <i>Responsable: Eva Arnal.</i> 3. Muestreo aleatorio en mayores de 24 años. <i>Responsables: Profesionales sanitarios.</i> 4. Valoración de la muestra: ¿La vacunación se adecua al procedimiento?, ¿se registra?, ¿está bien registrado? <i>Responsable: Fátima Remiro.</i> 5. Aplicación del procedimiento elegido de vacunación y registro. <i>Responsables: Profesionales sanitarios.</i> 6. Muestreo aleatorio en mayores de 24 años. <i>Responsables: Profesionales sanitarios.</i> 7. Valoración de la muestra (los mismos parámetros que en el punto 4). <i>Responsable: Fátima Remiro.</i> 8. Elaboración de conclusiones. <i>Responsable: Fátima Remiro.</i>

<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso del procedimiento (SI/NO). % de profesionales que utilizan el procedimiento de VAT consensuado. Se hará por <i>ENCUESTA</i> a los profesionales sanitarios. • Registro de las vacunaciones (SI/NO). % de profesionales que registran. Se hará por <i>ENCUESTA</i> a los profesionales sanitarios. • Se registra BIEN/MAL. % de profesionales que registran bien. <i>MUESTREO ALEATORIO</i> de historias clínicas de pacientes mayores de 24 años. • Mejorar el porcentaje de VAT bien administradas. Cociente N° de pacientes mayores 24 años bien vacunados / población total mayor de 24 años. Obtendremos el % de pacientes mayores de 24 años correctamente vacunados. Se hará mediante <i>MUESTREO ALEATORIO</i> de historias clínicas de pacientes mayores de 24 años.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: Enero 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008
Calendario:	
Enero	Consensuar procedimiento de VAT
Febrero	Reunión formativa
Febrero – Marzo	Muestreo aleatorio de historias clínicas
Marzo – Abril	Valoración de la muestra
Mayo – Octubre	Aplicación del procedimiento de VAT y 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>
-------	---

	registro
Octubre – Noviembre	Muestreo aleatorio de historias clínicas
Noviembre – Diciembre	Valoración de la muestra
Diciembre	Elaboración de conclusiones

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Neveras10 Unidades	4.000 Euros
TOTAL	4.000 Euros

Lugar y fecha:

Velilla de Ebro

21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Reevaluación y mejora en la atención prestada a nuestra población diabética tipo 2, a través de la medición de indicadores cardiovasculares óptimos de resultado intermedio”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

M^a Luisa Lozano Del Hoyo

DUE

Centro de Salud “Las Fuentes Norte”

[mlozano@salud.aragon.es/](mailto:mlozano@salud.aragon.es) mlozano@telefonica.net

976 29 03 30

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a José Armalé Casado	DUE	C. S. Las Fuentes Norte
Asunción Arto Serrano	Médico	C. S. Las Fuentes Norte
Carmen Bescós Pérez	DUE	C. S. Las Fuentes Norte
Joaquín Busquet Martínez	Médico	C. S. Las Fuentes Norte
Concepción Risco Otaolaurruchi	DUE	C. S. Las Fuentes Norte
Miguel Royo Serrano	Médico	C. S. Las Fuentes Norte

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Existen en la literatura niveles de evidencia A que demuestran que el control glucémico y la corrección de los diferentes factores de riesgo cardiovascular asociados a la diabetes mellitus tipo 2 como la hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y el abandono de tabaco, se relacionan con una disminución de la incidencia de eventos cardiovasculares en estos pacientes.

Nos planteamos mejorar los resultados obtenidos en la evaluación realizada con la misma población de nuestra Zona Básica en el año 2004. Hay dos premisas a tener en cuenta:

1. Se realizó justo antes de la introducción de la informatización de nuestras consultas mediante el programa OMI-AP.
2. La fuente de datos en esta reevaluación serán los módulos de explotación del OMI-AP.

Se pretende mejorar los índices de cobertura de diabéticos tipo 2 en cartera de servicios y optimizar la atención a estos 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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Evaluación de la cobertura estratificada por grupos de edad y propuestas de mejora al equipo.

Mejorar los resultados en calidad de la atención prestada a diabéticos tipo 2.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Entre ambas mediciones hemos introducido las siguientes medidas de mejora:

- a-La propia evaluación inicial la consideramos una medida correctora "per se".
- b-La exposición a todo el equipo de los resultados obtenidos.
- c-La puesta en marcha de la informatización de nuestras consultas.
- d-El desarrollo dentro del OMI-AP del manejo de los "Planes Personales" como herramienta de gestión de nuestras consultas.

En función de los resultados que obtengamos en esta segunda medición, nos hemos planteado:

- a-Medir los niveles de diagnóstico de la enfermedad, así como la cobertura en cartera de servicios. *Asunción Arto y Miguel Royo.*
- b- Informar de los resultados a todos los miembros del equipo (feed-back). *Joaquín Busquet, Asunción Arto y Miguel Royo.*
- c-Programar el número de sesiones formativas que consideremos oportuno, a efectos de puesta al día de nuestro conocimiento de las nuevas guías clínicas de manejo de pacientes diabéticos. *Joaquín Busquet y Conchita Risco.*
- d-Elaboración de protocolos de educación sanitaria en consulta individual sobre riesgo cardiovascular en pacientes diabético tipo 2. *Carmen Bescós y M^a José Armalé.*
- e- Elaboración de un programa de educación grupal a diabéticos tipo 2 sobre riesgo cardiovascular. *Conchita Risco, Carmen Bescós, M^a José Armalé y M^a Luisa Lozano.*

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación se realizará a partir de los módulos Prosa y OMI-EST del propio OMI-AP, ambos de explotación de datos. Los indicadores medidos serán:

- Hb Ac1: distribución porcentual entre los diferentes tramos de valor.

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>
-------	---

-LDL- colesterol: distribución porcentual entre los diferentes tramos de valor.
 -Triglicéridos: distribución porcentual entre los diferentes tramos de valor.
 -TAS y TAD: medias obtenidas y su correspondiente distribución.
 -IMC: medias obtenidas y su correspondiente distribución.
 -Tabaquismo: medición del grado de presencia en nuestra población diana.

Los datos se extraerán de la población diabética tipo 2 incluida en Cartera de Servicios, obteniendo asimismo de forma previa la cobertura de este servicio.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS						
Fecha de inicio: Abril 2008			Fecha de finalización: Diciembre 2008			
Calendario:						
	abril	mayo	junio	octu	nov	dic
Búsqueda bibliográfica	■					
Extracción de datos de OMI-AP	■	■				
Análisis y discusión de resultados		■				
Presentación de resultados al equipo			■			
Desarrollo de programa de sesiones formativas en el centro de Salud				■	■	
Estudio de propuestas de mejora y su evaluación en el año 2009					■	■

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

2. RESPONSABLE DEL PROYECTO

Miguel Royo Serrano

Médico

Centro de Salud Las Fuentes Norte

mroyos@salud.aragon.es

976290330

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

M ^a Asunción Arto Serrano	Médico	Centro de Salud Las Fuentes Norte
Joaquín Busquet Martínez	Médico	Centro de Salud Las Fuentes Norte

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El Centro de Salud Las Fuentes Norte está informatizado con OMI-AP desde Julio de 2004. En este plazo de tiempo la actividad asistencial ha generado una gran cantidad de datos a los que nos ha sido imposible acceder por diversos motivos:

- a) El módulo PROSA de explotación de datos ha estado inoperativo hasta hace unos meses.
- b) Desconocimiento por parte de los profesionales de las posibilidades de utilización del módulo PROSA.
- c) Desconocimiento del funcionamiento y las posibilidades de análisis con OMI-EST.

Aprovechando que esta situación ha cambiado recientemente, nos proponemos crear una ESTRUCTURA ESTABLE DE RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN, diseñada con el módulo PROSA de OMI-AP, que nos permita obtener rentabilidad clínica de los datos introducidos durante nuestra actividad asistencial, especialmente de la realizada en el seguimiento de patologías crónicas (HTA, HLP, EPOC, DIABETES).

Con el tiempo, y una vez comprobada la aceptación y la utilidad de dicha estructura de recuperación de información, podría ampliarse al estudio de otras áreas de nuestra actividad sanitaria e incluso extender su uso a otros Centros de Salud que estuvieran informatizados con el mismo programa.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- a) Aumentar la información que los profesionales sanitarios tenemos del resultado de nuestras actividades aplicadas al control de patologías crónicas.
- b) Aumentar el conocimiento de los sistemas de recuperación de datos mediante la utilización de los módulos PROSA y OMI-EST del programa OMI-AP.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- a) Consensuar una serie de variables de producto sanitario que nos permita evaluar los resultados obtenidos con las actividades de seguimiento de patologías crónicas (HTA, HLP, EPOC, DIABETES).
- b) Utilizar dichas variables para crear en el módulo PROSA una ESTRUCTURA ESTABLE DE RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN accesible a cualquier profesional sanitario.
- c) Programar la realización durante el año de ejecución del proyecto de dos sesiones formativas de una hora de duración cada una sobre la utilización de PROSA y de OMI-EST para médicos y enfermeras.
- d) Proporcionar con periodicidad trimestral a cada profesional sanitario del equipo que esté interesado en ello, la información escrita de los resultados de sus actividades de seguimiento de patologías crónicas.
- e) Proporcionar al equipo mediante sesión informativa con periodicidad semestral, los resultados globales de las actividades de seguimiento de patologías crónicas.
- f) Valorar la posibilidad de ampliar la estructura de recuperación de información a otras áreas distintas del seguimiento de patologías crónicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

a) Indicadores de proceso:

- Sesiones formativas realizadas/Sesiones formativas programadas
- Entregas de información realizadas/ Entregas de información programadas
- Nº de patologías crónicas analizadas/previstas

b) Indicadores de resultados:

- Encuesta de satisfacción a los profesionales sanitarios tras un año de ejecución del proyecto acerca de la mejora de la información recibida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio del proyecto: 1 de Abril de 2008

Fecha de finalización: 1 de Abril de 2009

Calendario:

- Abril 2008: selección de las variables a estudio para cada patología crónica y creación en el módulo PROSA de la estructura de recuperación de información.
- Mayo 2008: realización de la primera sesión formativa sobre PROSA y OMI-EST, de una hora de duración, para médicos y otra para enfermeras.
- En las fechas aproximadas de Julio-2008, Octubre-2008, Enero-2009, Abril-2009 se proporcionará información escrita a cada profesional sanitario interesado.
- Noviembre 2008: realización de la segunda sesión formativa sobre PROSA y OMI-EST, de una hora de duración, para médicos y otra para enfermeras.
- Durante los meses de Septiembre de 2008 y Marzo de 2009 se realizarán sesiones informativas sobre resultados globales al equipo.
- Durante el mes de Marzo de 2009 se realizará la encuesta de satisfacción a los profesionales y la evaluación final del proyecto.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS

Para la elaboración de los datos obtenidos y su presentación al equipo precisamos de un ordenador portátil modelo:

TOSHIBA SATELLITE A 200-20Y INTEL CORE DUO 2 T 5550	999 euros
---	-----------

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA EN LA CUMPLIMENTACION DEL SERVICIO DE PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES A TRAVÉS DE PLANES PERSONALES EN REGISTRO OMI

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA SARSA GOMEZ

Profesión

MÉDICO

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

C.S. LAS FUENTES NORTE. ZARAGOZA

Correo electrónico:

amsarsa@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976290330

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
AURELIO MARTIN RUIZ	Médico	C.S. FUENTES NORTE
CARMEN MARTES LÓPEZ	Enfermera	C.S. FUENTES NORTE
SAGRARIO DAUÉN BURRIEL	Enfermera	C.S. FUENTES NORTE
AMPARO FÓRES CATALÁ	Enfermera	C.S. FUENTES NORTE
ISABEL MONEO HERNÁNDEZ	Pediatra	C.S. FUENTES NORTE
CRISTINA JORDÁN PRIETO	Celadora	C.S. FUENTES NORTE
ELISA LAMBÁN CASAMAYOR	Enfermera	C.S. FUENTES NORTE

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...

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en la población española, tienen elevada incidencia, son fuente de discapacidades y gran repercusión en los costes de la asistencia.

Como línea de mejora se eligió la captación y cumplimentación del protocolo de prevención de enfermedades cardiovasculares, que llevará consigo una mejora de la calidad asistencial.

Como sistema de priorización se utilizó el método de comparación por pares y el diagrama de Ishikawa.

Situación de partida: estudio muestral desde registro informático OMI de la situación inicial de los pacientes, para detectar fallos en la cumplimentación

Posibles causas: desconocimiento de clientes externos del Servicio de prevención de e. cardiovasculares, no captación oportunista del paciente, diferencias en cumplimentación 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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Evaluación inicial de la cumplimentación de los planes personales en prevención de enfermedades cardiovasculares en registro OMI
- Detección de fallos y propuesta de mejora al equipo.
- Aumentar la captación y cumplimentación del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares, a través de planes personales

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Evaluación inicial de registro OMI. Ana Sarsa y Amparo Forés.
2. Difusión a todo el equipo de los resultados obtenidos en la evaluación inicial. Ana Sarsa y Sagrario Daudén.
3. Sesiones para unificar criterios y manejo de Planes Personales dentro de OMI. Ana Sarsa, Maribel Moneo y Sagrario Daudén.
4. Captación oportunista desde consulta médica y de enfermería. Carmen Martes.
5. Cumplimentación del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares al realizar el servicio de atención al niño sano de 14 años. Elisa Lambán y Isabel Moneo.
6. Cumplimentación del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares en el adulto. Aurelio Martín.
7. Información desde servicio de Admisión a clientes externos nuevos de la existencia del Servicio de Prevención de E. cardiovasculares. Cristina Jordán.
8. Ofrecer información del servicio a la población infantil de 14 años que pasa a adultos. Amparo Forés
9. Información a clientes externos que acudan al centro de salud, a través de Carteles informativos y folletos educativos. Equipo de Mejora.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Nº de usuarios entre 18-55 años con planes personales cumplimentados de prevención de enfermedades cardiovasculares / total de usuarios entre 18-55 años
2. Nº usuarios de 14 años que pasan a adultos con planes personales cumplimentados de prevención cardiovascular / total de usuarios de 14 años

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:28/02/2009

Calendario:

	Marzo Abril 2008	Mayo 2008	Junio 2008	Julio Diciembre 2008	Enero Febrero 2009
Evaluación preliminar					
Análisis y discusión					
Difusión y sesiones al equipo					
Elaboración material educativo					
Cumplimentación del servicio					
Captación oportunista					
Información desde admisión					
Educación en centro de salud					
Evaluación final					

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>
Ordenador portátil	1300
Material educativo	300
Mando a distancia con puntero para PC	60
7 inscripciones al 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial	
2 memorias USB	60
TOTAL	1720

Lugar y fecha: Zaragoza a 21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONTROL Y PERFIL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CONTINUADO CON ACENOCUMAROL
CENTRO DE SALUD ALMOZARA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

TERESA PEMÁN MUÑOZ.

Profesión : MÉDICO DE FAMILIA

Centro de trabajo: C.S. ALMOZARA

Correo electrónico: tpeman@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del Centro de trabajo: 976 43 15 33

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
I. Maribel Blasco Borque	Enfermera	C.S. Almozara
Teresa Pemán Muñoz	Médico	C.S. Almozara
Clara Pueyo Salavera	Médico	C.S. Almozara
Julio Coca	Médico	Dirección A.Primaria
Nieves Sobreviela Celma	Enfermera	C.S. Almozara
Teresa Ortega Raposo	Enfermera	C.S. Almozara
Rafaela Gómez Rodenas	Enfermera	C.S. Almozara
Sara Iglesia Ara	Medico	C.S. Almozara
Agustín Romeo Gutiérrez	Médico	C.S. Almozara
Rocío Escriche Ros	MIR MFyC	C.S. Almozara
Alicia Báguena García	MIR MFyC	C.S. Almozara
María Guillén Gómez	MIR	Hematología. H.M.S
Nieves Navas Santos	Médico	C.S. Almozara

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El aumento en la esperanza de vida de nuestra población, así como la profilaxis en pacientes de riesgo de la enfermedad tromboembólica en los últimos años, ha incrementado el número de pacientes en tratamientos con anticoagulantes orales (TAO), siendo el fármaco más frecuente utilizado el acenocumarol.

A su vez, lo habitual es que estos pacientes presenten otras patologías y estén polimedicados, por ello es necesario un cuidadoso control de su dosificación y cumplimentación, así como una continua vigilancia clínica y analítica.

A pesar de que las interacciones del acenocumarol con otros fármacos, cambios en la dieta y otros procesos intercurrentes, son conocidas, en la práctica diaria, al realizar el control capilar, nos encontramos con variaciones del INR que pueden afectar a la seguridad del paciente.

En el momento actual el número total de pacientes activos en control de TAO por el Servicio de Hematología de H.U. Miguel Servet adscritos al Centro de Salud es de 426, con una monitorización ambulatoria en sangre capilar de un 15%.

Por lo que nos parece necesario plantear un programa de calidad que aumente la seguridad clínica de los pacientes polimedicados en tratamiento con acenocumarol, así como incrementar la cobertura de los pacientes controlados en sangre capilar en nuestro Centro de Salud.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Captar a todos los pacientes en tratamiento con acenocumarol susceptibles de control en sangre capilar en el Centro de Salud.
2. Conocer y registrar su historia clínica.
3. Incluir a todos los pacientes captados en el programa informático (TAO).
4. Actualizar y aplicar el protocolo específico del Sector II para el paciente anticoagulado.
5. Aumentar la seguridad clínica de los pacientes en tratamiento con acenocumarol, detectando toda medicación que interaccione con anticoagulantes orales (ACO) y suprimir aquella que esté específicamente contraindicada para su uso.
6. Conseguir la mínima dosis eficaz para obtener en cada paciente la máxima eficacia y seguridad del tratamiento, así como lograr el nivel de anticoagulación adecuado y mantenerlo en el rango terapéutico el máximo tiempo posible.
7. Verificar la adherencia al tratamiento de la dosis total semanal (DTS).
8. Educación sanitaria del paciente como pilar fundamental para el correcto seguimiento de estos pacientes.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)
---------	---

9. Valorar las interacciones de los hábitos dietéticos en el paciente anticoagulado.
10. Implicar al paciente para que desarrolle una actitud de autocuidado, conociendo las situaciones de riesgo y los cambios en los hábitos de vida.
11. Incrementar la formación de todo el personal sanitario, que realiza el seguimiento del paciente anticoagulado, así como la utilización de las bases de datos farmacoterapéuticas on-line.
12. Potenciar una cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		50%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		20%
<i>TOTAL</i>		100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

1. Presentación al equipo de salud del proyecto de mejora.
2. Realizar sesiones de formación clínica para todos los profesionales implicados: Programa informático TAO y manejo de bases de datos farmacoterapéuticas on-line "iMedicinas".
3. Los pacientes serán captados en las consultas de Medicina de Familia y Enfermería, donde se registrara su historia clínica y tratamiento farmacológico.
4. En consulta de enfermería se realizará la educación sanitaria específica en base al protocolo consensuado con el Servicio de Hematología del Sector II y el control de la adherencia al tratamiento.
5. Una vez estabilizado el INR, se procederá a control en sangre capilar, estableciéndose un circuito de derivación-citación, según normas técnicas del programa TAO.
6. A todos los pacientes captados se les aplicarán las base de datos farmacoterapéuticas on-line, para detectar posibles alertas ó interacciones con relevancia clínica.
7. Desarrollar talleres de Educación para la Salud (EpS) que permitan implicar al paciente en el control de su tratamiento.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

SATURACION DE AGENDAS EN EL C S. REBOLERIA
REORGANIZACION DE PRESCRIPCION DE CRONICOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Carmen García-Gutiérrez Muñoz

Profesión

Medico de Familia

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

C S. Reboleria

Correo electrónico:

cgarciagutierrez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976200659; 976398415; ext:253.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Arizón Deza	Medico	C.S. REBOLERIA
Jesús Manuel Ubalde Sainz	Medico	C.S. REBOLERIA
M ^a Teresa Zapata Abad	Medico	C.S. REBOLERIA
Angela Muñoz Mercado	ATS	C.S. REBOLERIA
Pilar Escolano Colas	Administra.	C.S. REBOLERIA

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...

Sobrecarga de consultas de demanda por prescripción de trat. crónico; priorizada por Parrilla de Análisis ; y Diagrama de IsiKawa;

Afecta por igual a todos los grupos medicina/enfermería.

Quejas en el retraso de atención al paciente, pérdida de "días de trabajo" solo por recetas".

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 realizó Una Prueba de funcionamiento durante 6 meses en un cupo, con buenos resultados por parte de los profesionales y pacientes.

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir la saturación de Agendas para prescripción de trat. Crónico

Aumentar la satisfacción del Usuario valorado por Encuesta.

Mejor control de prescripción Crónica

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Sesión clínica en el Centro de salud para dictar el programa y organización del Programa. (Febrero)

Que todos los cupos lleguen en 2-3 meses(Febrero-Marzo) a iniciar el programa y selección del horario en la Agenda para la realización del Programa

Evaluación a los 6 meses de la cobertura, posible problemas , ajustes... por responsable y equipo de calidad

Evaluar a los 6 meses y al año en N° de pacientes con CLT(Cartilla de largo tratamiento).responsable y equipo

Evaluación al año con Encuesta de satisfacción la utilidad del programa. Por responsable y equipo

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

N° de cupos(%) Medico/enfermería que realiza el P , de CLT.

N° de pacientes que utilizan el P de CLT .

Encuesta de satisfacción en Pacientes y en 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 :Febrero de 2008

Fecha de finalización: Diciembre de 2008

Calendario:6 de Febrero Sesión Clínica

Febrero y Marzo. Incorporación al programa de todos los cupos .

Junio: Evaluación de cobertura , Impresiones , Problemas , etc

Julio. a 1ºs: Sesión clínica de valoración.y propuestas de corrección y nuevas medidas

Diciembre:Nueva valoración y encuesta de satisfacción en Usuarios y profesionales.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Sobres de plastico para CLT	0.15€ x1000 €=15000
Fichero auxiliar para admisión para deposito de CLT	70 €
Cañón para Sesiones Clínicas	1000€
Ordenador portátil para desarrollo de trabajos	700€
TOTAL	

Lugar y fecha: C.S.Reboleria

Zaragoza 21- febrero - 2008

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 PROMOVER UNA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ENTRE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos MARIA JESUS MURO
Profesión MEDICO DE FAMILIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD DE SAN PABLO
Correo electrónico: mjmuro@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 405260

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SONIA BENEDÍ	ADMINISTRATIVA	CS DE SAN PABLO
ANA MARTIN	ENFERMERÍA	CS DE SAN PABLO
MERCEDES ABANCENS	ENFERMERÍA	CS DE SAN PABLO
ELENA ARRILLAGA	ENFERMERÍA	CS DE SAN PABLO
NATIVIDAD CASTRO	MEDICO DE FAMILIA	CS DE SAN PABLO
MERCEDES EGUILUZ	MEDICO DE FAMILIA	CS DE SAN PABLO
RUTH RUBIO	MIR MF Y C 3-4 AÑO	CS DE SAN PABLO
LOURDES LUZÓN	MIR MF Y C 3-4 AÑO	CS DE SAN PABLO
Mª PILAR ASTIER	MIR MF Y C 3-4 AÑO	CS DE SAN PABLO

<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>ACTUACIONES PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>¿De que hablamos?</p> <p>La Mejora de la Seguridad del Paciente (MSP) es un campo que ha surgido con una enorme pujanza en los últimos años, y que diferentes estudios (ENEAS en España) han evidenciado que dista mucho de estar resuelto adecuadamente. Hemos de puntualizar que cuando se habla de MSP nos estamos refiriendo a prevenir los daños reales o potenciales que un paciente sufre por su contacto con el sistema, y no a los daños que pueda producirle la evolución de su enfermedad aunque esté correctamente tratada; es decir, a los daños que no sufriría si no estuviera dentro del sistema sanitario. Si la situación de riesgo existe, pero no se llega a producir el daño, hablamos de incidentes; si el daño llega a producirse hablamos de efecto adverso, evitable o inevitable. Es sin duda un tema difícil, muy complejo, y con imbricaciones jurídico-legales que no ayudan en nada a su desarrollo.</p>

Sin embargo, lo acertado de su enfoque -como veremos a continuación- permite acercarse a él con suficiente optimismo, en la confianza de que ya estamos asistiendo y seguiremos haciéndolo en los próximos años, a mejoras muy relevantes. El citado acierto para enfocarlo se basa en:

- Un error, un efecto adverso, se identifica y se analiza como una oportunidad de mejora, para aprender de él, diseñar actuaciones que puedan evitarlo o minimizarlo, y comunicarlo a la comunidad profesional para que evitemos su recurrencia.
- En ningún caso la declaración de un efecto adverso debería ser utilizada con fines legales. Es tarea del Ministerio de Sanidad y Consumo promover los cambios legales para que esto sea así, y lograr que el ámbito de la MSP sea impermeable a los requerimientos jurídicos, que habrán de utilizar sus propias vías.
- Un daño, o un riesgo, que se produce por estar en contacto con el sistema sanitario es prácticamente siempre multicausal, y la responsabilidad de cada una de sus causas puede corresponder a cualquiera de los niveles que configuran el Sistema Sanitario. Así, el Ministerio, la Consejería, la Comarca o Area, el centro de salud y el profesional, son todos ellos corresponsables, en mayor o menor grado, de que ocurra. El análisis de sus circunstancias identificará la responsabilidad de cada uno de los protagonistas y en que nivel deben de establecerse las barreras para evitarlo. Siempre el análisis y de las propuestas de mejora han de dirigirse hacia el sistema.

Este enfoque, de carácter eminentemente positivo, permite acercarse al mundo de la MSP en la confianza de que nos va a ayudar a tener una práctica más acorde con el principio de no maleficencia.

¿Realmente es un problema relevante?

El estudio APEAS (Efectos adversos en Atención Primaria) , cuyo trabajo de campo se llevó a cabo el año 2007 para conocer la prevalencia de los efectos adversos en Atención Primaria (AP) y las características de los mismos, ha permitido una excelente aproximación a la realidad de nuestra práctica, en cuanto a efectos adversos detectados. El estudio examina prácticamente 100.000 consultas, y encuentra una prevalencia de 7,5 de incidentes y de 11.18 de efectos adversos cada 1000 visitas. Un tanto por mil aparentemente bajo, hasta que somos conscientes de que, en una consulta con 35 visitas/día hacemos 1000 visitas en menos de 30 días de trabajo. La prevalencia es baja, pero el alto número de actos médicos hace que estemos involucrados en algún incidente o efecto adverso en varias ocasiones cada semana. De esos efectos adversos un 30 % precisó atención especializada u hospitalización, y de ellos un 80% fueron considerados como evitables por quienes los detectaron.

Destacan como factores causales la medicación, presente en el 45% de los casos, los cuidados, en el 25.7 %, y la comunicación, en el 24.6%. Los problemas con el diagnóstico y con la gestión de los pacientes completan las 5 categorías causales que detectó el estudio.

En resumen: en AP los efectos adversos e incidentes existen, son frecuentes (por el gran número de actos realizados), algunos de ellos graves, y en su mayor parte evitables. En

consecuencia, no abordarlos significaría una falta de ética incomprensible.

¿Cómo podemos abordarlo?

El abordaje de la Seguridad del Paciente, al partir de un enfoque sistémico, deberá llevarse a cabo desde cada uno de los niveles implicados; de manera que para un mismo riesgo se establecerán distintas acciones de mejora –barreras para evitar el daño- en función del nivel implicado. Así, para disminuir el riesgo de que un paciente pueda tomar doble dosis de la indicada de un mismo principio activo, porque se le han recetado de marcas diferentes en dos visitas sucesivas y cree que son distintos, las acciones que pueden tomarse son: el Ministerio acuerda con la industria que los envases de un mismo principio activo tengan al menos medio envase igual en todas las marcas y genéricos; la Consejería nos dota de un buen programa informático de prescripción, que avise de duplicaciones, interacciones, etc; el Area o Comarca nos facilita unas condiciones de trabajo que permitan revisar la medicación sin urgencias de tiempo; el centro de salud nos proporciona hojas para dar al paciente con todo su tratamiento revisado; los profesionales utilizamos las hojas, y dedicamos una parte de nuestro tiempo de visita a revisar la medicación. Hay pues soluciones, desde las que promueve la OMS (tabla 1) y que ahora están siendo cuestionadas hasta las que ya están probadas en ámbitos similares al nuestro (tabla 2). En nuestro país nos encontramos en plena ebullición en cuanto al tema de la MSP, y prácticamente todas las consejerías han implantado acciones, aunque en su mayor parte en el campo hospitalario. En AP Madrid tiene ya implantadas sus Unidades Funcionales, y prácticamente todas las Consejerías del Estado están trabajando en esta línea, por lo que ya empiezan a verse resultados.

¿Qué podemos hacer ya?

Hay dos problemas que surgen siempre al hablar de MSP, cuya evidencia es tal que ya se pueden implantar medidas: los problemas con el cumplimiento terapéutico, sobretudo en personas mayores, y la comunicación entre primaria y especializada de ambulatorio de especialidades... entre otros. Si los problemas existen, y disponemos de soluciones y podemos diseñar muchas más, todos los actores implicados en la MSP debemos asumir nuestra responsabilidad. Pero para ello, todos los profesionales de las instituciones debemos estar concienciados del problema. Así que el primer paso debe ser que los profesionales de AP hemos de asumir la Cultura de Seguridad del Paciente, e incorporarla a nuestro que hacer diario. Por su parte la administración Sanitaria nos ha de dotar de herramientas –tiempo, programas de apoyo ala prescripción,...- que nos lo faciliten.

Tabla 1. Los 9 problemas para los que la OMS propone soluciones para mejorar la Seguridad del Paciente

- . Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
- . Identificación de pacientes
- . Comunicación durante el traspaso de pacientes
- . Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto
- . Control de las soluciones concentradas de electrolitos
- . Asegurar la precisión de la medicación en las

transiciones asistenciales
 . Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
 . Usar una sola vez los dispositivos de inyección
 . Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

Tabla 2. Implementing patient safety practices in small ambulatory care setting. Scahuberger 2006 Journal on quality and patient safety.

- 1.DOCUMENTAR LAS ALERGIAS
- 2.ESTANDARIZAR LA ESCRITURA DE PRESCRIPCIONES
- 3.ELIMINAR LAS AMPOLLAS DE CLORURO POTASICO
- 4.INSISTIR EN QUE LA DECLARACION DE ERRORES ES NO PUNITIVA
- 5.MEDICAMENTOS DE NOMBRE Y ASPECTO PARECIDO
- 6.SISTEMATIZAR LAS ORDENES VERBALES
- 7.ASEGURAR LA SEGURIDAD DE LAS MUESTRS DE MEDICAMENTOS
- 8.PROTOCOLOS PARA USO DE FARMACOS PELIGROSOS
- 9.ALIANZA CON LOS PACIENTES
- 10.MANTENIMIENTO CUIDADOSO DEL VADEMECUM PERSONAL
- 11.NOTIFICACION DE LOS RESULTADOS DE PRUEBAS

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA:

Sarah Jacobs MA, Maeve O'Beirne MD PHD CCFP, Luz Palacios Derflinger MSC, Lucie Vlach, Walter Rosser MD CCFP FRCP MRCGP(UK), Neil Drummond PHD. Errors and adverse events in family medicine: Developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Can Fam Physician* 2007;53:270-276.

Creation of a better medication safety culture in Europe: building up safe medication practices (informe a cargo del Expert Group on Safe Medication Practices en el marco de la COE).

Aranaz JM, Aibar C, Terol E, Agra Y. Seguridad del paciente y práctica clínica. *Med Prev.* 2006; 23(4): 7-11.

Tighe CM, Woloshynowych M, Brown R, Wears B, Vincent C. Incident reporting in one UK accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 2006 Jan;14(1):27-37.

Khare RK, Uren B, Wears RL. Capturing more emergency department errors via an anonymous web-based reporting system. *Qual Manag Health Care.* 2005 Apr-Jun;14(2):91-4

Los sucesos adversos en los hospitales españoles: resultados del Estudio ENEAS.

Aranaz JM, Aibar C, Casal J, Gea MT, Limón R, Requena J Miralles JJ, García R, Mareca R y grupo de trabajo ENEAS. *Medicina Preventiva Vol. XIII, Especial Congreso 2007.*

Best-practice protocols: Reducing harm from high-alert medications. *Meisel, Mary RN, APRN, BC, MS; Meisel, Steven PharmD.* *Nursing Management.* 38(7):31-39, July 2007.

Electronic platform for professional training and patient safety culture building. En: 24th International Conference, The International Society for Quality in Health Care (Boston, 30 septiembre - 3 octubre 2007)

Action on Patient Safety - High 5s. www.who.int/patientsafety/solutions/high5s/en/index.html

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

- Describir la sensibilidad hacia la cultura de la seguridad de los pacientes de los profesionales del centro de salud de San Pablo antes de la formación y después de la formación
- Trabajar el material formativo del CD del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Generar la cultura de compartir los incidentes anónimos ocurridos en el centro para convertirlos en áreas de mejora a través del buzón de la biblioteca.
- Estandarizar a través de la gestión de procesos el circuito de análisis y mejor a partir de los incidentes ocurridos en el centro de salud.
- Desarrollar pequeñas prácticas en cuanto a seguridad de pacientes, como la de "triturar" todos los documentos que lleven datos clínicos o personales de pacientes del centro. Para ello, la solicitud de una trituradora de papel por planta del centro de salud.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

4.- ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

Enumerar las actividades que se van a desarrollar para conseguir los objetivos deseados y los responsables de las distintas tareas.

ACTIVIDADES:	Responsable
1.- Paso de encuesta sobre SP traducida y validada en España (Silvestre C) de la AHRQ de EEUU.	Lourdes Luzón/ Ruth Rubio/ Pilar Astier
2.- Sesión clínica de CSSP de introducción del tema de SP y presentación de los materiales del MSC sobre formación en SP (CD azul).	Pilar Astier
3.- Seminarios de trabajo con el material de formación del MSC sobre SP.	Pilar Astier/Mercedes Abancens/Elena Arrillaga
4.- Paso de encuesta sobre SP traducida y validada en España (Silvestre C) de la AHRQ de EEUU tras los seminarios de formación.	Lourdes Luzón/ Ruth Rubio/ Pilar Astier
5.- Diseño de una planilla de recogida de incidentes/efectos adversos ligados a cuidados en el CSSP de cumplimentación anónima (planilla accesible por ordenador) que se recogerá en papel en buzón de biblioteca.	María Jesús Muro/Natividad Castro/Mercedes Eguiluz/Ana Martí/Sonia Benedí
6.- Crear base de datos de registro de los incidentes/efectos adversos declarados anónimamente en el CSSP.	Pilar Astier/Sonia Benedí/Mercedes Abancens/ Elena Arrillaga
7.- Generar un procedimiento de manejo de incidentes/efectos adversos para facilitar un sistema de acciones para resolverlo y analizarlos en el EAP.	María Jesús Muro/Mercedes Eguiluz/Natividad Castro/Ana Martí/Sonia Benedí

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 y análisis de las encuestas recibidas del EAP del CSSP antes y después de realizar las actividades de formación con el material del MSC sobre SP.
- Registro de seminarios realizados con los profesionales del EAP sobre SP.
- Existencia de la plantilla de registro de efectos adversos ligados a los cuidados facilitados por los profesionales del CSSP. Inicialmente se recogerán en un buzón 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>
-------	---

- biblioteca.
- Creación de base de datos en Access para el registro de efectos adversos del CSSP.
 - Existencia del procedimiento escrito en el manual de procedimientos del CSSP sobre la gestión de los efectos adversos declarados por el EAP del CSSP.

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

Calendario:

Fecha de inicio: Enero 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D
Encuesta sobre cultura de SP al EAP CSSP	X											
Seminario I a médicos y enfermeras EAP		x										
Seminario II a médicos y enfermeras EAP			x									
Seminario I al resto de profesionales del EAP				x								
Seminario II al resto de profesionales del EAP					x							
Encuesta sobre cultura de SP al EAP CSSP						x						
Sistema de registro de incidentes: Planilla y base de datos									x	x	x	x
Procedimiento de gestión de incidentes CSSP									x	x	x	x

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>
4 TRITURADORAS (400 euros ud*4)	1600
VIDEOCÁMARA DE GRABACIÓN PARA CONSULTA	811
MATERIAL DOCENTE (rollo papel para papelógrafo)	30
INSCRIPCIÓN A LAS I JORNADAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. San Sebastián 13 de junio de 2008. Organizadas por la SEMFYC y la SECA. Para 4 personas (90 euros por persona) más viaje	460
BUZÓN PARA COMUNICACIÓN DE INCIDENTES	30
TOTAL	2931

Lugar y fecha: Zaragoza, 22 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO “Guía informativa sobre la tolerancia de los efectos secundarios en los enfermos de Parkinson”</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Eva Pilar Chueca Miguel</p>
<p>Profesión COORDINADORA DEL EQUIPO. TERAPEUTA OCUPACIONAL</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE ATENCION PARA ENFERMOS DE PARKINSON Y SUS FAMILIARES</p>
<p>Correo electrónico: asociacion@parkinsonaragon.com</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976134508</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Laura Marín Español	fisioterapeuta	Centro de atención para enfermos de parkinson
Susana Villacampa Romero	Logopeda	Centro de atención para enfermos de parkinson
M ^a Carmen Fernández Perez	psicóloga	Centro de atención para enfermos de parkinson
Magdalena Crespo Biel	Trabajadora social	Centro de atención para enfermos de parkinson

<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>Se trata de satisfacer las necesidades de información que los pacientes de parkinson tienen frente a los inevitables efectos secundarios que causan los fármacos utilizados por este colectivo, que como media se toman alrededor de 10-12 pastillas diarias.</p> <p>Son cuestiones que, si bien es verdad, que en los prospectos las mencionan, no es menos cierto que la intensidad de los efectos secundarios que pueden entenderse como tolerable, queda al criterio del paciente o de su cuidador.</p> <p>Cabe la posibilidad de que el fármaco que le ha prescrito el facultativo, en su caso particular produzca unos efectos secundarios que vayan más allá de la consideración de normales. Sería conveniente que el afectado pudiera encontrar la información sobre sus dudas de forma accesible.</p> <p>La guía vendría a cubrir la necesidad de poder efectuar consultas, donde el paciente encuentre una orientación adecuada a su problema, sobre qué puede llegar a admitir como normal de un efecto secundario de la medicación y qué no.</p> <p>La difusión de la guía es un punto clave para el éxito del proyecto, se trata de que los afectados por la enfermedad de parkinson puedan acceder de forma fácil a ella.</p> <p>Para eso tendremos en cuenta la red de Centros Sanitarios y la firma de un Convenio de Colaboración con el Ilmo. Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza.</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

- Aumentar la calidad de la información sobre los efectos tolerables de los efectos secundarios de los medicamentos ingeridos por los enfermos de parkinson.
- Crear un soporte practico, donde están recogidas las respuestas a una serie de dudas sobre los efectos secundarios de la ingestión de fármacos
- Que la información llegue a un numero mayor de enfermos de parkinson.
- Mejorar y aumentar, los cauces de distribución de la información a través de diferentes firmas y convenios.
- Satisfacer la demanda de información del colectivo de afectados por la enfermedad de parkinson sobre un tema concreto que preocupa , y sobre el que se han manifestado desorientados.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Encuesta, distribución, Encuesta de Evaluación

La realización de la actividad, cuenta con el equipo de trabajo del Centro sanitario de atención al enfermo de parkinson y sus familiares, y la disponibilidad de un colectivo interesado en ser participe de su propio estudio, los enfermos de parkinson.

El grupo esta dirigido por una coordinadora del estudio, y seguirá, los siguientes pasos:

- 1º Distribución de una primera encuesta, sobre la sintomatología de los pacientes.
- 2º Análisis de los resultados, cuantificar, tabular, y llegar a las conclusiones
- 3º Creación y redacción de la guía sobre la tolerancia de los efectos secundarios
- 4º Distribución de la Guía, a través de la propia Asociación y además, para ello contamos con la firma de un convenio de colaboración con el Ilmo.Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza, y la posibilidad de llegar a médicos de familia y neurólogos
- 5º Muestra a través de una segunda encuesta de la eficacia de la guía, que sirva de 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

1. Nº de guías distribuidas
2. Resultado de las encuestas evaluadoras sobre la mejora de la información
3. Mejora del nivel de satisfacción manifestado por el colectivo.

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: febrero 2008	Fecha de finalización: noviembre 2008
Calendario:	
ACTIVIDAD	MES
▪ CREACIÓN DE LA ENCUESTA DE SINTOMATOLOGIA	FEBRERO-MARZO
▪ CREACIÓN DE LA GUIA	ABRIL-JUNIO
▪ DISTRIBUCION	JULIO-OCT
▪ ENCUESTA DE EVALUACION	NOVIEMBRE

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Equipo de trabajo</i>	1.500€
<i>Edición de la guía</i>	1.500€
TOTAL	3.000€

Lugar y fecha:
Zaragoza, 18 de Febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO PARTOGRAMA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos BELÉN RODRÍGUEZ SOLANILLA. Coordinadora de Calidad Servicio de Obstetricia
Profesión Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Sección de Paritorio y Urgencias. Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet.
Correo electrónico: brodriguez@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: (976)76-55-00 Extensión 3130

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sergio Castán Mateo	Jefe Sección	Maternidad HUMS.
Susana Tejero Sancho	FEA	Maternidad.HUMS
Isabel Lahoz Pascual	FEA	Maternidad.HUMS
Javier Tobajas Homs	Jefe Servicio	Maternidad.HUMS
Sofía Gotor	Supervisora	Maternidad.HUMS
Luz Gotor	Supervisora	Maternidad.HUMS
Pilar Martínez	Matrona	Maternidad.HUMS
Carmen Pilar Fuentes	Matrona	Maternidad.HUMS
M ^a Jesús Royo	Matrona	Maternidad.HUMS
Belén Sabater	Matrona	Maternidad.HUMS
Pilar Isar	Matrona	Maternidad.HUMS

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 parto es el proceso hospitalario más frecuente dentro de la Obstetricia, por lo que cualquier cambio respecto a él será de gran relevancia en nuestra práctica diaria.</p> <p>Concepto de partograma:</p> <p>Es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.</p> <p>Se reconoce internacionalmente que es el mejor método para vigilar el proceso dinámico del parto. Con él se retoma el concepto de cuidado individualizado de la mujer en dicho proceso. El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva.</p>

Ventajas del partograma:

- Recoge todos los datos de la gestación y el parto de importancia en su control y valoración.
- Facilita archivar y computar los datos.
 - Garantiza un seguimiento de la evolución del parto de alta calidad y personalizado.
- Constituye un método de lenguaje universal.
- Es económico y asequible.
- Es una herramienta de vigilancia del trabajo de parto útil y sencilla.
 - Disminuye la morbilidad y mortalidad maternoperinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata.
 - Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
 - Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea y partos instrumentados en algunos hospitales y la reducción del "intervencionismo" obstétrico.

Nuestro partograma actual necesita ser revisado por múltiples motivos:

- Fue diseñado hace más de 15 años, sin participar en el proceso ninguna de las personas que lo manejan en la actualidad.
 - Carece de espacios reservados para consignar muchos de los datos de la historia clínica de la gestante, por lo que se rellena de forma arbitraria y desordenada.
 - No está diseñado para el uso de líneas de alerta y acción para valorar el parto.

En un número importante de maternidades se utilizan las **líneas de alerta y acción**, trazadas en el partograma, para valorar de forma objetiva la evolución del trabajo de parto tras el período de latencia:

- En la zona de la derecha de la línea de alerta se extrema la vigilancia.
- En la línea de acción se sitúa el punto crítico de las decisiones obstétricas.

Como ya hemos dicho, dado el diseño de nuestro partograma actual, no es posible la aplicación de tan importante recurso de control intraparto. Uno de los objetivos de este proyecto es tener en cuenta esta necesidad a la hora de estructurar el futuro partograma.

Con el diseño del nuevo documento pretendemos:

- Subsanan los defectos de forma del actual.
 - Elaborarlo, de forma consensuada, desde un grupo multidisciplinar constituido por matronas y ginecólogos.
 - Permitir la aplicación de las líneas de alerta y acción con el objeto de:
 - Detectar de forma objetiva una alteración en la progresión del parto.
 - Evitar intervencionismo, ajustando las tasas de parto instrumental y cesárea por no progresión de parto.

RECOMENDACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO (Julio-07)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

González X, Abouassi A, Vargas A. Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Agosto 2003. Vol. 7 - N° 2

Nápoles D, Bajuelo A, Téllez M. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. MEDISAN 2004;8(4):64-72

Lavender T, Alfievic Z, Walkinshaw S. Effect of different partogram action lines on birth outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006; 108:295-302
WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Birth* 28: 3 September 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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1) **Crear un grupo de trabajo constituido por matronas y ginecólogos:**
 - Avanzar en nuestro sentimiento de equipo, ya que en el proceso del parto intervienen profesionales de diferentes niveles asistenciales.
 - Elaborar un partograma consensuado entre los distintos estamentos que van a trabajar con él, fomentando la implicación, la participación y el sentimiento de corresponsabilidad.

- 2) **Mejorar de forma continua la historia clínica en lo referente al proceso de gestación y parto:**
 - Crear un partograma en el que puedan recogerse, de forma sencilla y gráfica, todos los datos relativos al embarazo y el parto de la gestante que nos son de interés.
 - Minimizar la variabilidad en la cumplimentación del partograma, con espacios reservados para cada uno de los datos a recoger.
 - Aumentar la eficiencia y uso apropiado de este documento.
 - Eliminar 2 de las hojas que se cumplimentan en todos los partos, ya que el nuevo partograma aunará en un solo documento los datos que en la actualidad se consignan en 3 hojas (4 en caso de gestación gemelar).

- 3) **Unificar criterios de actuación en la valoración de la evolución del parto:**
 - Aplicar de forma sistemática las líneas de alerta y acción.
 - Eliminar el riesgo de la valoración subjetiva del parto.

- 4) **Mejorar la asistencia a la gestante intraparto:**
 - Sistematizar y ordenar los datos a recoger en el partograma.
 - Valorar de forma individualizada la evolución de cada uno de los partos.
 - Evitar el intervencionismo obstétrico al ajustar los diagnósticos de no progresión de parto, reduciendo de esta manera:
 - La tasa de partos instrumentados.
 - La tasa de cesáreas.

 - Detectar de forma precoz las distocias en la evolución del parto, permitiendo una pronta resolución, lo que puede conllevar una disminución de:
 - Morbimortalidad fetal.
 - Morbimortalidad materna.

- 5) **Garantizar la satisfacción de las usuarias por:**
 - Estandarización de la actuación intraparto.
 - Disminución del intervencionismo obstétrico.
 - Mejora de la morbilidad materno fetal.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por matronas y facultativos de la Sección de Parto del Hospital Universitario Miguel Servet. (Dr. Castán)
- Revisión de bibliografía acerca del tema (Dr. Castán)
- Recogida y revisión exhaustiva de partogramas de otros centros hospitalarios. (Dra. Lahoz)
- Análisis de nuestro partograma actual: carencias, defectos de forma... (Dra Tejero)
- Diseño y elaboración del nuevo partograma. (Dra. Rodríguez)
- Presentación del nuevo documento a la Comisión de Historias Clínicas para su revisión, valoración, y aprobación si procede. (Dr. Tobajas)
- Presentación del documento a las matronas y formación a las mismas para su correcta cumplimentación. (Sofía y Luz Gotor, Supervisoras)
- Presentación en Sesión Clínica del Servicio al resto de los facultativos. (Dra. Rodríguez)
- Presentación a la Sección de Neonatología del Servicio de Pediatría. (Dr. Tobajas)
- Evaluación de su correcto manejo y utilidad clínica. (Médicos Internos Residentes)

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

- **Primera evaluación del proyecto: Junio 2008:**
 - Diseño y realización del partograma.
 - Presentación y aprobación del documento.
- **Evaluación de su implantación: Diciembre 2008:**
 - Uso sistemático en mujeres en trabajo de parto.
 - Presencia en las historias de episodios de parto.
 - Correcta cumplimentación de los datos del episodio.

esto se evaluará mediante la revisión de 30 historias clínicas de parto, escogidas al azar, del último semestre del año 2008.

INDICADORES:

- Uso del nuevo partograma en todos los partos del área. (100%)
- Presencia del mismo en todas las historias clínicas de proceso de parto. (100%)
- Correcta cumplimentación del partograma. (>90%)
- Presencia de líneas de alerta y acción en partogramas de las gestantes con diagnóstico de cesárea por no progresión de parto o fallo de inducción. (>80%)

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: Enero 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

- Enero 2008: Constitución del grupo de trabajo.
- Febrero 2008: Revisión de partogramas de otros centros y del nuestro actual. Formulación de ideas para la elaboración.
- Marzo 2008: Diseño y elaboración de documento definitivo.
- Abril 2008: Presentación en Comisión de Historias Clínicas.
- Junio 2008: Presentación a matronas y ginecólogos en Sesión Clínica. Presentación al Servicio de Pediatría.
- Diciembre 2008: Primera evaluación del proyecto.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Ordenador portátil HP	1.200
TOTAL	1.200

Lugar y fecha: Zaragoza, 18 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 CALIDAD DE LA ATENCION CONTINUADA Y GESTION DE PROCESOS HEMATOLOGICOS EN HOSPITAL DE DIA
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Pilar Giraldo Castellano Profesión Jefe de Sección de Hematología Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Servicio de Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet Correo electrónico: pgiraldo@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765546
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Valle Recasens Flores(VR)	FEA	Sº de Hematología HUMS
Araceli Rubio Martinez (AR)	FEA	Sº de Hematología HUMS
Teresa Galego (TG)	ATS	Hospital de Día Hematología HUMS
Mª José Agustín (MJA)	FEA	Sº Farmacia HUMS
Paz Latre (PL)	Médico AP	Atención Primaria
Carlos López Puente (CLP)	ATS	Hospital de Día Hematología HUMS
Mª José Ciria (MJC)	Administrativo	Hospital de Día Hematología HUMS
Laura Quilez (LQ)	Administrativo	Hospital de Día Hematología HUMS
Zoraida Soriano (ZS)	Especialista en Gestión de Calidad	NOVOTEC

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La labor asistencial que se realiza en el Hospital de Día de Hematología supone la administración controlada de protocolos y seguimiento de pacientes con neoplasias hematológicas. Se aplican tratamientos programados de complejidad diferenciada en régimen ambulatorio así como tratamientos enzimáticos sustitutivos en pacientes con enfermedades de depósito lisosomal. Todo ello supone la realización de un trabajo coordinado en el que participan diversos estamentos sanitarios. Igualmente la participación en estudios clínicos que requieren la administración programada y controlada de fármacos de nueva implantación con monitorización de constantes, utilización de diferentes esquemas de premedicación y seguimiento de respuesta y efectos adversos ante distintos medicamentos.

Para su funcionamiento se requiere la participación y colaboración de diferentes profesionales sanitarios que han de adoptar una orientación a procesos para la gestión de la calidad, mediante la identificación sistemática y la gestión de los diferentes protocolos existentes dentro de la organización, teniendo siempre en cuenta el papel significativo de los pacientes en la definición de los requisitos de entrada de aquellos, la evaluación y el seguimiento de la satisfacción de los pacientes tras la prestación del servicio, y la utilización de esta información como nueva entrada para la mejora continua.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- 1.- Se ha completado la elaboración del Mapa de procesos Hematológicos más frecuentes atendidos en Hospital de Día
- 2.- Se ha realizado encuesta de satisfacción a los usuarios de Hospital de Día de Hematología.
- 3.- Se ha elaborado una Guía de cuidados de catéteres y vías de acceso venoso para los pacientes
- 4.- Se ha elaborado una Guía para los pacientes para conocer los efectos de la quimioterapia y las medidas dietéticas a seguir durante el tratamiento

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Establecer el grado de adecuación de la organización, funciones, documentos y actividades a los requisitos de la norma de referencia.
- 2.- Identificar los procesos de la organización y la relación entre los mismos.
- 3.- Definir la relación de Procedimientos / Documentos que es necesario elaborar.
- 4.- Al finalizar esta fase se confeccionará un breve informe de conclusiones al que se adjuntará una planificación detallada para la ejecución del resto del proyecto.

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

- A. Conocimiento de la organización y diagnóstico.
- B. Formación del personal.
- C. Elaboración de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- D. Apoyo a la implantación de los documentos en el proyecto piloto.
- E. Apoyo a la extensión del Sistema a la totalidad del proyecto.
- F. Auditoría interna del Sistema de Gestión.
- G. Apoyo al proceso de Certificación.
- H. Mantenimiento y Mejora del Sistema de Calidad.

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

Se impartirá una sesión formativa de unas 3-4 horas de duración a todo el personal de HOSPITAL DE DÍA, en la que se incluirán los siguientes temas: Conceptos fundamentales sobre calidad, sistemas de calidad, documentación de los sistemas de calidad, certificación, etc. Requisitos introducidos por la norma UNE-EN ISO 9001:2000. Enfoque a procesos y mejora continua. Mejoras que introducen los Sistemas de Calidad

Documentos: Manual de la Calidad. Fichas de procesos: Procedimientos, Instrucciones técnicas/Procedimientos normalizados de trabajo:

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: _____

Calendarario:

FASE	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
Diagnóstico. Planificación proyecto							
Formación y sensibilización del personal							
Elaboración de la documentación							
Apoyo a la implantación *							
Auditoría interna de precertificación							
Apoyo al proceso de certificación							

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>
<u>Planificación del Proyecto</u>	<u>200</u>
<u>Formación del personal</u>	<u>500</u>
<u>Elaboración de la documentación</u>	<u>300</u>
<u>Asesoría para la implantación</u>	<u>500</u>
TOTAL	1500

Lugar y fecha: Zaragoza 19 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

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>Importancia de las micosis en el paciente diabético y la utilidad del diagnóstico en su prevención</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos Antonio Rezusta López</p> <p>Profesión Facultativo Especialista de Microbiología</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital Universitario Miguel Servet</p> <p>Correo electrónico: arezusta@unizar.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765 542 ext 2443</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Isanta Pomar	FEA	San José Centro
Yolanda Sánchez Torres	Responsable calidad	San José Centro
Marisol Ruiz Sanz	Enfermera	San José Centro
Bárbara López Peirona.	Enfermera	San José Centro
José Antonio Montiu Peman	FEA	San José Norte
M ^a Teresa López-Melús Marzo.	FEA	San José Norte
Gloria Martin Saco	FEA	Microbiología, HUMS
M ^a Luisa García Zurita	Enfermera	Microbiología, HUMS
Cristina Gonzalo Ortega	Enfermera	Microbiología, HUMS
M ^a Antonia Sanchez Calabera	FEA	San José Sur
M ^a Jesús Hernandez Navarrete	FEA	Medicina Preventiva, HUMS
M ^a José Revillo Pinilla	Jefe de Servicio	Microbiología, HUMS
M ^a Carmen Nieto Toboso	FIR	Microbiología, HUMS
M ^a Isabel Cameo	MIR	HUMS
M ^a Dolores Yagüe Larriba	Enfermera	Microbiología, HUMS
Ana Hernández	Responsable calidad	San José Norte

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Introducción

La diabetes afecta a 60 millones de personas en el mundo, en España, la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en varias comunidades autónomas, se sitúa en unas tasas se entre el 6 y el 10% de la población general, llegando al 25% en la población superior a 70 años, y es la primera causa de amputación no traumática (Godai 2006).

La prevalencia del pie diabético se sitúa en torno al 8-13% de los diabéticos, afectando con mayor frecuencia a la población diabética entre 45 y 65 años (Gaitán 2006).

Es frecuente no tener en cuenta como origen del pie diabético la infección por hongos del pie y de las uñas, de hecho no figura en la revisión de Gaitán 2006

Sin embargo, las micosis puede ser puerta de entrada para la infección bacteriana, especialmente la celulitis Joshi et al. N Engl J Med. 1999; 341: 1906–12 La onicomiosis severa es un predictor de la úlcera del pie diabético (Boyko et al. Diabetes Care 2006; 29: 1202–7.)

Los diabéticos con onicomiosis presentan una elevada proporción de gangrena y úlceras diabéticas (12,2%) comparados con los pacientes sin onicomiosis (3,8%) Gupta y Humke S.. Eur J Dermatol 2000; 10: 379–84

La fuente de infección del pie diabético con frecuencia no está clara, pero en muchas infecciones de las extremidades inferiores, el estreptococo responsable está presente en el espacio interdigital macerado o figurado, esto hace que sea importante detectar y tratar tinea pedis y otras causas de anomalías en los espacios interdigitales (Stevens et al IDSA Clin Infect Dis. 2005 Nov 15;41(10):1373-406. T: 6085)

Una patología frecuente en estos pacientes es la celulitis, que se ve favorecida por tinea pedis, eczema venosos y dermatitis (Stevens et al IDSA Clin Infect Dis. 2005 Nov 15;41(10):1373-406. T: 6085)

Los datos disponibles sobre la prevalencia son dispares dependiendo de los autores e incluso el mismo autor en distinta publicación (Gupta et al. Br J Derm 1998; 139: 665–71. Gupta y Humke. Eur J Dermatol 2000; 10: 379–84. Alteras y Saryt. Mycopathologica 1979; 67: 157–9. Saunte et al. Acta Derm Venereol 2006; 86: 425–8.

El coste, sin tener en cuenta, el dolor, el sufrimiento personal y familiar, las pérdidas de jornadas laborales de los familiares, ni las horas de cuidados, se estiman en unos 28000 \$ en 1999 en EEUU; en Suecia en el año 2000, unos 18000\$ (sin amputación) y 34000 \$ (con amputación) Singh et al JAMA. 2005 12;293:217-28.. T: 6077

La mortalidad en pacientes amputados por pie diabético es de 13-40% en el primer año, 35-65% a los 3 años, y un 39-80% a los 5 años, datos peores que los obtenidos para algunas enfermedades malignas. Singh et al JAMA. 2005 12;293:217-28.. T: 6077

La utilidad del proyecto viene dada por dos aspectos fundamentales, uno trabajar por procesos, y dos prevenir el desarrollo del pie diabético al realizar el diagnóstico y tratamientos precoces.

El **método** a utilizar será examen médico de los pies de los pacientes diabéticos en las consultas de los médicos de los centros de salud reseñados, aquellos pacientes con lesiones de los pies o de las uñas, se les remite a microbiología para recogida de muestra, para el diagnóstico de la infección fúngica. Cuando se sospecha infección bacteriana se actuará de acuerdo con la guía de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) (Lipsky et al. Diabetes Metab Res Rev. 2004;20 Suppl 1:S68-77).

Staphylococcus aureus es el agente con mayor implicación en la infección de la úlcera del pie diabético (Lipsky et al. Diabetes Metab Res Rev. 2004;20 Suppl 1:S68-77). De

estos *S. aureus*, hasta el 47% pueden ser resistentes a la meticilina Tentolouris et al. Clin Microbiol Infect 2006; 12: 186–189, que además en los datos de estos autores el el único agente que presenta mayor frecuencia en pacientes infectados que en los colonizados

Formación del personal de enfermería para una correcta formación del paciente diabético dirigida a la prevención del pie diabético.

Situación actual

En este momento son pocos los facultativos que utilizan el diagnóstico micológico como ayuda en el manejo del pie diabético.

Este proyecto pretende iniciar un manejo del paciente por procesos. Este planteamiento puede llevar a una mejor prevención del pie diabético. Además pretende iniciar una línea que permita prevenir el pie diabético

Bibliografía:

Goday Arno A. 2006 Epidemiología de la diabetes. Coordinado por Bernad Soria.

Gaitán J. 2006. **El pie diabético: la perspectiva del podólogo** Coordinado por Bernad Soria.

Joshi et al. N Engl J Med. 1999; 341: 1906–12

Boyko et al. Diabetes Care 2006; 29: 1202–7

Gupta y Humke S.. Eur J Dermatol 2000; 10: 379–84

Stevens et al IDSA Clin Infect Dis. 2005 Nov 15;41(10):1373-406.

Gupta et al. Br J Derm 1998; 139: 665–71

Alteras y Saryt. Mycopathologica 1979; 67: 157–9.

Saunte et al. Acta Derm Venereol 2006; 86: 425–8.

Singh et al JAMA. 2005 12;293:217-28.. T: 6077

Lipsky et al. Diabetes Metab Res Rev. 2004;20 Suppl 1:S68-77

Tentolouris et al. Clin Microbiol Infect 2006; 12: 186–189

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Una mejora de los cuidados del pie, por la formación dada por los médicos y la enfermeras de los centros

2. Un control microbiológico adaptado a guía internacional

3. Conocimiento del número de pacientes con diabetes e infección micótica del pie o de la uña.

4. Tratamiento precoz de las micosis, con lo que se evitan alteraciones de la uñas y pies secos que favorecen las erosiones y con ello la celulitis y las úlceras, originando o empeorando el pie diabético.

5. Conocer la importancia de SARM en los pacientes con úlcera en el pie diabético

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Revisión de los pies por parte de los facultativos de los centros y aquellos que presentan lesiones compatibles con micosis remitirlos para estudio a Microbiología

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

2. Cuidado de los pies realizado por las enfermeras de los centros.
3. Recogida de muestras, realizado como habitualmente por la enfermería de Microbiología
4. Tratamiento de las micosis por parte de los facultativos de los centros
5. Observación microscópica y cultivo de las muestras para hongos, realizado por el servicio de Microbiología
6. Cultivo bacteriano de las úlceras diabéticas, realizado por el servicio de Microbiología
7. Cálculo estadístico de la significación de la patología fúngica en pacientes diabéticos con y sin pie diabético, realizado por el servicio de Medicina Preventiva

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

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: debería pasar a formar parte de una actitud de mejora continua
-------------------------------------	---

Calendario:
Desarrollo de protocolo de actuación, 30 de abril 2008
Estudio de los pies con afectación compatible con micosis, ya en marcha
Cultivo de las úlceras para descartar SAMR

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

NOMBRE DEL INDICADOR:		
Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo para la detección de micosis		
<i>Área relevante:</i>	Centros de salud	
Dimensión:	Científico-técnica	
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes chequeados respecto a la totalidad de diabéticos	
<i>Justificación:</i>	Los pacientes con micosis aumentan el riesgo de pie diabético y de celulitis	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con chequeo en revisiones rutinarias}}{\text{Nº total pacientes con diabetes}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los diabéticos	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	No hay	
Fuente de datos:	Centros de salud implicados y datos de Microbiología	
Población:	Todos los pacientes diabéticos	
Responsable obtención:	Centros de salud	
Periodicidad	Anual	
Comentarios:		

NOMBRE DEL INDICADOR:		
Proporción pacientes con micosis		
<i>Área relevante:</i>	Centros de salud	
Dimensión:	Científico-técnica	
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes afectados de micosis	
<i>Justificación:</i>	Los pacientes con micosis aumentan el riesgo de pie diabético y de celulitis	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con estudio microbiológico positivo}}{\text{Nº de pacientes con estudio microbiológico}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los diabéticos con sospecha de micosis remitido para estudio	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	No hay	
Fuente de datos:	Centros de salud implicados y datos de Microbiología	
Población:	Todos los pacientes estudiados para cultivo	
Responsable obtención:	Microbiología	
Periodicidad	Anual	
Comentarios:		

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

NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción pacientes con infección colonización de la úlcera por <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM)				
Área relevante:	Centros de salud			
Dimensión:	Científico-técnica			
Criterio de calidad:	Conocer la proporción de pacientes afectados infección colonización SAMR			
Justificación:	Los pacientes con infección/colonización por SARM tienen peor pronóstico			
Fórmula:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Nº de pacientes con con infección/colonización por SARM</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nº de pacientes con estudio microbiológico</td> </tr> </table>	Nº de pacientes con con infección/colonización por SARM	X 100	Nº de pacientes con estudio microbiológico
Nº de pacientes con con infección/colonización por SARM	X 100			
Nº de pacientes con estudio microbiológico				
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los diabéticos con úlcera en el pies			
Tipo de indicador:	De proceso			
Estándar:	50%			
Fuente de datos:	Centros de salud implicados y datos de Microbiología			
Población:	Todos los pacientes estudiados para cultivo			
Responsable obtención:	Microbiología			
Periodicidad	Anual			
Comentarios:				

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Documentación	400€
Software	300€
Hardward	100 €
TOTAL	800€

Lugar y fecha:

Hospital Universitario Miguel Server y su área de Zaragoza
20 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO UNICO DE ACTUACION EN LOS CENTROS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEPENDIENTES DE NUESTRA AREA
Actualización del Manejo Clínico de los Anticonceptivos

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **ESTHER CRUZ GUERREIRO**

Profesión **Médico Obstetra - Ginecólogo**

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

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Servicio de Obstetricia

Correo electrónico:

ecruz@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500: ext. 3723 (secretaría de obstetricia)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Yasmina José Gutierrez	Obstetra	HUMS y CS Almozara
María Lapresta Moros	Obstetra	HUMS
Miguel Closa Sanchez	Obstetra	HUMS
Ricardo Saviron Cornudella	Obstetra	HUMS-CE Grande Covian
Ignacio Gasca Ercilla	Obstetra	HUMS-CE Grande Covian- CS Fuentes Norte
Belen Rodríguez Solanilla (coordin. calidad)	Obstetra	HUMS
Jesús Perez Gonzalez	Obstetra	HUMS-CE Grande Covian
Javier Tobajas Homs (Jefe de Servicio)	Obstetra	HUMS

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 REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO BASICO DE ACTUACION PARA CADA UNO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES, Y SU IMPLANTACIÓN EN TODOS LOS CENTROS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEPENDIENTES DE NUESTRA AREA atendiendo a eficacia, seguridad y comodidad de uso como pilares básicos, TIENE COMO OBJETIVO FUNDAMENTAL aumentar la salud de las parejas usuarias, y su capacidad de libre elección, continuando en la línea de mejorar cada vez más la oferta anticonceptiva y el conocimiento científico y práctico de los métodos y su difusión. Aunque es muy importante que la anticoncepción avance con la tecnología, es todavía más importante que aumente su accesibilidad. (Los OBJETIVOS ESPECÍFICOS son los de cada uno de los métodos anticonceptivos).

Los datos expuestos a continuación justifican esta iniciativa de mejora:

- ❑ En nuestra zona de influencia sanitaria existen como mínimo 167.506 mujeres en edad fértil (de 15-49 años)* de las cuales aproximadamente el 70% reconoce utilizar algún método anticonceptivo.
- ❑ En el año 2006 se hizo público el estudio SAFE (Sexual Attitudes of females in Europe) realizado en mujeres de 15 a 49 años de 14 países europeos, cuyos resultados mas relevantes son: la píldora es usada por el 28% de las mujeres, el preservativo por el 17%, el DIU de cobre por el 4%, y el DIU hormonal por el 4%. El resto del porcentaje se distribuye en los otros métodos anticonceptivos disponibles. Las participantes españolas de este mismo estudio nos informan que el porcentaje de mujeres que utilizan la píldora es del 18%, mientras que somos líderes en el uso de preservativos, 39%.
- ❑ A pesar de los indudables avances en el uso de un método anticonceptivo, todavía un 30% de mujeres en edad fértil, con riesgo de embarazo, reconocen no estar utilizando ningún método.
- ❑ En estudios sucesivos realizados por distintas organizaciones sobre embarazos no deseados, se objetiva un incremento continuo de Interrupciones voluntarias de los mismos dentro de los supuestos legales (IVEs), tema sanitario de gran actualidad en nuestro país en estos momentos, y ese aumento se da especialmente en los grupos de edad límite: adolescentes de 15-19 años, y perimenopausia (45-49 años)**. Según los más recientes datos del Ministerio de Sanidad las tasas de aborto han aumentado de forma considerable en España, cifras a nuestro juicio inadmisibles habida cuenta de la gran disponibilidad de métodos anticonceptivos en nuestro medio, como país del primer mundo al que pertenecemos***.

Estos datos reflejan la importancia de aconsejar una adecuada anticoncepción a nuestras usuarias que no solo sea eficaz, sino que carezca de los mínimos efectos secundarios y evitar así su abandono. Además debemos de hacer un esfuerzo por mejorar la accesibilidad a la Planificación Familiar.

*Departamento de Informática. Atención Primaria. Salud. Instituto Aragonés de Estadística. Estructura de población. Aragón 2004.

**IV Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. Documentos de Consenso sobre Anticoncepción Hormonal.

***Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento sobre la situación del aborto en España. IVE 2006.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1) UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACION EN EL AREA:

- ❑ Estableciendo los requisitos indispensables previos a la prescripción de un método anticonceptivo

- Estableciendo los controles recomendables según el método elegido y el grupo de riesgo de las usuarias, así como la cadencia de los mismos (**cuando** hay que controlar. ..),
- Unificando las peticiones de analíticas, realización de exploraciones y otras pruebas que fueran pertinentes (**como** hay que controlar...),
- Estableciendo como hay que actuar ante eventualidades surgidas durante el uso de un método anticonceptivo,

2) MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA:

- Realizando una práctica clínica adecuada
- Implica una atención coordinada
- No llevando a cabo actuaciones que no aporten valor al tratamiento/uso del método anticonceptivo implantado.
- Adaptando la atención a las necesidades de las usuarias/os.
- Restringiendo los desplazamientos a los centros, a los mínimos necesarios, incorporando en todos ellos el envío de los resultados por correo.
- Se evita la variabilidad

3) SE INCORPORA LA MEJORA CONTINUA

4) Aunque de difícil valoración, la aplicación de los puntos anteriores seguro supone un AJUSTE-MEJORA EN LOS COSTES al controlar el número de visitas, petición de analíticas y pruebas complementarias, a pesar de conseguir una mejor efectividad clínica, MEJORANDO LA EFICIENCIA.

5) AUMENTAR LOS BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN QUE SE PRESTA de forma importante, GARANTIZANDO LOS DERECHOS y la satisfacción de las usuarias/os

6) IMPLICAR A LAS USUARIAS EN SU PROPIO SEGUIMIENTO

7) COLABORACIÓN con las consultas de GINECOLOGÍA DEL AREA Y con LAS MATRONAS de los Centros de Salud: Las consultas de Planificación está demostrado son fuente de detección de patología ginecológica, y se puede conseguir mayor fluidez en las derivaciones.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Preparación de los protocolos de actuación para cada uno de los métodos anticonceptivos (Dra. José, Dra. Cruz)
- Presentación de los mismos en la Sesión Clínica del Servicio para su valoración y aprobación si procede (Dra. José),
- Planificación y progresiva implantación con los responsables de los distintos centros del Área (Dra. Cruz y todos los integrantes del equipo de mejora)
- Fomentar la divulgación de los Protocolos a los integrantes del Servicio de Ginecología, Médicos de Atención Primaria, matronas y enfermeras del Área (todos los integrantes del equipo de mejora).

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 resultados enviados por correo a las usuarias, evitándoles a ellas una visita y mejorando en el Centro la eficiencia. En los centros en los que no se realiza hasta ahora, tasa >30% el primer año, que se irá incrementando progresivamente.
- Seguimiento en cada centro de la implantación, valorando al azar 30 – 40 historias clínicas y comprobando su adecuación a los protocolos.

Evaluación semestral.

Primera evaluación de la implantación: Diciembre 2008

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

- Preparación de los protocolos: Enero – Marzo 2008
- Presentación en Sesión Clínica, modificaciones que se precisen, aprobación de los protocolos: Abril 2008
- Implantación en los Centros de Planificación Familiar: Mayo – Septiembre 2008
- Presentación de los Protocolos al Servicio de Ginecología, Médicos de Atención Primaria, matronas y enfermeras del Área: Mayo – Diciembre 2008
- Primera evaluación de la implantación: Diciembre 2008

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador Portatil</u>	<u>800 euros</u>
<u>DVD reproductor/grabador</u>	<u>400 euros</u>
TOTAL	1200 euros

Lugar y fecha:

Zaragoza, 12-02-08

Esther Cruz Guerreiro

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 servicios sanitarios se han ido dotando con medios cada vez más sofisticados, lo que permite garantizar una adecuada asistencia al parto, en particular a los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico.

En los últimos años, se ha observado una tendencia creciente a utilizar en exceso las tecnologías y realizar intervenciones innecesarias, molestas e incluso desaconsejadas, en la atención al parto normal.

Los servicios de salud en la actualidad conocen la importancia del equilibrio resultante de una mayor participación y opinión de las mujeres. Del mismo modo, entienden la oportunidad de hacer una reflexión común, tomando como referencia los modelos de buena práctica existentes con la disposición a incorporar una mayor calidez a la calidad en la atención al parto.

En estos momentos nos encontramos ante una situación de gran variabilidad en la atención al parto normal y un debate público desde los distintos enfoques. Cada vez más, las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones, y en las mejores condiciones para ellas y las criaturas. De igual modo, nosotros, como profesionales nos planteamos la posibilidad de reflexionar y poner en común experiencias y conocimientos, viendo en este movimiento una oportunidad para el debate y el acuerdo.

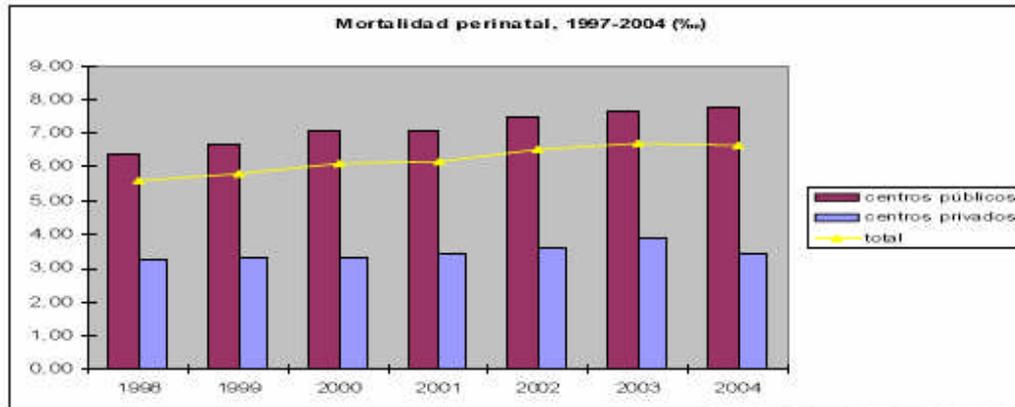
La evolución de los principales indicadores relacionados con el nacimiento en España ha sido positiva en los últimos años. La morbimortalidad materna y perinatal se redujo durante el siglo XX, como resultado de las mejoras sociales y de los importantes avances científicotécnicos en la medicina.

Aún así, existen algunos indicios que señalan un posible estancamiento de esta tendencia positiva. Por una parte, la mortalidad perinatal registrada no ha disminuido sino que incluso parece haber aumentado ligeramente desde 1998 (Gráfico 6), aunque algunos estudios señalan una tendencia no definida (1) e incluso una tendencia descendente (2-5) . Por dependencia del centro sanitario, la mortalidad es mayor en los centros públicos, que son los que reciben los casos de mayor riesgo o gravedad.

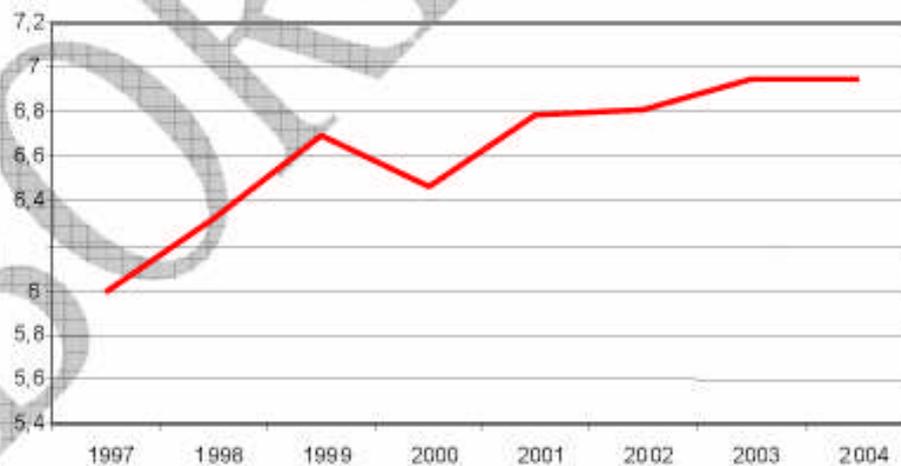
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

Este proceso es simultáneo al aumento de la edad media al ser madre (6) , la reducción del peso medio al nacer (Gráfico 7), el aumento de la prematuridad y la multiparidad (7) (Gráfico 8).

De igual manera, la extensión de las técnicas de reproducción asistida (8) influye en la multiparidad y según algunos estudios las gestaciones múltiples mediante reproducción asistida podrían presentar peores resultados obstétricos y neonatales que las gestaciones múltiples espontáneas (9)

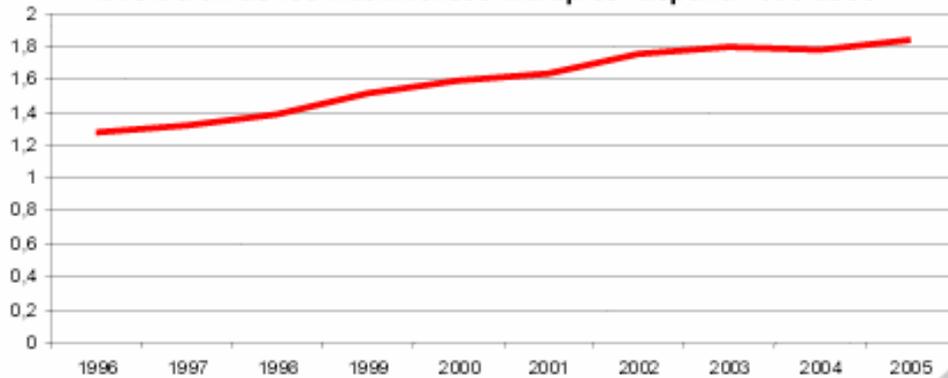
Gráfico 6. Evolución de la mortalidad perinatal. España, 1997-2004

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

**Gráfico 7
Evolución del Recién Nacido con Bajo Peso al Nacer (< 2500 gr.)
España 1997-2004**

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, ESCRI, 2006

Gráfico 8
Evolución de los Nacimientos Múltiples. España 1996-2005

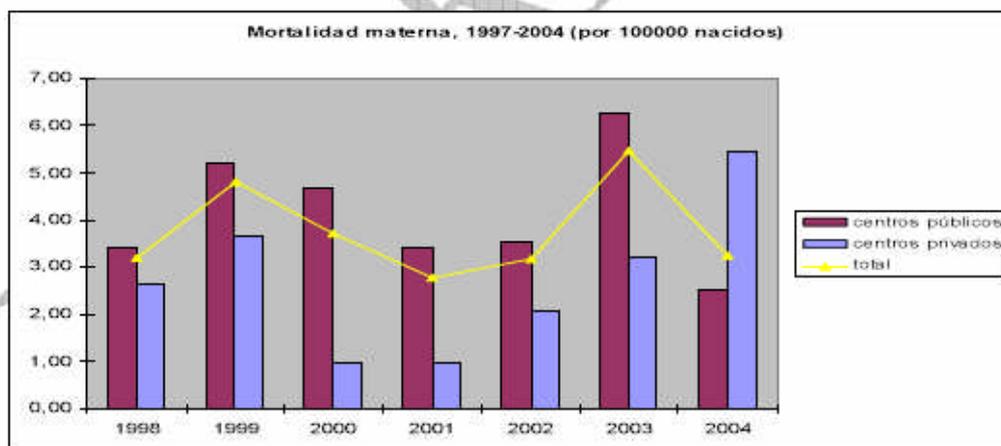


Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Movimiento Natural de la Población. 2006

Por otra parte, la mortalidad materna es tan baja (por debajo de los siete fallecimientos por cien mil nacimientos) que pequeños cambios en el número de muertes provocan grandes oscilaciones en las tasas, lo que hace a éstas poco útiles para el seguimiento de este indicador.

Por dependencia, de nuevo los centros públicos, que asumen los casos de mayor riesgo y gravedad, presentan una mayor mortalidad a lo largo de los años analizados (Gráfico 9)

Gráfico 9. Evolución de la mortalidad materna. España, 1997-2004



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

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**2.1. Objetivo General de la Estrategia**

El objetivo general es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales.

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres.

2.2. Objetivos específicos

- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
- Incorporar la participación activa de las gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto, para que las mujeres se sientan protagonistas y responsables del parto.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y la criatura.
- Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
- Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicio para la asistencia al parto.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Incorporar los 10 puntos propuestos por el Ministerio de sanidad en el año 2007, para la atención del parto natural, en el territorio nacional:

1

ESTRATEGIA ATENCIÓN PARTO NORMAL**3. DESARROLLO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS****3.1. Abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible****3.1.1. Rasurado del periné**

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.2. Enema

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.3. Episiotomía

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.4. Periodo de dilatación

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.5. Manejo del dolor durante el parto

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.6. Acompañamiento durante el parto

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.7. Posición materna durante el periodo expulsivo

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.8. Manejo activo del alumbramiento

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.9. Cesáreas

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.10. Contacto precoz Madre-Recién Nacido

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.1.11. Atención postnatal inmediata. Lactancia

Evidencia disponible. Recomendaciones. Indicadores

3.2. Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones**3.3. Formación de profesionales de la medicina y de la enfermería (especialización y formación continuada).****3.4. Investigación e innovación. Difusión de buenas prácticas de atención al parto normal.**

Realización de un documento donde se informen a las usuarias de nuestro medio, de las técnicas puestas a su disposición. Cuales son elegibles

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 PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS

Enema. Tasa de enema en gestantes en trabajo de parto

Episiotomía Tasa de episiotomía en primíparas y multíparas.

Rasurado Tasa de rasurado en gestantes en trabajo de parto

Acompañamiento Número de parturientas que incluyen en esta estrategia

Posición Número de parturientas que se incluyen en protocolo

Alumbramiento Puesta en marcha de la investigación sobre el riesgo de sangrado en la tercera fase del parto, en partos seguidos en condiciones fisiológicas y no intervenidos, que aporte conocimiento útil para recomendaciones de cambio al manejo activo, en su caso

Manejo del dolor % de partos con anestesia epidural (fuente CMBD)

Cesárea Tasa de cesáreas (fuente CMBD)

Tasa de partos vaginales tras cesárea previa (fuente CMBD)

Realización de un programa para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada.

Madre-Recién Nacid@ : Contacto piel con piel

Lactancia Materna Número de puerperas son dadas de alta con LN.

INDICADORES DE PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO**Participación De las mujeres**

% de mujeres informadas sobre la aplicación de estas practicas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Anexo

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

Fecha de inicio: 15/01/08

Fecha de finalización: 15/12/08

Calendario:

Calendario:

Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2009
Constitución de la Comisión	x												
Análisis de las técnicas a aplicar y posibilidades		x	x	x									
Información y formación del personal de médicos y matronas					x	x			x				
Elaboración del Plan de Parto							x	x					
Implementación del nuevo modelo asistencial										x	x	x	
Análisis resultados y modificaciones													x

Estas actividades precisan 2 años 2008/2009

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>SISTEMA</u> DE CAMARAS DE TV, PARA EVITAR EL ACUMULO DE PERSONAS(ESTUDIANTES PREGRADO, POSGRADO, ESTUDIANTES DE MATRONAS, RESIDENTES DE PEDIATRIA, GINECOLOGIA Y OTRO PERSONAL, QUE IMPIDEN EL DESARROLLO DEL COMPONENTE BASICO DE LA DIGNIDAD DE LA MUJER EN SU PARTO COMO ES LA INTIMIDAD.	¿
TOTAL	

Lugar y fecha:
 ZARAGOZA 19/02/08

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 APORTE DE ALIMENTACION ORAL INTRAPARTO
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Dr. SERGIO CASTÁN MATEO
Profesión FACULTATIVO COORDINADOR RESPONSABLE DE PARITORIOS Y URGENCIAS
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UNIDAD DE PARITORIOS. SERVICIO DE OBSTETRICIA. MATERNIDAD.HUMS
Correo electrónico: scastan@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 00 Ext.: 3128

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dra. Belén Rodríguez Solanilla	FEA	Maternidad. HUMS
Dra. Susana Tejero Sancho	FEA	Maternidad. HUMS
Dra. Isabel Lahoz Pascual	FEA	Maternidad. HUMS
Dr. Javier Tobajas Homs	J. Servicio	Maternidad. HUMS
Sofía Gotor	Supervis.	Maternidad. HUMS
Luz Gotor	Supervis.	Maternidad. HUMS
Angélica Gomez Gimeno	MIR I	Maternidad. HUMS
María Vicente Iturbe	MIR I	Maternidad. HUMS
Carlos de Bonrostro Torralba	MIR I	Maternidad. HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
<p>La asistencia al parto en diferentes ambientes mundiales tiende a permitir la ingesta de determinados alimentos, líquidos de preferencia, para evitar el ayuno materno ante la posibilidad de evitar hace 40-50 años la aparición del Sd. de Mendelson, sobre todo con la anestesia general (actualmente muy restringida en la práctica obstétrica habitual) Francia, Países Nórdicos (Noruega, Holanda), Reino Unido, EEUU, Australia y determinadas Comunidades Nacionales integran la defensa de medidas no restrictivas alimentarias intraparto de manera sistemática, promoviendo el uso de líquidos claros e incluso en algunos escenarios de sólidos livianos. El consumo de agua es permitido de manera unánime.</p> <p>Durante la fase activa de parto se incrementa el consumo de oxígeno en un 40% (dilatación) y en un 70% (expulsivo).</p> <p>Existe una situación metabólica materno-fetal que requiere consumo de energía (unidad feto-placentaria) para un correcto desarrollo de la actividad contráctil uterina así como para evitar situaciones de cetosis materna (ayuno) y acidosis metabólica que pueda repercutir en resultados perinatales.</p>

La necesidad de glucosa en trabajo de parto es de 2,55 mgr/Kgr/min (supone en una gestante de 60 Kgrs. la necesidad de 10 grs/hora.
Restricciones sistemáticas de aporte oral no cubren las necesidades calóricas necesarias.

La complicación más grave descrita desde los años 1940-50 es el Sd. de Mendelson (neumonía por aspiración). Es de enorme rareza con escasa aparición (7/ 10.000.000 partos) y relacionado en la mayoría de situaciones con el uso de anestesia general.

La analgesia raquídea no parece incrementar el riesgo pulmonar.

El riesgo de aspiración se relaciona con el volumen gástrico contenido y su pH. Más importancia que el propio volumen la tiene el tipo de alimento oral aportado (NUNCA permitir alimentos SÓLIDOS ni LACTEOS).

Ni el agua ni los líquidos claros (zumos sin pulpa, isotónicas) modifican el contenido gástrico (Ej.: 50-300 ml de agua tardan en realizar su vaciamiento gástrico de 25´-35´).

La restricción oral absoluta, incluso de agua, no estaría justificada de manera sistemática a todas las gestantes, debiendo realizarla de manera selectiva, por indicación.

Se aconseja el uso oral de agua (no calórica) y bebidas isotónicas o zumos sin pulpa. Nunca lácteos ni sólidos. La alimentación intraparto se dispensará en el hospital mediante vaso desechable que se le suministrará a la gestante al realizar su ingreso en dilatación. Se realizará el control acerca de la indicación (riesgo), tipo (agua,zumo)y cantidad.

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

-Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de usuarios con los servicios recibidos

-Adecuación de las recomendaciones acerca de la asistencia al parto realizadas por las Sociedades Profesionales Internacionales, Nacionales y Autonómicas

-Evitar el ayuno materno injustificado (evitar políticas de restricción absoluta) y de esa manera corregir las consecuencias materno-fetales (cetosis, hipoglucemia, acidosis)

-Mejorar la satisfacción y el bienestar de la gestante en trabajo de parto.

-No evidencia científica que avale las políticas restrictivas absolutas de ayuno materno.

RECOMENDACIONES SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO (Julio-07)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Madrid, 10 de Octubre de 2007. Punto 5. Pleno 79

“PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE ATENCION AL PARTO NORMAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”

WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Birth 28: 3 September 2001

PROTOCOLO PER A L'ASSISTENCIA NATURAL AL PARTO NORMAL

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>
-------	---

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona. Marzo 2007

CONSEJERÍA DE SALUD. SISTEMA ANDALUZ DE SALUD (SAS)
Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio
Ed.: Junta de Andalucía. 2002

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

MEDIDA FUNDAMENTAL:

Instaurar el consumo de alimentación oral líquida (líquidos claros) durante el trabajo activo del parto. El consumo será indicado, controlado y regulado. Nunca a discreción.

Elaboración de protocolo asistencial sobre alimentación oral intraparto (Dr. Castán)
 Información y formación adecuada a personal facultativo obstétrico (Dr. Castán)
 Revisión de bibliografía mundial acerca del tema (Dra. Rodríguez y Dra. Tejero)
 Establecimiento del riesgo gestacional para toma oral intraparto (Dra. Lahoz)
 Información y formación adecuada a matronas y personal subalterno que está implicado en la asistencia al parto (Sofía y Luz Gotor. Supervisoras)
 Coordinación e información al área sanitaria de influencia que remite gestaciones para su divulgación en la atención preparto (Dr. Tobajas)
 Seguimiento asistencial y valoración de la aplicación clínica (Médicos Internos Residentes)

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Recogida de datos de aplicación en hoja de partograma
- Información verbal y escrita (documento) a gestante en trabajo activo de parto
- Anotación de observaciones favorables así como dificultades y complicaciones, en libro específico para ello ubicado en sala de dilatación
- Encuesta de satisfacción y confort materno intraparto

INDICADORES:

- Evaluación mediante test escrito a rellenar por gestante acerca de satisfacción y confort así como sugerencias (>90%)
- Tasa de complicaciones anestésicas intraparto derivadas de contenido gástrico: ausencia o menor del 0.05%
- Tasa de eutocia: >65%

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: Indefinida

Calendario:

- Inicio de todas las medidas descritas: Febrero del 2008
- Recogida y anotación en partograma de la aplicación de alimentación oral intraparto así como incidencias y complicaciones si las hubiera
- Valoración trimestral y semestral. Global de manera anual
- Modificaciones necesarias según resultados
- Análisis y valoración de la satisfacción y confort de la gestante durante su parto

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Material diverso pendiente de especificar en función de la asignación económica al proyecto</i>	<u>Cálculo: 1.200</u>
TOTAL	1.200

Lugar y fecha: ZARAGOZA, 18 DE FEBRERO DE 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO:

MANUAL DE CODIFICACIÓN DE PROCESOS INCLUIDOS EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Dolores Currás Mateo.

Profesión

Médico.

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Admisión

Correo electrónico:

dcurras@salud.aragon.es.

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-765506 (directo). 976-765500 (extensiones 1012, 1013, 1014).

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Sanz	Administ.	S ^o Admisión HUMS
Laura Martínez	Administ.	S ^o Admisión HUMS
Aurora Pérez	Administ.	S ^o Admisión HUMS
José Luis Franco	Administ.	S ^o Admisión HUMS
Carmen Alcubierre Berges	Médico	S ^o Documentación clínica
Oscar Jarne Lanuza	Técnico codificación	S ^o Documentación clínica
Miguel Moreno Vernis	Médico	S ^o Documentación clínica
Isabel Gallego Gasca	Médico	S ^o Provincial
Gloria Martínez Borobio	Médico	S ^o Provincial
Ana Broto Civeira	Médico	S ^o Admisión HCU
Belen Rived	Administ.	S ^o Admisión HCU
Purificación Rubio Rodrigo	Administ.	S ^o Admisión HCU

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 Unidad de Lista de Espera Quirúrgica del servicio de Admisión del HUMS, gestiona una lista de espera quirúrgica de aproximadamente 6000 paciente (6020 corte 31/12/07). En 2007 la unidad realizó 7446 programaciones quirúrgicas, con sus respectivos estudios preoperatorios y derivó a 5498 pacientes a clínicas concertadas.

En el momento actual la Unidad de Lista de Espera, cuenta con un manual de codificación que requiere de actualización y adaptación a las nuevas instrucciones sobre gestión de la lista de espera (1).

Por otra parte, se detecta la falta de homogeneidad en la codificación por parte de las Unidades de Lista de Espera de los diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma. Este hecho repercute sobre la comparabilidad de las estadísticas cuando se incluye la variable diagnóstico o procedimiento.

Por todo ello, desde el grupo de calidad, se ha propuesto como línea de mejora para 2008 la actualización del manual en lo referente a pacientes oncológicos, pendientes de reintervención o en situación de transitoriamente no programable, por la aplicación de tratamientos coadyuvantes (quimioterapia/radioterapia).

Este Proyecto de Mejora, abarcaría de forma integral la elaboración de un Manual de Codificación de procesos en lista de espera quirúrgica.

La utilización de este manual mejoraría de forma directa la gestión de la derivación de pacientes a centros concertados, ya que permitiría adecuar el diagnóstico y procedimiento a la oferta de las clínicas. Este hecho previsiblemente ocasionaría una disminución de los pacientes por discordancia en el diagnóstico y procedimiento.

El Departamento de Sanidad y Consumo, contaría con una herramienta que adaptaría el sistema de información al CMBD y que podría ser difundida al resto de los hospitales de la Comunidad.

(1) Instrucciones del 10 de diciembre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, para la aplicación del decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre la gestión de los procesos quirúrgicos con tiempo de garantía

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

El proyecto está dirigido a conseguir los siguientes objetivos específicos:

- Adaptar los manuales existentes a las instrucciones sobre gestión de los procesos quirúrgicos con tiempo de garantía.
- Actualizar los manuales existentes, adaptándolos a los criterios de codificación utilizados en el CMBD.
- Homogeneizar los códigos utilizados para la codificación de procesos en lista de espera en los distintos hospitales de la CCAA de Aragón.
- Mejorar la gestión de la derivación de pacientes desde la LEQ a clínicas concertadas, disminuyendo el número de devoluciones por discordancia entre el diagnóstico y/o procedimiento.

Para la consecución de los objetivos planteados, se contará con:

- El Servicio de Archivos y Documentación clínica del HUMS, que aportara su amplia experiencia en codificación,
- El Servicio de Admisión del HCU que mejoraría el grado de homogeneidad en la codificación.
- El Servicio Provincial como gestor de los programas de derivación de pacientes.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Actividad	Método	Responsable
Análisis de los manuales existentes.	Reuniones de trabajo.	Sº Admisión HUMS. Servicio de Archivo y Documentación Clínica HUMS. Servicio Admisión HCU. Servicio Provincial.
Valoración de adaptación de la codificación al CMBD (listados GRD más frecuentes con salida de LEQ).	Reuniones de trabajo.	Sº Admisión HUMS. Servicio de Archivo y Documentación Clínica HUMS. Servicio Admisión HCU.
Valoración del grado de homogeneidad de los mismos.	Reuniones de trabajo.	Sº Admisión HUMS. Servicio de Archivo y Documentación Clínica HUMS. Servicio Admisión HCU. Servicio provincial.
Actualización del manual	Reuniones de trabajo.	Sº Admisión HUMS. Servicio de Archivo y Documentación Clínica HUMS. Servicio Admisión HCU.
Elaboración del manual de codificación.	Redacción de un manual de codificación que incluya: - Listado resumido de los procesos y procedimientos más frecuentes por especialidad. - Procedimiento codificación, a seguir en los casos no incluidos en el listado resumido. El manual iría dirigido al personal médico y administrativos de las unidades de lista de espera.	Sº Admisión HUMS. Servicio de Archivo y Documentación Clínica HUMS. Servicio Admisión HCU.

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

Como punto de partida se utilizarán los manuales existentes en este momento y los procesos más frecuentes por especialidad.

Como indicadores del desarrollo del proyecto se utilizaran:

- % de nuevos códigos introducidos.
- % de códigos modificados.
- Adaptación de los diagnósticos al CMBD.

La evaluación y seguimiento del proyecto se realizará mediante la realización de reuniones periódicas de acuerdo a los objetivos fijados, el cronograma general y los responsables definidos en el apartado 7 de la presente solicitud.

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: _____

Caleandario:

Actividad	Meses año 2008											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Análisis de los manuales existentes.												
Valoración de adaptación de la codificación al CMBD.												
Valoración del grado de homogeneidad de los mismos.												
Actualización del manual.												
Elaboración del manual de codificación.												

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Mejorar y extender un sistema de vigilancia activa de pacientes a riesgo de infección por <i>Staphylococcus aureus resistente a meticilina</i> (SAMR) asociada a cuidados sanitarios en el Hospital Universitario Miguel Servet</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos M^a Jesús Hernández Navarrete</p>
<p>Profesión Médico Adjunto de Medicina Preventiva</p>
<p>Lugar de trabajo Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUMS</p>
<p>Correo electrónico: mjhernandezn@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 00 (2731)- 976 76 55 57 Directo</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Rezusta López	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Carlos Lapresta Moros	FEA M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
José Luis Arribas Llorente	Jefe Servicio M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a José Revillo Pinilla	Jefe Servicio Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Victor Gonzalez Sanz	Jefe Sección UCI	Hospital Universitario Miguel Servet
Dolores Ortiz Abril	Enfermera Supervisora M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Dolores Yagüe	Enfermera Supervisora Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Javier Povar Marco	Coordinador Urgencias	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa García	Enfermera de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Cristina Gonzalo	Enfermera de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Rosa Giralt Balagueró	Enfermera de M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Felicitas Juste Cor	Enfermera de M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Mercedes Bernal Pascual	Enfermera de M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Dolores López Gonzalez	Enfermera de M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Purificación Lebrero Ors	Enfermera de M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Carlos Ramos Paesa	FEA Medicina Interna	Hospital Universitario Miguel Servet
Pilar Villarreal Salcedo	FEA ULME	Hospital Universitario Miguel Servet

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

Luis Ledesma Romanos	Jefe Sección ULME	Hospital Universitario Miguel Servet
Pedro Parrilla Herranz	FEA Urgencias	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Angeles Cortes García	Enfermera Urgencias	Hospital Universitario Miguel Servet
Cristina Serrano del Rio	Enfermera Urgencias	Hospital Universitario Miguel Servet
Ascensión Hernández Ramos	Enfermera Urgencias	Hospital Universitario Miguel Servet
Salvador Pastor Eixarch	FEA M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Cruz Villuendas	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Beatriz Moles	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Gloria Martin Saco	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Marco	Jefe de Sección Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Aisa	Jefe de Sección Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Carmen Marne	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Antonio Tejada Artigas	FEA UCI Trauma	Enfermera Urgencias
Belén Carrillo Torrijos	Enfermera UCI	Hospital Universitario Miguel Servet
Rosa B Mahave Carrasco	Supervisora UCI	Hospital Universitario Miguel Servet
Julia Villabona Resano	Supervisora UCI	Hospital Universitario Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

INTRODUCCIÓN

La detección creciente de gérmenes multirresistente causantes de infección nosocomial esta adquiriendo relevancia universal entre los profesionales sanitarios y un importante problema para las organizaciones que prestan cuidados de salud y para los propios pacientes.

Dada la importancia los Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología del HUMS han establecido y consolidado un programa de mejora continua respecto a gérmenes multirresistentes en general y SAMR en particular.

En el año 2007 se comenzó un proyecto de mejora en la detección, control y prevención de la colonización-infección por *Staphylococcus aureus resistente a meticilina* (SAMR). La justificación del proyecto 2007 se basó en:

- Reconocimiento universal del SAMR como uno de los patógenos más importantes causantes de infecciones nosocomiales en todo el mundo
- Elevada prevalencia de SAMR vs. *Staphylococcus aureus* meticilin sensible (SAMS) en nuestra Comunidad Autónoma (47,5%) respecto al resto de comunidades, según datos del Proyecto EPINE.
- Incidencia de infección asociada a cuidados sanitarios y causada por SAMR, detectados en nuestro hospital de 0,38 casos por 100 ingresos en 2005, cercana a la mediana española (0,5 casos por 100 ingresos), aunque había sido superior a la media nacional en años anteriores (0,6 casos por 100 ingresos)
- Un retraso significativo, por vigilancia pasiva, en la detección de pacientes

- colonizados por SAMR, que actuaban de reservorio en la transmisión del germen
- Elevada prevalencia (30%) de resistencia a mupirocina como tratamiento descolonizador de fosas nasales
 - Existe un elevado nivel de evidencia (IA) respecto a dos actuaciones para la minimización o reducción de la infección nosocomial por SAMR :
 - La introducción de un sistema de vigilancia activa y cribado en pacientes o unidades de riesgo era un criterio para el control y minimización de riesgo de transmisión e infección nosocomial por SAMR
 - La adhesión de precauciones de contacto en pacientes colonizados/infectados por SAMR

El objetivo fundamental del proyecto fue implantar un sistema de vigilancia activa y chequeo en pacientes/unidades de riesgo, con la consecuente rápida implantación de medidas de barrera a la transmisión (precauciones cutáneas) y tratamiento descolonizador adecuado

Se priorizaron las Unidades de Cuidados Intensivos por la estructura orgánica y la repercusión estratégica.

SITUACIÓN ACTUAL

El proyecto ha resultado eficaz, ya que se demuestra que las unidades con mayor nivel de adhesión al proyecto son las que han tenido tasas más bajas de infección nosocomial por SAMR (Apartado 5)

Las UCIs sólo suponen una escasa muestra de la población diana sobre las que deberían implantarse las medidas. La población diana ideal, desarrollada en algunos países del norte de Europa la constituyen todos los pacientes admitidos en un centro que preste cuidados de salud. Conscientes de que dicha medida es difícil de implementar, las recomendaciones tanto nacionales como internacionales, proponen que cada centro determine los grupos de pacientes sobre los que realizar la vigilancia activa. Como parámetros de referencia se plantea:

1. Unidades que por las características de cuidados o gravedad de pacientes presenten riesgo elevado de infección nosocomial
2. Pacientes con antecedentes de colonización/infección
3. Pacientes con elevado riesgo de estar colonizados por SAMR, a determinar por cada organización.

JUSTIFICACIÓN

La brecha digital de nuestra organización no permite detectar de forma rápida automática a la población diana. La detección debe basarse en una alerta individual de los profesionales que atiendan a los pacientes.

Por ello la priorización de la población diana de nuestro hospital se ha basado en unos mínimos fácilmente identificables por los profesionales de la salud.

- 1) Todos los pacientes que ingresen en unidades de alto riesgo: UCIs (ya incluida en proyecto), trasplante cardiaco (ya incluido en proyecto) renal y hematopoyetico, quemados y Unidad de Lesionados Medulares (ULME)
- 2) Todos los pacientes reingresados que en estancias previas se les diagnosticara infección y/o se les detectara colonización por SAMR
- 3) Todos los pacientes que ingresen trasladados desde otros centros hospitalarios o instituciones cerradas (residencias geriátricas, etc.)

OPORTUNIDAD DE MEJORA

Ampliar la población diana para la detección precoz de SARM en portadores e infectados en grupos de pacientes que constituyen un reservorio, para implantar de forma rápida las medidas preventivas que impidan la transmisión.

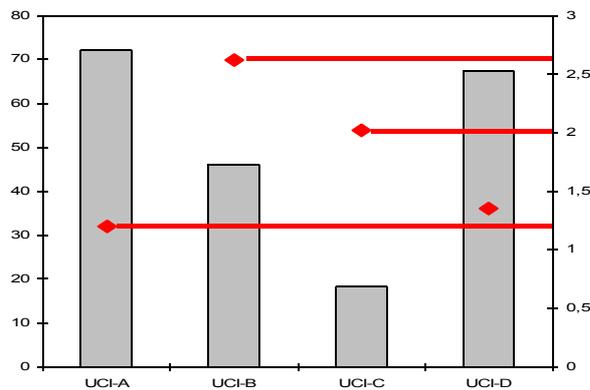
5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

De las 4 Unidades incluidas en el proyecto "Detección, control y prevención de la colonización-infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR)" se consiguió una adhesión desigual en los siguientes indicadores:

1. Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo de SAMR
2. Proporción de portadores de SAMR en pacientes de UCI
3. Incidencia bacteriemias nosocomiales por SAMR en UCI

Indicador	Estándar	UCI-A	UCI-B	UCI-C	UCI-D	Total
1	90%	72.1	45.9	18.2	67.5	53.6
2	15%	3.5	5.1	5.7	0.8	2.8
3	Disminuir 50%	0.4	0	0	0	0.12

Se ha demostrado una correlación inversa, no significativa por el escaso número de casos, entre nivel de adhesión a chequeo y tasa de infección nosocomial por SAMR



Indicadores:

4. Propuesta a la Comisión de H^a C^a para que exista definición en el anverso de aislamiento SAMR. ESTANDAR SI. RESULTADO. SI Pero la respuesta de la Comisión rechazó la propuesta
5. Proporción de pacientes aislados de forma preventiva en las 1^{as} 24 horas en reingresos con diagnóstico previo SAMR: NO SE HA PODIDO CALCULAR
6. Proporción de aislamientos informados en 24 h desde el laboratorio de Microbiología como probable SARM en muestras epidemiológicas ESTANDAR NO EXISTE. RESULTADOS 65,3%
7. Proporción de aislamientos resistentes a mupirocina ESTANDAR NO EXISTE. RESULTADOS 1º SEMESTRE 15,5% Y 2º SEMESTRE 11,9%
8. Proporción de pacientes con diagnóstico microbiológico de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina sobre el total de pacientes con aislamiento microbiológico de *Staphylococcus aureus* en muestras recibidas del sector. ESTANDAR NO EXISTE. RESULTADOS 23%

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Detectar mayor número de pacientes que actúan como reservorio SAMR
2. Disminuir el intervalo ingreso-detección
3. Disminuir la infección nosocomial causada por SAMR
4. Incrementar el número de pacientes con tratamiento descolonizador adecuado
5. Disminuir el número de colonizados por SAMR
6. Disminuir las resistencias
7. Crear una cultura de prevención de riesgos para el paciente en relación a las infecciones nosocomiales.
8. Establecer mecanismos de colaboración permanentes entre los servicios

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

ACTIVIDADES	METODO	RESPONSABLE
Desarrollo protocolo sobre SAMR	Escritura en formato oficial del HUMS	Medicina Preventiva
Implicar a la organización	Presentación protocolo a UCA de HUMS	Medicina Preventiva
	Presentación protocolo a Comisión de Infecciones y profilaxis antibiótica de HUMS	Medicina Preventiva y Microbiología
Diseño de herramientas educativas visuales	Carteles	Medicina Preventiva
	Dípticos	Medicina Preventiva
	Presentación gráfica (PowerPoint)	Medicina Preventiva y Microbiología
Difusión de las medidas	Del Protocolo por correo interno a todos los Coordinadores de Calidad y jefes clínicos	Medicina Preventiva, Microbiología
	Verbal y gráfica en Unidades clínicas y colectivos de enfermería (a demanda)	Medicina Preventiva y Microbiología
	Métodos visuales	Medicina Preventiva, Microbiología y las Unidades implicadas
Evaluación eficacia	Indicadores	Medicina Preventiva y Microbiología

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo de SAMR		
Área relevante:	UCIs adultos, trasplante renal, trasplante MO, ULME	
Dimensión:	Científico-técnica	
Criterio de calidad:	Conocer la proporción de pacientes chequeados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo	
Justificación:	Los pacientes portadores nasales de SAMR son el principal reservorio de transmisión del germen. El tiempo que transcurre sin detectarlos en un periodo latente de transmisión	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con chequeo al ingreso}}{\text{Nº total pacientes ingresados en Unidad}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo, con estancia > 48 horas	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	>50%	
Fuente de datos:	Datos agregados de admisión (denominador); datos de y microbiología para el numerador	
Población:	Todos los pacientes ingresados en la unidad	
Responsable obtención:	Medicina Preventiva	
Periodicidad	Anual	
NOMBRE DEL INDICADOR: Proporción de portadores de SAMR en pacientes admitidos en unidades de riesgo		
Área relevante:	HUMS	
Dimensión:	Científico-técnica	
Criterio de calidad:	Mejorar la detección de pacientes portadores en el momento del ingreso en una unidad	
Justificación:	Los pacientes portadores nasales de SAMR son el	

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

	principal reservorio de transmisión del germen. El tiempo que transcurre sin detectarlos en un periodo latente de transmisión	
Fórmula:	Nº de pacientes de riesgo con chequeo al ingreso positivo para SAMR	X 100
	Nº total pacientes de riesgo con chequeo al ingreso	
Explicación de términos	Los pacientes considerados de riesgo serán, todos los definidos en el protocolo.	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	≤ 10%	
Fuente de datos:	Datos agregados de admisión (denominador); datos de medicina preventiva y microbiología para el numerador	
Población:	Todos los pacientes considerados de riesgo	
Responsable obtención:	El Servicio de Medicina Preventiva y Microbiología	
Periodicidad	Anual	
NOMBRE DEL INDICADOR:		
Incidencia bacteriemias nosocomiales por SAMR en UCI		
Área relevante:	HUMS	
Dimensión:	Científico-técnica-Efectividad	
Criterio de calidad:	Mejorar la seguridad de los pacientes de adquirir IN por SAMR.	
Justificación:	La infección nosocomial de bacteriemia es considerada el "patrón" de control. El screening al ingreso ha demostrado reducir la incidencia de bacteriemia	
Fórmula:	Nº de bacteriemia por SAMR en UCI	X 100
	Nº de pacientes-día ingresados en UCI	
Explicación de términos	La bacteriemia en pacientes de UCI, nosocomial o comunitaria, se conseguirá de las bases de datos de MP (nosocomial) y Microbiología (comunitaria). Se incluyen todo tipo de bacteriemias: primarias, secundarias y asociadas a catéter. El denominador lo aportara el sistema de vigilancia de IN del SMP	
Tipo de indicador:	De proceso Indicador Centinela	
Estándar:	< 1 por 1000 días de estancia	
Fuente de datos:	H ^a C ^a , Sistema de Vigilancia de IN de MP y datos de resultados del Servicio de Microbiología	
Población:	Todos los pacientes ingresados en UCI que lleve a cabo el screening	
Responsable obtención:	El Servicio de Medicina Preventiva y Microbiología	
Periodicidad	Anual	
NOMBRE DEL INDICADOR:		
Proporción de pacientes aislados de forma preventiva en las 1 ^{as} 24 horas en reingresos con diagnostico previo SAMR.		
Área relevante:	HUMS	
Dimensión:	Científico-técnica-Efectividad	
Criterio de calidad:	Mejorar la seguridad de los pacientes de adquirir IN por SAMR.	
Justificación:	La detección precoz de un portador SAMR	
Fórmula:	Nº de pacientes SAMR detectados por protocolo aislados en 24 h desde el ingreso	X 100
	Nº de pacientes SAMR detectados por protocolo	
Explicación de términos	La brecha digital dificulta el cálculo del indicador	
Tipo de indicador:	De resultado	
Estándar:	≥ 30%	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

La Información Clínica en las Solicitudes al Servicio de Microbiología como herramienta de Mejora de la Calidad

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a José Revillo

Profesión

Jefa de Servicio de Microbiología

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

mjrevillo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765 542, 976 765 500 ext. 2442

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Pilar Egido	RC	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Aísa	J.Sección	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Marco	J.Sección	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Antonia Lezcano	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Elena Lomba	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Carmen Marné	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Gloria Martín	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Ana Martínez Sapiña	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Beatriz Moles	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Manuel Omeñaca	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Antonio Rezusta	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Lourdes Roc	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Cruz Villuendas	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Isabel Cameo	MIR	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Monforte	MIR	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Carmen Nieto	FIR	Hospital Universitario Miguel Servet
Nima Peyman-Fard	MIR	Hospital Universitario Miguel Servet

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 Microbiología y Parasitología clínica tiene por objeto el estudio de los microorganismos que tienen relación con la especie humana. El hombre enfermo, o portador de infecciones o enfermedades infecciosas, es el eje central de la actuación del microbiólogo clínico para su diagnóstico, estudio epidemiológico y orientación terapéutica. Una parte importante de la actividad del microbiólogo clínico se centra en el Laboratorio de Microbiología, cuya tecnología y métodos de trabajo son diferentes de otros laboratorios clínicos, y se proyecta a la clínica para una mejor solución de los problemas de salud.

El médico que solicita una prueba al laboratorio, confía en que el microbiólogo le facilite información sobre cuál es la más apropiada en cada caso y un resultado que le permita

tomar una decisión clínica. Para que el resultado de la prueba diagnóstica sea adecuado, el laboratorio debe proporcionar normas específicas para la recogida y transporte de las muestras.

Ese médico también espera una respuesta rápida, que contribuya a la toma de decisiones en aquellas situaciones clínicas que así lo requieran. Por ello, el sistema informático debe permitir el acceso a los resultados, tanto preliminares como definitivos, por parte del profesional que presta la asistencia, de la forma más rápida posible.

El clínico espera del laboratorio de microbiología, no solo una identificación y antibiograma de un aislamiento microbiológico, o los valores cuantitativos de estudios serológicos; sino también, una interpretación de los resultados emitidos por el microbiólogo: si la flora es normal o patológica, si la muestra es representativa de la lesión, si la sensibilidad de la bacteria tiene alguna característica epidemiológica especial y si los valores de antígenos y anticuerpos son indicativos de una determinada enfermedad en un paciente concreto.

El médico también espera recomendaciones sobre la necesidad de nuevos estudios complementarios cuando las circunstancias así lo requieran.

Sin embargo, para que el microbiólogo pueda desarrollar estas funciones, es imprescindible conocer con precisión el origen y tipo de muestra, el diagnóstico clínico de sospecha, los síntomas y signos, así como la administración previa de antibióticos para una correcta interpretación de los resultados.

Cuando una muestra es enviada al laboratorio se acompaña de un volante de petición en el que se solicitan servicios incluidos en la cartera de servicios. En función de los datos clínicos y/o demográficos el microbiólogo puede, y a veces debe, variar las determinaciones a realizar, basándose en la evidencia científica y su experiencia, evitando estudios innecesarios o añadiendo determinaciones no solicitadas que aceleren o garanticen el diagnóstico.

Por otra parte, el trabajo microbiológico requiere en la mayoría de las ocasiones realizar "determinaciones en cascada (el resultado de una determinación conlleva la siguiente)

Por todo lo anterior, se deduce la imperiosa necesidad de conocer los datos de situación clínica del paciente. En el caso de que esta información no se aporte se derivan las siguientes situaciones:

- Imposibilidad de valorar la adecuación de la solicitud
- Dificultad de interpretación microbiológica del resultado
- Imposibilidad de intervenir en el control del gasto a través de la no realización de determinaciones irrelevantes

No hay datos sobre las causas de esa reticencia de los facultativos a cumplimentar ese apartado aunque podrían barajarse varias, a saber,

- Impresión de que el volante de solicitud es "burocracia".
- Falta de valoración de la importancia de los datos clínicos en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas
- Falta de consenso en los criterios de rechazo

Las fuentes de información para la realización de este estudio son los volantes de petición de Microbiología.

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 proyecto se inició en el año 2007. Debido a los cambios del personal técnico que ocurrieron en el Servicio durante los primeros seis meses del año, no se pudo completar el calendario inicial previsto (incorporación por promoción interna del 70% de los TEL en el área funcional de Bacteriología). Por lo que la prioridad durante ese tiempo fue salvar las dificultades diarias sobrevenidas por la inexperiencia del personal técnico incorporado, para resolver la actividad asistencial.

Se ha completado la primera fase del proyecto, obteniéndose los siguientes resultados:

-Nº de volantes sin datos clínicos/Nº de volantes totales recibidos x 100 en el inicio del estudio: 32.5%

Indicador analizado por áreas funcionales:

Serología 51%	Virología 12%
Hemocultivos 49%	Exudados 8%
Orinas 39%	Gastrointestinal 7%
Micobacterias 37%	Hongos 0%
Respiratorio 20%	Epidemiología 0%

-Nº de volantes con datos clínicos con modificación de determinaciones/Nº total de volantes con datos clínicos x 100 en el inicio del estudio: 0.76% (5 casos)

Se ha utilizado el diagrama de Pareto para estudiar la influencia de cada servicio en el porcentaje total de solicitudes recibidas sin datos clínicos. Los Servicios Médicos y los Centros de Especialidades han sido los principales Servicios implicados. Dentro de los primeros, la actuación en los servicios de Medicina Interna, Neumología y Digestivo supondría resolver un 80% del total de solicitudes sin datos.

En cambio, otros Servicios han cumplimentado sus volantes de forma correcta. Estos son: Banco de Sangre, casi todos los Centros de Salud, Cirugías, Dermatología, Hematología, Hospital Infantil, Nefrología, Unidad de Quemados, Traumatología, Unidad de T.M.O, UCIs, ULME y otros centros.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aumentar el número de las Solicitudes que llegan al Servicio de Microbiología correctamente cumplimentadas: datos clínicos relevantes y datos demográficos del paciente.

En el año 2007, el porcentaje de solicitudes sin datos clínicos apropiados fue del 32.5% sobre el total de solicitudes recibidas. En el año 2008, y tras la realización de actividades que se describen a continuación, se espera disminuir este índice al 20%.

El porcentaje de volantes con datos clínicos apropiados que se recibieron fue del 67.5% y no se realizaron modificaciones en un 98%. Se pretende mantener este mismo resultado en el año 2008.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) Envío de una encuesta a los Servicios Hospitalarios para conocer su percepción sobre su forma de cumplimentar la solicitud al Servicio de Microbiología. La encuesta consta de cuatro preguntas que giran en torno a la importancia de los datos clínicos para Microbiología.

Responsables: M^a José Revillo y M^a Pilar Egido

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

- 2) Dar a conocer a los Servicios los resultados del año 2007:
 - a) Enviar a los Servicios "Excelentes" (los que envían mayoritariamente las solicitudes con datos) una nota de felicitación (42 servicios) y
 - b) Dar a conocer a los servicios que mayoritariamente envían solicitudes sin datos esta información, requiriéndoles la necesidad de incluir datos de la historia clínica en los que se basa la solicitud a Microbiología. (14 servicios)
Responsables: M^a José Revillo y M^a Pilar Egido
- 3) Realizar una segunda monitorización de volantes después de trasladar los resultados del año 2007 a los Servicios implicados.
Responsables: Facultativos responsables de áreas funcionales
- 4) Traslado de los nuevos resultados a los Servicios
Responsables: M^a José Revillo y M^a Pilar Egido
- 5) Realizar una tercera monitorización de volantes.
Responsables: Facultativos responsables de áreas funcionales
- 6) Enviar de nuevo los resultados obtenidos a los Servicios del Hospital.
Responsables: M^a José Revillo y M^a Pilar Egido

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

Estudio de prevalencia en una muestra representativa, estratificada por box y aleatoria.

-Indicador 1:

$(N^{\circ} \text{ de volantes sin datos clínicos} / N^{\circ} \text{ de volantes totales recibidos}) * 100$, en un día determinado aleatoriamente; en dos momentos diferentes: tras la actuación y al final del período.

-Indicador 2:

$(N^{\circ} \text{ de volantes con datos clínicos sin modificación de determinaciones} / N^{\circ} \text{ total de volantes con datos clínicos}) * 100$, en un día determinado aleatoriamente; tras la actuación y al final del período.

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: 01-01-08

Fecha de finalización: 31-12-08

Calendario:

- Envío de una encuesta a los Servicios Hospitalarios para conocer su percepción sobre su forma de cumplimentar la solicitud al Servicio de Microbiología: Febrero 2008
- Envío de resultados de la monitorización: Marzo
- Siguiente monitorización de volantes: Marzo-Abril
- Traslado de resultados a los Servicios: Mayo-Junio
- Tercera evaluación: monitorización volantes: Octubre-Noviembre
- Traslado de resultados a los Servicios: Diciembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Elaborando información clínicamente relevante: Mejora del proceso microbiológico a través del conocimiento de algunos compones pre-analíticos, analíticos y post-analíticos.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a José Revillo

Profesión

Jefa de Servicio de Microbiología

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

mjrevillo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765 542, 976 765 500 ext. 2442

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Pilar Egido	RC	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Aísa	J.Sección	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Marco	J.Sección	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Antonia Lezcano	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Elena Lomba	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Carmen Marné	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Gloria Martín	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Ana Martínez Sapiña	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Beatriz Moles	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Manuel Omeñaca	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Antonio Rezusta	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Lourdes Roc	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
Cruz Villuendas	FEA	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Isabel Cameo	MIR	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Monforte	MIR	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Carmen Nieto	FIR	Hospital Universitario Miguel Servet
Nima Peyman-Fard	MIR	Hospital Universitario Miguel Servet

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 Laboratorio de Microbiología tiene como misión proporcionar resultados e información de utilidad clínica sobre las pruebas microbiológicas, con el fin de dar apoyo a los médicos en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades infecciosas. El método de trabajo en el laboratorio de microbiología se puede dividir en tres procesos: pre-analíticos, analíticos y post-analíticos.

La fase pre-analítica comprende desde la solicitud del médico e incluye todos los procedimientos anteriores a la siembra de la muestra a examinar en los medios de cultivo correspondiente.

La fase analítica es la base fundamental de la actividad en el laboratorio de microbiología. Su correcto funcionamiento ha de ser evaluado por el propio laboratorio mediante los controles internos y externos.

La fase post-analítica comprende las actividades que se realizan tras obtener los resultados analíticos. Esta fase incluye los registros de resultados, la verificación sistemática, la interpretación, transcripción y almacenamiento de estos datos y de muestras si correspondiera.

El seguimiento o trazabilidad del laboratorio comienza en la orden médica y continúa con la identificación de las muestras primarias y secundarias, los procesos analíticos, la transcripción y verificación de los resultados, y el archivo de los mismos.

El microbiólogo debe conocer el funcionamiento de estas fases para desarrollar bien sus funciones.

En la fase pre-analítica, es interesante conocer la procedencia de las muestras y quienes son los mayores clientes del laboratorio. De igual forma, es necesario efectuar un control en la formación periódica del personal implicado en la fase pre-analítica para lo que es necesario disponer de datos actualizados. A modo de ejemplo: en el área funcional de respiratorio, conocer el número de esputos no válidos (ENV) permitirá remitir a los servicios implicados sus tasas de ENV y el Laboratorio de Microbiología puede ver necesario re-enviar el protocolo de recogida de este tipo de muestra.

En la fase analítica, es importante conocer el rendimiento de las técnicas o medios de cultivos utilizados mediante controles de calidad internos y externos. El microbiólogo debe conocer si las cifras de contaminación se mantienen dentro de los márgenes recomendados en la literatura científica o si de estas, por objetivarse una desviación, debe derivarse una actuación posterior. La evaluación de los instrumentos utilizados en el diagnóstico microbiológico ofrece una mayor seguridad a la hora de emitir un informe. A modo de ejemplo, en la sección de Genitourinario, se propone estudiar el número de orinas con screening positivo y cultivo negativo y viceversa, para evaluar el instrumento utilizado para el cribaje de las orinas.

En la fase post-analítica, la lectura e interpretación de los resultados obtenidos, permite al microbiólogo conocer su ambiente epidemiológico, comparar los datos obtenidos con datos anteriores y comprobar la tendencia o evolución del indicador estudiado o conocer su posición respecto a la literatura. A modo de ejemplo, en el área funcional de epidemiología, conocer la proporción de pacientes con diagnóstico microbiológico de *S.aureus* meticilin resistente (SAMR) sobre el total de pacientes con aislamiento de *S.aureus* permitirá conocer la tendencia de SAMR en el Hospital Miguel Servet. .

Las fuentes de información para la realización de este estudio son las muestras, los volantes y los resultados obtenidos en el Servicio de Microbiología.

El estudio coordinado, evaluación e interpretación de los indicadores descritos, así como de otros que forman parte de este proyecto de mejora coordinado producirá una mejora tanto en el proceso microbiológico, como en la información clínica y epidemiológica.

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

Obtención de información de la situación actual respecto a determinados parámetros de interés clínico y microbiológico en cada una de las áreas funcionales.

El análisis e interpretación de los datos obtenidos permitirá tomar medidas de actuación intra o extra servicio, si se considera necesario.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Entrega de los formatos a los facultativos de cada sección, señalando los objetivos.
Responsables: Responsable de Calidad y Jefa de Servicio
2. Registro por parte del facultativo de los datos correspondientes
Responsables: Facultativos responsables de cada área
3. Evaluación de los resultados:
Responsables: Facultativos responsables de cada área
4. Interpretación de los resultados:
Responsables: Facultativos responsable de cada área, Responsable de Calidad y Jefa de Servicio
5. Comunicación de los datos obtenidos al Servicio de Microbiología y/o Servicios del Hospital si fuera preciso.
Responsables: Facultativos responsable de cada área, Responsable de Calidad y Jefa de 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

1. Diseño de formularios de recogida de datos específicos para cada objetivo y su indicador.
2. La obtención de los datos se llevara a cabo en cada sección con los datos demográficos y resultados de las investigaciones realizadas. Cada facultativo anotará los datos requeridos en el formato de registro oportuno, los cuales estarán disponibles en el ordenador de cada área funcional y periódicamente, serán evaluados por el facultativo responsable, y posteriormente con la responsable de calidad y la jefatura de servicio.

Indicador 1:

Conocer el porcentaje de hemocultivos contaminados.

$(N^{\circ} \text{ de hemocultivos contaminados} / N^{\circ} \text{ de hemocultivos totales}) * 100$

Indicador 2:

Conocer el número de esputos no válidos (ENV)

$(N^{\circ} \text{ de esputos no válidos} / N^{\circ} \text{ total de esputos}) * 100$.

Indicador 3:

Conocer el número de solicitudes de coprocultivos en heces sólidas con diagnóstico de gastroenteritis y hallazgo de patógenos bacterianos

$(N^{\circ} \text{ de coprocultivos realizados con heces sólidas y hallazgo de patógeno bacteriano} / N^{\circ} \text{ de solicitudes con heces sólidas}) * 100$

Indicador 4:

Conocer el número de urocultivos positivos para conocer el rendimiento del proceso

$(N^{\circ} \text{ orinas cultivo negativo} / N^{\circ} \text{ orinas screening positivo}) * 100$

Indicador 5:

Conocer el porcentaje de gestantes portadoras de S.agalactiae

$(N^{\circ} \text{ portadoras} / N^{\circ} \text{ total peticiones}) * 100$

Indicador 6:

Evaluar la tasa de contaminaciones en las técnicas de biología molecular y sus causas

$(N^{\circ} \text{ contaminaciones PCR} / N^{\circ} \text{ determinaciones realizadas}) * 100$

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>Indicador 7: Monitorizar repeticiones de determinaciones y sus causas Realizado Si/No</p> <p>Indicador 8: Conocer la evolución de la sensibilidad a mupirocina en los aislamientos de SAMR (Nº aislamientos resistentes a mupirocina/Nº total de test a mupirocina)*100</p> <p>Indicador 9: Nº baciloscopias directas realizadas que condicionan el procesamiento de la muestra: de forma independiente del resto por pertenecer a paciente bacilífero o derivación a cultivo bacteriano habitual. (Nº baciloscopias directas realizadas que cambian la actuación posterior/ Nº total de baciloscopias directas realizadas)*100</p> <p>-Listar procedimientos de trabajo pendientes de hacer. -Realización de cuatro procedimientos de trabajo.</p>
--

<u>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</u>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 01-01-08	Fecha de finalización: 31-12-08
<p>Calendario:</p> <p>Diseño de registros: Enero-Febrero Entrega registros: Febrero Registro: Marzo-Abril-Mayo-Septiembre-Octubre-Noviembre Evaluación e interpretación: Junio y Diciembre Comunicación resultados: Diciembre</p>	

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Proyecto "Aragonesas con Corazón": Mejora de la información que tienen las mujeres del Sector Zaragoza II de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo.</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Isabel Calvo Cebollero</p>
<p>Profesión Médico Especialista en Cardiología</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CARDIOLOGIA</p>
<p>Correo electrónico: icalvoc@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 EXT.1280 FAX: 976562565</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA: GRUPO PAMYC		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Dolores Ariño Martín	M de Fam.	C.S San Pablo. Zaragoza
Mario Bárcena Caamaño	M de Fam.	C.S. Cariñena
Luis Escosa Royo	Cardiólogo	H. U. Miguel Servet. Zgza.
M ^a Victoria Fustero Fernández	M de Fam.	C.S. Cariñena
Antonela Lukic	Cardióloga	IACS
José Manuel Millaruelo	M de Fam.	C.S Torrero-La Paz. Zgza
Eva Moreno Esteban	Cardióloga	H. U. Miguel Servet. Zgza

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados del mundo occidental, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo mientras <i>en las últimas décadas, existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los hombres, esta no se está produciendo en las mujeres.</i></p> <p>En Aragón, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron también un 32% de la mortalidad total y fueron responsables de 2.004 (28,6%) fallecimientos en hombres y 2.339 (35%) en mujeres. Solo el infarto agudo de miocardio mató en 2005 (INE) a 471 varones y 340 mujeres, mientras que el cáncer de mama, mucho más introducido en la mentalidad preventiva de las mujeres fue responsable de 210 muertes en el mismo periodo.</p> <p>La enfermedad cardiovascular en general y la enfermedad coronaria en particular, han sido investigadas fundamentalmente en el varón, extrapolando los factores de riesgo y protectores de salud, los métodos diagnósticos y terapéuticos a las mujeres, que sistemáticamente se han visto poco representadas en los ensayos clínicos.</p> <p>El grado de conocimiento de las ECV, así como la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos que han demostrado eficacia pronóstica, es menor en las mujeres, sobre todo en el síndrome coronario agudo (SCA) y en la Insuficiencia cardiaca (IC) lo que redundará en un peor pronóstico (mayor mortalidad por SCA y mayor tasa de ingresos por descompensación de IC).</p> <p>El estudio sobre la situación de la patología cardiovascular de la mujer en España realizado por la Agencia de Investigación del la SEC para el Observatorio de la Salud de la Mujer del MSC ha demostrado que existen numerosas diferencias entre mujeres y varones en lo que respecta a las características y manejo de las diversas patologías y siempre de modo</p>
--

desfavorable para las mujeres, como ya se recogía en estudios previos.

Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones (mayor prevalencia de obesidad, diabetes, síndrome metabólico, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca).

Sin embargo muchas mujeres no identifican la enfermedad cardiovascular como un problema importante de salud para ellas, causa de elevada morbimortalidad, ni conocen bien o de forma suficiente los factores de riesgo clásicos y su influencia en la progresión de la enfermedad, ni la importancia de tomar medidas para controlarlos y disminuir su propio riesgo.

A pesar de las numerosas acciones emprendidas a nivel nacional e internacional para sensibilizar a la población y a los médicos que la atienden de que la importancia en las mujeres de las ECV en general y de la cardiopatía isquémica en particular, *la enfermedad coronaria sigue siendo considerada una "enfermedad de hombres"* por gran parte de la población.

La mujer se encuentra más preocupada por el cáncer que por la enfermedad cardiovascular, que tiene mayor mortalidad. Ello responde a una percepción equivocada de la realidad o a la deficiente información de la población femenina lo que parece que ocurre también en otras latitudes. Entre las mujeres existe a nivel internacional una identificación inadecuada de cuál es su principal problema de salud, adjudicándolo al cáncer en general en el 51% de los casos, 38% al cáncer de mama y sólo 13% a la enfermedad cardiovascular.

Para valorar el conocimiento de la salud cardiovascular de las mujeres en Aragón diseñamos una encuesta, con cuya elaboración y análisis surgió la creación de un grupo de trabajo sobre enfermedad cardiovascular y mujer, transversal y estable formado por profesionales de atención primaria y de atención especializada, PAMYC (Programa Aragonés mujer y corazón).

Encuesta de opinión sobre la salud cardiovascular de las mujeres aragonesas, realizada por el grupo PAMYC con fondos del Sistema Aragonés de Salud:

Llevamos a cabo una encuesta telefónica, estructurada, de 15 preguntas a 1.068 mujeres mayores de edad residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró en la Comunidad Autónoma un error muestral de $\pm 3\%$ con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un $p = 0,5$. El muestreo se realizó por estratos definidos por dos criterios: grupos de edad y número de habitantes por municipios, fijando un mínimo de representación en cada provincia de 5,5% de error muestral.

Los resultados de la encuesta ponen en evidencia el desconocimiento de las mujeres del principal problema de salud que las afecta, el 25,6% cree que es el cáncer en general, un 34,4%, piensa que es el cáncer de mama y sólo un 5,1% opina que es la enfermedad cardiovascular.

Respecto a los factores de riesgo, el 27,2% de la población encuestada es fumadora, el 21,7% sabe que tiene o ha tenido el colesterol alto, el 21,7%, la tensión arterial elevada y el 8,3% es diabética. El 40,7% se considera obesa o con sobrepeso y el 20% tiene antecedentes familiares próximos de angina de pecho o infarto.

Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los factores de riesgo cardiovascular, siendo el más desconocido la diabetes (solo identificado positivamente por el 44,4%) a pesar de la gran importancia de la diabetes como FRCV especialmente en las mujeres.

Aunque las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuales son los síntomas de un ataque al corazón, casi una de cada tres no elige como respuesta a la pregunta... el contacto urgente con el sistema sanitario, que es clave en esta patología.

Con estos resultados y las demás carencias evidenciadas en la encuesta, decidimos planificar una serie de intervenciones, agrupadas bajo el nombre "*Aragonesas con Corazón*" destinadas a mejorar la información que tienen las mujeres de nuestro Sector Sanitario acerca de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, como punto de partida para mejorar sus hábitos, su actuación ante los signos de alarma y en definitiva su 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**OBJETIVOS DEL PROYECTO:****GENERALES:**

1. Sensibilizar a la población del sector de la importancia de la Cardiopatía Isquémica en la Mujer como problema de Salud, al menos al mismo nivel que otras ya incluidas en su mentalidad preventiva, como el cáncer de mama.
2. Promocionar la salud cardiovascular en las mujeres del sector, de forma que las personas adquieran hábitos y costumbres dentro de su entorno social, que genere bienestar y ayude a prevenir la aparición de enfermedad.
3. Llamar la atención de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales del sector para mejorar la identificación precoz de la mujer con Síndrome Coronario Agudo y conseguir la optimización de su tratamiento en la práctica real de acuerdo con las recomendaciones de las guías de las diferentes sociedades.

ESPECIFICOS:

- a. Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.
- b. Enseñar a las mujeres y a su entorno a identificar precozmente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo que permitan reducir el tiempo transcurrido entre la aparición de la emergencia cardiovascular y la prestación de la asistencia requerida.
- c. Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres del sector acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
- d. Difundir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, de cómo influyen en la aparición y evolución de la enfermedad y de cómo controlarlos o eliminarlos.
- e. Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico, estrés mental y psicosocial) de las mujeres y de su entorno con el propósito de mejorar el riesgo cardiovascular de la población.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

LINEAS DE ACTUACIÓN:

Se trata de una intervención:

- 1- Integrada y multifactorial, que cubre los factores de riesgo más importantes, así como sus determinantes socioeconómicos.
- 2- Con colaboración intersectorial, que comprende el sector de salud y otros fuera de él (asociaciones de consumidores, ayuntamientos, entidades públicas y privadas, etc.).
- 3- Dirigida a la promoción de cambios ambientales propicios a facilitar estilos de vida sanos y acceso a recursos sanitarios.
- 4- Que pretende involucrar diversas disciplinas profesionales, en varias etapas de planificación y desarrollo de programas.

Se dirige a las mujeres de la comunidad de Aragón (mediante actividades educativas por sectores de salud, pero con coordinación de los profesionales implicados en cada sector):

1. Charlas/ Talleres informativos en centros seleccionados del sector.
 - a. Metodología audiovisual.
 - b. Utilizando los datos de la encuesta como apoyo.
 - c. Temas: La enfermedad cardiovascular y su importancia en la mujer; Los factores de riesgo; los síntomas de alarma; La manera de actuar ante estas situaciones.
 - d. Actividades prácticas por grupos que permitan facilitar la comprensión del tema tratado.
2. Folletos informativos.
 - a. Diseño de un folleto informativo.
 - b. Edición de 4.000 ejemplares del mismo.
 - c. Distribución de los folletos a través de personal sanitario, que podrá contestar preguntas básicas sobre el mismo en el acto. La repartición de los mismos se realizará principalmente en Hospitales y Centros de Salud del sector en el horario habitual de trabajo y en los centros comerciales entre las 18 y 21 horas de la tarde y en asociaciones de mujeres de Sector II

Responsables: los componentes del Grupo PAMYC

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. Numero de charlas impartidas.
2. Número de asistentes a las charlas.
3. Valoración de la satisfacción de las asistentes con el contenido (encuesta breve).
4. Número de folletos editados.

5. Número de poblaciones donde se han distribuido folletos.
6. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.
7. Monitorización en el SCACEST atendido dentro del programa TRIAMAR del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el contacto con el sistema sanitario. (Demora atribuible al paciente).

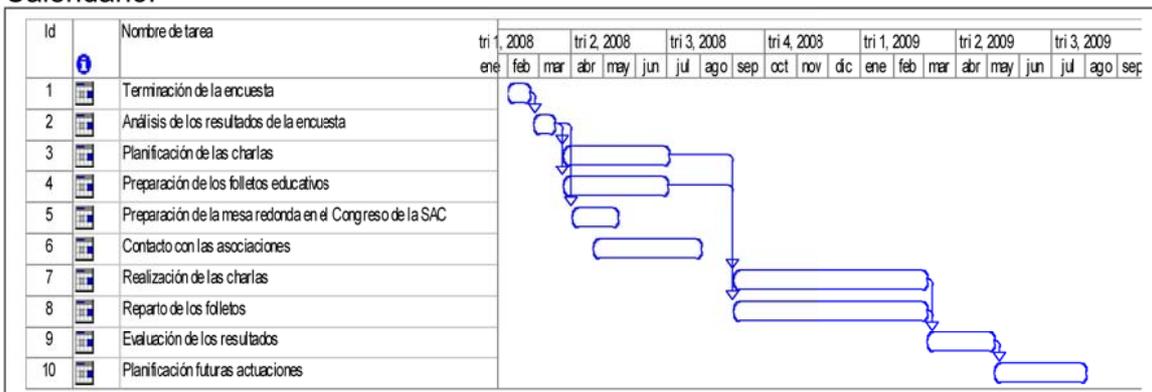
9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Agosto 2009

Caleandario:



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>
Apoyo para la edición de los folletos	1.000
Apoyo para la elaboración de material audiovisual para talleres y charlas	600
Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Zaragoza 2008) Para presentar una comunicación con los resultados de este Proyecto	500
TOTAL	2.100€

Lugar y fecha:

Zaragoza 20-02-2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: Tratamiento rehabilitador de la incontinencia fecal

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA BELÉN MORATA CRESPO

Profesión

MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA.

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

HOSPITAL MIGUEL SERVET (CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE)

Correo electrónico:

abelenmorata@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976290339

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a LUISA DE LA TORRE BELDARRAIN	Fisioterapeuta	C.S. Fuentes Norte.
MANUEL CABANILLAS DEL POZO	Fisioterapeuta	C.S. Fuentes Norte.
GUILLERMO GONZALEZ SANZ	Médico especialista en cirugía	HUMS

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 incontinencia fecal (IF) origina un grave problema social en las personas que la padecen y una disminución muy importante en su calidad de vida. Los estudios disponibles hasta el momento no demuestran una mayor evidencia científica de ninguno de los tratamientos existentes, aunque existen indicios de que la biorretroalimentación y de los ejercicios del esfínter pueden tener un efecto terapéutico. (Norton C, Cody JD, Hosker G. Biorretroalimentación y/o ejercicios esfinterianos para el tratamiento de la Incontinencia rectal en adultos. Biblioteca Cochrane, 2004).

Pretendemos establecer una vía ágil de derivación entre el Servicio de cirugía general (Unidad de proctología) y el Servicio de rehabilitación, realizar una valoración funcional adecuada del paciente y proponerle el tratamiento rehabilitador más apropiado.

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

TITULO DEL PROYECTO: : “Proyecto de mejora de la calidad en prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria femenina en el post-parto y post-menopausia”:

- nº de pacientes derivadas 67.
- nº de pacientes exploradas y valoradas funcionalmente en consulta
 - 37.5% postparto, 62.5% postmenopausicas.
 - Edad media: postparto 38 años, postmenopausicas 59.4 años.
 - Media en la escala ICQ-SF (versión española): 8.68/17, en pregunta cantidad: 5.6/8.
- Nº de pacientes que han finalizado el tratamiento (3 meses): 95,52% media obtenida en ICQ-SF: 1.4/17, en cantidad 2.4/8. Las diferencias antes y después del tratamiento son estadísticamente significativas al aplicar la T de Student.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con IR, medida por la escala SF-36.
- Establecer una vía rápida de derivación desde la Unidad de proctología al Servicio de rehabilitación.
- Establecer un equipo de trabajo con los fisioterapeutas de atención primaria.
-

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Establecer reuniones entre la Unidad de proctología del HUMS y el Servicio de Rehabilitación. Para determinar los criterios de derivación de los pacientes, y el método de derivación.
- Diseñar junto con los fisioterapeutas de atención primaria un programa de ejercicios.
- Realizar en la consulta de rehabilitación una valoración funcional, que incluya además de la exploración física, una manometría y la realización de la encuesta de calidad de vida SF-36.
- Proponer a los pacientes con IF leve-moderada un programa de ejercicios.
- Proponer a los pacientes con IF grave, y a los que tienen IF leve-moderada que no mejoren tras el programa de ejercicios al menos 30mmHg en la manometría, tratamiento de electroestimulación y biorretroalimentación.

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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Nº de pacientes derivados, nº pacientes que finalizan el tratamiento, nº de pacientes que precisan biofeedback.
- Analizar la calidad de vida de los pacientes derivados mediante la escala SF-36, antes y después del tratamiento.
- Analizar la manometría antes y después del tratamiento.

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 de 2009	Fecha de finalización: Diciembre de 2009
--------------------------------	--

Calendario:

Enero de 2009 reunión con Servicio de cirugía y fisioterapeutas de atención primaria.

Febrero-Junio de 2009 Iniciar valoración y tratamiento de pacientes. Una reunión mensual con fisioterapeutas.

Julio de 2009 reunión con Servicio de cirugía para analizar seguimiento de la vía.

Agosto-Noviembre de 2009 Segunda fase de tratamiento para pacientes que no han mejorado.

Diciembre de 2009 análisis de resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN-RENOVACIÓN

1.- TÍTULO

“APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES EULAR (EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM) EN LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dra ANGELA PECONDÓN ESPAÑOL

Dr F. JAVIER MANERO RUIZ

Profesión

FACULTATIVOS ESPECIALISTAS REUMATOLOGÍA

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

H. U. MIGUEL SERVET (HUMS)

Correo electrónico:

apecondon@salud.aragon.es , fjmanero@salud.aragon.es;

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500, extensiones 2794 Y 2793

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dña Carmen Arias Juana	DUE	CME SAN JOSE (HUMS)
Dr. Chesús Beltrán Audera	FEA	CME SAN JOSE (HUMS)
Dr. E. Giménez Úbeda	FEA	CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
Dr. F. Jiménez Zorzo	FEA	CE HUMS
Dña E. Legaz Machin	AE	CE HUMS
Dr. J. Marzo Gracia	FEA	CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
M. Medrano San Ildefonso	FEA	CE HUMS
E. Tarongi Mendivil	AE	CE HUMS

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 artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune inflamatoria articular crónica que provoca importante discapacidad, morbilidad y mortalidad precoz, lo que tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren.
- Su diagnóstico temprano no siempre es fácil y mucho menos en el ámbito de la atención primaria. Esto es debido a la ausencia de pruebas específicas y de criterios diagnósticos (no olvidemos que los criterios que ahora se aplican son criterios de clasificación no demasiado sensibles para diagnosticar la enfermedad de reciente comienzo).
- En los últimos años, la demostración de que el tratamiento precoz de las artritis y en concreto de la artritis reumatoide (AR) con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) ofrece mayores posibilidades de modificar el curso de la enfermedad mejorando ostensiblemente su pronóstico con lo que esto supone para la calidad de vida del paciente, ha sido uno de los mayores avances

terapéuticos.

- Es por ello que es muy importante realizar muy tempranamente una cuidadosa evaluación diagnóstica y pronóstica de estos pacientes para optimizar estrategias terapéuticas.
- Se considera que los enfermos con un cuadro articular inflamatorio deben ser remitidos al reumatólogo (y atendidos por éste) lo antes posible, a poder ser antes de las 6 semanas desde el inicio de los síntomas.
- Por ello, el diagnóstico precoz y un tratamiento lo suficientemente intensivo que permita alcanzar los mayores beneficios en el menor tiempo posible, constituyen actualmente principios básicos del tratamiento de la AR.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Durante este año 2007 se ha realizado el protocolo de estudio y seguimiento para pacientes con artritis de reciente comienzo que recogen la recomendaciones EULAR y del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre terapia biológica en AR. Así mismo dicho protocolo fue presentado y consensado con los miembros del servicio.

También se ha confeccionado una sencilla base de datos electrónica de control de estos pacientes

Los resultados obtenidos son poco significativos por el hecho de que el número de pacientes con artritis de reciente inicio registrados en la pequeña base de datos habilitada en la intranet del servicio para esta función han sido solo 13. Faltarían por incluir un número de pacientes bastante superior a este. Dificultades en la comunicación entre los centros médicos de especialidades y el hospital no resueltas correctamente han determinado esta situación.

De estos pacientes el 80 % comenzaron por indicación del reumatólogo tratamiento con algún FAME (fármaco modificador de la enfermedad) dentro de los 3,5 primeros meses de evolución de la enfermedad, lo que es un dato muy positivo en la calidad asistencial de esta patología.

Y en cuanto a la primera visita, esta fue realizada de forma mayoritaria en el periodo comprendido entre 2 y 4 semanas desde que los remitió su MAP. Solo algunos casos esporádicos (pacientes remitidos desde urgencias, etc..) tuvieron su primera visita en menos de 15 días. Posiblemente no hemos insistido suficientemente a los facultativos de atención primaria sobre esta vía especial para remitir a los pacientes con sospecha de artritis de reciente inicio.

Dado que los objetivos de este proyecto son considerados por nuestro servicio como muy importantes y su consecución de sumo interés, continuaremos trabajando en él este año 2008.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- El objetivo es introducir en la práctica clínica de nuestro servicio la aplicación de los estándares de calidad (recomendaciones) de la EULAR (European League Against Rheumatism) en la asistencia de los pacientes con artritis de reciente comienzo y mejorar así el manejo clínico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Al igual que otros centros asistenciales de nuestro país, nuestro servicio tiene una "unidad de artritis precoz" (UAP) en la que participan todos los miembros del servicio de reumatología que dan cobertura a la población del sector 2 . En este momento tenemos el compromiso con atención primaria de realizar una primera visita en un plazo no mayor de 15 días a partir de su derivación según unos sencillos criterios de selección. La atención de estos pacientes se realiza en las consultas externas del propio hospital Miguel Servet y en las ubicadas en los CME (San José, y Ramón y Cajal).

LAS MEDIDAS PREVISTAS Y SUS RESPONSABLES SERÁN:

- 1. Informar al personal del servicio de los objetivos para este año.**
Responsable: Dra Angela Pecondón Español
- 2. Continuar con el envío a los CAP (Centros de Atención Primaria) de recordatorios periódicos del algoritmo de derivación para los pacientes con sospecha de tener algún tipo de artritis.** Responsable: Dr FJ Manero Ruiz.
- 3. Mantener agenda especial (ubicada en la consulta) durante todo el 2008 para cita de primera visita en 2 semanas o menos desde el momento de la derivación para los pacientes con sospecha de artritis de reciente comienzo.** Responsables: FEA y personal auxiliar o de enfermería correspondiente a cada consulta.
- 4. Cumplimentación de protocolo en cada visita.** Responsable: Facultativo responsable del paciente y personal de enfermería o auxiliar de cada consulta.
- 5. Revisión en mayo-junio y en noviembre-diciembre de todos los cuadernillos-protocolo de los pacientes con artritis de reciente inicio vistos en 2008.**
Responsables: Dras: Angela Pecondón Español y Marta Medrano San Idefonso.
- 6. Informar de los resultados de las evaluaciones a los miembros del servicio – grupo de mejora (en tiempo destinado a sesión clínica).**
Responsable: Dra: Angela Pecondón Español.
- 7. Una vez conocidos los resultados de las evaluaciones, discutir/sugerir puntos susceptibles de mejora.** Responsables: Grupo de mejora.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Nº total de pacientes con artritis de reciente inicio vistos en el servicio de reumatología a lo largo del 2008.
- % de pacientes con sospecha de artritis precoz cuya primera visita fue realizada en el plazo arriba indicado (15 días desde que es derivado por el MAP).
- % de pacientes con artritis reumatoide o con alta probabilidad de tenerla (artritis que persiste durante 12 semanas o más aunque no cumpla los criterios de clasificación) que han comenzado tratamiento con algún FAME dentro de los 3,5 primeros meses de evolución de la enfermedad.
- % pacientes con AR en los que se ha realizado el seguimiento correctamente (según protocolo basado en recomendaciones-estándares de EULAR)

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: enero 2007

Fecha de finalización: 2009-2010

Calendario:

Actividades 2008	MESES
-------------------------	-------

	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	2009
Informar al conjunto del servicio													
Envío a los CAP recordatorio algoritmo													
Aplicación estándares													
1ª evaluación													
Informe resultados 1ª evaluación al conjunto del servicio. Introducir acciones de mejora													
2ª evaluación													
Informe resultados 1ª evaluación al conjunto del servicio. Introducir acciones de mejora													➔

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LOS ABORTOS DE PRIMER TRIMESTRE. INTRODUCCIÓN DEL LEGRADO POR ASPIRACION

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Manuel Campillos Maza

Profesión

Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología

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

Sección de Patología Obstétrica. Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

jmcampillos@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500. Ext 3621 o 3464

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Adela Villacampa Pueyo	Obstetra	HUMS
Bassam Madani Alsaati	Obstetra	HUMS
Raquel Crespo Esteras	Obstetra	HUMS

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 abortos del primer trimestre suponen aproximadamente el 15% de las gestaciones. En el momento actual, la mayoría de las resoluciones quirúrgicas del proceso se realizan mediante dilatación y legrado instrumental, actuación sin cambios desde hace décadas en este Hospital.

Existe unanimidad científica sobre el beneficio del legrado por aspiración con sonda flexible en todos los aspectos relacionados con el proceso:

- Disminución en la tasa de complicaciones: disminución de las perforaciones uterinas, del sangrado durante el legrado, de las lesiones intestinales, de la tasa de infecciones.
- Menor empleo de analgésicos tras el legrado.
- Disminución del tiempo quirúrgico y como consecuencia también del anestésico.
- Menor tiempo de estancia. Todas estas pacientes son tributarias de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Disminución de costes con respecto al legrado instrumental.
- Mayor satisfacción de la usuaria.

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

- Disminuir la tasa de complicaciones severas inherentes al legrado instrumental.
- Disminuir el tiempo quirúrgico y anestésico.
- Disminuir los tiempos de estancia en estas pacientes.
- Aumentar la tasa de satisfacción de las usuarias.
- Aumentar el porcentaje de legrados por aspiración en el primer trimestre de la gestación.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de un protocolo de asistencia en el aborto de primer trimestre. (José Manuel Campillos Maza)
- Adaptación del consentimiento informado en el legrado, contemplando este procedimiento. (José Manuel Campillos Maza)
- Sesión informativa de presentación del material y procedimiento a la plantilla del Servicio con exposición audiovisual. (Responsable y colaboradores del proyecto)
- Elaboración de una encuesta de satisfacción entre las usuarias, como evaluación del procedimiento. (Responsable y colaboradores del proyecto)
- Tratamiento de los datos obtenidos en la encuesta para evaluación de resultados. (Responsable y colaboradores del proyecto)

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 se realizará de forma anual mediante la recogida de indicadores de cumplimentación y resultados, y mediante los datos obtenidos de la encuesta de satisfacción entre las usuarias de este método

Indicadores:

- Porcentaje de legrados realizados por aspiración durante el primer trimestre de embarazo. Actualmente son el 20%. Se pretende que el porcentaje sea superior al 80%
- Porcentaje de complicaciones mayores. Se pretende un porcentaje inferior al 5 por mil
- Tiempo medio de estancia tras el legrado (en horas). Se pretende un tiempo inferior a las 12 horas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: enero 2008

Fecha de finalización: diciembre

Calendario:

Primer cuatrimestre 2008:

1. Elaboración del protocolo de asistencia y la encuesta de satisfacción.
2. Modificación del consentimiento.
3. Obtención del material necesario.

Segundo cuatrimestre 2008:

1. Sesión informativa del nuevo protocolo.
2. Inicio de la actividad quirúrgica con el nuevo procedimiento.
3. Inicio de las encuestas de satisfacción.

Tercer cuatrimestre 2008: a finales de este periodo,

1. Recogida y tratamiento de datos de la encuesta de satisfacción
2. Evaluación provisional de los indicadores de monitorización.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

Material/Servicios	Euros
MESA DE REUNIÓN CIRCULAR	150
4 SILLAS PARA LA MESA DE REUNION	200
SILLÓN PARA MESA DE TRABAJO	150
CAÑÓN DE PROYECCIÓN DE DIAPOSITIVAS	700
TOTAL	1200

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios del Centro Médicos de Especialidades Ramón y Cajal respecto a la información recibida en el Centro. (Encuesta de satisfacción)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Asunción Aparicio Clavería

Profesión

DUE – Responsable de la unidad de Atención al Paciente del CME Ramón y Cajal

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

Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal. HUMS.

Correo electrónico:

aaparicio@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 446 958

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Alastuey Giménez	FEA. Radiodiagnóstico	CME Ramón y Cajal
Asunción Aparicio Clavería	Enfermera Jefe de la Unidad de Atención al Paciente	CME Ramón y Cajal
M ^a Ángeles Baranguan Badia	DUE	Cme Ramón y Cajal
Fernando Bravo Urzay	Ingeniería y Mantenimiento	CME Ramón y Cajal
Esther Martínez Azcoitia	Personal Administrativo	CME Ramón y Cajal
Carmen Ortega Marco	Jefe Sección Análisis Clínicos	CME Ramón y Cajal
M ^a Pilar Sancho Alfranca	DUE	CME Ramón y Cajal
Mar Sedano Gimeno	P. Subalterno	CME Ramón y Cajal
M ^a Luisa Vela Marquina	U. Calidad Asistencial	HUMS
Mercedes Vallespín Meseguer	Responsable de la U. Archivos y Documentación Clínica	CME Ramón y Cajal
Isabel Velilla Marco	FEA. Neurología	CME Ramón y Cajal
M ^a Teresa Villa Gazulla	Subdirectora Médica	HUMS

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 nivel de satisfacción de los usuarios del CME. Ramón y Cajal es sensiblemente inferior a la media del Sector y del Salud, según la información recibida a través encuesta de opinión a usuarios de sector Zaragoza II. (porcentaje del CME: 69,2, del

Sector: 78,8 y del Salud: 80,5)

Para los usuarios estar bien informados es importante porque:

- les facilita el acceso a los servicios sanitarios
- les evita dar pasos innecesarios por desconocimiento del sistema
- comprender la información médica es necesario para el adecuado seguimiento de las pautas médicas, realización de pruebas diagnósticas, solicitud de citas, etc.

Para los profesionales asegurarse de que la información que facilitan a los usuarios es comprendida y suficiente, es necesario porque:

- se evita duplicar consultas, por dudas no resueltas en la primera cita
- se evita el absentismos a consultas y pruebas complementarias, etc.
- se evita que el paciente no se presente suficientemente preparado a las pruebas complementarias
- mejora la relación médico paciente

Para la organización es importante que los usuarios estén bien informados porqué:

- Hace el sistema mas fluido y resulta mas eficiente
- El grado de satisfacción con respecto al sistema, tanto del usuario como de los profesionales, es mayor

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

A: Conocer los puntos críticos del proceso respecto a la información, detectando las áreas de mejora:

- Admisión/citaciones
- Consultas por especialidades
- Personal médico
- Personal de Enfermería
- Personal de gestión (celadores, centralita)
- Organizativa: señalización, documentos, registros, citas, solicitudes

B.- Priorizar áreas de mejora

C.- Desarrollarlas y realizar el plan de implantación

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Revisión y análisis de encuestas existentes (Salud, y otras realizadas por el hospital)

2.- Utilizar la técnica de "grupo focal" para a través de reuniones con 2 -3 grupos de pacientes, usuarios del Centro recoger sus propuestas, sugerencias, opiniones...

3.- Tratamiento de la información

4.- Priorización de actividades

5.- Desarrollo del área ó áreas de mejoras priorizada

6.- Implantación

Responsable: Grupo de Mejora

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

Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida (Encuesta de opinión a usuarios de Sector)

Porcentajes de pacientes satisfechos con la información asistencial

Porcentaje de pacientes satisfechos con la información de la organización en general

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: _____

Calendarario:

Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2009
Revisión y análisis de encuestas existentes (Salud, y otras realizadas por el hospital)													
Utilizar la técnica de grupo focal para a través de 2 grupos de pacientes del Centro													
Tratamiento de la información													
Priorización de actividades													
Desarrollo del área ó áreas de mejoras priorizada													
Implantación													

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>
-------	---

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
Material/Servicios	Euros
Material de reprografía	
Fotocopiadora	
UBS (12 unidades)	
Material didáctico (Libros) Calidad asistencial en Atención Primaria tomo I , II, III (tres tomos)	
Taller formativo	
Presentación de comunicación al Foro del XXVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, en Zaragoza de fecha octubre de 2008. Proyecto becado por el programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en el SAS del año 2007 Adjunto memoria	
TOTAL	2.000

Lugar y fecha:
CME Ramón y Cajal

Zaragoza, a 21 de febrero de 2008

MEMORIA “PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD año 2007”

El grupo de Mejora de la Calidad del Centro decidió participar en el “PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD” y determinamos como objetivo para el Proyecto de Calidad

“Oportunidad de mejora de la accesibilidad del usuario al sistema sanitario en el CME Ramón y Cajal, para descitarse o cambiar la cita, a propia petición, para las Consultas de los especialistas

y para las pruebas complementarias del Sº de Radiología” ya que consideramos que se produciría un mayor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales del Centro, que redundaría en beneficio de los pacientes y la administración.

I. Establecimos una metodología a desarrollar en cinco etapas:

Verificación de la situación. Cuantificar las ausencias, sin avisar por parte de los pacientes en el periodo de 1 mes, que fuera representativo de todo el año (Marzo – 07), en las consultas y en el Sº de Radiología del Centro; basándonos en los listados diarios de citaciones programadas desde la Unidad de Admisión de todas las consultas y en la actividad diaria programa desde la Unidad de Citaciones del Sº de Radiología.

Análisis de los datos obtenidos. Necesidad objetiva de realizar el proyecto basándose en la cantidad de ausencias constatadas y su repercusión en las listas de espera y la buena organización y optimización de recursos del Centro.

Elaboración de una encuesta telefónica para los pacientes que no han notificado las ausencias.

Análisis de los resultados de la encuesta. Estudio de la situación actual, diagnóstico de los puntos débiles de la estructura y posibles medidas de solución a adoptar.

Desarrollo práctico de las medidas de solución.

II. Procedimiento desarrollado:

- La encuesta a los pacientes se realizó durante el mes de marzo – 07, todos los días hábiles, al día siguiente de la no comparecencia, a un 10% de las ausencias a la cita programada, ya sea consulta o P. Radiológica, procurando que estén incluidas semanalmente todas las especialidades médicas del Centro que son 14.
- Realizaremos la encuesta durante una semana a modo de Test para valorar cambiar las estrategias
- Se encuestaron diariamente a 14 pacientes.
- Realizaron la encuesta 5 personas que tienen acceso a línea de teléfono directa. Se les preguntaron dos cuestiones:
 - ¿Por que no acudió a su cita?
 - ¿Por que no aviso?

III. Resultados del estudio

Los datos obtenidos fueron muy complejos y necesitaron estudio detallado, por lo que se reviso de forma individual cada especialidad En una 1ª apreciación se concluye que el absentismo esta alrededor del 11,6% sobre la programación global del Centro.

Total de actividad programada en el mes de Marzo en consultas: 21607

Total de absentismo sobre la actividad programada en el mes de Marzo en consultas: 2625

Total de actividad programada en el mes de Marzo en el Sº de radiología: 5438

Total de absentismo sobre la actividad programada en el mes de Marzo en el Sº de Radiología: 629

Se adjuntan graficas detalladas y globales de todos los resultados, incluida la encuesta a los pacientes

IV. Propuesta de medidas de solución a desarrollar

De forma unánime el grupo opina que hay que considerar dos variables de mejora:

- *Intentar que los pacientes avisen de las ausencias.*
- *Que se puedan cubrir "algunos huecos" aunque no avisen los pacientes.*

Conforme a estas bases se especula con posibles soluciones, se considera que al Grupo, le gustaría que se pudiesen llevar a cabo las propuestas a coste cero y sin demasiada ayuda externa; se observa la necesidad de implicar a los Jefes de Sº, la Dirección y los trabajadores del Centro.

- Posibilidad de **rellenar** de alguna manera, no gravosa para las consultas, un número consensuado de **huecos** producidos por las ausencias no notificadas.
- Propuestas de cambios en el **impreso de citaciones**, nuevos diseños de las hojas de citación que se remite a los usuarios.
- **Dirección de correo electrónico para la Unidad de Citaciones**, con la finalidad de que pueda ser utilizada por los pacientes para anular citas.
- **Línea de teléfono directa**

Las propuestas de los cambios en el impreso de citaciones línea de teléfono directa ya están en desarrollo, la Dirección de correo electrónico para la Unidad de Citaciones no se pondrá en práctica de momento.

El Sº de Radiología por sus características peculiares merecerá estudio aparte.

Para desarrollar la propuesta de rellenar huecos en las consultas, se propone realizar un estudio piloto sobre una muestra en tres especialidades, teniendo en cuenta las consultas con mayor absentismo por parte de los pacientes y mayor demora en la programación de consulta de primer día se decide por consenso del grupo, las especialidades:

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>
-------	---

Oftalmología: -demora – se esta citando para el día 19 de febrero de 2008
-absentismo - 11% de la actividad estudiada

Digestivo: -demora – se esta citando para el día 11 de enero
-absentismo - 14% de la actividad estudiada

Dermatología: -demora – sin abrir agenda del año que viene
-absentismo - oscila mucho dependiendo del mes estudiado, del 5% al 17%

Se dejara como cuarta opción a la especialidad de Endocrinología por si existiera algún problema con las anteriores, ya que se precisa previamente el consenso de la Dirección y los Jefes de Servicio y los responsables del personal de enfermería.

La propuesta metodología para estas tres especialidades seria:

- Crear en la Unidad de Citaciones un nuevo criterio de programación para introducir en la agenda únicamente un paciente semanal y por consulta, solo para este estudio y que no pueda ser utilizada para otros casos.
- Desarrollo practico durante un periodo de 3 meses
- Análisis de los resultados en cuanto a:

Opinión de los facultativos, personal de la U. Citaciones, Jefes de Sº etc.

Resultados prácticos en cuanto a mejora de demoras

Satisfacción de los usuarios

- Conclusiones finales y conveniencia de hacer extensiva la propuesta a todas las especialidades.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO EVALUACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL DEL ESPACIO “EL RECREO” EN EL HOSPITAL INFANTIL. Detección y propuesta de líneas de mejora.</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos María Jesús BLECUA LIS</p> <p>Profesión Diplomada en Enfermería</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Zaragoza Servicio de Atención al Paciente</p> <p>Correo electrónico: mjblecualis@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 07</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Jesús Blecua Lis	Enfermera	H.U.Miguel Servet
Carmen Vicente Gaspar	Gestión	H.U.Miguel Servet
Beatriz Cardesa García	Enfermera	H.U.Miguel Servet
Eduardo Miranda García	Educador Social	Asociación Os Mesaches
Alba Alonso Cruces	Trabajadora Social	Asociación Os Mesaches

<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>En el Plan Estratégico y de Empresa del H.U.M.Servet 2003-04 fueron aprobadas diversas líneas estratégicas, una de ellas tenía como enunciado: “Satisfacer las necesidades y expectativas del cliente externo”. En uno de los objetivos de desarrollo de esta línea se recogía: “Poner en marcha una guardería temporal para niños, familiares de pacientes”.</p> <p>En Octubre de 2003 se inauguró un espacio de guardería temporal llamado “El Recreo” en donde se cuida a los niños de familiares de pacientes ingresados en el Hospital durante una franja horaria comprendida entre las 16:30 y 20:30 horas, durante todos los días del año.</p> <p>Transcurridos cuatro años desde su puesta en marcha se ha observado un incremento de la demanda por parte de las familias (7083 niños fueron atendidos en el año 2007) cada vez más necesitadas de apoyo social en su relación con el hospital. Por este motivo parece oportuno el momento de realizar un valoración de la satisfacción y necesidades de los usuarios con respecto a este servicio, así como, por parte del personal del hospital.</p> <p>El H.U.M.Servet es el único hospital que cuenta con este servicio, dentro de nuestra</p>

Comunidad Autónoma, los resultados obtenidos sobre su funcionamiento pueden ser de utilidad para otros centros asistenciales.

El mantenimiento de este servicio debe considerarse de interés dentro de las líneas de “responsabilidad social corporativa” del Hospital como empresa.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se pretende obtener un diagnóstico de la situación referido a los siguientes parámetros:

- Satisfacción de las familias que han utilizado “El Recreo”
- Satisfacción de los niños que utilizan “El Recreo”
- Satisfacción del personal de Centro
 - Detección de sugerencias y propuestas de mejora por parte de los diferentes grupos

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reuniones del Grupo de Trabajo para el diseño de las líneas de trabajo a realizar y el seguimiento de las diferentes acciones que deberán ser realizadas de forma individual y conjunta por el grupo
- Contacto con los Subdirectores del Hospital Infantil para informarles del proyecto y conocer sus opiniones.
- Definición de la metodología de trabajo, número de reuniones del grupo y responsabilidades de cada miembro.
- Diseño de las encuestas y metodología a seguir
- Realización de las encuestas a los diferentes grupos: familias, niños y personal del hospital.
- Análisis y tratamiento estadístico de los resultados.
- Presentación del trabajo a la Dirección del Centro y propuesta de mejoras en el 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

- Número de Reuniones del Grupo de Trabajo
- Actas de las Reuniones realizadas
- Presentación de resultados de las encuestas realizadas

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
<p>Calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición y acuerdos sobre metodología de trabajo.....Marzo - Diseño y realización de las encuestas.....Abril / Septiembre - Análisis de resultados.....Octubre - Valoración de las sugerencias y propuestas de mejora.....Noviembre - Presentación de resultados a la Dirección del Centro.....Diciembre 	

103

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

REGISTRO ENTRADA
N.º 61208
22 FEB. 2008

1.- TÍTULO

Proceso de Acreditación según la Norma ISO 15189:2007 del Servicio de Anatomía Patológica a partir de un Programa Continuo de Mejora previo

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Ramiro Alvarez Alegret

Profesión: **Facultativo Especialista en Anatomía Patológica**

Lugar de trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), Sº de Anatomía Patológica

Correo electrónico: ralvareza@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-765553

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Antonio Giménez Mas	Jefe del Servicio	HUMS, Sº A. Patológica
Mª José Rios Mitchell	Jefe de Sección, Comisión Dirección del Sº, Tutora de MIRs	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Ignacia Valero Palomero	Jefe Sección, Comisión de Dirección del Sº	Jefe Sección
Jorge Alfaro Torres	FEA, Grupo Investigación del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Antonio Calvo Alvarez	FEA, Comisión de Docencia del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Francesc Felipe Berlanga	FEA, Grupo de Investigación de Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Ester Gimeno Esteras	FEA, Grupo de Mejora, Grupo de Investigación del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Carlos Hörndler Aragarate	FEA, Comisión de Docencia del Sº, Grupo de Mejora, Grupo de Investigación del S	HUMS, Sº A. Patológica
Luis Plaza Mas	FEA, Comisión de Infraestructuras y Equipamiento del S	HUMS, Sº A. Patológica
José Pac Sa	FEA, Comisión de Docencia del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Carmen Yus Gotor	FEA, Comisión de Infraestructuras y Equipamiento del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Mar Pascual Llorente	MIR, Grupo de Mejora, Comisión de Docencia del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Ana Fuertes Zárate	MIR, Comisión de Docencia del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Guillermo Muñoz González	MIR	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Carmen De Miguel Adrián	Supervisora, Comisión Dirección del Sº, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica

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>
-------	---

Ana Ozón Cores	TEAP, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica
Pilar Andrés Alias	Auxiliar de Clínica, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Pilar López Prieto	Jefa de Equipo Administrativo, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Pilar Gimeno Serrano	Auxiliar Administrativo	HUMS, Sº A. Patológica

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Acreditación de la totalidad del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet según la norma EN ISO 15189:2007.

El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet se sumió hace tres años en un complejo y progresivo proyecto de Mejora Total en donde criterios de prioridad y de posibilidad prevalecieron sobre ordenaciones más o menos académicas. Aquellas fueron determinantes de una secuencia de acciones o buenas prácticas con las que ahora contamos, como preámbulo necesario y nada desdeñable, para acceder a la Acreditación según la norma UNE EN ISO 15189:2007.

Primero fue poner orden y así desarrollamos un marco organizativo y documental que de hecho facilitó el trabajo de la Auditoría Docente a que fuimos requeridos en octubre de 2006 y de la que salimos muy favorablemente evaluados y por la cual se amplió nuestra oferta docente a dos residentes por año.

En apoyo de estas iniciativas tres aspectos a destacar:

1. Concesión de Becas de apoyo a la calidad para la implementación de la Norma ISO 9001:2000 (en 2003), y posteriores renovaciones en 2004, 2005 y 2006 para prepararnos según la Norma ISO15189:2003 recién aparecida.
2. Iniciativa del SALUD de acreditación en Norma ISO15189:2003 de una técnica del Sº, con el apoyo de una empresa externa (ICSA, Comunidad Valenciana). Esta iniciativa englobando en primera instancia a todos los "laboratorios" de la comunidad que quisieran adherirse. Para los laboratorios de Anatomía Patológica se propuso acreditar la citología de cribado oncológico del cáncer de cérvix uterino, objetivo que no consideramos apropiado para nuestro laboratorio y optamos por intentar seguir nuestros primeros pasos para acreditar la sección de Inmunohistoquímica. Surgieron dificultades técnicas y la empresa colaboradora nos orientó a intentar la acreditación de la biopsia estereotáxica de mama, alcance que vimos poco sustancial y que sin embargo demandaba un esfuerzo personal y documental desproporcionado con el objetivo. Se decidió no seguir con esta iniciativa, y proseguir con nuestra Programa Continuo de Mejora como base sólida para la futura acreditación.
3. El conocimiento de una Guía (Documento de Orientación) diseñada y financiada por la Unión Europea para facilitar la implementación de la Norma ISO15189:2003 en los Laboratorios del Caribe, nos facilitó enormemente la comprensión de la Norma, facilitando además criterios para estructurar la Documentación, y organizar el sistema de gestión de la calidad. Ello nos animó el verano pasado a retomar nuestro objetivo de acreditación, esta vez con el mayor alcance posible, la acreditación de la totalidad del servicio.

Siguiendo la mencionada guía, nuestra propuesta organizativa se compone de la siguiente estructura:

A ORGANIZACIÓN Y SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- A1 Organización y gestión
- A2 Necesidades y requisitos de los usuarios
- A3 Política de la calidad
- A4 Sistema de gestión de la calidad
- A5 Objetivos y planes de calidad
- A6 Manual de la calidad
- A7 Responsable / Director de calidad
- A8 Control de la documentación
- A9 Control de los registros de los procesos y de la calidad
- A10 Control del material clínico
- A11 Revisión por la dirección

B PERSONAL

- B1 Dirección profesional
- B2 Personal
- B3 Gestión del personal
- B4 Orientación e integración del personal
- B5 Descripciones del puesto de trabajo y contratos
- B6 Registros de personal
- B7 Reunión anual conjunta del personal
- B8 Reuniones del personal
- B9 Formación y educación del personal

C INSTALACIONES Y AMBIENTE

- C1 Instalaciones y ambiente
- C2 Instalaciones para el personal
- C3 Instalaciones para los pacientes
- C4 Instalaciones de almacenamiento
- C5 Seguridad y salud

D EQUIPOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y MATERIALES

- D1 Adquisición y gestión de los equipos
- D2 Gestión de datos e información
- D3 Gestión de materiales

E. PROCESO PREANALÍTICO

- E1 Información para usuarios y pacientes
- E2 Formulario de solicitud
- E3 Recogida de muestras y manipulación
- E4 Transporte de las muestras
- E5 Recepción de muestras
- E6 Envío a otros laboratorios

F PROCESO DE ANÁLISIS

- F1 Selección y validación de los procedimientos de análisis
- F2 Procedimientos analíticos
- F3 Garantizar la calidad de los análisis

G FASE POSTANALÍTICA

- G 1 Informe de los resultados
- G2 El informe
- G3 El informe telefónico
- G4 El informe modificado
- G5 Consejo médico e interpretación

H EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

- H1 Procesos de evaluación y mejora
- H2 Evaluación de la satisfacción y las quejas del usuario
- H3 Auditoría interna del sistema de gestión de la calidad
- H4 Auditoría interna del proceso de análisis
- H5 Evaluación externa de calidad
- H6 Mejora de la calidad

Y confluyendo con esta estructura se encuentra nuestro Programa Continuo de Mejora, conjunto de 79 áreas de mejora enunciadas y desarrolladas durante tres años que ahora ha sido imprescindible identificar con los epígrafes tanto de la ISO como de la Guía de orientación. A continuación se listan las mencionadas mejoras con sus equivalentes ISO y Guía,

AREAS DE MEJORA DISEÑADAS EN EL PROGRAMA CONTINUO DE MEJORA:

N	año	AM	ISO	Guía	Denominación
1	2004	LM-1	4.8	H2	Reclamaciones: Gestión y archivo
2	2004	PM-2	5.6	F3	Citología ginecológica: Control CLIA'88
3	2004	PM-3	5.5	F1	Actualización cartera Técnicas (TE+IHQ)
4	2004	PM-4	5.5	F2	Protocolo de ganglio centinela en mama
5	2004	PM-5	4.3	A8	Recopilación protocolos activos
6	2005	LM-1	4.8	H2	Reclamaciones: Gestión y archivo
7	2005	LM-2	4.11	H6	Casos perdidos: Gestión y archivo
8	2005	LM-3	5.4	E1	Consentimiento informado PAAFs
9	2005	LM-4	5.6	F3	Control Externo de Calidad IHQ
10	2005	PM-6	5.5	F1	Manual de IHQ (Intranet)
11	2005	PM-7	5.4	E2	Remodelación de la Petición A fetal
12	2005	PM-8	5.4	E2	Remodelación de la Petición B y C
14	2005	PM-10	4.3	A8	Archivo fotográfico
15	2005	PM-11	4.12	H6	Encuesta satisfacción clientes
16	2005	PM-12	5.5	F3	Optimizar uso y gestión técnicas IHQ
17	2005	PM-13	5.5	F1	Ampliación de perfiles IHQ
18	2005	PM-14	5.8	G2	Reformas PatWin
19	2005	PM-15	5.8	G2	Reparto de informes
20	2005	PM-16	4.1	A1	PAAF: Organización de la agenda
21	2005	PM-17	4.5	E6	Seguimiento casos consulta salientes
22	2005	PM-18	4.1	A1	Citología de orina: simplificar el procedimiento
23	2005	PM-19	4.2	A4	Elaborar normas de organización del servicio
24	2005	PM-20	5.1	B9	Revisar y actualizar Programa de la U. Docente
25	2005	PM-21	4.3	A8	Elaborar Manual de Uso de la Intranet de AP
27	2006	LM-5	4.2	A5	Gestión de Demoras y Casos Pendientes
28	2006	LM-6	0	0	Avanzar en la ISO 15189:2003
29	2006	PM-23	4.1	A1	Encuesta satisfacción interna
30	2006	PM-24	5.3	D1	Scanner de peticiones
31	2006	PM-25	5.3	D1	Lector automático cit. Gine
35	2006	PM-29	5.1	B9	Biblioteca: enlaces A. Pat. intranet
37	2006	PM-31	5.3	D1	Modernización equipo informático
39	2006	PM-33	5.1	B9	Promover colecciones docentes
40	2006	PM-34	5.3	C3	Conexión PW-HPHIS
41	2006	PM-35	5.3	C3	Visionado .pdf del informe en la intranet
42	2006	PM-36	5.1	B9	Programar formación continuada
43	2006	PM-37	4.13	A10	Revisión criterios CLIA'88 archivo material
44	2006	PM-38	5.1	B9	Citotécnicos
46	2006	PM-40	0	0	Estructurar el Programa Continuo de Mejora
47	2006	PM-41	4.13	A10	Remodelación Banco de Tumores

48	2006	PM-42	5.4	E1	Protocolo PAAF hemocoagulados
49	2006	PM-43	5.5	F3	Control HE y de fijación tisular
50	2006	PM-44	5.1	B5	Aplicación Complemento Especifico Mod. B
51	2006	PM-45	4.2	A3	Promover investigación
53	2006	PM-47	5.5	F3	Optimizar las técnicas de músculo
54	2006	PM-48	AnxB	D2	Optimizar Sistema de Información
55	2006	PM-49	5.5	F1	PW: Reclasificar autopsias
58	2007	LM-7	5.5	F2	Autopsias
59	2007	LM-8	5.5	F1	Patología Molecular
60	2007	PM-51	5.1	B3	Macros: Establecer turnos macrosecciones
61	2007	PM-52	AnxB	D2	Implantar URV
62	2007	PM-53	4.13	A10	Monitorización archivo preparaciones y bloques
63	2007	PM-54	0	0	Incrementar seguridad en PCC e Intranet AP
64	2007	PM-55	5.5	F1	Ampliar citología líquida a cavidades
65	2007	PM-56	5.5	F2	ME: asegurar procesado semanal y formación
66	2007	PM-57	5.8	G2	PW: Remodelar informes autopsias
68	2007	PM-59	5.1	B9	Optimizar docencia MIR
69	2007	PM-60	5.1	B9	Diseñar programas FOCUS (TEAPs y Pats)
70	2007	PM-61	4.9	H6	Garantizar cumplimentación de las peticiones
72	2007	PM-63	4.2	A5	Idear procedimiento urgencia biop pequeñas
73	2007	PM-64	5.1	B9	Promover la formación de citotécnicos
74	2007	PM-65	5.5	F2	Protocolos pat digestiva infantil
75	2007	PM-66	4.1	A1	PAAF en planta
76	2008	LM-9	5.5	F2	Protocolo cáncer de colon
77	2008	LM-10	5.5	F2	Protocolo cáncer de mama
78	2008	PM-67	4.2	A5	PW: Tanda corta en Proceso Urgente
79	2008	PM-68	4.1	A1	Reconfigurar Neuropatología

Este proyecto de acreditación se sustenta en:

1. Movilización de un amplio y diverso colectivo humano en torno a un proyecto ilusionante de mejora que surgiendo de sus propias propuestas revaloriza tanto su propia estima profesional como la del grupo.
2. Desarrollo intensivo de una serie programada de Buenas Prácticas, gestionadas como Áreas de Mejora y Ciclos de Mejora Continua (REDER: Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión).
3. Desarrollo de una sencilla herramienta informática que permita la gestión simultánea de tantas cuantas Áreas de Mejora vayan surgiendo en el seno del Grupo de Mejora de Calidad, desde su inicio hace tres años en adelante.
4. Clasificación a posteriori de las Áreas de Mejora tanto según los epígrafes de la norma ISO 15189:2007 como los de la Guía (Documento de orientación para la aplicación de la mencionada Norma) para que finalmente ambas sirvan de directriz sobre la que hacer crecer la documentación y compromisos necesarios para acceder a la acreditación.

Bibliografía:

- Asociación Española de Normalización y Certificación. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. UNE-EN ISO 15189:2003. Madrid. AENOR,

2003.

- Asociación Española de Normalización y Certificación. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. UNE-EN ISO 15189:2003. Madrid. AENOR, 2007.
- Documento de orientación para la aplicación de la Norma ISO 15189:2003 en laboratorios clínicos. Proyecto CARIFORUM financiado por la Unión Europea. Abril, 2004.
- Dybkaer R. Acreditación de los laboratorios clínicos mediante la norma ISO 15189:2003. Diagnóstico *in vitro* 2003.
- Alvarez Alegret R, Giménez Mas JA et al. Implementación de la Norma UNE-EN ISO 15189:2003 en un Servicio de Anatomía Patológica. Valoración crítica de Metodología y Resultados. V Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y II Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 19 y 20 de junio, 2007.
- Giménez Mas JA, Alvarez Alegret R, et al. Programa Continuo de Calidad en Anatomía Patológica. Objetivos, avances y dificultades. VI Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y III Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 21 y 22 de junio, 2006.
- Alvarez Alegret R, Giménez Mas JA et al. Control de calidad externo e interno de las técnicas inmunohistoquímicas (IHQ) en Anatomía Patológica. VI Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y III Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 21 y 22 de junio, 2006.
- Giménez Mas JA, Alvarez Alegret R y Alfaro Torres J. El control interno y externo de la calidad de las técnicas inmunohistoquímicas en relación con la Norma UNE-EN ISO 15189:2003. XXIII Congreso Nacional de Anatomía Patológica. Tarragona, Mayo, 2007.

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

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

Avanzar decididamente hacia la total acreditación de nuestro servicio en 2009 y crear la necesaria consistencia que permita mantener y mejorar continuamente el nivel de calidad alcanzado.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Nuestro proyecto se sustenta en las siguientes acciones:

1. Estructuración optimizada de la Intranet de Anatomía Patológica (cuota de Intranet del Hospital disponible para el servicio), como órgano interactivo de comunicación, y archivo documental activo y disponible. En este espacio están presentes tanto actas de reuniones como acuerdos o novedades organizativas, a través de él se puede acceder a recursos de biblioteca, fotografías de casos, normativas específicas y al 'Programa Continuo de Mejora' del servicio en donde puede consultarse el grado de desarrollo de cada una de las Áreas de Mejora. En el directorio 'Documentos' de nuestra Intranet del servicio se pueden encontrar desde las Normas de funcionamiento del Servicio o las Normas de Uso de la Intranet hasta el Programa de la Unidad Docente, diversas hojas de cálculo que sirven de aplicación y soporte de algunas áreas de mejora, hasta la totalidad de los protocolos activos del servicio, todo ello en su nivel de desarrollo actualizado.
2. Constitución de un Grupo de Mejora estructurado, con miembros de todos los estamentos, un coordinador de calidad, desarrollo de normas de funcionamiento y compromiso de reuniones formales periódicas de al menos una vez cada dos meses. Se estimula al grupo a definir puntos débiles y a generar libremente ideas y propuestas de mejora, así como sistemas de revisión y control. Se planifica anualmente aunque las áreas de mejora se van recogiendo según surgen de forma espontánea y generalmente se aplazan, según su prioridad y complejidad, para años posteriores.
3. Reuniones monográficas no periódicas para el desarrollo y seguimiento de Áreas de Mejora seleccionadas. El Grupo de Mejora tiene responsables asignados para cada Mejora y ellos organizan reuniones entre ellos o con otras personas implicadas. El resultado de estas reuniones es aportado a la reunión bimensual de Grupo de Mejora.
4. Al inicio de cada año se priorizan Áreas de Mejora en función de su necesidad y posibilidad de éxito y se continúa el desarrollo y control de las de años anteriores. Al finalizar el año se procede a la evaluación individualizada de cada Mejora, unas veces a través de indicadores, otras revisando y actualizando documentos, otras constatando simplemente su desarrollo satisfactorio o no.
5. Aplicación de la Metodología REDER (EFQM) de ciclos de mejora continua para cada Área de Mejora: Enfoque, despliegue, evaluación y revisión. Cada una de estas fases evolutivas de cada mejora son valoradas en las reuniones del Grupo de Mejora, explicadas en sesión informativa al resto del servicio, especialmente facultativos, y recogidas por escrito en el Programa Continuo de Mejora, estando disponibles y al alcance de todos los miembros del servicio a través de la Intranet.
6. Desarrollo de una herramienta informática sencilla basada en una hoja (libro) de cálculo que permite agrupar en un solo documento, así como actualizar y consultar, desde cualquier

ordenador del servicio. Este libro incluye la descripción de cada una de las mejoras y la fase de desarrollo actualizada en se encuentran. Es lo que denominamos 'Programa Continuo de Mejora'.

7. Orientación de las mejoras hacia una futura acreditación global del servicio según la norma UNE EN ISO 15189:2007. Cada Área de Mejora ha sido asociada al epígrafe correspondiente de la mencionada norma y al de la Guía (Documento de orientación). De esta forma el Programa Continuo de Mejora se desarrolla en paralelo con el proceso de acreditación y se hace compatible la priorización de unas Buenas Prácticas, necesarias e imprescindibles, con las posteriores mejoras complementarias para la acreditación.
8. Se han desarrollado un total de 79 Áreas de Mejora en tres años de trabajo. Son mejoras de muy diversa índole y extensión y el grado de desarrollo es también variable y dependiente del momento en que fueron iniciadas.
9. Para facilitar toda esta labor previa a la acreditación, hemos contactado con una empresa externa (VITRO S.A.), gran conocedora de la estructura de los servicios de Anatomía Patológica ya que desarrolla y comercializa un programa informático de gestión para esta especialidad ampliamente difundido. Ahora ha desarrollado una aplicación informática especialmente orientada para el control y manejo de un sistema de gestión de calidad para laboratorios (Sacilab). Este programa permite gestionar cualquier sistema de gestión de calidad, e incluye plantillas para los documentos requeridos por la Norma (cualquier norma ISO para Laboratorios, y en nuestro caso específico la ISO 15189:20007. Conjuntamente estamos preparando un Convenio de Colaboración en el cual además recibiríamos asesoramiento técnico. Con carácter genérico, la colaboración se centraría en el desarrollo de las actividades siguientes:

- Apoyo en el desarrollo documental de los requisitos de gestión.
- Preparación de auditorías internas.
- Participación en las auditorías internas.
- Asesoría para el establecimiento de acciones correctivas tras la auditoría interna.
- Asistencia técnica en los procesos de Revisión por la Dirección.
- Soporte para la elaboración de documentación de solicitud a la Entidad de Acreditación.
- Análisis de las "no conformidades" a la documentación detectadas por la Entidad de Acreditación.
- Soporte para el establecimiento de las acciones correctivas, derivadas de la auditoría de acreditación por la Entidad.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Grado de desarrollo del proyecto medido a través del número de documentos elaborados
2. Nº de auditorías internas (al menos 1)

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	
Fecha de inicio: Febrero de 2008	Fecha de finalización: Febrero 2009
Calendario: - Febrero a Junio-2008: Análisis de los requisitos mínimos de la norma en relación con la realidad del laboratorio. Agrupamiento y ordenación de los documentos existentes. - Julio a octubre-2008: Detección y definición de requisitos de la norma no cumplidos. Adecuación interna de aquellos cuya solución estriba en el sistema organizativo del laboratorio. Solicitud de ayuda a la dirección del hospital para resolver aquellos cuya solución excede las posibilidades del laboratorio. - Noviembre a diciembre-2008: Solicitud de auditoría interna. - Enero a febrero-2009: Solicitud de auditoría externa (ENAC).	

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 MEJORA DE LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE ORIGEN BIOLÓGICO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos JESÚS M ^a GOICOECHEA IRIBARREN
Profesión MÉDICO DEL TRABAJO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES – H.U. MIGUEL SERVET
Correo electrónico: Jgoicoechea@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765500 Ext. 2733

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CARMEN LATORRE MOSTEO	MÉDICO	H.U. MIGUEL SERVET
ANA FONTANA	TÉCNICO	H.U. MIGUEL SERVET

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>1. Partiendo del trabajo realizado por Medicina Preventiva se trata de actualizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los protocolos sobre vacunación y profilaxis en trabajadores, vigilancia específica de TBC y actuación en accidentes laborales con material biológico percutáneo y cutáneomucoso ➤ Los circuitos intra y extracentro , contando con la participación de MAZ ➤ La información y formación de los trabajadores mediante la difusión de trípticos y manuales de buenas prácticas ➤ La facturación de contingencias profesionales <p>Mejorar la atención del trabajador sanitario y no sanitario con criterios uniformes, el conocimiento universalizado de las diferentes formas de actuación y una respuesta inmediata.</p> <p>2. Ausencia de registro informático integral del riesgo por exposición a agentes biológicos.</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
Han sido elaborados los protocolos y en la actualidad se encuentran en proceso de revisión por parte de los Servicios implicados (Infecciosos, Neumología, Urgencias y Microbiología) para consensuar los criterios aplicables.

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Actualizar los contenidos de los protocolos sobre exposición a agentes biológicos
2. Uniformidad de criterios en el fondo y en la forma
3. Adecuar su implementación a las particularidades de nuestro medio
4. Universalizar la aplicación de los mismos mediante programas de información y formación de los trabajadores
5. Registro informático de vacunas, quimioprofilaxis, mantoux, investigación del accidente de origen biológico, etc.
6. Facturación homogénea de contingencias profesionales a MAZ

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaborar contenidos de protocolos, consensuarlos con los Servicios implicados, actualizar circuitos intra y extracentro, homogeneizar los criterios de facturación de contingencias profesionales a MAZ y coordinar la elaboración de programa informático en ACCESS..... Jesús M^a Goicoechea
2. Difundir la información y formar a los trabajadores Carmen Latorre
3. Elaborar trípticos y manual de buenas prácticas Ana Fontana

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. Presentación de los protocolos actualizados y consensuados
2. Trípticos informativos, medio de difusión empleado y nº de personas informadas
3. Presentación del manual de buenas prácticas
4. Nº de personas formadas
5. Presentación de nuevos protocolos de facturación a MAZ
6. Explotación estadística de tasas

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD CLÍNICA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos JESÚS M^a GOICOECHEA IRIBARREN
Profesión MÉDICO DEL TRABAJO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES – H.U. MIGUEL SERVET
Correo electrónico: Jgoicoechea@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765500 Ext. 2733

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CARMEN LATORRE MOSTEO	MÉDICO	H.U. MIGUEL SERVET
ANA FONTANA	TÉCNICO	H.U. MIGUEL SERVET
PILAR NIEVAS MARCO	MÉDICO	H.U. MIGUEL SERVET
CARLOS TEJEDOR AZPEITIA	MÉDICO	H.U. MIGUEL SERVET
M ^a TERESA RUIZ	DUE	H.U. MIGUEL SERVET
M ^a DEL ÁGUILA JULIÁN	DUE	H.U. MIGUEL SERVET
M ^a ANTONIA FERNÁNDEZ	DUE	H.U. MIGUEL SERVET
CARMINA LÁZARO	DUE	H.U. MIGUEL SERVET

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... Partiendo de los protocolos elaborados por el antiguo Insalud y las Guías realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo se trata de actualizar : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los protocolos de vigilancia de la salud de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes ➤ El procedimiento de estudio y declaración de enfermedades profesionales ➤ Los protocolos para exámenes de salud en trabajadores expuestos a óxido de etileno, citostáticos, formaldehído, gases anestésicos, manipulación manual de cargas, posturas forzadas, etc. ➤ La historia clínico-laboral y los reconocimientos iniciales, periódicos y de retorno tras periodo de incapacidad temporal <p>Mejorar la atención del trabajador sanitario y no sanitario con criterios uniformes Elaborar trípticos informativos sobre los riesgos específicos de cada actividad y difusión de los mismos</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>
-------	---

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

Han sido elaborados los protocolos de radiaciones ionizantes y el de estudio y declaración de enfermedades profesionales

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Actualizar los contenidos de los protocolos
2. Uniformidad de criterios en el fondo y en la forma
3. Adecuar su implementación a las particularidades de nuestro medio
4. Universalizar la aplicación de los mismos mediante programas de información y formación de los trabajadores

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración de protocolos de vigilancia de la salud de trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes y estudio y declaración de enfermedades profesionales Pilar Nievas
2. Realizar protocolos para exámenes de salud en trabajadores expuestos a óxido de etileno, citostáticos, formaldehído, gases anestésicos, manipulación manual de cargas, posturas forzadas, etc Carlos Tejedor
3. La historia clínico-laboral y los reconocimientos iniciales, periódicos y de retorno tras periodo de incapacidad temporal Carmen Latorre
4. Elaboración de trípticos informativos sobre los riesgos específicos de cada actividad Ana Fontana
5. Difusión de la información durante los reconocimientos médicos M^a Teresa Ruiz, M^a del Águila Vitaller, M^a Antonia Fernández y Carmina Lázaro

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. Presentación de los protocolos actualizados
2. Presentación de la nueva historia médico - laboral
3. Presentación de trípticos informativos
4. Nº de personas examinadas a las que se les informa de los riesgos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2008	Fecha de finalización: Diciembre 2008
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

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 DE UN PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL PARTO EN LA GESTACIÓN GEMELAR
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos José Manuel Campillos Maza
Profesión Médico especialista en Obstetricia y Ginecología.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Sección de Patología Obstétrica. Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet
Correo electrónico: jmcampillos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500. Ext 3621 o 3464

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raquel Crespo Esteras	Obstetra	HUMS
Bassam Madani Alsaati	Obstetra	HUMS
Adela Villacampa Pueyo	Obstetra	HUMS

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... Las gestaciones gemelares suponen aproximadamente el 4% de los partos en centros con Unidades de Reproducción Asistida, como es el caso del Hospital Miguel Servet. En estos momentos, aproximadamente un 60% de estas gestaciones, finalizan en forma de cesárea. La cesárea presenta un mayor número de complicaciones maternas que el parto vaginal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento en la tasa de infecciones postoperatorias. ▪ Mayor riesgo de lesión quirúrgica de órganos intraabdominales. ▪ Mayor pérdida sanguínea durante la intervención. ▪ Aumento en el riesgo de eventración de pared abdominal. ▪ Aumento del tiempo de ingreso y recuperación. ▪ Mayor riesgo de dehiscencia de cicatriz uterina en gestaciones posteriores. ▪ Aumento en la tasa de cesáreas en siguiente gestación. ▪ Recomendación médica de no tener más de 2 cicatrices uterinas. Actualmente la presentación no cefálica del 2º gemelo, implica la finalización de la gestación mediante una cesárea. Las sociedades científicas occidentales recomiendan la asistencia de este tipo de partos por vía vaginal, siempre que el peso del primer feto sea mayor de 1500 gr. y no existan factores de riesgo que contraindiquen esta vía. Con la elaboración de un protocolo de asistencia a este tipo de partos se conseguiría

revertir el proceso actual de finalización mediante cesárea en un porcentaje importante de estas gestaciones.

Fuentes de información:

1. Protocolo de asistencia en la gestación gemelar. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
2. Management of twin pregnancies. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)
3. The management of breech presentation. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)

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

- Incrementar la tasa de partos vaginales de las gestaciones gemelares con primer gemelo en presentación cefálica y segundo gemelo en presentación no cefálica.
- Disminuir como consecuencia, la tasa de cesáreas de nuestro centro.
- Mantener las cifras de morbimortalidad fetal actuales.
- Disminuir los días de estancia postparto en estas pacientes.
- Aumentar el grado de satisfacción entre las usuarias.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración de un protocolo de asistencia al parto en las gestaciones gemelares. (José Manuel Campillos Maza)
2. Presentación del protocolo a la plantilla del Hospital. (José Manuel Campillos Maza)
3. Adopción del protocolo en la consulta de Patología Obstétrica del Hospital. (Responsable y colaboradores del proyecto)
4. Información suficiente a la gestante sobre la forma de finalización de su gestación. (Responsable y colaboradores del proyecto)
5. Adopción del protocolo en todo el Servicio del Hospital (plantilla del Servicio con asistencia Obstétrica)

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:

- Porcentaje de gestaciones gemelares sobre el total de cesáreas programadas. Actualmente son el 15%. Se pretenden disminuir por debajo del 10%
- Porcentaje de partos vaginales en gestaciones gemelares con 2º gemelo en presentación no cefálica y sin factores de riesgo para esta vía de parto. Actualmente son inferiores al 10%. Con el protocolo se pretende que estén por encima del 50%
- Porcentaje de rechazo a la aplicación del protocolo por parte de las mujeres en esta situación. Con la información correcta se pretenden porcentajes inferiores al 10%

Forma de evaluación: con carácter anual

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

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

Calendario:

1. **Primer trimestre de 2008:**
 - 1.1. Elaboración del protocolo de asistencia de parto en gestaciones gemelares.
 - 1.2. Presentación del documento a la plantilla del Servicio.
2. **Segundo trimestre de 2008:**
 - 2.1. Aplicación del protocolo en la consulta de Patología Obstétrica del Hospital.
 - 2.2. Aplicación del protocolo en la planta de Patología Obstétrica del Hospital.
 - 2.3. Aplicación del protocolo en la Sección de Partitorios del Hospital.
3. **Tercer trimestre de 2008:**
 - 3.1. Desarrollo en la aplicación del protocolo en todo el Hospital.
 - 3.2. Corrección de fallos de funcionamiento detectados desde aplicación.
4. **Cuarto trimestre de 2008:**
 - 4.1. Monitorización de indicadores de aplicación del protocolo.
 - 4.2. Evaluación de resultados

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>ARMARIO LIBRERÍA CON CIERRE SEGURO</u>	<u>400</u>
<u>ARMARIO- LIBRERÍA DE GRAN CAPACIDAD</u>	<u>600</u>
<u>LLAVES USB DE 3GB(4 UNIDADES)</u>	<u>200</u>
TOTAL	1200

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PREPARACIÓN DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL H.U. MIGUEL SERVET PARA LA ACREDITACIÓN COMO SERVICIO DE REFERENCIA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSÉ-RAMÓN ARA CALLIZO

Profesión

MÉDICO-NEURÓLOGO

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

H.U. MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

jrara@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500-1734/1733/4130

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSÉ LUIS CAPABLO LIESA	MÉDICO-NEURÓLOGO	H.U. MIGUEL SERVET
JUAN IGNACIO LÓPEZ-GASTÓN	“	“
MARÍA JESÚS CHOPO ALCUBILLA	DUE	“
JESÚS MARTÍN MARTÍNEZ	MÉDICO-NEURÓLOGO	“
RAQUEL ALARCIA ALEJOS	“	“
EUGENIA MARTA MORENO	“	“
JAVIER MARTA MORENO	“	“

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Recientemente ha sido aprobado por la Sociedad Española de Neurología (SEN) un Sistema de Acreditación de Servicios y Unidades de Neurología en el que han participado miembros de nuestro Servicio como autores (Dr J. Marta) y como revisores (Dr. J.R. Ara). Además, una de nuestras Unidades (Unidad de Enfermedades Desmielinizantes: Dr. Martín y Dr. Ara) participó y superó la evaluación piloto que puso en marcha la SEN.

Nuestro Servicio está actualmente estructurado para atender la patología neurológica general y ser de referencia en algunas patologías a través de Unidades específicas, en ambos casos con proyección docente e investigadora.

Preparar el Servicio para la acreditación por la SEN puede suponer un cambio cualitativo importante con repercusión inmediata en las prestaciones que desarrollamos y en la motivación y consideración de nuestros 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>
-------	---

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 global de los servicios que prestamos, tanto asistenciales como docentes y de investigación.
Incrementar la motivación y consideración de nuestros profesionales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Diseñar el plan estratégico del Servicio (Dr. Ara)
- Definir la política de Calidad (Dr. Martín)
- Definir los perfiles de competencia profesional y diseñar un plan de formación para los profesionales del Servicio (Dr. Ara)
- Definir la cartera de clientes (Dr. López-Gastón)
- Diseñar un programa integrado de comunicación (Dra. Alarcia)
- Definir el Plan funcional del Servicio y los procesos asistenciales (Drs. Ara, Capablo y López-Gastón, y Dña. MJ Chopo)
- Definir la coordinación con Atención Primaria y otros servicios (Dr. Capablo)

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

Cada una de las grandes áreas citadas consta de diversos criterios, unos obligatorios y otros recomendables.

Se realizará una evaluación trimestral de ambos aspectos, en cada una de las áreas:

- nº de criterios obligatorios conseguidos/ nº de criterios obligatorios existentes
- nº de criterios recomendados conseguidos/ nº de criterios recomendados existentes

Para el caso de los criterios obligatorios, consideraremos adecuados valores mínimos de 20% en el primer trimestre (final de mayo), 50% en el segundo trimestre (final de septiembre) y 80% en el tercer trimestre (final de diciembre).

Para el caso de los criterios recomendados estos valores serán respectivamente 10%, 30% y 50%.

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: 31 de diciembre 2008

Caleandario:

- Primera semana de marzo: reunión de responsables y planificación del trabajo.
- Final de mayo: primera evaluación de resultados (ver indicadores).
- Final de septiembre: segunda evaluación de resultados (ver indicadores).
- Final de diciembre: tercera evaluación de resultados (ver indicadores).

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO REALIZACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICO/QUIRÚRGICA COMO CIRUGÍA SIN INGRESO (CMA)
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos M ^a PILAR CONTE MARTÍN Coordinadora de Calidad del Servicio de Reproducción
Profesión Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Servicio de Reproducción. Maternidad. Hospital Universitario Miguel Servet.
Correo electrónico: mpconte@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 Extensión 3155

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Antonio Duque Gallo	Jefe Servicio	Maternidad. HUMS
M ^a Eugenia Ballesteros Moffa	FEA	Maternidad. HUMS
Salvador García Aguirre	FEA	Maternidad. HUMS
Ricardo Navarro Martín	FEA	Maternidad. HUMS
Arantxa Rapún Ara	DUE consulta	Maternidad. HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA <p>La Cirugía sin Ingreso es aquella que nos permite realizar procedimientos quirúrgicos, que hasta ese momento eran tributarios de ingreso hospitalario, de forma ambulatoria, retornando el paciente a su domicilio el mismo día de la intervención. Se le denomina también Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).</p> <p>Dado que el Hospital Miguel Servet ha previsto la incorporación de una Unidad de Cirugía sin Ingreso con la construcción del nuevo bloque quirúrgico, se nos plantea la posibilidad de realizar en ella las intervenciones ginecológicas subsidiarias de CMA. En concreto, las pacientes con indicación de laparoscopia diagnóstica o histeroscopia diagnóstico/quirúrgica, que hasta la fecha se realizan en el quirófano programado con ingreso en planta de hospitalización, podrían optar por ser atendidas en esta Unidad.</p> <p>La Unidad de Cirugía sin ingreso implica a gran número de profesionales (médicos, enfermeras, administrativos...), de diferentes especialidades. La realización de vías clínicas para cada patología subsidiaria de CMA, es imprescindible para el buen funcionamiento de la misma.</p> <p>Las vías clínicas son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Constituyen una</p>
--

forma de adaptar los protocolos a la práctica clínica: los protocolos definen la atención que ha de recibir el enfermo y las vías definen cuando, cómo y en que secuencia y, además, especifican los objetivos de cada fase.

La protocolización de todas las etapas del proceso asistencial facilita el trabajo del clínico, evita morbilidad por falta de unificación de criterios y permite la evaluación de la actividad clínica y de la gestión de la unidad.

El éxito de un programa de Cirugía sin Ingreso dependerá en gran parte de la existencia de protocolos claros de actuación y de su cumplimiento:

Se evitarán las hospitalizaciones no previstas por errores en la selección de los pacientes, organización de la Unidad o actuación de los profesionales.

La información y organización darán al paciente confianza en el sistema, y la satisfacción de los pacientes es decisiva para el desarrollo de la actividad.

La línea de mejora que planteamos pretende realizar los protocolos de actuación y la vía clínica de la Histeroscopia, lo que nos permitirá introducir este procedimiento quirúrgico en la Unidad de Cirugía sin Ingreso.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Disminución del coste por proceso**, dejando las camas hospitalarias para las intervenciones más complejas, que precisan más control y analgesia postoperatoria.

- **Disminuir la variabilidad en la atención prestada**, aumentando la eficacia y la eficiencia de la atención hospitalaria.

- **Aumentar la satisfacción del paciente**, al permitir que pase el menor tiempo posible fuera de su entorno, reintegrándolo a su ambiente en las mejores condiciones posibles, en un espacio corto de tiempo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realización de la matriz temporal (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio).
(Dra. Conte)

Protocolos de actuación:

Protocolización de los criterios de selección de pacientes. (Dr. Navarro)

Protocolización de la evaluación preoperatoria. (Dr. Navarro)

Protocolización de la actividad el día de la intervención quirúrgica: (Dra. Ballesteros)

Trámites administrativos

Preparación del paciente según patología quirúrgica y técnica anestésica

Intervención quirúrgica

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>Controles postoperatorios (tratamiento del dolor y las complicaciones) Protocolo de alta / ingreso en hospitalización.</p> <p>Protocolización del control domiciliario (analgesia, detección de complicaciones) y seguimiento hasta el alta definitiva. (Dr. García)</p> <p>Documentos: (Dra. Conte)</p> <p>Hojas informativas sobre la intervención y cuidados pre y postoperatorios. Hoja de variaciones/incidencias. Encuesta de satisfacción. Hoja de evaluación: Indicadores y estándares.</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 monitorización</p> <p>Evaluación de la redacción en julio de 2008: Redacción completa de los protocolos y vía clínica para histeroscopia como Cirugía sin Ingreso.</p> <p>Evaluación de la implantación en diciembre de 2008: Uso sistemático en todas las histeroscopias realizadas como Cirugía sin Ingreso, a partir del momento en que comience la actividad.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Redacción de los protocolos de actuación en Histeroscopia: SI</p> <p>Redacción de la matriz temporal y documentos de la Vía Clínica de Histeroscopia: SI</p> <p>Uso de la vía clínica en todas las histeroscopias realizadas como CMA: 100% (revisión de 10 historias elegidas al azar entre las histeroscopias realizadas)</p> <p>Cumplimentación correcta de los documentos de la vía clínica: 90%</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: febrero 2008	Fecha de finalización: diciembre 2008
<p>Calendario:</p> <p>Febrero: Compromiso de desarrollar la vía clínica de la histeroscopia.</p> <p>Marzo: Análisis de la bibliografía y vías clínicas de otros hospitales. Diseño inicial de la matriz.</p> <p>Abril y mayo: Redacción de los protocolos.</p> <p>Junio: Modificación de la matriz y elaboración de los documentos.</p> <p>Julio: Presentación de la matriz definitiva y del resto de los documentos al servicio.</p> <p>Septiembre: Iniciar la implantación.</p> <p>Diciembre: Evaluación.</p>	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INTEGRACIÓN EN LA GESTIÓN DEL PROCESO CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL SECTOR DEL H. U. MIGUEL SERVET DE LAS INICIATIVAS DE MEJORA DESARROLLADAS EN COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS:

1. INTEGRACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA RECTORRAGIA ELABORADA EN COLABORACIÓN CON EL S. DE URGENCIAS.
2. INTEGRACIÓN DE LA VÍA DE ALTA RESOLUCIÓN (CARE) PARA PACIENTES CON RECTORRAGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

(NOTA: Este Proyecto continúa e integra dos Proyectos de Mejora de Calidad ya acreditados en este Programa de Apoyo).

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

EDUARDO BAJADOR ANDRÉU

Profesión

MEDICO, JEFE DE SECCIÓN DE DIGESTIVO

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, SERVICIO DE DIGESTIVO.

Correo electrónico:

ebajadora@meditex.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500 extensión 1836

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Povar Marco	Médico	HUMS, Urgencias
Teresa Sanz Paricio	Enfermera	HUMS, Digestivo (supervisora)
Miguel A. Pueyo	Médico	HUMS, Admisión.
José Val Perez	Médico	HUMS, Digestivo Endoscopias
M ^a Pilar García Gil	Ingeniero	HUMS, Informática
José A. Martinez Milian	Médico	Primaria, C. Salud Oviedo
Clara M ^a Pueyo Salavera	Médico	Primaria, C. Salud Almozara
Teresa Pemán Muñoz	Médico	Primaria, C. Salud Almozara

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 Cáncer de Colon y Recto (CCR) es un problema de salud de primer orden en nuestro país y en nuestra comunidad. En nuestro Sector, durante los 10 primeros meses del año 2007 (enero a octubre) se han diagnosticado 220 nuevos casos de CCR, lo que sitúa la incidencia anual en el pasado año en torno a unos 250 casos.

Este tumor, por su elevada incidencia, oportunidad de tratamiento, posibilidad de prevención efectiva mediante el diagnóstico precoz de lesiones preneoplásicas (como los adenomas de colon), la incidencia familiar (PAF o Síndrome de Lynch), repercusión sociosanitaria, necesidad de manejo multidisciplinar, etc., puede considerarse el paradigma de aquellos procesos que en gestión se denominan “**críticos**”, entendiéndose como tales “aquellos en los que una organización debe ser especialmente eficiente”.

Desde al año 2005, a raíz de la implantación del **Modelo de Calidad EFQM**, venimos trabajando en el Hospital Universitario Miguel Servet en el desarrollo de la **Gestión del Proceso de CCR**. Durante este tiempo se han desarrollado diversas actividades para facilitar su implantación y otras iniciativas de mejora dirigidas a optimizar el diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan síntomas que podrían ser la manifestación inicial de un CCR, fruto de las cuales se presentaron sendos Proyectos de Mejora de Calidad (Gestión del Proceso de CCR y Gestión del proceso de Rectorragia con mínima hospitalización) que fueron aprobados en el Programa de Apoyo.

En concreto, al tiempo que se trabajaba en el **despliegue del Proceso de CCR**, se ha desarrollado una **Vía Clínica** para los pacientes que acuden al **S. de Urgencias** por padecer Rectorragia y, de forma simultánea, se ha puesto en marcha una **Vía de Alta Resolución (CARE)** en colaboración con **Atención Primaria**, que trata de agilizar el acceso a la exploración mediante Colonoscopia a los pacientes que acuden a su Médico de Familia por rectorragia. Ambas iniciativas confluyen en la vía de acceso al diagnóstico de CCR, para el que la rectorragia es el síntoma mas prevalente, tratando de priorizar la lista de espera de Colonoscopias.

Finalmente, en el segundo semestre del año 2007 la Dirección del Sector ha decidido crear un **Grupo para el desarrollo de la Gestión del Proceso de CCR**, nombrando un Coordinador del Proceso (Dr. Eduardo Bajador), que durante los últimos meses de 2007 ha analizado en profundidad el mapa del proceso y diseñado una nueva reingeniería de todos los subprocesos y actividades que lo componen, con el objetivo de eliminar las ineficiencias existentes, y que deberá ser puesto en marcha en breve tiempo.

(En el apartado de Resultados obtenidos se explican con más detalle).

Con estas iniciativas se ha tratado de corregir el principal problema detectado en el despliegue del Proceso de CCR que la **elevada demora media en la consecución del diagnóstico de CCR**. Antes de la implantación de esta medidas, los tiempos de demora en el diagnóstico de este proceso se encontraban en los valores siguientes:

1. Tiempo de acceso desde médico de Atención Primaria a especialista de Aparato de Digestivo: **2 meses**.
2. Demora en la realización de la colonoscopia desde que es solicitada por el especialista de Digestivo: **5 meses**.
3. Por tanto, la demora media estimada para obtención del diagnóstico se situaría en torno a **7 meses**.

Si bien con estas iniciativas de mejora se ha conseguido paliar en parte este grave

problema, en este momento en el que se va a implantar la Gestión del Proceso de CCR en el Sector, **parece necesario integrar todas las iniciativas que persiguen la mejora de calidad en la atención de los pacientes con CCR, tanto en el aspecto puramente técnico como en la calidad percibida por el paciente.**

Con el presente proyecto pretendemos integrar y optimizar las distintas vías de acceso al Proceso de CCR en **dos fases: una primera** en la que compatibilizaremos la hospitalización para la estadificación y el diagnóstico de aquellos pacientes que proceden de Urgencias y el manejo ambulatorio para el diagnóstico de los procedentes de Atención Primaria y **una segunda fase** en la que tanto el diagnóstico como la estadificación se llevarán a cabo exclusivamente en régimen ambulatorio.

OBJETIVOS:

Integrar la VIA CLÍNICA de RECTORRAGIA desarrollada en colaboración con el S. de Urgencias del HUMS y la CARE de RECTORRAGIA desarrollada en colaboración con Atención Primaria en la GESTIÓN DEL PROCESO DE CCR en el Sector del HUMS.

Revisar la CARE de RECTORRAGIA de ATENCIÓN PRIMARIA, reconvirtiéndola en una CARE de PACIENTES CON RIESGO DE CCR, y desarrollar una aplicación informática que permita al Médico de Atención Primaria decidir si su paciente presenta alto o bajo riesgo de sufrir CCR y permitir su derivación prioritaria para Colonoscopia.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

1. GESTIÓN DEL PROCESO DE CCR:

- a. Desde 2005 viene funcionando en el HUMS un Grupo de Mejora que ha venido abordando diversos aspectos del proceso, como el desarrollo del Protocolo de diagnóstico y tratamiento del CCR, la estadificación rápida en régimen de mínima hospitalización y la constitución del Comité de Tumores CCR, que está constituido por especialistas de Ap. Digestivo, Cirugía Colorrectal, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica y que valora los casos de CCR y decide la recomendación terapéutica mas adecuada en cada caso.
- b. Más recientemente, en sep-07, la Dirección del Sector decidió constituir un grupo para el desarrollo de la Gestión del Proceso de CCR y designó al Dr. Eduardo Bajador como Coordinador del citado proceso. Desde entonces el grupo se ha reunido en varias ocasiones y ha analizado de forma detenida todos los subprocesos y actividades que componen el Proceso de CCR, detectando todas las ineficiencias y áreas de mejora. Posteriormente ha llevado a cabo la reingeniería del proceso y finalmente ha diseñado un nuevo mapa completo del proceso, con despliegue de todas las actividades que lo componen, diagramas de flujo, indicadores, destinatarios, flujos de salida, etc. Este trabajo se ha desarrollado en colaboración con la Consultora Antrópica bajo la supervisión de la Dirección del Sector.
- c. ANEXO 1: DOCUMENTO DE PROCESO DE CCR SECTOR 2.
- d. ANEXO 2: FORMULARIO DE REGISTRO DE DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN DE CCR.

2. VIA CLÍNICA DE LA RECTORRAGIA DESARROLLADA EN COLABORACIÓN CON EL S. DE URGENCIAS:

- a. En 2007 se presentó un Proyecto de Mejora que se centraba en el

desarrollo de una Vía Clínica para el manejo de los pacientes que acceden al S. de Urgencias por padecer una Rectorragia. Esta VIA se ha desarrollado en colaboración con el S. de Urgencias del HUMS y la participación del S. de Admisión. A lo largo del pasado año se elaboraron los documentos de la Vía Clínica, se presentaron a los S. de Digestivo, Urgencias y Admisión y se comenzó a implantar. Durante los primeros meses de funcionamiento ha permitido gestionar a un grupo todavía reducido de pacientes pero, tras la evaluación de los indicadores de resultados llevado a cabo en enero-2008 y tras la propuesta de unas iniciativas de mejora, se ha revitalizado, de forma que en la actualidad está gestionando unos 4 pacientes por semana, con un sustancial ahorro de estancias hospitalarias.

- b. ANEXO 3: DOCUMENTOS DE VÍA CLÍNICA DE RECTORRAGIA
- c. ANEXO 4: EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA.

3. **CARE DE RECTORRAGIA DESARROLLADA EN COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA:**

- a. En 2007 se ha elaborado la CARE por la Unidad de Endoscopias de Digestivo y Atención Primaria del Sector. Esta CARE no ha logrado un funcionamiento significativo, ya que han sido muy pocos los pacientes gestionados y los criterios de derivación no siempre han sido correctos. Las causas de su escasa implantación creemos que radican en un diseño inicial un tanto confuso, una deficiente información a los profesionales de At. Primaria, una deficiente implantación y diseño de la aplicación informática que sirve de base y a la inevitable variabilidad al implicar a un número tan elevado de profesionales. No disponemos de evaluación de esta CARE.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. VIA CLÍNICA DE RECTORRAGIA EN COLABORACIÓN CON URGENCIAS:

a. Potenciación de esta Vía Clínica:

- i. Tras la evaluación llevada a cabo en enero de 2007 se han detectado las varias deficiencias (no reserva de las 2 camas pactadas con Admisión para ingreso de estos pacientes, no reserva de una cita de colonoscopia diaria y variabilidad en el manejo de los pacientes en el área de Urgencias) por lo que se han propuesto las siguientes medidas de Mejora:
 1. Reserva efectiva de las 2 camas para ingreso de los pacientes con rectorragia.
 2. Gestión del ingreso por parte del propio S. de Digestivo, en colaboración con Admisión.
 3. Reserva efectiva de una cita de colonoscopia diaria, que caso de no ocuparse por un paciente con rectorragia se utilizará para otro paciente hospitalizado.

ii. Con la implantación de estas medidas de mejora se ha logrado incrementar de forma notable el número de pacientes gestionados, que en la actualidad alcanza los **4 a la semana**.

iii. El objetivo es gestionar unos 140 pacientes al año, de los que en torno al 35% tienen patología grave (CCR, Enfermedad Inflamatoria Intestinal o Colitis Isquémica) y el resto patología leve como hemorroides, enfermedad diverticular de colon, pólipos adenomatosos, etc. En torno al 15% de los pacientes sufrirán un CCR y se integrarán en el Proceso de CCR. En este grupo de pacientes el tiempo de realización del diagnóstico se reduce a una media de 3 días, y al permitir dar el alta a aquellos pacientes con patología leve y a aquellos en los que la estadificación puede realizarse de forma ambulatoria, permitirá un ahorro de estancias considerable (en torno a 910) lo que permitirá incrementar la capacidad de ingresos potenciales en unos 100 pacientes/año.

b. Integración con el Proceso de CCR:

- i. Se establecerá un mecanismo por el que cuando en la realización de la colonoscopia se diagnostique un CCR el paciente sea citado de forma directa en la Consulta de Estadificación de CCR sin necesidad de pasar previamente por especialista de Digestivo, etc.

2. CARE DE RECTORRAGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA:

a. Conversión de la CARE de Rectorragia en una CARE DE PACIENTES DE ALTO RIESGO DE CCR:

i. Diseño de una aplicación informática en OMI (programa informático utilizado por los Médicos de Atención Primaria) que les permita priorizar la realización de la Colonoscopia de forma directa, sin necesidad de remitirlo al especialista de Digestivo, a aquellos pacientes con un riesgo elevado de padecer CCR o patología orgánica relevante.

ii. En la primera fase, los criterios clínico/biológicos utilizados para la priorización se basan en la evidencia existente en la bibliografía.

iii. Nos proponemos validar su utilidad en nuestro medio mediante la realización de un estudio prospectivo del Valor Predictivo Positivo y Negativo de los síntomas que presentan los pacientes remitidos para colonoscopia en relación con el diagnóstico obtenido. Con ello se diseñará un SCORE de riesgo que se aplicará en una

segunda fase mediante su inclusión en la aplicación informática anteriormente descrita. En el momento actual se está iniciando un validación piloto previa al estudio prospectivo.

- b. Implantación progresiva de la CARE en los Centros de Salud: inicialmente se implantará en 2 centros con carácter piloto, para evaluar su eficacia y carga asistencial sobre al Unidad de Endoscopias. En una segunda fase se instaurará de forma progresiva en otros Centros de Salud, hasta completar un total de 8 en el plazo de un año. En esta labor de difusión de la CARE participarán Médicos de At. Primaria de los centros piloto.
- c. El objetivo para el año 2008 sería gestionar a través de esta CARE unos 120 pacientes, en los que la demora estimada para el diagnóstico de 7 meses se reduciría a una media de 15 días.
- d. Integración con el Proceso de CCR:
 - i. Al igual que en el caso anterior, se establecerá un mecanismo por el que cuando tras la realización de la colonoscopia se diagnostique un CCR el paciente sea citado de forma directa en la Consulta de Estadificación de CCR sin necesidad de pasar previamente por especialista de Digestivo, etc.
 - ii. Ello no implica que el paciente remitente no sea informado del diagnóstico y destino del paciente, puesto que se remitirá un informe diagnóstico a su Médico para que conozca en todo momento la situación de su paciente.

3. DESARROLLO INTEGRAL DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE CCR:

- a. Con todas esta medidas perseguimos conseguir un desarrollo integral del Proceso de CCR en nuestro sector que corrija las ineficiencias y detectadas en el despliegue del proceso.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. CONTINUACIÓN DE VIA CLÍNICA DE RECTORRAGIA URGENCIAS:

- a. Responsable área de Urgencias: Javier Povar, Coordinador de Urgencias.
 - i. Coordinar a los Médicos de Urgencias.
 - ii. Evaluar el seguimiento de la Vía Clínica en el S. de Urgencias.
- b. Responsable de gestión de hospitalización: Teresa Sanz, supervisora de Digestivo y Miguel Angel Pueyo, S. de Admisión.
 - i. Gestión de las camas de hospitalización para la Vía Clínica.
- c. Responsable de Endoscopias: José Val, S. de Digestivo.
 - i. Gestión de las colonoscopias de la Vía Clínica.
- d. Responsable de los pacientes incluidos en la Vía y de su manejo clínico y evaluación: Eduardo Bajador.

2. CARE DE PACIENTES PROCEDENTES DE AT. PRIMARIA CON ALTO RIESGO DE CCR:

- a. Responsable del diseño de la Aplicación Informática: Eduardo Bajador, S. de Digestivo y M^a Pilar García Gil, S. de Informática.
 - i. Revisión de la bibliografía y determinación de los criterios clínico/biológicos que permitan priorizar a los pacientes con arreglo a su riesgo.
 - ii. Diseño de la Aplicación Informática para At. Primaria.
- b. Responsables de evaluación por At. Primaria de la CARE: José Angel Martínez Millan, del C.S. Oviedo y Clara Pueyo Salavera y Teresa

Pemán del C. S. Almozara.

- i. Ensayo piloto de la implantación de la CARE en dos Centros de Salud.
- ii. Evaluación de la CARE en los dos centros.
- iii. Tutorización y docencia de los profesionales de At. Primaria en la implantación gradual en los respectivos centros de Salud.

3. DESARROLLO INTEGRAL DEL PROCESO DE CCR:

- a. Coordinador del Proceso de CCR: Eduardo Bajador, S. Digestivo, asistido por el resto del equipo del Proceso:
 - i. Enfermería: Teresa Sanz.
 - ii. At. Primaria: J.A. Martinez.
 - iii. Radiodiagnóstico: Teresa Marcuello.
 - iv. Anatomía Patológica: Carlo Horndler.
 - v. Cirugía Colorrectal: Andrés Monzón.
 - vi. Oncología Médica: Vicente Alonso.
 - vii. Oncología Radioterápica: Martín Tejedor.
 - viii. S. de Admisión: Miguel A. Pueyo.

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. VIA CLÍNICA DE LA RECTORRAGIA:

- a. Evaluación a los 3 y 12 meses.
- b. Indicadores:
 - i. Nº de pacientes incluidos en el Programa a los 3 y a los 12 meses
 - ii. Nº de estancias hospitalarias ahorradas con el programa.

2. CARE DE PACIENTES DE RIESGO DE CCR DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- a. Implantación en 2 centros de salud en un plazo de 4 meses.
- b. Implantación en 8 centros de salud en 12 meses.
- c. Evaluación a los 3 y 12 meses.
- d. Indicadores:
 - i. Nº de pacientes incluidos en la CARE a los 3 y 12 meses.
 - ii. Nº y % de pacientes diagnosticados de CCR en relación con otros diagnósticos.
 - iii. Revisión de los criterios de Alto Riesgo y su modificación en el caso de que su valor discriminatorio sea inadecuado.

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE CCR:

- a. Nº de pacientes que inician la estadificación de CCR a partir de estas dos vías.
- b. Tiempo medio de diagnóstico de los pacientes.

Responsables de Evaluación:

- Eduardo Bajador
- Javier Povar
- José Val
- Teresa Sanz
- Por Atención Primaria: J.A. Martinez Milian y Clara Pueyo Salavera.

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

Calendario:

1. Potenciación de la Vía Clínica: feb-08 a feb-09.
2. Diseño de la aplicación informática para CARE de At. Primaria: mar-08 a may-08.
3. Implantación CARE de At Primaria en 2 Centros de Salud Pilotos: jun-08 a oct-08.
4. Implantación CARE de At Primaria en 8 Centros de salud: nov-08 a feb-08.
5. Desarrollo del Proceso CCR: a lo largo de todo el 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>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Inscripción en XXVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial a celebrar en Zaragoza el próximo mes de octubre 2008.	500
TOTAL	500 euros

Lugar y fecha:

Zaragoza, 19 de febrero de 2008

Fdo. Eduardo Bajador Andréu

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Mejora de las habilidades del personal de enfermería en la aplicación de la insulino terapia
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Mª Jesús Montoya Oliver
Profesión DUE
Lugar de trabajo Hospital Universitario Miguel Servet
Correo electrónico: mjmontoya@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 63

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Cristina Tella Madorran	DUE	H U Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA <p>La Diabetes Mellitus está entre la cuarta causa de muerte prematura en mujeres y la octava en hombres y comporta un importante deterioro de la calidad de vida de las personas que lo padecen. ¹</p> <p>Se calcula que la prevalencia de la diabetes tipo 2 en Aragón es del 3,1% respecto a pacientes diagnosticados, y del 3% en los no diagnosticados, lo que supone que más del 6% de los aragoneses son diabéticos, sean conocedores o no de su enfermedad. ¹</p> <p>Un 20-30% de los pacientes ingresados, son diabéticos. Siendo el Hospital un lugar que por diferentes motivos hay un gran número de pacientes insulinizados, ya sea como propio tratamiento, o una insulinización transitoria durante el proceso.</p> <p>El diabético puede estar ingresado en diferentes Unidades, dependiendo de la causa de su ingreso.</p> <p>La importancia que tiene la implicación del propio paciente en su tratamiento es crucial. Sin su colaboración todos los esfuerzos de los profesionales sanitarios serán en vano, hay que considerar que el paciente debe implicarse en su autocuidado, para lo cual se ha de establecer un plan terapéutico consensuado entre el profesional sanitario y el paciente. La rapidez de los cambios de tratamiento en los últimos años, y la aparición de nuevas insulinas así como el control de la glucemia, obligan a modificar pautas anteriores que pueden llevar a errores, que compliquen o retrasen la buena evolución si no se ha realizado una adecuada formación.</p> <p>Dentro del personal de enfermería, nos encontramos con la misma problemática.</p>
--

Su actualización de los conocimientos de estas nuevas insulinas, estilos de tratamiento, y todo aquello que lleva una correcta insulino terapia, que nos permitirá poder realizar una adecuada formación al paciente, actuando de manera común y coordinada en la correcta asistencia y educación al paciente diabético, dentro de nuestro Centro Hospitalario.

Otro punto clave en el seguimiento del paciente diabético es la monitorización del estado glucémico, considerado como una pieza clave en el cuidado de la diabetes. Los resultados de esta monitorización son utilizados para evaluar la eficacia del tratamiento, para hacer ajustes en la terapia nutricional y en las medicaciones con objeto de conseguir el mejor control posible de la glucosa sanguínea.²

A través de esta iniciativa se pretende proporcionar a Enfermería de un instrumento de guía para ayudarles a conseguir una mejora en la consecución del tratamiento con insulina

Bibliografía:

- ✓ 1. Consenso Multiespecialidad 2005 sobre Pautas de Manejo del Paciente Diabético.
- ✓ 2. Asociación Americana de Diabetes . Guías de Diagnóstico y tratamiento.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- La formación y entrenamiento de los profesionales de enfermería de las Unidades de hospitalización en adultos, dentro del Hospital Universitario Miguel Servet, en las nuevas estrategias de la insulino terapia.
- Mejorar la seguridad de los pacientes con una prevención primaria.
- Formación de formadores de pacientes, dentro de la competencia de la enfermería en la promoción de la salud.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Previo al inicio de las sesiones docentes, el equipo realizará la guía para la mejora de las habilidades del personal de enfermería en la aplicación de la insulino terapia, basada en la mejor evidencia científica, la cual ha de servir de documentación para la formación. Al mismo tiempo se sintetizará la documentación en formato póster, para la visualización rápida en los controles de enfermería.

Posteriormente, se plantea la realización de sesiones formativas, de una hora de duración, realizadas en las propias Unidades de Hospitalización. La planificación y calendario de las mismas será pactado con los mandos intermedios de las unidades de enfermería en coordinación con la dirección de enfermería y subdirecciones correspondientes.

Si bien el efecto Hawthorne nos producirá un sesgo importante, se realizará la evaluación y seguimiento de las habilidades alcanzadas tras la formación.

Un observador realizará seguimientos en la atención directa recibida por el paciente.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Elaboración de la Guía SI/NO
Estándar: SI

- Nº de Unidades de enfermería a formar
Estándar: 34

- % de Unidades de enfermería formadas
Formula:
$$\frac{\text{Nº de Unidades de enfermería formadas}}{\text{Nº total de unidades de enfermería a formar}}$$

Estándar: 100%

- Nº de Unidades "Observadas"
Estándar: 34

- % de Unidades "Observadas"
Formula:
$$\frac{\text{Nº de Unidades "Observadas"}}{\text{Nº total de Unidades de enfermería a formar}}$$

Estándar 100%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Abril de 2008

Fecha de finalización: : Abril de 2009

Calendario:

OBJETIVO	Actividades	Año 2008										Año 2009				
		A	M	J	JL	A	S	O	N	D	E	F	M	A		
Elaboración de la guía																
Elaboración de póster																
Formación de DUEs en hospitalización	Formación en HG															
	Formación en HRTQ															
	Formación en HM															
Evaluación y seguimiento de las habilidades alcanzada																

Los Servicios especiales como Cuidados Intensivos y Servicio de Urgencias, debido a su especial condición, se pactará con las Supervisoras de dichas Unidades el mejor momento y sesiones que consideren necesarias para el reciclaje de Enfermería.

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>
Impresión de Guía de la aplicación de la insulino terapia	2000
Póster tamaño DIN-A3 para Unidades de Enfermería	1000
TOTAL	3000

Lugar y fecha:

Zaragoza, 21 de Febrero de 2007

Mª Jesús Montoya Oliver

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA RECEPCIÓN Y ACOGIDA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

LORENA CHUECA TORAL

Profesión

DUE

Lugar de trabajo UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HOSP. UNIV. MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

lorechut@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 Ext. 1280, 976562565

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CONCEPCIÓN SANTOLARIA	Supervisora Enfermería	Hemodinámica, HUMS
DELIA ESTEBAN	DUE	Hemodinámica, HUMS
SUSANA SANCLEMENTE	DUE	Hemodinámica, HUMS
BEATRIZ EGIDO	DUE	Hemodinámica, HUMS
BEGOÑA FRAJ	DUE	Hemodinámica, HUMS
EVA MARÍA OLIVER	DUE	Hemodinámica, HUMS
AMPARO FUERTES	AUX. ENFERMERIA	Hemodinámica, HUMS
VIRGINIA AZNAR	AUX. ENFERMERIA	Hemodinámica, HUMS
MARIA JOSÉ TARONGUI	AUX. ENFERMERIA	Hemodinámica, HUMS
CELIA GIMENO	CELADORA	Hemodinámica, HUMS
ANTONELA LUKIC	CARDIÓLOGA	Hemodinámica, HUMS
ISABEL CALVO	CARDIÓLOGA INTERVENCIONISTA	Hemodinámica, HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN:

El grupo de calidad de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista es un grupo formado por profesionales implicados en la atención del paciente remitido a la Unidad de hemodinámica, implicando tanto personal sanitario como no sanitario. Nuestro grupo realiza periódicamente una valoración del servicio prestado al paciente de cara a detectar las posibles actuaciones de mejora en la atención de los mismos .

De esta forma hemos valorado la recepción del paciente en la Unidad como un punto clave del proceso de la atención global del mismo. La adecuada valoración del paciente a su llegada es un hecho de extrema importancia en cuanto a la buena práctica médica,

influyendo en la disminución de los errores tales como la correcta identificación, comprobación de su situación clínica, revisión de los elementos imprescindibles para la realización de la prueba invasiva (analíticas, radiografía de tórax, tratamiento que sigue, etc.) facilitándose de esta forma la agilidad del funcionamiento de la Unidad y permitiendo que el procedimiento se haga sin riesgos añadidos.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

La importancia de este proyecto radica en la necesidad de establecer criterios homogéneos para dar una respuesta adecuada en términos de eficiencia, efectividad y calidad frente a la demanda sanitaria de los usuarios de nuestra Unidad.

El proyecto contribuirá a garantizar una atención individualizada de cada paciente, así como a mejorar la comunicación intra e interequipos estableciendo procedimientos de coordinación efectiva.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

Los avances tecnológicos, técnicos y farmacológicos, unidos a las indicaciones de cateterismo a pacientes cada vez más complejos, han llevado a la enfermería de este área a la necesidad de una alta formación específica y continuada en función de dichas demandas.

Nuestro grupo de mejora puso en marcha el *Proyecto de mejora de la información del paciente que va a ser sometido a la realización de un cateterismo cardiaco*, y que llevó a la edición e impresión de folletos informativos sobre estos procedimientos y a la realización de un vídeo educativo que se proyecta una vez a la semana en planta de hospitalización apoyado por un médico cardiólogo.

Sin embargo, hemos objetivado que la creciente carga asistencial y las diferencias de procedencia de nuestros pacientes dificulta la optimización de la preparación del paciente para esta prueba invasiva y no exenta de riesgos, por lo que consideramos imprescindible protocolizar las actuaciones de enfermería de la Unidad de cara a detectar y salvar las posibles lagunas en este proceso.

Las actuaciones de Enfermería en la Unidad de Hemodinámica tienen unas características que han de tenerse en cuenta a la hora establecer un protocolo de actuación de este tipo. Por ello, hemos analizado los diferentes aspectos de forma desglosada, que exponemos a continuación:

1. Características de los pacientes: Los pacientes llegan a la Unidad de Hemodinámica procedentes de diferentes unidades asistenciales y en diferentes condiciones clínicas. Así, recibimos:

1. Pacientes ambulatorios, que acuden a la Unidad procedentes de su domicilio, en los que el primer contacto con el personal sanitario se produce en la Unidad de Hemodinámica y por lo tanto precisan de una valoración previa más exhaustiva.
2. Pacientes procedentes de otras unidades del mismo HUMS:
 - a. Procedentes de las áreas de hospitalización: Planta de Cardiología, Hospital de Semana y otras áreas de la hospitalización.
 - b. Procedentes de las Unidades de Cuidados Intensivos.
3. Pacientes procedentes de otros hospitales distintos a HUMS: Proceden tanto de las unidades de cuidados intensivos, como de las plantas de hospitalización así como de la lista de espera. Aquí nos referimos al Hospital General de la Defensa, Hospital Royo Villanova, Hospital Provincial y otros.

Estas diferencias de origen implican la necesidad de una excelente comunicación entre los diferentes servicios y una necesidad de atención continuada a los pacientes, que debería ser ininterrumpida y coordinada.

Además, estos pacientes se encuentran en diferentes situaciones clínicas, desde pacientes estables hasta los casos agudos (ej. programa de TRIAMAR de actuación urgente en el Infarto Agudo de Miocardio), con la consecuente diferencia de necesidades en cuanto a la actuación del personal sanitario implicado.

2. Recepción del paciente:

Revisando los posibles puntos de mejora de atención al paciente a su llegada a Hemodinámica, observamos que:

1. Actualmente el paciente se recibe de forma no estandarizada sin existir un protocolo de actuaciones previas al procedimiento.
2. Tampoco disponemos de una Hoja de Registro de Enfermería donde quede constancia de las valoraciones e intervenciones realizadas por el personal de Enfermería previas al cateterismo, hecho que dificulta la anteriormente mencionada comunicación entre los servicios implicados en el cuidado del paciente.
3. Además, detectamos que existe escasa precisión de datos clínicos, antecedentes y futuras intervenciones planteadas de forma electiva sobre el paciente y que son trascendentales, por ejemplo, de cara a la decisión terapéutica en cuanto a uso de stent recubierto tras la coronariografía diagnóstica y que exige doble antiagregación durante un largo periodo de tiempo.
4. A todo esto hay que sumar que los pacientes llegan a la Unidad de Hemodinámica con un grado de ansiedad e incertidumbre importante ante una prueba invasiva y un entorno nuevo, precisando de información y aclaraciones adicionales antes del cateterismo. Actualmente, dada la escasa protocolización existente en nuestra Unidad y con el agravante del creciente número de procedimientos, este punto está limitado detectándose como un punto clave de la necesidad de mejora.

POSIBLES CAUSAS:

La Unidad de Hemodinámica del HUMS es una sección en continuo desarrollo y crecimiento, por lo que presentamos un progresivo aumento de la actividad en los últimos años, pasando de 1043 coronariografías y 378 procedimientos terapéuticos en el año 2000 a 1555 coronariografías y 719 procedimientos terapéuticos en el año 2007. El tiempo disponible para la atención al paciente previo a los procedimientos ha ido descendiendo, relacionándose de forma inversa con el tiempo preciso para ello. Los procedimientos a realizar son cada vez más complejos y en un alto porcentaje de los casos (aproximadamente un 80%) son diagnósticos y terapéuticos en el mismo procedimiento, por lo que es imprescindible que el paciente este bien informado antes de proceder a la prueba.

A pesar de los protocolos de información precateterismo puestos en marcha fundamentalmente en la planta de hospitalización, dada la heterogeneidad del origen de los pacientes, el distinto grado de formación de los profesionales que los atienden y las diferentes características clínicas y necesidades de los mismos es imprescindible estandarizar la recepción y acogida del paciente antes del cateterismo.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Manual de enfermería en cardiología intervencionista y hemodinámica. Protocolos unificados. Edición año 2007.
2. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: Actuación de Enfermería al paciente ante la realización de un cateterismo cardiaco.

www.chospab.es/enfermeria/Protocolos/hemodinamica/actuacioncateterismocardiaco

3. Protocolos de Acogida de otros servicios y hospitales.
4. Protocolo de actuación de Enfermería en la ablación mediante radiofrecuencia del síndrome Wolf Parkinson White. Enfermería en Cardiología 2002; 25:26-31.
5. Protocol Cardiac Cath LabUnit Practice Manual. John Dempsey Hospital- Department of Nursing. The University of Connecticut Health center. http://nursing.uchc.edu/unit_manuals/pdfs_CardiacCath/Scheduling%20Procedures%20Cath%20Lab.pdf
6. American College of Cardiology / society for Cardiac Angiography and Interventions. Clinical expert consensus document on cardiac catheterization laboratory standards. JACC 2001;37 (8): 2171-2214.
7. Protocolo general de preparación del paciente en quirófano. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/protocolo_general.pdf
8. Cuidados de enfermería en las exploraciones de diagnóstico por la imagen. Radiología intervencionista. <http://www.enfermundi.com/cordoba/Trabajos/R66-CUIDADOS%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20EN%20LAS%20EXPLORACIONES%20DE%20DIAGN%C3%93STICO%20POR%20LA%20IMAGEN.%20RADIOLOG%C3%8DA%20INTERVEN.doc>.
9. Safe Site Protocol for all invasive, high-risk or surgical procedures. Institute for clinical systems improvement. ICSI, 2007;3:1-32.

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

Hemos desglosado los resultados a obtener en diferentes apartados:

1. PACIENTE:
 - Correcta identificación del paciente, evitando así posibles confusiones de identidad o del procedimiento a realizar.
 - Mejora del grado de comprensión e información sobre el cateterismo.
 - Disminución de la ansiedad ante lo desconocido, aportando aquella información que precise para hacer más satisfactoria su estancia.
 - Correcta aplicación del documento del consentimiento informado: participación activa del paciente en la toma de decisiones.
 - Disminución de riesgos derivados de la prueba: garantizando la protección física de los pacientes más vulnerables.
 - Óptima preparación del paciente antes de entrar en la sala de intervención: todos los pacientes deben entrar a la sala con las constantes tomadas, vía venosa permeable, correctamente rasurados, localizado y marcado el pulso pedio para el posterior control y seguimiento de cara a la identificación de las complicaciones derivadas de la punción femoral, realización del test de Allen para el acceso radial seguro.
2. EQUIPO DE HEMODINÁMICA:
 - Optimización de la información clínica sobre el paciente por parte del médico intervencionista. Descripción completa del estado del paciente. Mayor rapidez del acceso a las informaciones sobre el paciente.

- Documentar la asistencia que debe proporcionar la enfermería. Al ser una documentación escrita proporciona un canal de comunicación entre el personal de enfermería ayudando a la comunicación con el resto del equipo. A su vez, es un documento de enseñanza para el personal que se incorpore a esta unidad o ante la creación de nuevas unidades.
 - Elaborar una documentación para el funcionamiento rápido y eficaz. La recopilación ordenada de las pautas de actuación contribuye a disminuir riesgos para el paciente y dar seguridad al personal.
3. RELACIONES ENTRE EQUIPOS
- Mejora de la comunicación entre equipos mediante la elaboración de una Hoja de Registros de Enfermería de cara a la salida del paciente a la planta, asegurando así la continuidad de los cuidados y una mejor atención con mejores resultados.
 - Mayor coordinación entre profesionales implicados en la atención del paciente.
4. Identificar indicadores de mejora de la calidad de las actuaciones de cara a hacer ciclos de mejora.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

MEDIDAS PREVISTAS:

- **ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACOGIDA AL PACIENTE :**
 1. Reflejará de una manera clara y concisa los distintos pasos por los que tiene que pasar un paciente que va a ser sometido a un cateterismo cardiaco. Dadas las características de nuestros pacientes, se elaborará un protocolo específico para los pacientes de corta y muy corta estancia. En dicho protocolo constarán las funciones que corresponden a cada miembro del equipo de Hemodinámica y se describirá la forma idónea de llevarlas a la práctica. El protocolo será exhaustivo y completo, no dejará ninguna cuestión sin aclarar, de forma que no existan dudas posibles sobre las pautas de actuación.
 2. Integración de este Protocolo en el libro de Protocolos de la Unidad de Hemodinámica y Cardiología intervencionista y en el Listado de protocolos del Hospital Universitario Miguel Servet.
- **ELABORACIÓN DE UNA HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA:** Se elaborará una hoja de recogida de datos que cumplimentará la enfermera que recibe al paciente. La enfermera responsable de la acogida y cumplimentación de la hoja será la misma que actuará como enfermera circulante durante la realización del cateterismo a dicho paciente. Esta hoja recogerá los siguientes puntos:
 1. Datos identificativos del paciente: Nombre y apellidos, nº de Historia Clínica y fecha de nacimiento. Comprobar que el paciente coincide con la petición médica y con la exploración que se le va a realizar.
 2. Comprobación de la permeabilidad de la vía venosa o su canalización en caso de que no la hubiera.
 3. Revisión del tratamiento previo: tratamiento con el que llega a la sala y el que ha sido aplicado en los días anteriores. Haremos especial hincapié en la posible antiagregación (AAS, Clopidogrel) y anticoagulación (Sintrom, heparinas). Comprobar la discontinuidad de los antidiabéticos

orales como Diamben®. Verificar que se haya realizado tratamiento de protección renal si lo precisa.

4. Detección de alergias conocidas y comprobación de la premedicación correspondiente en caso de haberlas.
5. Toma de constantes vitales: Tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura. Peso y talla. Preguntar sobre la posibilidad de estar embarazada.
6. Procedimiento a realizar (coronariografía, cateterismo derecho, biopsia, etc.).
7. Comprobación de pulso pedio y su señalización con un rotulador permanente para controles posteriores en caso del uso de vía de acceso femoral.
8. Test de Allen: determinará la posibilidad del acceso radial para el cateterismo.
9. Revisión de la existencia de consentimiento informado debidamente firmado.
10. Comprobación de ayuno en las 6 horas previas.
11. Comprobación de correcto rasurado de ingles y antebrazos.
12. Comprobación de ausencia de prótesis dentales, joyas y esmalte de uñas en manos y pies.
13. Valoración de la situación neurológica basal, nivel de la ansiedad y su habilidad para cooperar.

- Elaboración de una lista de comprobación (Check-List): Lista que recogerá datos clínicos del paciente de cara a poder utilizar un stent recubierto (alergias, sangrados, posibles intervenciones quirúrgicas próximas programadas, diabetes, tratamiento que sigue, etc).
- Comprobación de la comprensión del consentimiento informado y aclaración de dudas respecto a la intervención: objetivo de la prueba, en qué consiste, vías de acceso, tipo de anestesia, sensaciones que experimentará, presencia de un enfermero/a que le atenderá durante el procedimiento. El paciente debe verbalizar el entendimiento sobre la prueba a realizar.
- Comprobación de existencia de anemia, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación en las analíticas previas. Obtener nuevas analíticas si es preciso.
- Avisar al paciente de la necesidad de reposo posterior a la prueba.
- ELABORACIÓN DE BASE DE DATOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: Está prevista la creación de una base de datos inicialmente independiente y posteriormente integrada en la base de datos global de los procedimientos que recogerá todas las variables recogidas en la hoja de enfermería.

RESPONSABLES:

Lorena Chueca, Concepción Santolaria, Delia Esteban y Susana Sanclemente se encargarán de la elaboración del Protocolo de Acogida.

Beatriz Egido, Begoña Fraj y Eva María Oliver se encargarán de la elaboración de la Hoja de Registros de Enfermería.

Antonela Lukic e Isabel Calvo se encargarán de la elaboración de la lista de comprobación (Check-List) y de la creación de la base de datos, esto último en colaboración y con el apoyo de informáticos.

Amparo Fuertes, Virginia Aznar, María José Tarongui y Celia Gimeno colaborarán en la elaboración del Protocolo de Acogida.

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

Todo el equipo de enfermería se encargará de la recogida de datos y su ingreso en la base de datos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Elaboración del Protocolo de Acogida.
2. Elaboración de la Hoja de Registros de Enfermería.
3. Elaboración de la lista de comprobación (Check-List) .
4. Grado de cumplimentación de la Hoja de Registros de Enfermería: Porcentaje de Hojas debidamente cumplimentadas. (número de Hojas debidamente cumplimentadas / número de pacientes*100). Se considerará que una Hoja está debidamente cumplimentada cuando estén registrados en ella los apartados que consideramos básicos: TA, comprobación de la permeabilidad de vía venosa periférica y realización de Test de Allen. Se considerará adecuado un grado de cumplimentación superior al 80%.
5. Elaboración de la base de datos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 1 de Marzo del 2008	Fecha de finalización: 1 de Marzo del 2009
--------------------------------------	--

Calendario:

Marzo 2008- Junio 2008:

Elaboración del protocolo de actuación.
 Elaboración de la Hoja de Registro de Enfermería.
 Elaboración de Base de Datos.
 Elaboración de la lista de comprobación (Check-List).

Junio 2008- Enero 2009:

Puesta en marcha del protocolo y recogida de datos.
 Proceso continuo de valoración de mejora del protocolo y de la hoja de recogida de datos.

Enero 2009- Marzo 2009:

Evaluación de los resultados. Valoración de los indicadores.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Inscripción al XXVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial	500
Gastos indirectos (material de oficina)	300
Apoyo informático para la elaboración de la Base de Datos	300
TOTAL	1100

Lugar y fecha: Zaragoza, a 21 de Febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la información proporcionada al paciente, al ingreso, en las unidades de hospitalización

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CONCHITA MARTINEZ CASAMAYOR

Profesión

DUE

Lugar de trabajo

Hospital Universitario Miguel Servet. Unidad Cirugía General

Correo electrónico

Cmartinezc@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 Ext: 1380

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MERCEDES MARTIN VALENCIANO	DUE	HUMS (UROLOGÍA)
EUGENIA CABERO GABASA	AUX	HUMS (UROLOGÍA)
LIRIA JIMENEZ	DUE	HUMS (UCA)

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En los últimos años las organizaciones sanitarias han sufrido profundas transformaciones en todos los ámbitos. Han pasado de ser organizaciones prestadoras de servicios orientados por los profesionales, a seguir Modelos organizativos centrados en los usuarios, con la finalidad de cumplir sus expectativas.

En las dos últimas décadas el Sistema Sanitario Español ha atravesado un proceso importante de transformación, parejo a una creciente inquietud por parte de los pacientes o usuarios de los servicios sanitarios de estar debidamente informados y de involucrarse en todo lo relacionado con su salud; inquietud compartida por todos los agentes involucrados en la asistencia sanitaria.

La irrupción de Internet y el creciente interés de los medios de comunicación por los temas de salud han sido uno de los elementos dinamizadores de estos cambios. Está apareciendo un nuevo tipo de usuario de los servicios sanitarios, que podría denominarse el "usuario informado".

Podemos distinguir dentro de la información que demanda el paciente dos vertientes,

sobre el proceso de su enfermedad, y en la acogida del paciente a su ingreso.

En la acogida del paciente a su ingreso, los indicadores que nos determinan la situación dentro del Hospital Universitario Miguel Servet, son recogidos básicamente a través de dos tipos de encuestas, una en el periodo de hospitalización y otra en la posthospitalización.

Desde 1998 se realiza una encuesta de satisfacción a sus usuarios posthospitalización. En concreto la pregunta N° 4, "¿Le entregaron a su llegada a la planta información escrita sobre las normas a seguir durante su estancia?" hace referencia a dichos indicadores. Los resultados referentes a los tres hospitales en el periodo 2003-2007 han seguido la misma tónica, estando sus resultados en área de especial problemática en calidad (**60-70%**) o áreas críticas de calidad (**<60%**), aún habiéndose realizado mejoras en el formato (formato tríptico), y actualizaciones just in time. En el primer semestre de 2007 en HG los resultados han sido de un 48,6%; en HRTQ 38,6%; y en HM 58%.

Con periodicidad anual, en el mes de noviembre-diciembre, se viene realizando una encuesta que, de manera simultánea en el tiempo, va dirigida a los pacientes ingresados (5%) y a los profesionales presentes en el momento de su realización.

Las respuestas de los usuarios a la pregunta "¿Le entregaron al ingreso las normas de funcionamiento de la Unidad?", en la encuesta de diciembre 2006, recoge como afirmativas, un 43% en HG; un 61% en HRTQ; y un 96% en HMI.

Los profesionales, ante la pregunta "¿Entregas al ingreso del paciente las normas de funcionamiento de la Unidad?", responden afirmativamente un 69% en HG; 56% en HRTQ y 97% en HMI.

Ante estos datos se plantea la necesidad de mejorar el sistema de información al paciente en el momento de su ingreso. Por ello planteamos la hipótesis de que "la presencia de carteles en las unidades de hospitalización que contengan información general, mejoraría la satisfacción del usuario respecto a la información recibida.

Dichos carteles pretenden proporcionar una información continua, accesible y de fácil comprensión, que refuerce la información que hasta el momento se está realizando en las Unidades de Hospitalización con la entrega de los trípticos informativos al ingreso.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la satisfacción de los usuarios, consecuente a una mejora en la información.
- Existencia de información escrita disponible de manera permanente, para el paciente y familiares en espacios fijos.
- Dar a conocer al paciente que la organización ha planificado sus intervenciones en el momento de la acogida.
- Evitar posibles efectos adversos, derivados de problemas en la comprensión de la información facilitada a los usuarios.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Realización de carteles informativos en los tres hospitales, con la especificidad que precisen las características de las Unidades.
- Un tamaño DIN-A3, junto a un sistema de exposición adecuado nos permitirá ubicarlos en lugares estratégicos, de fácil acceso para el paciente.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Proceso

- Numero de carteles tipo informativos a realizar
- Numero de carteles tipo informativos realizados
- N° total de carteles informativos a realizar
- % de carteles realizados

Formula:
$$\frac{\text{Numero de carteles tipo informativos realizados}}{\text{Numero de carteles tipo informativos a realizar}}$$

Estándar: 100%

Formula:
$$\frac{\text{Numero de carteles informativos realizados}}{\text{Numero de carteles informativos a realizar}}$$

Estándar: 100%

Resultado

- % de pacientes con respuesta afirmativa a la pregunta 4 de encuesta de post-hospitalización

Formula:
$$\frac{\text{Numero de pacientes con respuesta afirmativa}}{\text{Numero total de pacientes}}$$

Estándar: Este indicador ha de mejorar los resultados obtenidos en el último periodo, y en los tres hospitales

- N° personal de enfermería informado sobre contenido del cartel.
- N° total de personal de enfermería en las unidades de hospitalización.

Formula:
$$\frac{\text{N° personal enfermería informado sobre contenido de carteles}}{\text{N° personal enfermería en unidades de hospitalización}}$$

Estándar: 100%

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 PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2007)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Teresa de Jesús Puértolas Hernández
Profesión Médico Especialista en Oncología Médica
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) S. de Oncología Médica. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
Correo electrónico: tjpuertolas@wanadoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765644 (planta), ext 3823 (secretaria)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ramiro Álvarez Alegret	Médico especialista en anatomía patológica	H. Universitario Miguel Servet
Teresa Baringo Fuentes	Médico Especialista en Medicina Nuclear	H. Universitario Miguel Servet
Rosa Baldellou	Médico Especialista en Dermatología	H. Universitario Miguel Servet
Alberto Bavai Fernández-Sanguino	Médico Especialista en Cirugía General	H. Universitario Miguel Servet
Pilar Cebollero Benito	Médico Especialista en Cirugía General	H. Universitario Miguel Servet
Carlos Olivares Arnal	Médico Especialista en Cirugía Plástica	H. Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Zubiri Ara	Médico Especialista en Dermatología	H. Universitario Miguel Servet

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 ya se indicó en el Programa del pasado año desde el subcomité del ganglio centinela del melanoma maligno cutáneo (MMC) del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, se pretende mejorar la atención de los pacientes con MMC, fomentando las reuniones de este subcomité, describiendo y unificando el proceso del MMC, identificando los profesionales intervinientes, realizando guías clínicas, actividades de formación continuada...etc.
Además, durante este año nos hemos dado cuenta de que el subcomité es un excelente instrumento de comunicación entre los profesionales directamente implicados en el melanoma, facilitándonos y agilizando las actuaciones cuando algún paciente recae.

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

Desde mayo de 2007 se han llevado a cabo 14 reuniones de las cuales, las tres primeras tuvieron como objetivo la definición y diseño del proceso del ganglio centinela en el MMC con su diagrama de flujo. Consideramos que nos deberíamos centrar en un aspecto más práctico y menos teórico con el fin de realizar una experiencia piloto del mismo, tarea en la cual nos encontramos en la actualidad.

De entre los indicadores que nos propusimos medir uno era relativo a la realización de las reuniones; podemos decir que su cumplimiento ha sido del 100%, es decir; todas las reuniones se han realizado según su planificación. Con respecto a los dos subcriterios incluidos en la aclaración del indicador podemos considerarlos adecuados, ya que la cantidad de reuniones ha llegado a ser de un 101,66% de las posibles y el número de profesionales presentes ha sido del 69,38% (superior al 50% requerido para que la reunión fuera adecuada).

En el indicador relativo al proceso protocolo, que se refiere al número de pacientes con MMC a los que se les ha realizado la biopsia del ganglio centinela (BGC) respecto a los pacientes valorados en el subcomité (23 pacientes) el porcentaje obtenido es del 61,11%. Debemos destacar que entre las causas por las que no se realizó la BGC aparecen: pacientes comentados en el subcomité antes de disponer de la biopsia, por lo que en uno de ellos no resultó esta positiva para melanoma y otra de las causas fue que una paciente rehusó realizársela. De entre los pacientes comentados en el subcomité y que se desestimó la realización de la BGC hemos de destacar que en un caso fue porque no existía indicación y en otros tres casos por el tipo de cirugía realizado previamente. Por lo que se proponen como medidas de mejora la formación e información de todos los profesionales sanitarios directamente relacionados con el proceso del melanoma en el ámbito hospitalario y la revisión de la guía clínica.

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

- Continuar con la mejora en la coordinación de los distintos servicios intervinientes.
- Proseguir con actividades encaminadas a disminuir la variabilidad en el diagnóstico, control y seguimiento del Melanoma Maligno.
- Conseguir una mayor optimización y racionalización de los recursos.
- Favorecer la formación continuada de los profesionales intervinientes.

Objetivos específicos

- Actualización de la Guía de Práctica Clínica de atención al paciente con MM.
- Difusión de los criterios para la realización de la Biopsia del Ganglio centinela en el MMC entre los profesionales del sector directamente implicados
- Mantener las reuniones del subcomité de MMC identificando nuevas áreas de mejora en su funcionamiento como puede ser la elaboración de una hoja de registro y la actualización de los datos de seguimiento de los pacientes a los que se les ha realizado la BGC.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las actividades irán encaminadas a la continuación y difusión del proceso así como a la detección de puntos críticos, en cuyo caso se realizará un ciclo PDCA.

- 1.- Actualización de la Guía de Práctica Clínica de atención al paciente con MMC.
- 2.- Difusión de la Guía entre los especialistas del área directamente implicados en la misma.
- 3.- Implantación de la guía clínica.
- 4.- Mantener las reuniones del subcomité con hoja de registro de los pacientes.
- 5.- Evaluación de resultados.

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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

$$\text{Indicador proceso protocolo} = \frac{\text{Nº pacientes con MMC con ganglio centinela realizado}}{\text{Nº pacientes con MMC valorados en comité}} \%$$

$$\text{Indicador realización} = \frac{\text{Nº reuniones subcomité realizadas}}{\text{Nº reuniones subcomité planificadas.}}$$

Aclaración: Mínimo dos mensuales, excepto periodo vacacional. Los servicios representados serán Anatomía patológica, Cirugía general, Cirugía plástica, Dermatología, Medicina nuclear y Oncología. Deberá haber representantes del 50 % de los servicios para considerarse adecuada.

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 de 2008		Fecha de finalización: diciembre 2008
Responsable	Actividad	Fecha de finalización:
Subcomité del ganglio centinela	Reuniones periódicas para valoración de pacientes	2 Mensuales salvo periodo vacacional
Subcomité del ganglio centinela	Valoración de las discrepancias obtenidas en la evaluación.	Febrero-08
G TC	Propuesta de medidas de mejora: organizativas y formativas	Febrero-08
Subcomité del ganglio centinela	Presentación del Proyecto mejora al plan.	Febrero-08
Subcomité del ganglio centinela	Actualización Guía de actuación.	Abril-08
Subcomité del ganglio centinela	Difusión de la Guía y del Proceso del GG en el MM.	Junio 08
Servicios intervinientes en el proceso del MMC	Implantación de la Guía Clínica	Sept-08
G TC	Evaluación	Diciembre-08
G TC	Presentación de los resultados obtenidos en el Subcomité del ganglio centinela	Diciembre-08

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 imprenta (impresión de la guía clínica)</i>	600 euros
<i>Formación continuada (asistencia a cursos, symposium...)</i>	600 euros
TOTAL	1200 euros

Lugar y fecha: Zaragoza, a 21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"Mejora en la calidad de derivación Atención Primaria/Atención Especializada en las consultas de Dermatología del área de influencia del Hospital Universitario Miguel Servet".

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Luisa ZUBIRI ARA

Profesión: Dermatóloga. Jefe de Sección

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital Universitario "Miguel Servet". Zaragoza.

Correo electrónico:
mluisazubiri@comz.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
Hospital Universitario Miguel Servet 976-765500, ext 2720, CME Ramón y Cajal 976-437622, ext 2852

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo		
Rosa Baldellou Lasierra	Dermatóloga. FEA	Hospital Servet	Universitario	Miguel
Rosa Inés García Felipe	Dermatóloga. FEA	Hospital Servet	Universitario	Miguel
Inés García Salces	Dermatóloga. FEA	Hospital Servet	Universitario	Miguel
Ricardo Martín Marco	Dermatólogo FEA	Hospital Servet	Universitario	Miguel
Nieves Porta Aznárez	Dermatóloga FEA	Hospital Servet	Universitario	Miguel
Milagros Sánchez Hernández	Dermatóloga FEA	Hospital Servet	Universitario	Miguel
Estrella Simal Gil	Dermatóloga FEA	Hospital Servet	Universitario	Miguel

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 los últimos tres años el Servicio de Dermatología ha realizado seminarios teórico-prácticos en los CS de Muñoz y Fernández, Canal Imperial y Fernando El Católico por ser éstos centros donde se había detectado un mayor número de derivaciones inadecuadas. En los seminarios impartidos por los dermatólogos que se desplazaban al CS se han tratado los temas dermatológicos de más frecuente presentación, también se les ofrecía a los médicos de dichos centros, que previa programación pudieran rotar por las consultas de Dermatología. Hasta el momento actual estas rotaciones han sido mínimas (1 médica del CS Muñoz y Fernández, 2 de Canal Imperial y 1 de Fernando El Católico), el resto de los facultativos ha comentado falta de tiempo para acudir a las mismas. Se adjunta programa de seminarios impartidos.
- A pesar de que no disponemos de datos cuantitativos, si que hemos detectado una mejor derivación de los CS donde se han realizado los seminarios, y ha sido beneficioso para ambos estamentos tener una relación más personalizada. Para el año 2008 tenemos programado realizar la misma actividad en el CS Fuentes Norte, en la actualidad con una derivación muy elevada e inadecuada en muchos casos.
- También llevamos observando en los últimos años la inadecuación de derivación en los pacientes enviados como preferentes, por lo que en los dos últimos años hemos añadido en los seminarios un tema sobre "Derivaciones preferentes en Dermatología", con lo cual queremos mejorar su adecuación

Posibles causas:

- Desconocimiento algunos médicos de Atención Primaria de parte de la patología dermatológica (lo que saben diagnosticar y tratar no lo derivan, ej. Herpes zoster).
- Disposición de poco tiempo en las consultas de Atención Primaria.
- Petición del paciente de ser atendido en las consultas de Dermatología. Hemos observado en los últimos años que el nivel de exigencia de los pacientes ha aumentado considerablemente.
- Respecto al envío de un paciente con carácter preferente:
 - Insistencia del paciente.
 - Patología dermatológica de leve complejidad.
 - Listas de espera elevada para primeras visitas, lo que hace que se priorice patología banal.

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

- Mejora en las derivaciones de pacientes de primera visita de los CS Muñoz y Fernández y Canal Imperial donde se han realizado los seminarios.
- Mejora en la relación entre Atención Primaria y Atención Especializada al conocerse los facultativos y conocer los centros de salud.
- Mejora en la derivación de pacientes preferentes, objetivado por la recogida de datos que se ha llevado a cabo por el servicio, comparándola con una previa realizada en el año 2002, donde se considera adecuada la derivación de pacientes preferentes en una 25% y en este estudio del año 2006 en un 42%, resultados

estos todavía muy alejados de los objetivos del Servicio.

- Este año hemos realizado un recogida de datos, de los pacientes del CS Fernando El Católico enviados a nuestras consultas, previo a la realización de los seminarios (semana del 6 al 15 de febrero 2007), y otra (semana del 7 al 11 de enero 2008) después de la realización de los mismos y hemos observado una leve mejora en la derivación a nuestras consultas. (Se adjuntan tablas)
- Pacientes con derivación adecuada febrero 2007 **44,8%**
- Pacientes con derivación adecuada enero 2008 **53,66%**

Estos resultados nos siguen pareciendo muy bajos, pero nos animan a seguir trabajando para mejorarlos

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1º- Mejorar la relación entre profesionales de Atención Primaria/ Atención Especializada.
- 2º Actualizar los conocimientos sobre patología dermatológica a los facultativos de Atención Primaria.
- 3º Mejorar y disminuir las derivaciones de pacientes preferentes.
- 4º.- Mejorar las derivaciones a las consultas de Dermatología y como consecuencia las listas de espera.-

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	15%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	15%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Continuar con la programación de seminarios, este año realizarlos en el CS de Fuentes Norte, Responsables: Dra. Zubiri, coordinador del CS Fuentes Norte y resto de facultativos del Servicio de Dermatología.
- Programar rotaciones de los médicos de Atención Primaria en las consultas de Dermatología. Responsables: Dra. Zubiri y coordinador del CS Fernando El Católico.
- Realización de las rotaciones. Responsables: Facultativos del Servicio de

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008)</i>
---------	---

<p>Dermatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de la actividad. Responsables: Dra. Zubiri, Coordinador del CS Fuentes Norte, Subdirectora de Atención Primaria, Subdirectora de Servicios Quirúrgicos Hospital Miguel Servet. - Realizar recogida de datos antes y después de la realización de los seminarios para valorar resultados.

<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de seminarios realizados. - Disminución de la derivación a las consultas de Dermatología del CS Fuentes Norte

<p>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p>	
Fecha de inicio:19 febrero 2008	Fecha de finalización: 15 diciembre 2008
<p>Calendario:</p> <p>Febrero: Reunión el día 19 de febrero en el CS Fuentes Norte de la Subdirectora Médica de Atención Primaria, la Jefa de Sección del Servicio de Dermatología y el coordinador del CS Fuentes Norte para presentar la propuesta de seminarios a impartir, realizar su programación, y comentar la posibilidad de rotación de los facultativos por las consultas de Dermatología.</p> <p>Marzo: Recogida de datos de pacientes derivados del CS Fuentes Norte</p> <p>Abril, mayo, septiembre y octubre. Realización de seminarios y planificación de las rotaciones de los médicos del CS Fuentes Norte por las consultas de Dermatología.</p> <p>Noviembre: Recogida de datos de pacientes derivados del CS Fuentes Norte y estudio de resultados.</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>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO GUIA DE ACTUACION EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Luis Sarría Octavio de Toledo
Profesión Facultativo Especialista de Área en Radiodiagnóstico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) H.U. Miguel Servet, Sª Radiodiagnóstico
Correo electrónico: lusarria@auna.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500, ext 2537

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Elena Barrao Yoldi	FEA Ap. Digestivo	HU Miguel Servet
Jose Manuel Gavín Bercero	FEA Cirugía	HU Miguel Server
Ana Asensio París	FEA Anestesiología	HU Miguel Server
Rafael Palacín García-Valiño	FEA Urgencias	HU Miguel Server

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 colecistitis aguda es una patología de gran incidencia que en nuestro medio. El tratamiento definitivo de este proceso es la exéresis quirúrgica de la vesícula (colecistectomía) preferentemente por vía laparoscópica. Existe evidencia científica ampliamente demostrada de los beneficios que conlleva realizar este procedimiento de forma precoz, durante el primer ingreso del paciente en los cuadros leves y moderados.</p> <p>En aquellos casos de colecistitis aguda grave, el tratamiento quirúrgico ha de ser urgente, dentro de las primeras 24 horas. En caso de contraindicación o alto riesgo quirúrgico, existen técnicas alternativas tales como el drenaje percutáneo guiado por ecografía (colecistostomía) que consiguen resolver el proceso agudo a la espera de una mejora de las condiciones del paciente hasta que sean propicias para la realización de colecistectomía.</p> <p>En nuestro medio habitualmente este tipo de pacientes, salvo en aquéllos con colecistitis aguda grave, se trata inicialmente de forma conservadora derivándolos posteriormente a la consulta de cirugía para realización programada de colecistectomía, frecuentemente meses después. Esta actitud conlleva en muchos de estos pacientes nuevos reingresos, bien por colecistitis de repetición o complicaciones relacionadas, tales como pancreatitis aguda, ictericia obstructiva, colangitis,...procesos éstos que pueden incluso comprometer la vida y, por otro lado, incrementa el gasto la solución definitiva del proceso.</p> <p>En este proceso están implicados habitualmente los servicios de Urgencias, Radiodiagnóstico, Digestivo, Cirugía y Anestesiología. La coordinación entre ellos y agilidad permitirán que la atención de estos pacientes sea la adecuada. Este estudio pretende analizar las causas que dificultan solución definitiva y precoz de este proceso. Estas causas pueden por falta de infraestructura necesaria para que sea posible asumir</p>

el elevado número de casos que habitualmente se produce: disponibilidad de quirófanos, o presión asistencial del personal facultativo (cirujanos, anestesiistas,...) entre otras.

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

Nuestro equipo se propone elaborar una guía para el manejo de este proceso que tiene como objetivos los siguientes:

1.- Rápido diagnóstico de este proceso usando los medios necesarios (ecografía, TAC, pruebas de laboratorio) para confirmar la sospecha clínica y establecer su gravedad en un corto periodo de tiempo evitando largas esperas en el servicio de Urgencias.

2.- Agilizar la valoración quirúrgica por parte de los facultativos de guardia tanto del servicio de cirugía como de anestesiología a fin de plantear la realización de colecistectomía, preferentemente laparoscópica, en ese ingreso.

3.- Articular con el Servicio de Radiología las condiciones que permitan la realización de técnicas terapéuticas alternativas (drenaje percutáneo) en aquellos pacientes con cuadro grave en los que, por sus condiciones en ese momento, la cirugía conlleve excesivo riesgo

Con la implantación de esta guía se pretende reducir el número de reingresos, así como las cifras de morbilidad y mortalidad derivados de las complicaciones de este proceso.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se va a desarrollar una guía clínica de actuación en el manejo de este proceso mediante la colaboración de representantes de los servicios implicados tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de este proceso: Urgencias, Radiodiagnóstico, Digestivo, Cirugía general y Anestesiología.

Este mismo grupo está elaborando un mapa de este proceso a fin de realizar un seguimiento para determinar las causas que dificultan un adecuado desarrollo y finalización de éste.

Para ello se pretende valorar la actividad en las diferentes fases que consideramos integran este proceso:

Fase de diagnóstico que incluye desde la llegada del paciente a urgencias, tiempo de espera de atención, nº de exploraciones complementarias a que es sometido (analítica, radiología convencional, ecografía y/oTAC), demora en la recepción de toda la información por parte del facultativo de urgencias y de colaboración por parte del equipo quirúrgico de guardia.

Fase de tratamiento en el que se valorará la gravedad del proceso de cara a determinar la actuación quirúrgica urgente o no. En este segundo caso se valorará la posibilidad de practicar cirugía precoz monitorizando una serie de indicadores que nos permitan determinar las causas que dificultan esta actuación. En caso de procedimiento

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>
-------	---

percutáneo se valorará el número de pacientes beneficiarios de esta técnica y la capacidad y condiciones del equipo radiológico de guardia para asumir esta técnica bien para su realización urgente, en aquellos casos que sea preciso, o con un plazo de demora no superior a 48 horas

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 pretende establecer una serie de indicadores a fin de monitorizar este proceso, lo cuales los podemos clasificar en

INDICADORES FINANCIEROS:

- Estancia media hospitalaria.
- Nº total de ingresos.
- Nº reingresos por el mismo proceso.
- Nº reingresos por complicaciones del mismo proceso.

INDICADORES DE CLIENTES:

- Nº de reclamaciones en Atención al Paciente.
- Nº de demandas.
- Encuesta de satisfacción durante la hospitalización.
- Encuesta de satisfacción en Consultas Externas al dar el Alta definitiva.

INDICADORES DEL PROCESO:

- Mortalidad global.
- Mortalidad en pacientes operados.
- Mortalidad en pacientes no operados.
- Tiempo de demora en la primera asistencia en Urgencias.
- Tiempo de demora en la obtención del diagnóstico.
- Tiempo hasta el ingreso en planta.
- Tiempo transcurrido hasta la I.Q.
- Ratio horas totales de quirófano/nº de pacientes operados.
- Nº de pacientes con contraindicación Q.

INDICADORES DE CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE:

- Encuesta de conocimiento del proceso al personal implicado en el mismo.
- Encuesta de satisfacción sobre el proceso al personal implicado en el mismo.
- % I.Q. con diagnóstico erróneo.

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: abril de 2009
--------------------------------	--------------------------------------

Calendario:

Valoración mensual de los indicadores determinados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: MEJORA DE LA CUMPLIMENTACIÓN DEL GRADO DE DESNUTRICIÓN EN LOS DOCUMENTOS DE ALTA HOSPITALARIA
--

2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO Nombre y apellidos Miguel Moreno Vernis Alejandro Sanz Paris.
Profesión Médicos.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.) Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Documentación Clínica / Unidad de Nutrición del Servicio de Endocrinología y Nutrición
Correo electrónico: mmorenov@salud.aragon.es . alesanz@arrakis.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-765550 (directo).

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Alcubierre Berges	Médico	S ^a Documentación Clínica
Pilar Cortés Azcoiti	Médico	S ^a Documentación Clínica
Javier Lázaro Martínez	Médico	S ^a Documentación Clínica
Lucinda Aguayo	Enfermera	S ^a Documentación Clínica
Fernando Hoyos Moreno	Técnico no titulado	S ^a Documentación Clínica
Oscar Jarne Lanuza	Técnico no titulado	S ^a Documentación Clínica
Patricia de Diego García	Médico	S ^a Endocrinología y Nutrición

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA <p>La desnutrición según la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) afecta a entre el 30 y el 50% de los pacientes hospitalizados, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria.</p> <p>La existencia de desnutrición previa o durante el ingreso conlleva el aumento de las complicaciones posquirúrgicas y de la estancia hospitalaria, derivando en un mayor peso y complejidad en el <i>case-mix</i> hospitalario tanto del servicio responsable del paciente como del hospital.</p> <p>La documentación hasta ahora analizada que usamos para la codificación de diagnósticos al alta hospitalaria demuestra que la información sobre desnutrición, está escasamente representada en documentos importantes de la historia clínica.</p> <p>Por ello parece oportuno estimar la pérdida de información y el consiguiente efecto que la desnutrición y su tratamiento conlleva sobre la asignación de recursos a los servicios seleccionados, a través del cambio de GRD y la pérdida de complejidad, al no incluir la variable desnutrición en el informe de alta o en otros documentos significativos.</p>
--

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

(1) Instrucciones del 10 de diciembre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, para la aplicación del decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre la gestión de los procesos quirúrgicos con tiempo de garantía

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

Identificar el % de desnutrición detectada y no incluida en los documentos importantes de la historia clínica (informe de alta y informe de cuidados de enfermería al alta, etc.) y ver en que medida modifica esta carencia la asignación del GRD.

El proyecto está planteado sobre la base de intentar monitorizar la identificación de existencia de nutrición en tres servicios seleccionados previamente por el volumen de pacientes con desnutrición

Los Servicios seleccionados en esta primera fase son: Medicina Interna, Oncología Médica y Cirugía General. Pretendemos trabajar conjuntamente en la búsqueda del mejor sistema que permita reflejar la variable desnutrición.

Esperamos pautar con dichos Servicios la inclusión de los parámetros de desnutrición en el informe de alta médica o en otros documentos significativos de la historia clínica que se entreguen al paciente al alta hospitalaria para su posterior seguimiento en Atención Primaria.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Actividad	Método	Responsable
Análisis de la documentación de los servicios seleccionados.	Reuniones de trabajo.	Servicio de Documentación Clínica y Archivos y Servicio de Endocrinología y Nutrición
Identificación de los documentos significativos de la historia clínica	Reuniones de trabajo.	Servicio de Documentación Clínica y Archivos y Servicio de Endocrinología y Nutrición
Reunión con el responsable de calidad de los tres Servicios seleccionados	Reuniones de trabajo.	Servicio de Documentación Clínica y Archivos y Servicio de Endocrinología y Nutrición
Acuerdos de modificación de los informes en Hp-doctor con el objetivo de incluir la variable desnutrición	Modificación de plantillas Hp-doctor e inclusión de valores de albúmina y pérdida de peso.	Servicio de Documentación Clínica y Archivos.
Elaboración de recomendaciones de cumplimentación de informes incluyendo los parámetros de desnutrición mencionados	Dichas recomendaciones irían dirigidas al personal médico y de enfermería que elabora los informes de alta y de continuidad de cuidados	Servicio de Documentación Clínica y Archivos y Servicio de Endocrinología y Nutrición

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

Como indicadores del desarrollo del proyecto se utilizaran:

- % de pacientes seleccionados que cumplen criterios de desnutrición según los datos analíticos de albúmina.
- % de informes que al alta del paciente recogen datos sobre el paciente desnutrido y el tipo de desnutrición.
- % de pérdida de información que se incluiría en desnutrición grave (código CIE 262) por ser el código que más influye en la asignación del GRD.

La evaluación y seguimiento del proyecto se realizará mediante la realización de revisiones periódicas de los informes de acuerdo a los objetivos fijados, el cronograma general y los responsables definidos en el apartado 7 de la presente solicitud.

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:

Actividad	Meses año 2008											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Análisis de la documentación de los servicios seleccionados												
Identificación de los documentos significativos de la historia clínica												
Reunión con el responsable de calidad de los tres Servicios seleccionados												
Acuerdos de modificación de los informes en Hp-doctor con el objetivo de incluir la variable desnutrición												
Elaboración de recomendaciones de cumplimentación de informes incluyendo los parámetros de desnutrición mencionados.												

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>4 inscripciones Congreso de Calidad</i>	
TOTAL	

Lugar y fecha:

Zaragoza, Hospital Universitario Miguel Servet. 21/Febrero/2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD EN EL USO DE RADIACIONES IONIZANTES EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET PARA LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE OPERADORES, PACIENTES ADULTOS Y PACIENTES PEDIÁTRICOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

DELIA ESTEBAN LORENTE

Profesión

ENFERMERA

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

UNIDAD DE HEMODINÁMICA HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

deliael2002@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976562565 y 976765500 Ext. 1280

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ISABEL CALVO EBOLLERO	Hemodinamista	H.U. Miguel Servet
EVA OLIVER VALCARCEL	Enfermera	H.U. Miguel Servet
BEGOÑA FRAJ GARCÍA	Enfermera	H.U. Miguel Servet
LORENA CHUECA TORAL	Enfermera	H.U. Miguel Servet
SUSANA SANCLEMENTE GIMENEZ	Enfermera	H.U. Miguel Servet
BEATRIZ EGIDO DOMINGUEZ	Enfermera	H.U. Miguel Servet
ALMUDENA GANDÍA MARTINEZ	Radiofísico	H.U. Miguel Servet
ANTONELA LUKIC	Cardiólogo	H.U. Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El uso de las radiaciones ionizantes en el diagnóstico y tratamiento cardiológico supone un riesgo. La aceptabilidad social de su uso en medicina es muy amplia aunque en los últimos años la cultura de la seguridad ha aumentado con la elaboración de recomendaciones y normativas específicas.

La normativa legal vigente establece, muy claramente, que las responsabilidades específicas inherentes a cada práctica y a cada instalación radiactiva recaen en los gestores responsables de las mismas. No obstante la ley establece también que, en último extremo, el responsable último de las instalaciones es el Explotador (persona natural o jurídica responsable de la instalación). Es por tanto su responsabilidad velar por el cumplimiento de las normas de protección radiológica en las instalaciones radiactivas.

La limitación de los efectos derivados de las radiaciones ionizantes se consigue evitando las exposiciones no justificadas y manteniendo tan bajas como sea posible las justificadas. La aplicación de estos principios constituye la base para establecer unas medidas de protección que deben asegurar un riesgo individual justificado por el beneficio obtenido y suficientemente bajo, y adicionalmente mantener unos niveles totales de exposición a las radiaciones lo más bajos posibles. La dosis de radiación recibida por un individuo al permanecer en las proximidades de un emisor o generador de radiaciones ionizantes, depende de tres factores:

- Limitación del tiempo de exposición. La dosis recibida es directamente proporcional al tiempo de exposición, por lo que, disminuyendo el tiempo, disminuirá la dosis. Una buena planificación y un conocimiento adecuado de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar permitirá una reducción del tiempo de exposición.
- Utilización de pantallas o blindajes de protección. Para ciertas fuentes radiactivas la utilización de pantallas de protección permite una reducción notable de la dosis recibida por el operador. Existen dos tipos de pantallas o blindajes, las denominadas barreras primarias (atenúan la radiación del haz primario) y las barreras secundarias (evitan la radiación difusa).
- Distancia a la fuente radiactiva. La dosis recibida es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia a la fuente radiactiva. En consecuencia, si se aumenta el doble la distancia, la dosis recibida disminuirá la cuarta parte. Es recomendable la utilización de dispositivos o mandos a distancia en aquellos casos en que sea posible.

En ésta línea, el mayor riesgo en población pediátrica sometida a estudios radiológicos está relacionado con el mayor potencial de vida y la probabilidad de estudios radiológicos futuros. A ello se suma la alta capacidad mitótica y mayor sensibilidad a la radiación a esta edad, especialmente de algunos órganos como tiroides, mama, gónadas y médula ósea. La frecuencia se duplica en el sexo femenino por la presencia del cáncer de mama y factores hormonales no bien aclarados.

El Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, aprobado por el Real Decreto 783/2001, establece los criterios objetivos que deben fundamentar la protección radiológica, basándose en las normas dictadas por los organismos internacionales competentes. Dichos criterios señalan:

- Que el número de personas expuestas a las radiaciones ionizantes deberá ser el menor posible.
- Que las dosis recibidas, tanto por dichas personas como por el público en general, deberán ser tan pequeñas como sea razonablemente posible, teniendo en cuenta factores sociales y económicos
- Que las dosis personales sean inferiores a los límites que fijan las citadas normas y que recoge este reglamento.

Es necesario considerar la especial trascendencia que tiene el uso de las radiaciones ionizantes en procedimientos cardiológicos, tanto diagnósticos como

terapéuticos, y tanto para el personal sanitario como para el paciente. En hemodinámica asistimos a muchos pacientes que han debido someterse a varios, a veces muchos procedimientos angiográficos (algunos de diagnóstico y otros terapéuticos) acumulando una dosis de radiación que es ignorada y de la cual usualmente no queda registro alguno. Esta situación es particularmente importante en procedimientos intervencionistas, donde los tiempos de exposición a radiación se pueden prolongar por más de 60 minutos y en los cuales a la fluoroscopia, se debe adicionar la emisión de radiación en la adquisición de imágenes (coronariografía) lo que incrementa la magnitud de la exposición. El paciente está sometido de forma directa a la acción del haz primario de radiación, por lo cual el control adecuado de las emisiones por la fuente radiante puede tener una trascendencia muy significativa en lo que significa la aparición de daño determinístico de la radiación o sus efectos estocásticos. La trascendencia es mayor aún si consideramos que pueden pasar años antes que ellos se manifiesten haciendo muy difícil la asociación entre un eventual procedimiento de tipo angiográfico y un efecto no deseado de aparición tardía de los cuales la génesis de neoplasias puede ser uno de ellos.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

- a) En el laboratorio de hemodinámica se ha producido un incremento exponencial en el número de cateterismos diagnósticos y terapéuticos suponiendo un aumento en el número de pacientes expuestos y un aumento a su vez de la exposición del personal.
- b) Realización de procedimientos con complejidad creciente aumentando así el tiempo de procedimiento y la dosis de radiación.
- c) Introducción de nuevas técnicas lo que implica curva de aprendizaje, aumento del tiempo de exposición y aumento de dosis de radiación.
- d) Gran incremento del Intervencionismo pediátrico, que es en este momento una excelente alternativa a la cirugía, para un número muy importante de cardiopatías congénitas (Comunicación interauricular, Ductus permeable, Estenosis pulmonar,...) y que puede también tratar situaciones patológicas post-quirúrgicas (ej. estenosis de anastomosis), que de otra manera requerirían una intervención, con riesgos a veces inaceptables para el niño. A pesar del evidente beneficio, algunos de estos niños se someten a procedimientos repetidos, complejos y de larga duración, con dosis altas de radiación que pueden provocar daños en el futuro.
- e) Ausencia de protocolización en los términos de radiación (proyecciones, ajuste de dosis,...)
- f) Falta de sensibilización sobre la necesidad de prevenir radiación del paciente.
- g) Falta de información de profesionales y 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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminución de las dosis recibidas por pacientes adultos, pacientes pediátricos y operadores.
- Sensibilización del personal sobre la importancia de evitar las exposiciones no justificadas y de protegerse adecuadamente frente a la radiación.
- Introducir en la protocolización de los procedimientos, el concepto de radioprotección, de forma que la selección de las proyecciones, la magnitud de la dosis, el uso de escopia o cineangiografía, hagan que la radiación que incida sobre los pacientes y el conjunto del equipo sea la mínima necesaria.
- Formación e información adecuada y actualizada a todo el equipo, de acuerdo con su situación funcional, de los efectos de la radiación y de las normas de autoprotección.
- Elaborar un “Decálogo de buenas prácticas en el uso de la radiación”, que será editado en forma de cartel y colocado como recordatorio en lugares visibles de la Unidad.
- Potenciar el uso de barreras protectoras, tanto fijas como móviles.
- Desarrollar mecanismos de detección y análisis para valorar disfunción que pueda perjudicar a pacientes y profesionales con el fin de establecer ciclos de mejora que lleven a su corrección.
- Estimación de riesgo radiológico (historial + dosimetrías específicas):
 - . en pacientes, adultos y pediátricos
 - . en los miembros del equipo según su situación funcional.
 - . clasificación de riesgos según tareas en el laboratorio.
 - . señalización de zonas físicas de distinto riesgo por su distancia al haz de rayos en diferentes proyecciones, en la sala de Hemodinámica

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

- 1.- Formar un equipo de mejora multidisciplinar orientado a la radioprotección en la unidad de Hemodinámica del HUMS, dentro del equipo de mejora ya constituido del que forma parte toda la Unidad.
- 2.- Creación de una hoja de registro que incluya las siguientes variables: operador, edad, masa corporal, acceso vascular, tipo de contraste, tipo de procedimiento, número de runs, vasos enfermos, oclusiones crónicas, tiempo de escopia, dosis total, dosis paciente, estudios previos, comentarios/observaciones.
- 3.- Analizar los procedimientos identificando puntos débiles (Diagrama de Ishikawa) en el equipo de mejora y consensuar en la sección.
- 4.- Diseñar un plan de actuación global y acciones concretas en función de los problemas detectados.
- 5.- Realizar programas de información y formación en materia de protección radiológica para operadores.

- 6.- Establecer protección sistemática de los operadores:
- Utilizar siempre delantal plomado (de dos piezas preferentemente)
 - Protector tiroideo
 - Lentes plomados
- 7.- Protección específica pediátrica: gonadal, cefálica y de extremidades.
- 8.- Medir y registrar las dosis que se imparten a los pacientes.
- 9.- Conservación y plan de renovación de equipos.
- 10.- Analizar resultados y puesta en marcha de acciones de mejora.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Auto evaluación de las dosis recibidas del personal.
2. Tasa de Cumplimentación de datos.
3. Seguimiento comparativo de los registros.
4. Número de sesiones formativas realizadas y porcentaje de profesionales del servicio que han recibido formación.
5. Análisis de los ítems recogidos en las hojas de registro.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Marzo 2009

Calendario:

1º Trimestre: Formar equipo de mejora y Hoja de registros.

2º Trimestre: Plan de actuación y Programas de formación e información.

3º Trimestre: Evaluación de dosis de operadores y Evaluación de dosis de pacientes.

4º Trimestre: Análisis de datos obtenidos y Puesta en marcha de acciones de mejora.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Acreditación de la técnica de Hematimetría en sangre total según la norma UNE-EN ISO 15189, perteneciente al programa de acreditación de laboratorios del Sistema Aragonés de Salud

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Maria del Valle Recaséns Flores

Profesión: Médico Adjunto Hematología, Responsable calidad, Sº Hematología HUMS

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Correo electrónico: vrecasen@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765546 extensión 2480, 2467

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Félix Lucía Cuesta	FEA, Jefe de Sección	Sº Hematología
Paz Victoria González	FEA	Sº Hematología
Maria Angeles Montañés	FEA	Sº Hematología
Mª Carmen Pérez Barrachina	FEA	Sº Hematología
Marisa Vela	Coordinadora calidad	UCA HUMS
Rosa Duque	Supervisora Enfermería	Sº Hematología
Manuel Giralt	Jefe de Servicio	Sº Hematología

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Dentro del plan estratégico del Sistema Aragonés de Salud se encuentra la acreditación de los laboratorios conforme a la norma UNE-EN ISO 15189 de competencia técnica. Con la implantación de este sistema de calidad en el laboratorio se pretende garantizar la mejora utilización de los recursos, garantizar la competencia técnica y por tanto de los resultados, disminuyendo los riesgos derivados de la misma.

Desde hace dos años se viene trabajando en temas de acreditación en nuestro laboratorio general de Hematología del hospital Universitario Miguel Servet a través de

los grupos de mejora de la calidad del Servicio de Hematología y Hemoterapia. El grupo de trabajo está constituido por personal facultativo, de enfermería, auxiliares, técnicos de laboratorio y administrativos y posee un reglamento interno de funcionamiento que rige los objetivos y periodicidad de las reuniones de trabajo

Se decidió iniciar el programa de adecuación para la acreditación de la técnica de Hematimetría el año pasado, tras una evaluación y análisis de los requisitos y la posterior evaluación llevada a cabo por la empresa seleccionada por el SALUD para el apoyo y preparación a la acreditación.

El proyecto general involucra distintos facultativos y servicios de distintos centros y trata de facilitar el intercambio de información y de experiencias entre los profesionales a través de talleres y reuniones conjuntas de trabajo, unificando el esquema de trabajo en todos los laboratorios, (documentación, registros, procedimientos normalizados de trabajo y protocolos), incluyendo la gestión de personal, formación y cualificación.

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

Hasta el momento actual se ha elaborado toda la documentación necesaria para el sistema de calidad, se ha llevado a cabo la formación en calidad precisa para todo el personal, se ha iniciado la implantación y se han realizado dos auditorías internas.

Los resultados obtenidos se han presentado como comunicación oral en el Congreso Nacional de Hematología y Hemoterapia celebrado en Pamplona en Octubre 2007, y como comunicación tipo póster en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial celebrado en Barcelona en Octubre de 2007.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El proyecto persigue la acreditación de la técnica de Hematimetría ordinaria según la Norma ISO15189 por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

Los resultados obtenidos se presentarán en el próximo congreso de la SECA a celebrar en Zaragoza

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Programación y reparto de la resolución de las desviaciones detectadas en las auditorías internas. (Dr. Giralt, Rosa Duque, Dra Recaséns, Dra. González, Dr Lucía)
2. Nuevos cursos de formación para la implantación en conceptos, sistemas de Calidad y norma ISO 15189 a todo el personal involucrado en el área objeto de acreditación. Responsable Dra Recasens, Coordinadora de Calidad Marisa Vela
3. Finalización de la implantación de todas las actividades, documentos, y registros. Responsable: todo el personal de la unidad objeto de acreditación
4. Reuniones semanales con todos los responsables de calidad de los laboratorios del hospital Miguel Servet y Subdirección Médica de Servicios Centrales

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

5. Verificación de las actividades emprendidas mediante la realización de una nueva auditoría interna para detección de no conformidades o desviaciones de la norma. Responsable: Instrumentos Científicos SL
6. Realización de Auditoría Externa para la acreditación. Responsable ENAC

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

- Cumplimentación de las instrucciones dadas por la empresa de asesoramiento externo en la acreditación de Hematimetría. Indicador: número de instrucciones cumplimentadas dentro de los plazos de entrega establecidos. Nivel aceptable 97%
- Elaboración de talleres de formación para todas las involucradas en el área objeto de acreditación. Indicador: porcentaje de encuestas de evaluación de los asistentes con resultado satisfactorio. Nivel aceptable >70%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2007

Fecha de finalización: Enero 2009

Calendario:

- Resolución de las desviaciones detectadas en las auditorías realizadas: Enero 08-Mayo 08
- Realización de nueva auditoría interna: Abril 2008
- Adecuación de las desviaciones detectadas: Mayo-Septiembre 2008
- Envío de la documentación a ENAC: Junio 2008
- Realización de auditoría externa: Octubre 2008
- Adecuación o cumplimentación de las no conformidades detectadas para la acreditación: Noviembre-Enero 2009

Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	09
Resolución de las desviaciones detectadas en las auditorías realizadas	x	x	x	x	x								
Realización de nueva auditoría interna				x									
Adecuación de las desviaciones detectadas					x	x	x	x	x	x			
Envío de la documentación a ENAC							x						
Realización de auditoría externa										x			
Adecuación o cumplimentación de las no conformidades detectadas para la acreditación											x	x	x

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	Euros
2 Destructoras de papel	300
Mobiliario auxiliar de oficina	100
Cámara fotográfica digital	300
Proyector audiovisual	700
Armario almacenaje de documentación	300
TOTAL	1700

Lugar y fecha: Zaragoza, 22 de Febrero de 2008

Valle Recaséns

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 IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Javier Povar Marco Profesión Médico de Urgencias. Coordinador de Urgencias. Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Urgencias. Correo electrónico: jpoavar@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 ext. 5091-5097

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Jose Miguel Moreno Pascual	Médico UCI	H. U. Miguel Servet
Gregorio Moyano	Cardiología Clínica.	H. U. Miguel Servet
Isabel Calvo Cebollero	Cardiólogo Intervencionista	H. U. Miguel Servet
Joaquín Joven Lafont	Médico UCI	H. U. Miguel Servet
Jorge Sanclemente Sáez	Médico 061	061
Andrés Dominguez Aragón	Médico Rehabilitador	H. U. Miguel Servet
Jose Antonio Diarte	Cardiólogo Intervencionista	H. U. Miguel Servet
Joaquín Velilla Moliner	Médico de Urgencias	H. U. Miguel Servet
Amós Urtubia Palacios	Médico de Urgencias	H. U. Miguel Servet
Maruan Chabbar	Cardiología Clínica.	H. U. Miguel Servet
Ana Portolés	Cardiología Clínica.	H. U. Miguel Servet
Isabel Ostabal Artigas	Médico UCI	H. U. Miguel Servet

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...

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte de la población. Dentro de ellas el infarto de miocardio es la primera causa, afectando tanto a hombres como a mujeres. Aunque la tasa ajustada de mortalidad por esta causa tiene una tendencia descendente, el número absoluto de infartos aumenta progresivamente en nuestra Comunidad Autónoma, en relación con el envejecimiento de la población.

El tratamiento revascularizador del infarto disminuye la mortalidad y mejora el pronóstico pero debe ser aplicado en las primeras horas de evolución del cuadro, exige el contacto precoz del paciente con el sistema sanitario, la coordinación de todos los niveles asistenciales y la gestión coordinada y eficiente de los recursos sanitarios. A pesar de la eficacia demostrada del tratamiento revascularizador (farmacológico o mecánico) en la fase aguda de infarto de miocardio, este no se aplica a todos los pacientes en los que está indicado. La puesta en marcha por el SALUD de un programa de tratamiento revascularizador en las primeras horas de evolución del infarto (Proyecto TRIAMAR) en toda la comunidad autónoma de Aragón, que incluye la posibilidad de realizar sin restricción de horario un cateterismo cardíaco de Urgencia amplía las posibilidades de acceder a la revascularización mecánica (angioplastia) para muchos pacientes.

Por estos motivos, el Hospital Universitario Miguel Servet ha seleccionado el **Proceso del Infarto Agudo de Miocardio** entre los procesos clave sobre los que comenzar a implantar la Gestión por Procesos en el hospital. Durante el año 2006 los componentes del equipo de este proyecto recibieron formación específica en Gestión por Procesos y diseñaron la arquitectura del Proceso del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST. En 2007 se han evaluado los indicadores globales del proceso, con el objetivo de detectar las áreas de mejora prioritarias sobre las que implementar acciones específicas para mejorar los resultados.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Durante el año 2007 se definieron los propietarios del proceso y subprocesos, se definieron los indicadores del proceso y se realizó un análisis de situación obteniendo datos de 10 indicadores que se tomarán como referencia para la monitorización del proceso. La selección de estos indicadores se ha basado en las recomendaciones de la AHA (*Krumholz HM, et al. ACC/AHA clinical performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction. JACC 2006; 47: 236-265.*), ya que hacen referencia a las prácticas que han demostrado un mayor impacto en la reducción de morbi-mortalidad en pacientes con IAM en ensayos clínicos aleatorizados y son recomendación Clase I en las guidelines.

Los resultados obtenidos en la medición de estos indicadores son los siguientes:

Nombre del indicador	Resultado	Objetivo
1. Aspirina al ingreso	96,4%	100%
2. Prescripción de aspirina al alta	92,3%	100%
3. Beta bloqueantes al ingreso		
4. Beta bloqueantes al alta	77,2%	100%

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. Valoración del LDL-colesterol	100%	100%
6. Tratamiento hipolipemiente al alta	58,6%	100%
7. IECA o inhibidores ARAII en disfunción ventricular izquierda al alta	69,2%	100%
8. Tiempo hasta el tratamiento fibrinolítico	Mediana: 65 min FL < 30 min: 42,8%	30 min
9. Tiempo hasta la ICP	Mediana: 55 min ACTP < 90 min: 83,3%	90 min
10. Tratamiento de reperfusión	77,7%	100%
11. Consejo para cesación de hábito tabáquico	100%	100%

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El análisis de los resultados obtenidos muestra como áreas de mejora más significativas el incremento de la tasa de reperfusión y las tasas de indicación de tratamiento antiagregante, hipolipemiente e IECA al alta. En ambos casos se trata de recomendaciones Clase I con nivel de evidencia A, por lo que las medidas encaminadas a mejorar estos indicadores supondrán una mejora global en la práctica clínica de los profesionales implicados y deben traducirse en beneficios claros para los pacientes en términos de reducción de morbi-mortalidad.

Por otra parte, se pretende implicar cada vez más a los profesionales en la gestión del proceso, difundiendo los resultados de las evaluaciones de indicadores y favoreciendo su participación y sus aportaciones para la mejora permanente del Proceso.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Difundir los resultados obtenidos hasta la fecha y el material elaborado (documento del proceso) entre los profesionales de los Servicios implicados.
- 2.- Elaborar materiales de apoyo a los profesionales que faciliten el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento de estos pacientes, en particular en el tratamiento de reperfusión y en la prescripción del tratamiento al alta.
- 3.- Promover la realización de sesiones conjuntas de análisis y de evaluación de resultados, con participación multidisciplinar de los profesionales implicados.
- 4.- Mejorar la sistemática de recogida de datos para el análisis de los indicadores del proceso, con objeto de disponer de información actualizada periódicamente sobre los resultados de las medidas implantadas.

Responsables: propietarios de los subprocesos

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 se realizará mediante un audit de un número significativo de historias clínicas de pacientes con IAM, seleccionadas al azar.

Además de los indicadores que se decida utilizar para el seguimiento de cada subproceso, se monitorizarán al menos los siguientes indicadores recomendados por la AHA (*Krumholz HM, et al. ACC/AHA clinical performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction. JACC 2006; 47: 236-265.*):

1. Administración de AAS al ingreso
2. Prescripción de AAS al alta
3. Administración de betabloqueantes al ingreso
4. Prescripción de betabloqueantes al alta
5. Determinación de colesterol LDL
6. Indicación de tratamiento hipolipemiante al alta
7. Prescripción de IECA (o inhibidores ARA II) en pacientes con disfunción ventricular
8. Tiempo puerta-aguja en pacientes con indicación de fibrinólisis
9. Tiempo puerta-balón en pacientes con indicación de angioplastia.
10. Tasa de tratamiento de reperfusión (fibrinólisis o angioplastia) en pacientes elegibles
11. Tratamiento o consejo para deshabituación tabáquica

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 de 2008

Fecha de finalización: Diciembre de 2008

Calendario:

Marzo 2008: Difusión los resultados obtenidos hasta la fecha y el material elaborado (documento del proceso) entre los profesionales de los Servicios implicados.

Abril-Mayo 2008: Elaboración y difusión de los materiales de apoyo que faciliten a los profesionales el cumplimiento de las recomendaciones, en particular en el tratamiento de reperfusión y en la prescripción del tratamiento al alta.

Mayo de 2008: Primer corte de indicadores de 2008

Septiembre-Noviembre 2008: Promover la realización de sesiones conjuntas de análisis y de evaluación de resultados, con participación multidisciplinar de los profesionales implicados.

Noviembre de 2008: Segundo corte de indicadores 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>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Edición de cuadernos y otros materiales informativos para reuniones y talleres interdisciplinarios.	1.000
Material informático	1.200
TOTAL	2.200

Lugar y fecha: Zaragoza, 21 de Febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL:
 GUIA DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE MEDICAMENTOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

RAFAEL HUARTE LACUNZA

Profesión

FARMACÉUTICO. FEA

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

SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

rhuarte@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765552 / 976765500 ext 2574

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pablo Palomo Palomo	Farmacéutico JEFE SECCIÓN	S. Farmacia. HUMS
Raquel Arrieta Navarro	Farmacéutica. FEA.	S. Farmacia. HUMS
Reyes Abad Sazatornil	Farmacéutica. FEA.	.S. Farmacia. HUMS
Nieves Serrano Vicente	FIR	S. Farmacia. HUMS
Cristina Vicente Iturbe	FIR	.S. Farmacia. HUMS
Estibaliz Picaza Iturricha	FIR	S. Farmacia. HUMS
Virginia Alonso de Pablo	.FIR	S. Farmacia. HUMS
José Manuel Real Campaña	FIR	S. Farmacia. HUMS
Elisa Soler Giner	FIR	S. Farmacia. HUMS

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 servicio de farmacia recibe numerosas consultas sobre las condiciones correctas de administración de los medicamentos y sobre estabilidad, así durante el año 2007, el 16,8% de las consultas hacían referencia a administración y el 19,1% a estabilidad.

Durante el año 2007 se realizó en el hospital un estudio observacional para detectar los errores de medicación (se abordó sólo el estudio piloto). En dicho estudio en el que se realizaron 337 observaciones un observador ajeno a la unidad analizada se situaba junto a la enfermera en el momento de la administración y registraba lo que ella administraba y como lo administraba, posteriormente comprobaba si era acorde con la prescripción médica y con las condiciones correctas de administración. En este estudio se detectaron entre otros un 19,4% de errores de hora de administración, un 6,12% de errores de preparación en planta y un 5,1% de errores de técnica de administración equivocada.

La correcta administración de medicamentos es un factor decisivo en el resultado de la terapéutica.

También la unidad de formación de enfermería había detectado la necesidad de formación del personal sobre prácticas correctas de administración de medicamentos y había solicitado la colaboración del Servicio de Farmacia.

Para dar respuestas a las necesidades de información y formación se propone la elaboración de una guía de administración parenteral de medicamentos.

Un estudio realizado por el Servicio de Farmacia del Hospital Son Dureta para valorar el impacto de una guía similar a la que aquí se plantea, concluyó que el personal de enfermería la consideraban útil, era consultada con frecuencia y las enfermeras declaraban que cambiaron un considerable número de métodos de preparación y administración con respecto a períodos anteriores. La guía fue considerada como el método preferido para disponer de información en las unidades de enfermería.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. OBJETIVO GENERAL: Mejorar la utilización de medicamentos en las unidades de enfermería
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:
 - Incrementar la formación del personal sanitario en el uso correcto de los medicamentos
 - Mejorar la administración de medicamentos: incrementar la eficacia, y disminuir los efectos adversos, contribuyendo por tanto a un uso más seguro

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Normalización de tres procedimientos del Servicio de Medicina Preventiva:

1. Vacunación a población de riesgo
2. Control de la seguridad microbiológica ambiental de aire
3. Control de la seguridad ambiental del agua: Legionella

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARLOS LAPRESTA MOROS

Profesión

MÉDICO

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

Correo electrónico: clapresta@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 57

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Luis Arribas Llorente	Médico	H Universitario Miguel Servet
M ^a Jesús Hernandez Navarrete	Médico	H Universitario Miguel Servet
Salvador Pastor Eixarch	Médico	H Universitario Miguel Servet
Dolores Ortiz Abril	Enfermera	H Universitario Miguel Servet
Purificación Lebrero Ors	Enfermera	H Universitario Miguel Servet
Rosa Giralt Balagueró	Enfermera	H Universitario Miguel Servet
Margarita Blasco Niño	Aux. Administrativo	H Universitario Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La normalización es una actividad colectiva encaminada a establecer soluciones a situaciones repetitivas. En particular, esta actividad consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas, para evitar la diversidad de modelos de actuación en dependencia de quién ejecute la actividad o decida sobre los resultados obtenidos.

Dentro de la cartera de servicios del Servicio de Medicina Preventiva se priorizaron por consenso de los miembros del grupo de calidad, 3 áreas de elevada repercusión sobre la seguridad de pacientes:

- 1. Bioseguridad ambiental en áreas de riesgo: quirófanos.** El HUMS cuenta en su cartera de servicios con procedimientos quirúrgicos de elevada complejidad y riesgo, que son de referencia a nivel autonómico y nacional. El control de la infección nosocomial producida por el ambiente es un factor fundamental cuando hablamos de áreas quirúrgicas. La verificación y validación de la calidad ambiental en áreas quirúrgicas es un instrumento objetivo y valioso que sirve de guía al equipo humano que está implicado en el control de la infección nosocomial. Una cuestión importante es la ausencia de evidencia científica suficiente para aconsejar una pauta u otra, de forma que cada servicio debe consensuar una pauta de actuación. Otra dificultad estriba en la interpretación de los resultados, ya que no existen estándares de referencia suficientemente validados y las circunstancias de la toma de muestras pueden influir en los resultados. El proceso de verificación, sistemático y documentado, consiste en obtener unos valores referenciados en normas vigentes, con el fin de determinar si las condiciones de las instalaciones cumplen con los criterios normativos y en comunicar los resultados de este proceso al cliente.
- 2. Bioseguridad ambiental de agua: Legionella.** Los hospitales son uno de los edificios cuyas instalaciones más frecuentemente se encuentran contaminadas con bacterias del género *Legionella* y han sido identificadas como fuentes de infección los sistemas de agua sanitaria, caliente y fría, torres de refrigeración y condensadores evaporativos tanto en hospitales como en hoteles u otro tipo de edificios. También se encuentran descritas en el ámbito hospitalario, infecciones relacionadas con equipos utilizados en terapia respiratoria.
Los criterios de control y protocolos de actuación concretos para los distintos tipos de instalaciones de riesgo, están documentados y legislados a escala nacional (RD 909/2001; RD 865/2003) y autonómica (D 136/2005). La responsabilidad legal del Servicio de Medicina Preventiva en los procedimientos de prevención, control y vigilancia de la legionelosis determinó como prioritario la normalización de los procedimientos y actividades en esta área.
- 3. Vacunación a población de riesgo en situaciones especiales:** la vacunación en personas con situaciones patológicas y ante estados fisiológicos especiales, son situaciones que frecuentemente se presentan en la práctica vacunal, y que requieren la debida y precisa atención del profesional que las administra, tanto por su importancia como por la posible repercusión que sobre el sujeto vacunado tiene la correcta aplicación de las mismas. Nuestro Servicio dispone de una Unidad de Vacunación, que presta asistencia a enfermos remitidos desde diferentes clientes internos. El número de situaciones y clientes se incrementa anualmente. Aunque se dispone de un resultado óptimo en la satisfacción de los usuarios de la unidad (100% están bastante o muy satisfechos), así como de protocolos aislados, la normalización del proceso esta por desarrollar. La unificación de criterios en todas las etapas del proceso son considerados prioritarios por el grupo de Mejora Continua.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Indicadores seleccionados en el proyecto del año 2007:

1. Existencia del documento: "Manual de Procedimientos para la vacunación a población de riesgo".
Estándar: Sí
Resultado: Sí
2. Existencia del documento: "Manual de Procedimientos para el control de la seguridad microbiológica ambiental de aire".
Estándar: Sí
Resultado: Sí
3. Existencia del documento: "Manual de Procedimientos para el control de la seguridad ambiental del agua: legionella".
Estándar: Sí
Resultado: Sí

Los documentos han sido redactados y presentados en reunión del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Medicina Preventiva. Actualmente estos documento están en fase de revisión por los diferentes miembros del grupo antes de su aprobación definitiva, difusión y total puesta en práctica (muchos de los procedimientos e instrucciones descritas en los documentos ya se están realizando conforme a lo detallado en la documentación)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aumentar la efectividad y eficiencia de algunas de las actividades clave desarrolladas por el Servicio de Medicina Preventiva.

En detalle se pretende:

- Disponer de documentación exhaustiva, rigurosa y flexible sobre tres de las actividades que realiza el Servicio de Medicina Preventiva.
- Realización de las actividades seleccionadas de acuerdo a la documentación previamente aceptada.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se va a proceder a la normalización de los procedimientos considerados prioritarios por su importancia, impacto e interés por su mejora continua. Se incluyen las actividades de vacunación a población de riesgo, la bioseguridad microbiológica ambiental del aire y el control de la bioseguridad ambiental del agua.

Una vez diseñados los documentos están siendo revisados, y cuando sean aceptados por el grupo de mejora de la calidad del servicio se procederá a la implantación de los manuales, para la cual los protagonistas fundamentales serán los profesionales implicados en el diseño de los mismos por su motivación y por ser referente del conocimiento sobre la materia. Será en esta fase donde el marco teórico definido previamente deberá plasmarse en el entorno concreto del Servicio.

La siguiente fase será la evaluación y control de los procedimientos normalizados. En el diseño de los manuales de procedimientos quedará definido un

sistema de indicadores que faciliten la evaluación y control de los procedimientos. A partir de éstos se diseñará un sistema de evaluación de la calidad de los procedimientos mediante la comparación con estándares preestablecidos. Además se definirá un plan de monitorización de la calidad mediante la medición sistemática y planificada de indicadores.

La última fase será la definición y posterior priorización de actividades de mejora en los procedimientos normalizadas tomando como referencia los resultados obtenidos en la fase de evaluación. Esta fase concluirá en la consolidación de un modelo de mejora continua de las actividades del servicio mediante la aplicación del ciclo de Shewart PDCA.

RESPONSABLES:

1. Vacunación a población de riesgo: Dra. Hernández Navarrete
2. Control de la seguridad microbiológica ambiental de aire: Dr. Lapresta Moros
3. Control de la seguridad ambiental del agua: Legionella: Dr. Pastor Eixarch

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

4. Cumplimiento de los estándares de los indicadores detallados en el documento: "Manual de Procedimientos para la vacunación a población de riesgo".

Estándar: Sí

5. Cumplimiento de los estándares de los indicadores detallados en el documento: "Manual de Procedimientos para el control de la seguridad microbiológica ambiental de aire".

Estándar: Sí.

6. Cumplimiento de los estándares de los indicadores detallados en el documento: "Manual de Procedimientos para el control de la seguridad ambiental del agua: legionella".

Estándar: Sí.

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											
Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Aprobación documentos												
Implantación documentos												
Cálculo indicadores												
Selección oportunidades de mejora												
Priorización oportunidades de mejora												
Actividades de mejora	2009											

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Actualización del tratamiento hipoglucemiante en el paciente diabético en el ámbito hospitalario.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Dr. Pablo Trincado Aznar

Profesión

Medico adjunto de Endocrinología

Lugar de trabajo

Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

pablo_trincado@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Jesús Playán Usón	FEA	Hospital Miguel Servet
Dra. Paloma de Castro Hernandez	FEA	Hospital Miguel Servet
Dra. Marta Monreal Villanueva	FEA	Hospital Miguel Servet
Dr. Francisco Losfablos Callau	MIR	Hospital Miguel Servet
Dra. Patricia de Diego García	MIR	Hospital Miguel Servet

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 Diabetes mellitus es una enfermedad crónica asociada a un incremento de mortalidad fundamentalmente cardiovascular y a un exceso de morbilidad derivado de sus complicaciones tanto crónicas como agudas, que provocan numerosos ingresos hospitalarios. Se trata de una patología con elevada prevalencia (cifrada en Aragón en torno al 7 %), y cuya incidencia, por diferentes causas, va en aumento, hasta el punto de que ha sido llamada la epidemia del siglo XXI. El mayor gasto derivado de la enfermedad se debe a los ingresos hospitalarios. Un 30 % de los pacientes ingresados en le Hospital presentan hiperglucemia, los pacientes diabéticos tiene una mayor tasa de intervenciones quirúrgicas y complicaciones macrovasculares que los no diabéticos. Además, el mal control glucémico implica un aumento de la estancia hospitalaria, del número de interconsultas, de las complicaciones perioperatorias y de los costes derivados de las mismas.

En los últimos años, la aparición de nuevas insulinas y de fármacos hipoglucemiantes con diversos objetivos fisiopatológicos, así como las nuevas recomendaciones de

control glucémico y metabólico a nivel intra y extra hospitalarios, obligan a modificar pautas de tratamiento previas que pueden complicar la buena evolución de los enfermos. Es necesario, por tanto, un reciclaje continuo del personal sanitario en el manejo del cuidado y tratamiento del paciente diabético hospitalizado.

A través de esta iniciativa, se pretende mejorar la formación de los equipos de Enfermería del Hospital en el conocimiento de los diversos tratamientos, de los nuevos objetivos y de la prevención y actuación ante las complicaciones de dichos tratamientos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- La formación y entrenamiento de los profesionales de enfermería de las Unidades de hospitalización en adultos, dentro del Hospital Universitario Miguel Servet, en las nuevas estrategias de la insulino terapia y tratamiento hipoglucemiante.
- Mantener al paciente diabético con glucemias lo más próximas a los valores normales.
- Elaboración de un protocolo para el tratamiento integral del paciente diabético hospitalizado.
- Evitar las complicaciones agudas tanto hiper como hipoglucémicas, haciendo especial hincapié en estas últimas dado que tiene que ser resueltas por el personal de enfermería antes incluso de notificárselo al facultativo responsable.
- Mejorar la seguridad de los pacientes con una prevención primaria.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Clases teórico-prácticas para la comprensión y el manejo del paciente diabético con el fin de conseguir los objetivos mencionados anteriormente.

Estas clases se impartirán en sesiones formativas de grupo, de una hora de duración, realizadas en las propias Unidades de Hospitalización. De forma ideal estas clases se impartirán de forma paralela a un curso práctico de insulinización que ha sido propuesto por personal de enfermería de nuestro servicio.

La planificación y calendario de las mismas serán pactados con los mandos intermedios de las unidades de enfermería en coordinación con la dirección de enfermería y subdirecciones correspondientes.

Para la realización de las clases es necesaria un aula con la suficiente capacidad y dotada de equipo audio-visual.

Si bien el efecto Hawthorne nos producirá un sesgo importante, se realizará la evaluación y seguimiento de las habilidades alcanzadas tras la formación. Se realizará monitorización de los progresos alcanzados a través de visitas periódicas realizadas a las distintas unidades en la que se aprovechará para resolver las dudas surgidas tras las charlas al aplicar los conocimientos adquiridos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Elaboración de la Guía
Estándar SI

- N° de Unidades de enfermería a formar
Estándar 34

- % de Unidades de enfermería formadas
Formula:
$$\frac{\text{N° de Unidades de enfermería formadas}}{\text{N° total de unidades de enfermería a formar}} \times 100\%$$

Estándar 100%

- N° de Unidades “Observadas”

- % de Unidades “Observadas”
Formula:
$$\frac{\text{N° de Unidades “Observadas”}}{\text{N° de Unidades de enfermería formadas}} \times 100\%$$

Estándar 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:

Fecha de finalización:

Calendario:

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 Asistencia hospitalaria inicial al politraumatizado grave (primera hora)
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos José María Artigas Martín ¹ Javier Povar Marco ²
Profesión 1. Jefe de Sección Radiología Urgencia, 2. Coordinador Urgencias
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HUMS
Correo electrónico: jmartigas@salud.aragon.es, jpovar@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 (ext 5182) –buscapersonas 108- Urgencias (ext. 5091, 5191, 5038)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Maria Ángeles Javierre Loris		S. H. Urgencias
Cristina Garcés San José		S. H. Urgencias
Raquel Larrosa López		S. Radiodiagnóstico
Celia Bernal Lafuente		S. Radiodiagnóstico
Maria Eugenia Guillén		Radiología Intervencionista
Pedro Parrilla Herranz		S. H. Urgencias
Luis María Claraco Vega		S. H. Urgencias
Oscar Ortigosa Agustín		S. H. Urgencias
Antonio Tejada Artigas		UCI
Joaquín Velilla Moliner		S. H. Urgencias
Rafael Palacín García-Valiño		S. H. Urgencias
Antonio Jiménez Valverde		S. H. Urgencias
Eduardo Bustamante Rodríguez		S. H. Urgencias
Sonia Cantin		S. Cirugía
Esteban Mayayo Sinués		Radiodiagnóstico
Miguel Angel Marín Cárdenas		Radiodiagnóstico
<i>Por determinar</i>		Anestesia
Antonia Soriano Guillén		S. H. Urgencias
Vicente Canales		Traumatología
Diana Bandrés Lopez		TER Radiodiagnóstico
Rosa Per González		TER Radiodiagnóstico
Natalia Martínez Sánchez		TER Radiodiagnóstico
Ana Sanchez Arnas		Enfermera Radiodiagnóstico
Inmaculada Jiménez Lalaguna		Enfermera Radiodiagnostico
Maria José Grima Grima		Enfermera Radiodiagnóstico
Marina Becana San Juan		Enfermera Urgencias
Maria José Beltrán Monforte		Enfermera Urgencias

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La patología traumática es un problema de salud pública de ámbito mundial, con dos características relevantes: afecta a los grupos de población más joven (primera causa de mortalidad por debajo de 45 años) y es especialmente incapacitante. Tiempo de respuesta y precisión diagnóstica y terapéutica son factores clave en el manejo del politraumatizado, cuya morbimortalidad se ha conseguido reducir drásticamente en los últimos años. A ello ha contribuido en gran medida la especialización de equipos multidisciplinares y el empleo intensivo y precoz de la imagen diagnóstica, especialmente la TC. El desarrollo de la tecnología multidetector ha convertido a esta técnica en la exploración clave para la valoración del politraumatizado, siendo cada vez más numerosos los centros que la incluyen en la revisión primaria, con los únicos factores limitantes de la estabilidad hemodinámica del paciente y la accesibilidad del tomógrafo. Este es el caso del HUMS cuyas nuevas instalaciones de Urgencias fueron diseñadas con el fin de permitir un acceso fácil de estos pacientes a las instalaciones radiológicas.

La necesidad de evitar el empleo indiscriminado de radiaciones ionizantes en un grupo de edad especialmente sensible y el riesgo de colapso de las propias instalaciones radiológicas, obligan a establecer unos criterios de selección de aquellos pacientes donde el previsible beneficio (información) justifique los costes (radiación y económicos).

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 la puesta en marcha de las nuevas instalaciones de Urgencia del HUMS, se ha mejorado notoriamente el manejo del paciente politraumatizado (PT), pero todavía la variabilidad es amplia y el establecimiento y difusión de unos criterios de actuación comunes para todos los Servicios y profesionales implicados, habrá de ser de gran utilidad. Como punto de partida nos planteamos estandarizar la asistencia al PT grave en los momentos iniciales de su asistencia hospitalaria, donde estabilización hemodinámica y soporte vital, junto con el balance diagnóstico son los primeros objetivos.

1. Definir criterios de remisión de pacientes PT subsidiarios de protocolo "TCMD de cuerpo completo":
 - a.- Definir criterios para traumatismos de alta energía.
 - b.- Definir grupos de pacientes lábiles (ej. ancianos) subsidiarios de estudio completo aún con trauma no severo.
2. Definir la pauta de exploración por TCMD, dentro del Servicio de Radiodiagnóstico, según la situación clínica: shock hemorrágico, PT estable, trauma abierto.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Definición:

Entrada: PT grave. Marginales: PT leve. Embarazadas

Salida: PT con estudio TCMD realizado e informe preliminar.

A) Establecer criterios de remisión de PT a Radiodiagnóstico

1. Elaboración del protocolo de remisión de PT.

Responsable: María Angeles Javierre

2. Implantación de protocolo de remisión

Responsable: Cristina Garcés.

3. Evaluación y revisión protocolo de remisión

Responsable: Grupo de Urgencias.

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

- B) Establecer protocolo de exploración con TCMD para PT graves
1. Elaboración del protocolo de TAC
Responsable: J.M. Artigas.
 2. Implantación de protocolo de TAC
Responsable: J.M. Artigas.
 3. Evaluación y revisión protocolo de TAC
Responsable: Grupo de Radiodiagnóstico.

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.

Objetivo: Correcta selección de pacientes PT subsidiarios de estudio TC
Indicador 1: Nº de pacientes PT con TC correctamente indicado / Nº total de PT estudiados con TC
 Estándar: 80%
 Responsables: Marian Javierre y Cristina Garcés

Objetivo: exploración TC realizada según protocolo predefinido
Indicador 2: Nº exploraciones realizadas según protocolo / Nº exploraciones realizadas
 Estándar: 80%
 Responsables: TER de RX: Diana Bandrés Lopez y Rosa Per Gonzalez

Objetivo: exploración TCMD realizada con informe preliminar en 1 hora del ingreso
Indicador 3: Nº pacientes PT graves con TC realizado en la 1ª hora del ingreso / Nº pacientes PT graves con TC realizado
 Estándar: 80%
 Responsable: José M. Artigas

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: marzo 2009-10						
ACTIVIDAD	Abril 08	May 08	Jun 08	Jul 08	Ago 08	Sept 08	Oct 08	Nov 08	Dic 08	Ene 09	Feb 09	Mar 09
Rev. Bibliográfica												
Elaboración de protocolo de remisión												
Implantación de protocolo de remisión												
Evaluación y revisión												
Elaboración protocolo TAC												
Implantación de protocolo TAC												
Evaluación y revisión												



10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Ordenador portátil</i>	1.000
TOTAL	1.000

Lugar y fecha: Zaragoza 22 de febrero de 2008

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Proyecto de mejora del protocolo de valoración de pacientes candidatos a Cirugía de la Epilepsia

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Vicente Bertol Alegre
Profesión Neurólogo. Facultativo especialista de área
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet
Correo electrónico: vbertol@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500. Extensión 1733

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alicia Sáenz de Cabezón Álvarez	Neurofisióloga	H.U. Miguel Servet
M ^a Jesús Chopo Alcubilla	Supervisora Neurología	H.U. Miguel Servet
Pilar Paricio Lorenzo	Supervisora Neurofisiología	H.U. Miguel Servet
Jesús Martín Martínez	Neurólogo	H.U. Miguel Servet
Paulino Ucles Moreno	Neurofisiólogo	H.U. Miguel Servet
José Ramón Ara Callizo	Neurólogo	H.U. Miguel Servet
José Ramón Valdizan Usón	Neurofisiólogo	H.U. Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
En el estudio de los pacientes que padecen epilepsia refractaria y van a ser valorados para cirugía de la epilepsia se precisa un registro EEG prolongado para determinar la localización del origen de sus crisis. Se dispone en el Servicio de Neurología de un nuevo aparato de registro EEG. Para una mejor localización y determinar la concordancia de las crisis epilépticas con el foco epileptógeno es conveniente el registro crítico por lo que algunas veces puede ser necesario disminuir la dosis de medicación para que el paciente tenga crisis. Ante esta situación de riesgo es necesario que el paciente sea vigilado por personal entrenado en el diagnóstico y tratamiento de las crisis epilépticas.
Objetivos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formar al personal encargado en el reconocimiento y manejo de las crisis epilépticas 2. Mejorar la valoración del paciente candidato para cirugía de la epilepsia

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Capacitación del personal de neurología en el diagnóstico y manejo del paciente con una crisis epiléptica.
2. Disminuir el tiempo que tienen que esperar los pacientes para realizar el estudio previo a cirugía de la epilepsia

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Medidas	Responsable
1. Taller de formación del personal de enfermería de neurología para la colocación de los electrodos e iniciar el registro.	Alicia Sáenz de Cabezón Álvarez Pilar Paricio Lorenzo Paulino Uclés Moreno José Ramón Valdizan Usón
2. Taller de formación del personal de enfermería de neurología en el reconocimiento, diagnóstico y manejo de las crisis epilépticas.	Vicente Bertol Alegre M ^a Jesús Chopo Alcubilla Jesús Martín Martínez José Ramón Ara Callizo
3. Registro EEG: control del sistema e interpretación del resultado	Alicia Sáenz de Cabezón Álvarez
4. Grabación de las crisis epilépticas: control del sistema, cuidado del paciente e interpretación	Vicente Bertol Alegre M ^a Jesús Chopo Alcubilla

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

Método de evaluación del proyecto	Indicador
Pruebas de capacitación del personal de Neurología	100% de pruebas superadas
Cuantificación de registros EEG críticos	>70% de registros críticos
Cuantificación de crisis epilépticas grabadas	> 90% de crisis grabadas

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2008 | Fecha de finalización: 30 de noviembre de 2008

Calendario:

Del 1 al 15 de marzo. Taller de formación del personal de enfermería de neurología para la colocación de los electrodos e iniciar el registro

Del 16 al 30 de marzo. Taller de formación del personal de enfermería de neurología en el reconocimiento, diagnóstico y manejo de las crisis epilépticas

Del 1 de Abril al 30 de noviembre.

- Programación de ingresos para estudio EEG prolongado y video-EEG.
- Reunión mensual para valoración de resultados

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<p>1 X QP-110AK Software de vídeo digital, para el registro de datos de vídeo de forma sincronizada con el EEG, en formato MPEG I/II, para instalación en EEG´s o servidores de vídeo basados en PC. Incluye llave de protección.</p> <p>1 X - CAM-CONIR/1 Sistema de cámara de video en color fija. Captura imagen de alta calidad , sensible al IR. El sistema completo se compone de: - 1 x 5-SCH-721APH Camara de la firma JVC. - 1 x A5-SLA-2810D - 1 x A5-SLA-2810d Optica 1/3" 2.8mm-10mm, AUTO-IRIS C.Samsung para camara fija mod. JVC-721.</p>	5225.80
TOTAL (IVA incluido)	5225.80

Lugar y fecha:

Zaragoza, a 22 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA Y "PORTÁTIL" PARA LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH Y HOJAS DE INTERCONSULTA EN LA UNIDAD DE INFECCIOS -SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET-

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JUAN MANUEL GARCIA LECHUZ

Profesión

FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA

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

UNIDD DE INFECCIOSOS. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

lechuz@efd.net

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 – extensión 2230

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PIEDAD ARAZO GARCES	F.E.A. (Responsable Unidad)	HUMS
DESIRE GIL PEREZ	F.E.A.	HUMS
ASCENSIÓN PASCUAL CATALAN	F.E.A.	HUMS
CARLOS RAMOS PAESA	F.E.A.	HUMS
JOSÉ MIGUEL AGUIRRE ERRASTI	JEFE Sº	HUMS

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 **Infección por VIH** e la actualidad, gracias al tratamiento antirretroviral, es un proceso de atención de forma casi exclusiva en el área de Consulta Externa. En general a los pacientes estables se realiza una revisión programada cada 3-4 meses para valorar eficacia y efectos adversos de la terapia, no obstante en un elevado número de pacientes requieren consulta antes de la fecha prevista y con prioridad alta, inmediata o en 24 horas. Dado que la Historia Clínica no se dispone al no ser programada la consulta con tiempo suficiente y para acceder a información básica del paciente disponemos en la consulta una hoja (Lista de problemas) en la que figuran: las infecciones oportunistas sufridas, las terapias recibidas y sus efectos adversos y otra hoja con la evolución inmunológica y virológica. Ambas hojas son de gran ayuda para resolver el problema de forma rápida de nuevo que refiere el paciente

Para mejorar el seguimiento y la calidad de la atención ofrecida a nuestros pacientes y en consonancia con experiencias similares en otros Centros de nuestro país, se hace necesario informatizar la historia clínica mediante el desarrollo y aplicación de una base de datos diseñada para tal fin. Estos pacientes, al precisar estudios complementarios y tratamientos antirretrovirales con elevada toxicidad en muchas ocasiones, son atendidos e ingresados habitualmente en distintos servicios de nuestro hospital, precisando la atención médica de estos pacientes en una gran variabilidad de ámbitos: consultas externas, servicios de hospitalización, servicios quirúrgicos, urgencias...

Proponemos un proyecto de mejora de la calidad basado en el diseño y posterior aplicación de una base de datos informatizada para conseguir la historia clínica electrónica de los pacientes con infección por VIH de nuestro servicio. Pretendemos

además lograr una “portabilidad” de esta base de datos, para conseguir una mejor atención de estos pacientes, allá donde se encuentren.

Las **Interconsultas** de otros servicios del Hospital es otra actividad clave en la Unidad de Infecciosos, y sería de utilidad disponer de una base de datos de las características del paciente, su proceso, terapia recibida así como evolución con el objetivo de difundir los resultados al resto de miembros de la Unidad y Servicio de Medicina Interna



6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar la atención y el seguimiento de los pacientes con Infección por VIH y los atendidos a través de Hoja de Consulta en nuestro Hospital mediante la utilización de una base de datos informatizada. Se pretende mejorar el proceso asistencial completo: entrevista, exploración, adecuación pruebas complementarias e interconsultas, registro de historia clínica, diagnóstico, control y seguimiento, tratamientos, resultados de salud...)
2. Crear y desarrollar la Historia Clínica Electrónica de estos pacientes y coordinarla con la Historia Clínica del Hospital.
3. Mejorar la organización de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, optimizando el sistema de citaciones mediante la base de datos informatizada, coordinada con el servicio de citaciones del hospital.
4. Mejorar la información proporcionada al paciente y a los profesionales responsables del continuo asistencial (fundamentalmente Médicos de Atención Primaria y otros especialistas como ginecólogos, pediatras, reumatólogos, nefrólogos, neumólogos...).
5. Utilizar la base de datos informatizada en los distintos ámbitos donde se atiende a estos pacientes: consultas externas, camas de hospitalización de los distintos servicios médicos, Urgencias
6. Unificar el trabajo y atención a los pacientes ofrecida por los diferentes miembros de la Unidad

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Diseño y elaboración de una base de datos informatizada para el seguimiento de los pacientes con enfermedades autoinmunes (Dra Arazo y Dr García Lechuz).
2. Aplicación de la base de datos en la consulta diaria (Todos los componentes).
3. Inclusión de campos especialmente útiles e interesantes para el seguimiento de estos pacientes, como perfiles inmunológicos, biopsias realizadas, pruebas complementarias, riesgo cardiovascular, tratamientos, protocolos y hojas de información (Todos los componentes).
4. Instalación de la base de datos informatizada en dispositivos “tablet PC” portátiles (Dra Arazo y Dr García Lechuz y Servicio de Informática).
5. Utilización de esta base de datos incluida en los “tablet PC” en la actividad clínica diaria (Todos los componentes).
6. Elaboración de informes específicos para los pacientes y profesionales implicados en su continuo asistencial (médicos de Atención Primaria, otros especialistas, enfermeras de Atención Primaria...) tanto de los atendidos en la consulta como los de interconsultas.

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

7. Sesiones clínicas interdisciplinarias con servicios de cirugía cardíaca, traumatología, ginecología, pediatría, reumatología, nefrología, neumología... para una mejor atención médica a los pacientes (Todos los componentes).

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. Implantación a partir del 1º cuatrimestre del año 2008 de la Historia Clínica Electrónica en la Consulta diaria de Infecciosas del Servicio de MI (Objetivo: 90% de los pacientes con infección VIH atendidos en el año 2008 en la consulta).
2. Entrega a los pacientes de informes de sus revisiones (para el paciente, Atención Primaria y otros especialistas). Objetivo: 90% de las revisiones de los pacientes con infección VIH atendidos en la consulta en el último trimestre del año 2008.
3. Disponer de un consentimiento informado de los pacientes para incluir sus datos en la base de datos informatizada, en el 75% de los pacientes autoinmunes "activos" al final del año 2008.
4. Diseñar y evaluar la base de datos para los pacientes atendidos con Hoja de consulta. Objetivo: diseño y evaluación

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: 1/03/2008

Fecha de finalización: 28/02/09

Calendario:

Primer trimestre 2008: Divulgación del programa entre los médicos del Servicio. Elaboración y diseño de la base de datos. Instalación de la base de datos en los "tablet PC". Implantación en la consulta de infecciosas e inicio de su aplicación.

Segundo, tercer y cuarto trimestre 2008: Informatización progresiva de la historia de los pacientes: inclusión en la base de datos de sus datos de filiación, diagnósticos fundamentales y revisiones clínicas. Elaboración de informes de tratamiento para los pacientes y de informes de revisión clínica para sus médicos de Atención Primaria. Elaboración y firma de consentimiento informado para incluir datos de los pacientes en la base de datos informatizada.

Primer trimestre 2009: Evaluación de resultados y plantear propuestas de mejora.

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
3 ORDENADORES PORTÁTILES "TABLET PC" CONVERTIBLES HP TX1320	3000 €
2 EQUIPOS MULTIFUNCIÓN (IMPRESORA, SCANNER, FOTOCOPIADORA)	200 €
ASISTENCIA A CURSOS FORMATIVOS	500 €
MATERIAL FUNGIBLE Y RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS	200 €
TOTAL	3900 €

Lugar y fecha: Zaragoza a 20 de febrero de 2008

Fdo.- Dr. García Lechuz y Dra Arazo
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Miguel Servet

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Protocolo de tratamiento del paciente diabético que va a ser intervenido con anestesia general

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Dr. Jesús Playán Usón

Profesión

Medico adjunto de Endocrinología

Lugar de trabajo

Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

pablo_trincado@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 Ext 1245

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Pablo Trincado Aznar	FEA	Hospital Miguel Servet
Dra. Paloma de Castro Hernandez	FEA	Hospital Miguel Servet
Dra. Marta Monreal Villanueva	FEA	Hospital Miguel Servet
Dr. Francisco Losfablos Callau	MIR	Hospital Miguel Servet
Dra. Patricia de Diego García	MIR	Hospital Miguel Servet
Da Cristina Tello Marogán	DUE	Hospital Miguel Servet
Consuelo fernandez Molto	DUE	Hospital Miguel Servet
Mº Jesús Montoya Oliver	DUE	Hospital Miguel Servet

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 tratamiento del paciente diabético hospitalizado presenta gran complejidad debido a multitud de factores que influyen en los niveles de glucemia. A pesar de dicha complejidad, existen varios protocolos, la mayoría sin una experiencia clínica que los avale.

Las dificultades en el manejo del paciente diabético hospitalizado vienen dadas por existir múltiples variables en el control glucémico, entre las que podemos destacar las siguientes: variaciones en la ingesta (incluso ayuno), aporte de glucosa intravenosa, reposo, stress por la enfermedad de base y posibles enfermedades intercurrentes y fármacos que modifican el metabolismo hidrocarbonado.

Nos proponemos instalar un protocolo del tratamiento del paciente diabético hospitalizado que va a ser intervenido quirúrgicamente, que se ajuste a las características de nuestro hospital. Nos centramos en el servicio de Neurocirugía pues se trata de una unidad de tamaño medio, con capacidad para llevarlo a cabo y evaluar sus resultados.

Este protocolo debe incluir las siguientes premisas:

Eficacia y seguridad para le paciente.

Posibilidad real de llevarlo a cabo por el personal de enfermería.

Aceptabilidad por parte de los médicos que atienden a los pacientes diabéticos
Protocolo sencillo, claro y fácil de implementar.
Que no altere el funcionamiento del equipo de enfermería, no precie nuevas gráficas y no añada burocracia
Que de seguridad al personal de enfermería sobre la insulino terapia.
Que los resultados sean cuantificables.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Seguridad: Exento de riesgos o los mínimos riesgos posibles inherentes a la insulino terapia.
- 2.- Eficacia: Con evaluación mediante control glucémico.
- 3.- Evaluar las posibles dificultades y mejoras que puedan añadirse.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

El personal de los servicios de Endocrinología y Neurocirugía se encargará de realizar las siguientes actividades para formar al personal de enfermería del servicio de Neurocirugía en diferentes temas:

Dieta y Fluidoterapia en el paciente diabético (Patricia de Diego y Marta Monreal)

Insulino terapia en el paciente diabético en ayunas

Hipoglucemias

Hiper glucemia

Supervisión de la implantación del protocolo

Tipos de insulina

Recogida de datos

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Control del número de pacientes a los que se aplica el protocolo.

Determinación de glucemias capilares y evaluación de las mismas.

Cuantificar el número de hipoglucemias leves y graves

Cuantificar el número de llamadas al médico de guardia por incidencias relacionadas con la diabetes.

Grado de dificultad para aplicar el protocolo por parte del personal de enfermería.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Abril 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Calendario:

Siete temas de 30 minutos de duración con explicaciones teórico practicas impartidas por el personal que participa en el proyecto.

Fechas: 1,2,3 y 4 de abril y 7,8, y 9 de abril de 2008 para impartir las clases. A lo largo de todo el periodo el personal de enfermería del servicio de Neurocirugía se encargará de la recogida de datos.

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 MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS: ATENCIÓN A PACIENTES VIH +
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos HERMINIA NAVARRO AZNAREZ
Profesión FARMACEUTICA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Correo electrónico: hnavarro@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500/ ext 2575

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Piedad Arazo Garcés	FEA. Responsable Unidad	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Reyes Abad Sazatornil	FEA	S. Farmacia HUMS
Ascensión Pascual Catalán	FEA	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Carlos Ramos Paesa	FEA	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Desiré Gil Pérez	FEA	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Elisa Soler Giner	FIR	S. Farmacia HUMS
Isabel Varela Martínez	FIR	S. Farmacia HUMS
José Manuel Real Campaña	FIR	S. Farmacia HUMS
Juan J. García Lechuz	FEA	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Mª Carmen Serrano Vicente	FIR	S. Farmacia HUMS

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 actuales tratamientos antirretrovirales (TAR) son la base del adecuado control virológico e inmunológico de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hasta el punto de que han modificado la historia natural de la enfermedad, aumentado considerablemente la supervivencia y dando paso a una “cronificación” de la infección. Sin embargo, todavía hoy, la falta de adherencia al TAR es uno de los principales factores de fracaso terapéutico y de selección de resistencias virales¹⁻⁵.

El Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, en su más reciente documento de consenso, define la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) para los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como “*la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral*”, de forma que la falta de adherencia no es exclusivamente un porcentaje determinado de dosis omitidas. La adherencia, a corto y largo plazo, es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: aceptación del diagnóstico, percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, motivación para hacerlo, disposición y adquisición de habilidades para llevarlo a cabo, capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Para incrementar esta adherencia han demostrado ser efectivas las estrategias de intervención individualizadas, con asesoramiento personal tratando de adaptar el tratamiento a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas. Estas estrategias deben implementarse de forma multidisciplinar., siendo el farmacéutico uno de los miembros del equipo que junto con el médico y personal de enfermería contribuirán a resolver las dudas y problemas que el paciente presente al inicio y a lo largo del tratamiento, debiendo entre otros aspectos asegurarse de que el paciente conoce la posología y condiciones correctas de administración(dosis, frecuencia, presencia o ausencia de alimentos, relación con los hábitos de vida, etc)... informar de los efectos adversos más frecuentes de su terapia , como minimizarlos y las interacciones más importantes de esos fármacos.

Si esta clara la relación que existe entre adherencia y conocimiento del paciente de la terapia y de la importancia de un cumplimiento correcto en la eficacia del tratamiento, este hecho adquiere especial importancia en aquellos pacientes que se enfrentan por primera vez a la necesidad de TAR, como sucede con los pacientes naive objeto de nuestro plan.

Existe un programa informático INFOWIN, orientado a la información del paciente al alta o en consultas externas, que proporciona un cronograma horario de la medicación que el paciente debe tomar, incluye también la imagen del envase del medicamento, instrucciones de administración e información general sobre el fármaco: modo de prescripción, mecanismo acción, efectos adversos, etc. Pero parte de esta información se considera innecesaria y por otro lado existen algunos aspectos que se consideran poco abordados, por eso se propone a partir de la información suministrada por INFOWIN, realizar modificaciones para adaptarlo a lo que el equipo multidisciplinar: médicos de la unidad de enfermedades infecciosas y farmacéuticos de la unidad de pacientes externos consideran nivel y contenido óptimo de información en cada medicamento.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Durante el año 2007 y formando parte de un proyecto de calidad se realizó una encuesta para valorar por primera vez la calidad percibida por los pacientes que acuden a la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE).

Se utilizó una metodología de encuestas consecutivas no aleatorias. Se recogieron datos demográficos y el servicio clínico remitente, la opinión de los usuarios sobre aspectos

estructurales, tiempo de espera, atención farmacéutica, satisfacción general y preferencias para ser atendido. También se incluían tres preguntas abiertas donde el paciente señalaba los aspectos más positivos, los más negativos y sugerencias. Se calculó el tamaño muestral que fue de 299. Se entregó la encuesta a todos los pacientes que acudieron a pacientes externos desde 15/10/2007 al 26/10/2007, excluyendo los pacientes con deterioro cognitivo y desconocimiento del idioma y se analizaron las primeras 300 encuestas que se cumplimentaron.

En dicho periodo se atendieron 1004 pacientes, recogiendo la encuesta 517 (51,5%) y respondiendo in situ: 326 (32,5%). El 58% fueron mujeres y la edad media: 45,7 años (13-94).

El Servicio médico que con mayor frecuencia remite a UFPE es infecciosos (34%), siendo por tanto los pacientes VIH, un grupo de pacientes que deben ser objetivos prioritarios de nuestra atención no solo por la influencia de la misma ya expuesta en el punto anterior, sino también por el volumen de pacientes atendidos. El 78% de los pacientes que responden conocen bien la unidad pues llevan más de un año acudiendo a la misma.

El lugar donde se encuentra la farmacia les parece bueno-muy bueno al 67 % y la comodidad de la sala de espera al 41% buena y regular al 35%. El tiempo de espera medio son 10 minutos que son valorados como tiempo corto por el 47% y regular por el 36%. El horario de dispensación se valoró como bueno-muy bueno por el 64% y malo-muy malo por el 10%.

Los aspectos mejor valorados fueron la comunicación y el trato (98 % buena-muy buena) y la información (97 %) A la pregunta de si ha recibido información del farmacéutico, contestan que han recibido información adicional un 52%. De los que recibieron información por el farmacéutico, al 89% les había ayudado a cumplir su tratamiento. El 92% esta satisfecho con la atención recibida y también el 92% recomendaría nuestro servicio y el 71% si pudiera elegir entre una oficina de farmacia o la farmacia del hospital seguiría en la farmacia del hospital.

Durante el año 2008, avanzamos un paso más en la mejora de la calidad en el área de externos y proponemos no solo continuar con el trabajo de valorar la percepción de los pacientes sino también que el profesional farmacéutico proporcione información detallada por escrito y verbalmente sobre el tratamiento. Esta información habrá sido consensuada previamente con el equipo asistencial.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos principal: Conseguir mediante la información y formación al paciente VIH una elevada adherencia al TAR.

Objetivos específicos:

- Disponer de una información normalizada y consensuada dirigida al paciente de los principales antirretrovirales utilizados en pacientes naive
- Mejorar la seguridad de la TAR mediante la información sobre los efectos adversos de los fármacos e interacciones o asociaciones de fármacos que debe evitar
- Mejorar la adherencia al TAR mediante la atención farmacéutica al paciente VIH
- Valorar la viabilidad de extender el programa de información a todos los pacientes VIH +en los cambios de tratamiento.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Los responsables de todas las actividades previstas serán las Dras Arazo y Navarro, si bien el trabajo será realizado por todo el equipo mencionado.

1. Seleccionar los fármacos antirretrovirales de utilización en pacientes naive
2. Consensuar la información escrita a proporcionar en la primera dispensación de un fármaco a un paciente naive que inicia tratamiento. Se comenzará elaborando y consensuando la información de los fármacos seleccionados en el

- punto anterior
3. Se extenderá la selección a los fármacos antirretrovirales utilizados en segunda línea de tratamiento
 4. Consensuar la información a entregar ante la prescripción de un fármaco de segunda línea
 5. Entrevista del farmacéutico a los pacientes naive que inician TAR, con entrega de información escrita además de la información verbal sobre los fármacos prescritos y consulta en las sucesivas visitas para valorar la existencia de algún problema relacionado con la medicación (PRM).
 6. Estimar la adherencia al TAR mediante un doble método: control de las dispensaciones y medicación pendiente de consumir antes de la siguiente dispensación, y encuesta validada de adherencia tanto en el grupo intervención como en un grupo control.
Grupo control: pacientes naive que iniciaron tratamiento en el segundo trimestre de 2008. No se les ha proporcionado información escrita sobre su TAR
 7. Valorar mediante una encuesta la utilidad de la información para el paciente y la necesidad de información adicional en el grupo control .
 8. Extraer las conclusiones del proyecto de mejora planteado.
 9. Valorar la necesidad de información de los pacientes multitratados que requieren en su terapia los nuevos antirretrovirales mediante una encuesta.
 10. Valorar la viabilidad de la extensión del proyecto a todo paciente VIH+, en el que se realice un cambio de tratamiento.

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:

% pacientes informados=Nº Pacientes VIH+ naive que inician tratamiento en el último trimestre del 2008 que reciben información escrita y oral/Nº pacientes VIH+ naive que inician tratamiento
(estándar >80%)

Valoración de la adherencia: $\frac{\text{Nº Unidades dispensadas}-\text{Nº Unidades devueltas}}{\text{Nº Unidades devueltas}} \times 100$

Valoración adherencia= puntuación obtenida en la encuesta validada

La valoración de la adherencia se realizará como mínimo al 80% de los pacientes(estándar >80%)

A partir de la encuesta se calcula:

% Pacientes satisfechos con la información recibida = Nº pacientes satisfechos-muy satisfechos con la información x100/Nº pacientes informados.

% pacientes con necesidad adicional de información = Nº pacientes que valoran que necesitan información adicional/Nº pacientes grupo control

La encuesta se entregará a >80% de los pacientes del grupo control y del grupo intervención

Para evaluar los resultados del proyecto se valorarán:

- Cobertura de la intervención(Nº de pacientes informados y % de pacientes).
- Resultados de la atención farmacéutica mediante:

La adherencia o cumplimiento del tratamiento que se estimará mediante dos procedimientos para darle mayor validez a los resultados.

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

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>1 pantalla de proyección eléctrica para techo o pared, tamaño 200x200 cm para la Unidad de Infecciosos</i>	300
<i>1 pantalla de proyección eléctrica para techo o pared, tamaño 200x200 cm para la Unidad de Farmacia</i>	300
<i>Bolsas opacas para entrega de medicación a pacientes externos</i>	800
TOTAL	1400 €

Lugar y fecha:

Zaragoza, 22 de Febrero de 2008

Fdo. Herminia Navarro Aznárez

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 UN PASO MÁS EN LA MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE INFECCIOSOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Raquel Arrieta Navarro
Profesión FARMACÉUTICA. FEA Sº FARMACIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Correo electrónico: rarrieta@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500/ ext 2579

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Josefa Carcelén Andrés	FEA	S. Farmacia HUMS
Piedad Arazo Garcés	FEA. Responsable Unidad.	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Teresa Omiste Sanvicente	MIR	M. Interna HUMS
Mª Carmen Vallejo Rodríguez	MIR	M. Interna HUMS
Eva Alejandre Alonso	Enfermera. Supervisora.	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Mª Carmen Serrano	FIR	S. Farmacia HUMS
Isabel Varela Martinez	FIR	S. Farmacia HUMS
Elisa Soler Giner	FIR	S. Farmacia HUMS
Carmen Diaz Guerrero	Enfermera	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Reyes Abad Sazatornil	FEA	S. Farmacia HUMS

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 seguridad de la asistencia sanitaria y en especial el problema de los errores de medicación es uno de los temas prioritarios de las autoridades sanitarias de los países desarrollados y de diversos Organismos Internacionales que trabajan para mejorar la asistencia.

En España el primer estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la Hospitalización(ENEAS) puso de manifiesto que la tasa de efectos adversos era del 8,4%, siendo la primera causa con un 37,4% los problemas relacionados con el uso de los medicamentos. De esos el 34,8% eran evitables .

También la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud lo considera un tema prioritario y así dentro de las estrategias para conseguir una atención sanitaria de calidad, incluye como nº 8: mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los Centros Sanitarios y como uno de los objetivos de esa estrategia la prevención de errores debidos a la .medicación.

Los errores de medicación se producen porque existen puntos débiles o fallos en el sistema de utilización de los medicamentos que lo hacen vulnerable a los errores humanos.

La implantación de sistemas de distribución de medicamentos en dosis unitarias en el Hospital (SDMDU) responde a la necesidad de mejora en la utilización de los medicamentos porque diversos estudios han demostrado que la implantación de estos sistemas incrementa la calidad de la asistencia reduciendo significativamente la incidencia de errores de medicación. Sin embargo, dada la complejidad del sistema se siguen produciendo errores

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

Si bien no se ha incluido en ningún programa de apoyo a las iniciativas de mejora en SALUD, como línea de mejora de la calidad en el servicio de Farmacia se pone en marcha en 2006 un programa para la detección de errores asociados al SDMDU. En este programa se cuantifican los errores cometidos en el llenado de los carros y las circunstancias asociadas a un mayor incidencia de errores y los errores cometidos en el proceso de prescripción y fundamentalmente de transcripción de la OM en farmacia al programa informático de gestión por el farmacéutico y de transcripción por la enfermera a su gráfica correspondiente.

En concreto en el llenado de carros de la planta 12 se cometió solo 1 error sobre un total de 394 fármacos, pero al valorar la concordancia entre los listados del servicio de Farmacia y los de la unidad de enfermería los resultados sobre un total de 51 tratamientos que incluían 360 fármacos fueron:

Fármacos /paciente. $6,92 \pm 1,31$

Error/fármaco: $0,11 \pm 0,07$

Error/paciente: $0,68 \pm 0,33$.

Este índice de error fue similar al de otras unidades: neurología, neumología y medicina Interna. A continuación fueron analizados los errores para valorar la persona que lo generó, proceso en que se produjo, tipo de incidente, etc. pero esta valoración se realizó para toda la base de datos conjunta, es decir sin obtener datos de las distintas unidades desagregados pero queda claro que también en la unidad de infecciosos se producen errores en el proceso de prescripción y transcripción.

Por otro lado el equipo médico de la unidad realizó un seguimiento con personal de enfermería de la propia planta en la que valoraba la concordancia de la orden médica y la gráfica de enfermería pero no encontraban diferencias, posiblemente porque el observador analiza su propio trabajo.

Otro análisis de las dosis devueltas en los carros de medicación puso de manifiesto que en la unidad de infecciosos de 2486 dosis dispensadas se devolvieron 334(13,4%), sin que se encontrará la causa que podía dar lugar a este hecho en el 32,3% de los casos (dato global de todas las unidades)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo general: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en la unidad de infecciosos del HUMS.

Objetivos específicos:

- Detectar y conocer la incidencia de los errores asociados al SDMDU en la unidad de infecciosos
- Analizar los errores para conocer sus causas
- Desarrollar estrategias para la prevención
- Valoración de la eficacia de las medidas implantadas

El abordaje multidisciplinar favorece la implicación de todos los colectivos para conseguir que el medicamento llegue al paciente de forma correcta y segura para su administración, y dentro del margen de tiempo adecuado para satisfacer las necesidades de los pacientes.

La revisión por parte de los observadores cruzados permite minimizar la subjetividad

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Un residente del Servicio de farmacia, un día a la semana subirá a las 8,45 horas a la unidad de infecciosos y junto con un residente de dicha unidad y la supervisora o una enfermera cotejarán los listados de farmacia y las gráficas de enfermería y las órdenes médicas, anotándose cualquier discrepancia entre ellos que se valorará posteriormente de acuerdo a la metodología de clasificación de errores del grupo Ruiz Jarabo. Un colectivo no revisará sus propios registros.
Para la revisión se establecerá un turno rotatorio para evitar el sesgo del día de la semana (*responsables: residentes farmacia e infecciosas, supervisora unidad*)
2. Los errores detectados serán registrados en una base de datos en farmacia donde siguiendo la metodología antes mencionada se anotará: medicamento involucrado, tipo de incidente, profesional que lo generó, proceso de la cadena donde se produjo, si esta pautado fijo o condicionado al estado clínico, y si es posible, causas y factores asociados. (*responsable: residente farmacia*)
3. Cualquier error detectado se comunicará al profesional que lo ha cometido para su constancia y resolución. Ej un registro erróneo en farmacia se modificará la transcripción para solucionarlo. (*responsable: residentes farmacia e infecciosas, supervisora unidad*)
4. La revisión se realizará durante 10 días, es decir la duración aproximada de esta fase será de 2 meses y medio.
5. A continuación se procesará toda la información y se celebrará una sesión conjunta para presentar los resultados y establecer las medidas que resulten convenientes (*responsables: Raquel Arrieta y Josefa Carcelén, Piedad Arazo*)
6. Pasados 4 meses se evaluará de nuevo todo el proceso para comprobar los resultados de las medidas implantadas. (*responsables: residentes farmacia e infecciosas, supervisora unidad*).

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>
1 Impresora láser	600
1 Cámara fotográfica digital reflex	900
TOTAL	1500

Lugar y fecha:

Zaragoza, 22 de Febrero de 2008

Fdo. Raquel Arrieta Navarro

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRANSFUSIONES DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y/O DERIVADOS PLASMÁTICOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET .

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

- CARMEN NOYA CASTRO.

Profesión

- DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA

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

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL - Comisión Cuidados de Enfermería

Correo electrónico:

- cnoya@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo

976765500 EXT: 3013

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
COMISIÓN CUIDADOS ENFERMERÍA HUMS		
• Rosa Otal Mínguez	DUE	CONSULTAS VASCULAR
• Conchita Martínez Casamayor	DUE	CIRUGÍA GENERAL
• Teresa Aguas Anaut	DUE	CIRUGÍA ORTOPÉDICA
• Isabel Costa Pérez	DUE	GINECOLOGÍA
• Araceli García López	DUE	NEONATALES
• Inmaculada Serrano Trillo	DUE	URGENCIAS
• Eva Gálvez Álvarez	DUE	FORMACIÓN
• Liria Jiménez Bea	DUE	CALIDAD
• Elena Arrieta	DUE	ATENCIÓN PRIMARIA. SECTOR II

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos continúa ocupando un lugar importantísimo en la medicina del siglo XXI y gracias a los esfuerzos invertidos se han logrado unos niveles de seguridad inigualados hasta ahora. Sin embargo, como otras muchas terapéuticas, sigue presentando riesgos potenciales que sólo pueden ser minimizados si todas las actividades relacionadas con la recolección, preparación y transfusión de componentes sanguíneos se realizan siguiendo protocolos de trabajo definidos con el objetivo de preservar al máximo la seguridad del donante y receptor.

Los informes anuales del sistema de hemovigilancia (HV) han coincidido desde sus inicios en señalar que los riesgos actuales de la transfusión sanguínea van asociados a una actuación insuficiente, deficiente o simplemente negligente en la cabecera del enfermo. Lejos de la percepción del riesgo que la sociedad sigue teniendo, ligado al temor de contraer una enfermedad infecciosa, los accidentes más graves y frecuentes de la transfusión se producen en el último tramo de la cadena transfusional, dentro del ámbito hospitalario.

Del informe de HV en España correspondiente al año 2004 merecen destacarse los siguientes datos relativos a los efectos adversos e incidentes de la transfusión sanguínea: De un total de 1325 notificaciones, el 80% correspondieron a complicaciones de la transfusión (97% reacciones inmunes, 3% infecciones transmitidas por transfusión y <1% complicaciones metabólicas y cardiovasculares), un 14% fueron incidentes (42% incidentes completos con o sin consecuencias clínicas, y 58% casi incidentes) y, finalmente un 6% fueron complicaciones inclasificables.

En el grupo de reacciones inmunes, el 46% fueron febriles, el 44% alérgicas, un 4% reacciones hemolíticas, un 3% edema pulmonar no cardiogénico asociado a transfusión y un 2% edema cardiogénico por sobrecarga de volumen y aloinmunización.

De todas ellas, el edema pulmonar no cardiogénico destaca como la principal causa de mortalidad y morbilidad asociada a la transfusión sanguínea en nuestro país, como han venido reflejando los informes de otros países.

Respecto a los incidentes, un 42% correspondieron a errores en la identificación del paciente y/o de las muestras, un 29% a errores de prescripción, un 17% a errores de laboratorio y un 12% a errores en la selección, manipulación y/o conservación de los componentes sanguíneos.

Si se excluyen las reacciones inmunes de carácter leve o moderado, los errores en la administración de componentes constituyen el tipo de notificación más común.

Los llamados "casi incidentes" merecen un comentario especial, ya que al no haberse consumado el incidente nos ofrecen una oportunidad especial de conocer los errores que cotidianamente cometemos y, por tanto, de rectificarlos a tiempo.

Son un excelente indicador de la fragilidad de nuestros procedimientos y protocolos de trabajo.

En el 2004 se notificaron al HV un total de 104 "casi incidentes", de los cuales el 59% correspondieron a errores de prescripción, 21% a errores de identificación de muestras y/o pacientes, 20% a errores de laboratorio y un 6% a selección inadecuada del componente.

En conjunto se puede concluir que los riesgos actuales de la transfusión sanguínea no están asociados a la calidad y seguridad de los componentes sanguíneos sino a los errores que tan frecuentemente se cometen en relación con los protocolos y procedimientos que preceden y acompañan a la administración de componentes sanguíneos en el ámbito hospitalario.

Actualmente en el HUMS no existe ninguna guía, actualizada, basada en la mejor evidencia científica disponible, que proporcione la información necesaria para contribuir a hacer que el proceso de la transfusión y administración de componentes sanguíneos se realice de la forma más segura posible.

Por todo ello, disponer de una guía basada en la última evidencia disponible y proporcionar conocimientos a nuestros enfermeros en esta materia es esencial para contribuir a hacer que este procedimiento se realice de la forma más segura posible

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la seguridad de los pacientes con una prevención primaria
- Evitar errores en la selección y administración de los productos
- Rápida detección de signos y síntomas, de las posibles complicaciones asociadas a la administración de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos
- Disminuir la variabilidad en la práctica mediante la normalización de los cuidados de enfermería, en pacientes a los que se realiza una transfusión sanguínea
- Mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados. siempre basados en la normativa legal y en la mejor evidencia científica disponible.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Elaboración de una guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos.
2. Actualizar y ampliar la formación de los profesionales involucrados en la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos a través del desarrollo de sesiones regladas basadas en la última evidencia científica , utilizando el método de formador de formadores

Responsables : Miembros de la Comisión de Cuidados de Enfermería
 Supervisora del área de formación
 Supervisora del área de calidad

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicadores:

- N° de unidades a formar en el Hospital.
Estándar: 100% de las unidades de enfermería de Hospitalización
- N° Enfermeras formadas por unidad de enfermería
Estándar para poner en marcha el método de formador de formadores:
2 enfermeras por unidad de enfermería
- N° total de DUEs formados al final del proyecto.

Evaluación mediante cuestionario para valorar los conocimientos de los DUEs antes y después de las sesiones formativas.

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: Abril 2008 Fecha de finalización: Junio 2009

OBJETIVO	Actividades	Año 2008												Año 2009								
		A	M	J	J	L	A	S	O	N	D			E	F	M	A	M	J			
Disminuir la variabilidad en la práctica.	Diseño de la guía sobre transfusión sanguínea y componentes plasmáticos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■										
Actualizar conocimientos en transfusión sanguínea	Sesiones regladas en unidades de Traumatología.																■	■	■	■		
	Sesiones regladas en el Hospital general																					
	Sesiones regladas en el Infantil/ Maternidad																					
Evaluar	Guía realizada																					
	Indicadores: nº de DUEs / unidades formadas .																					
	Evaluación de conocimientos																					

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material /Servicios</u>	<u>Euros</u>
ELABORACIÓN DE GUIA PARA LA ACTUACIÓN ANTE LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y DERIVADOS PLASMÁTICOS PARA TODAS LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA DEL HUMS	2000 Euros
TOTAL	2000 Euros

Lugar y fecha :

Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza - 22 de febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

COMO MEJORAR LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOLÓGICOS INVASIVOS, EN LA UNIDAD DE HEMODINÁMICA DEL HUMS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CONCEPCION SANTOLARIA AISA

Profesión

DUE, Supervisora de Unidad de Hemodinámica

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

Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad de Hemodinámica

Correo electrónico:

csantolaria@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976562565

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Delia Esteban Lorente	DUE	HUMS
Lorena Chueca Toral	DUE	HUMS
Beatriz Egido Domingo	DUE	HUMS
Begoña Fraj García	DUE	HUMS
Eva Oliver Valcarcel	DUE	HUMS
Susana Sanclemente Sanclemente	DUE	HUMS
Rosalía Aldea López	DUE	HUMS
Silvia Ibañez García	DUE	HUMS
Amparo Fuertes Beltrán	Auxiliar de enfermería	HUMS
Virginia Aznar Aspas	Auxiliar de enfermería	HUMS
María José Tarongi Mendivil	Auxiliar de enfermería	HUMS
Gloria Cuadrón Ferrer	Secretaria de Hemodinámica	HUMS
José Salazar Mena	Cardiólogo Intervencionista	HUMS
Marta López Ramón	MIR Cardiología	HUMS
Jesús Oro	Anestesiista	HUMS

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 cardiología pediátrica es una de las subespecialidades con mayor desarrollo en los últimos 50 años. El intervencionismo percutáneo pediátrico en este tipo de patologías ha crecido en los últimos años de forma espectacular por la eficacia demostrada de sus resultados y por la mejoría de la supervivencia en este tipo de pacientes que ha pasado del 20% al 90% en los últimos años.

Las cardiopatías congénitas afectan a 8 de cada 1000 nacidos vivos y se calcula que entre 2 y 3 de estos niños tienen una enfermedad crítica que requiere cateterismo cardíaco o cirugía.

El aumento de niños con estas patologías está en relación, además de con la mejora de la

supervivencia gracias a los tratamientos intervencionistas percutáneo y quirúrgico, con el incremento de la natalidad, en gran parte debido a la inmigración.

La mejora de la supervivencia depende de varios factores, entre ellos:

- ❖ El diagnóstico se hace muy tempranamente lo cual permite ofrecer unas pautas de actuación en el momento mas oportuno y en las mejores condiciones.
- ❖ Los pacientes reciben un tratamiento muchas veces escalonado y encaminado a largo plazo y con la mira de que tengan una sobrevida en las mejores condiciones.
- ❖ El cuidado de estos pacientes es controlado en extremo antes, durante y después de cualquier tipo de procedimiento invasivo.

Las cardiopatías congénitas tienen un aspecto amplio de malformaciones que van desde los defectos simples hasta aquellos con asociaciones múltiples que determinan complejidad y entrañan severidad del cuadro clínico y dificultades en el manejo del tratamiento. Los defectos pueden abarcar las estructuras intracardiacas o extracardiacas y en ocasiones malformaciones en otros órganos y sistemas en por lo menos el 25% de los casos. Esto unido a las diferentes edades de estos pacientes (desde neonatos a adolescentes), hace necesario estratificar riesgos y adaptar la preparación y cuidados de estos pacientes.

La evidencia científica avala la eficacia de estos procedimientos, cuyos resultados mejoran la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. En los últimos años ha habido un incremento muy importante en el número de procedimientos y muchos niños (debido a su patología) pasan muchas veces por la unidad de hemodinámica. Por lo tanto es de extrema importancia garantizar seguridad y optimizar atención.

Es muy importante conocer, valorar y prevenir la repercusión que estos procedimientos pueden tener sobre el futuro del paciente: contraste y función renal, medidas de radioprotección para prevenir efectos nocivos a largo plazo derivados de la radiación, secuelas vasculares en relación con los puntos de acceso vascular, etc.

También hay que tener muy presente la importancia de dar una buena información, clara y concisa, a los padres o tutores del procedimiento que se le va a realizar, tranquilizándoles y dándoles confianza y seguridad.

Mediante este proyecto se pretende conseguir unas pautas unificadas de actuación para el personal de enfermería actual y también para las incorporaciones que pueda haber en un futuro. También se intenta dar unos cuidados basados en la evidencia científica demostrada y en la búsqueda permanente de la eficacia y la eficiencia, entendidas como:

- ❖ Eficacia: es la magnitud en la que una intervención (tratamiento, procedimiento ó servicio) mejora los resultados para los pacientes en condiciones ideales.
- ❖ Eficiencia: relación entre los resultados obtenidos y el coste de los recursos consumidos para obtener los resultados.

Para alcanzar, en la práctica, la efectividad clínica: magnitud en la que una intervención – tratamiento, procedimiento ó servicio- mejora los resultados para los pacientes en la práctica. También se denomina simplemente efectividad.

En la actualidad en el servicio de Hemodinámica del HUMS, no se dispone de unas pautas de actuación de enfermería para los pacientes con cardiopatías congénitas que se le realiza cateterismo cardiaco, ya sea diagnostico o terapéutico, y dadas las características de estos pacientes (con patologías muy complejas, de muy corta edad, la separación de sus padres...) sería necesario, incluso imprescindible, establecer un protocolo de actuación que comprenda las actuaciones de enfermería, antes, durante y después del procedimiento intervencionista.

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**OBJETIVO GENERAL:**

El objetivo general y, por consiguiente el resultado que esperamos obtener, no es otro que la excelencia en la calidad de los cuidados de enfermería a los niños y adolescentes con cardiopatías congénitas a los que se realizan intervenciones percutáneas con finalidad diagnóstica o terapéutica, así como mejorar el grado de satisfacción tanto de los pacientes como de los padres o tutores, a través de una atención sanitaria completa y basada en pruebas científicas (evidencia científica).

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Mejorar la preparación de los niños y adolescentes que van a ser sometidos a un procedimiento cardiaco invasivo.
1. Definir las intervenciones basadas en la evidencia que pueden ser beneficiosas para los niños que van a ser sometidos a un procedimiento invasivo.
2. Identificar subgrupos de niños en relación con la edad, la patología, la situación clínica, y el tipo de procedimiento invasivo que precisen de una preparación específica.
3. Mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a este tipo de intervenciones antes, durante y después del procedimiento.
4. Identificar los recursos necesarios para implementar esta preparación y cuidados.
5. Mejorar la formación del equipo de enfermería en las cardiopatías congénitas y su manejo.
6. Mejorar la instrumentación del procedimiento para conseguir un resultado óptimo, rápido y sin complicaciones.
7. Disminuir la ansiedad de los niños, sus padres y sus familiares.
8. Mejorar la cooperación entre los distintos niveles de asistencia y entre los profesionales que intervienen en distintas fases del proceso, garantizando la continuidad de la asistencia.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

MEDIDAS PREVISTAS:

- ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREPARACIÓN ESPECIFICA DEL PACIENTE PEDIATRICO PRE-CATETERISMO:

1. En planta de hospitalización:

Preparación específica del paciente pediátrico pre-cateterismo:

- ❖ Pesar, tallar y baño (comprobando el aseo)
- ❖ No dar alimentos sólidos desde 8 horas antes del procedimiento.
- ❖ Se permite la ingesta de líquidos (zumos), hasta 3 horas antes.
- ❖ En lactantes y neonatos se suspenderá la toma de las 5.00 a.m.
- ❖ No suspender la medicación habitual (salvo orden expresa del facultativo)
- ❖ Se tomará constantes vitales(T.A. ,F.C., Temperatura y diuresis)

2. En la sala de hemodinámica:

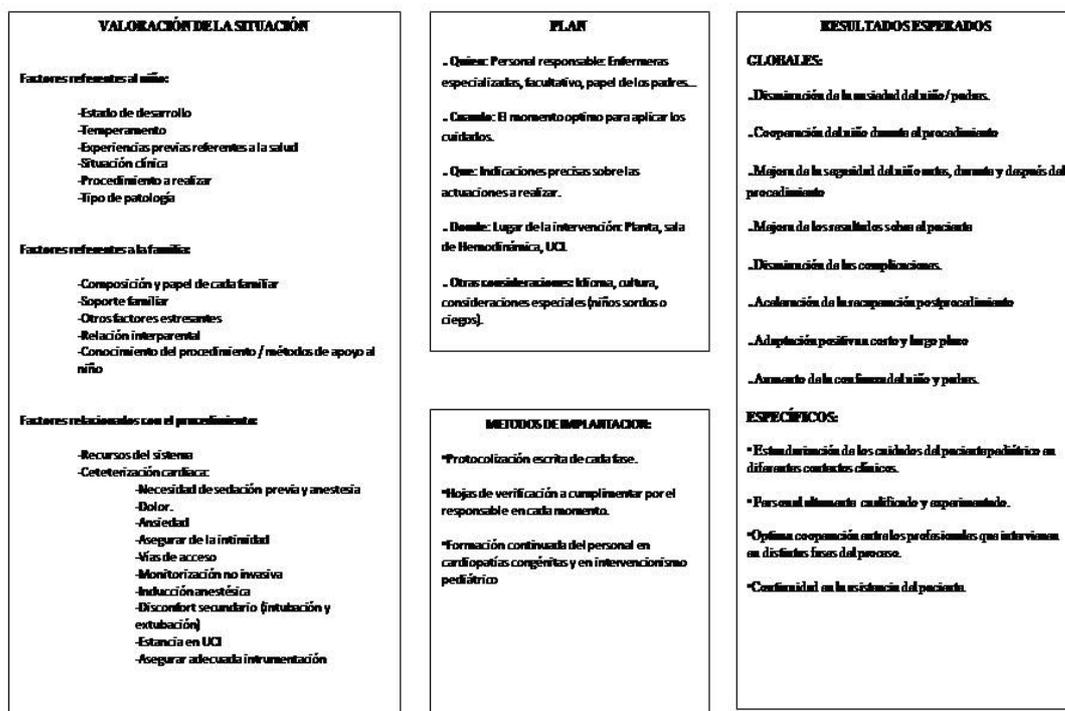
- ❖ Valorar el estado actual del paciente para evitar y/o detectar precozmente las posibles complicaciones intraoperatorias o postoperatorias: Conocer H^a cinica y diagnostico medico, medicación y alergias, planificar los cuidados de enfermería.
- ❖ Información y apoyo a los padres o tutores del procedimiento que se le va a realizar al paciente:
 1. Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

2. Reafirmar y aclarar dudas al paciente y familiares acerca del procedimiento, usando técnicas adecuadas para la edad del paciente, permitiendo al paciente y la familia que pregunten.
 3. Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
 4. Revisar documento de consentimiento informado firmado correctamente por los padres o tutores y el facultativo.
- ❖ Asegurar vía venosa:
 1. Asepsia en la colocación ó comprobación de la vía periférica/central (permeabilidad, funcionamiento y fijación).
 2. Control de sondas y drenajes que pueda portar.
 3. Pre-medicación anestésica asistida por enfermera para evitar la irritabilidad y miedo del niño que podría desencadenar: cianosis, taquicardia o cualquier otra situación indeseable.
 - ❖ Asegurar asepsia: preparación de la mesa y campo quirúrgico estéril
 - ❖ Disponibilidad de fármacos de urgencia en inestabilidad hemodinámica al alcance de la enfermero/a circulante:
 1. Cargar fármacos e identificarlos. Comprobar la correcta rotulación de sueros con fármacos.
 - ❖ Evaluar sistemas cardiocirculatorio y respiratorio, renal, hidroeléctrico e inmunitario, antes del procedimiento (para prever complicaciones):
 1. Protección gonadal. Adecuar dosis de radiaciones según peso.
 2. Fuente de calor o manta eléctrica radio transparente.
 3. Monitorización de ECG, FC, TA, Saturación O₂.
 4. Anestesia general vs sedación profunda controlada por Anestesiólogo y asistida por la enfermera.
 - ❖ Evaluación y control del bienestar del paciente durante el procedimiento de cara a minimizar riesgos:
 1. Asegurar que el nivel de sedo/analgesia sea el adecuado durante todo el procedimiento.
 2. Colaboración con el anestesista en el control del tubo endotraqueal y garantizar la seguridad del niño respecto a los movimientos de aparato de rayos y del aparataje de anestesia.
 3. Vigilar alteraciones de las constantes vitales y administrar la medicación necesaria.
 - ❖ Realización de registros de enfermería:
 1. Registrar constantes hemodinámicas y cuidados administrados durante el procedimiento.
 2. Registrar presiones intracardiacas y oximetrías de las diferentes cavidades a estudiar.
 - ❖ Instrumentar el procedimiento para conseguir un resultado óptimo, rápido y sin complicaciones:
 1. Preparación de material estéril,
 2. Preparación del campo estéril,
 3. Colaborar en las técnicas que conformen el desarrollo del procedimiento, como administración de contraste, medicación, introducción de guías, etc.
 4. Comprobar y preparar el material específico, según instrucciones específicas proporcionadas por el proveedor.
 5. Vigilar signos de reacciones alérgicas.
 6. Control aparición de hematoma o sangrado en zona de punción.
 7. Actuar con rapidez ante una complicación.
 - ❖ Detección del riesgo post procedimiento:
 1. Comprobar lugar de punción, buscando signos de sangrado ó

- hematoma, control de pulsos distales de la extremidad y su color y temperatura.
- 2. Control de constantes vitales cada 15m. durante la primera hora, después cada 4h. T.A. en brazos y piernas.
- 3. Control de la respiración y color de las mucosas (cianosis)
- 4. Seguir órdenes y pautas de medicación indicado en la hoja de tratamiento.
- 5. Control de la micción: si hematuria avisar. En caso de retención: sondaje vesical.

- ❖ Información a los padres ó tutores del final del procedimiento.
- ❖ Formación continuada del personal de Enfermería implicado en el cuidado del paciente pediátrico.

ESQUEMA GLOBAL DEL TRABAJO:



RESPONSABLES:

Elaboración del protocolo de cuidados previos al procedimiento: Personal de enfermería de la zona de hospitalización.

Elaboración de protocolos de cuidados desde la llegada del paciente a la sala de Hemodinámica hasta su salida, ajustados por edad y por procedimiento: Personal de enfermería de Hemodinámica.

Cumplimentación de las Hojas de registro de enfermería: Personal de enfermería de la Unidad de Hemodinámica. La enfermera que recibe al paciente, que también será la enfermera circulante en ese caso, se encargará de recoger los datos.

Se presenta de forma esquemática en el diagrama de Gantt adjunto en el apartado de Calendario.

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

<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 monitorización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de Protocolos de cateterismo diagnóstico pediátrico-infantil. 2. Elaboración de la Hoja de Registros de Enfermería. 3. Elaboración de la lista de comprobación (Check-List). 4. Grado de cumplimentación de la Hoja de Registros de Enfermería: Porcentaje de Hojas debidamente cumplimentadas. (número de Hojas debidamente cumplimentadas / número de pacientes*100). Se considerará adecuado un grado de cumplimentación superior al 80%.

<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: Abril 2008</td> <td>Fecha de finalización: Mayo 2009</td> </tr> </table>	Fecha de inicio: Abril 2008	Fecha de finalización: Mayo 2009
Fecha de inicio: Abril 2008	Fecha de finalización: Mayo 2009	
<p>Calendario:</p> <p>Ver diagrama de Gantt adjunto.</p>		

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Puesta en marcha de un protocolo de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación en una unidad de cuidados intensivos neurotraumatológicos.
2ª Parte

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellido
Mª Carmen Flecha Merino

Profesión
DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
HUMS, unidad de cuidados intensivos de traumatología y neurocirugía

Correo electrónico
cflecha@salud.aragon.es
mjbarrado@terra.es, dglezdelac@hotmail.com, pmainers@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976 765500, Ext 1255-1259

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mª Jesús Barrado Narvi3n	DUE	HUMS-UCI traumatología
Delia González de la Cuesta	DUE	HUMS-UCI traumatología
Mª Paz Mainer Sanmartín	DUE	HUMS-UCI traumatología
Isabel Cano Mateo	DUE	HUMS-UCI traumatología
Teresa Ibáñez Puncel	DUE	HUMS-UCI traumatología
Fabiola del Barrio	DUE	HUMS-UCI traumatología

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...

Todos los años, tanto en periodo vacacional como por situaciones de ILT o bajas, es preciso contar con enfermeras y auxiliares de nueva incorporación para periodos más o menos largos de trabajo.

Hemos comprobado por nuestra experiencia que se requiere de 15 días a un mes para que estos profesionales se integren y consigan un grado de rendimiento adecuado al lugar de trabajo.

Esto es debido a la situación de estrés y desconocimiento que implica el trabajar en una unidad especial que se encarga de enfermos críticos.

Por las características de estos pacientes y las emergencias que se generan es importante que esta situación de partida se supere cuanto antes para ser plenamente operativos y con garantías en la práctica profesional.

Los profesionales de nueva incorporación refieren, en un gran número de casos, la angustia que les produce entrar a trabajar en una uci de estas características.

Con la incorporación de nuevas tecnologías, informatización de gráfica e historia clínica y el traslado a nuevas dependencias pensamos que es imprescindible desarrollar un programa que describa las instalaciones, los procedimientos, las normas de funcionamiento, el aparataje y las situaciones habituales en la UCi para minimizar el choque que supone incorporarse a esta unidad y reducir el tiempo de habituación lo máximo posible para que, en una semana, sean capaces de superar el estrés inicial y desarrollen su labor en situación adecuada.

En esta segunda edición del programa de acogida, continuación del proyecto iniciado el año pasado, se revisa y actualiza el protocolo de acogida para adaptarlo a la nueva unidad a la que todavía no nos hemos trasladado, previéndose que este se produzca al inicio del verano.

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 llevado a cabo un proyecto piloto este año, realizando una encuesta previa para conocer la situación de partida de los nuevos profesionales y otra encuesta de valoración del protocolo de acogida, siendo alto el grado de satisfacción alcanzado por parte del personal de nueva incorporación.

Se entrevistó a ocho profesionales de enfermería, los datos obtenidos fueron:

Edad media: 28,25 años.

Años de experiencia: 4,87 años

Lugar de estudios: CCAA Aragón (7 en Zaragoza, 1 Teruel)

Experiencia: Atención Primaria: 2 personas

Hospital: (8)

Servicios especiales: en UCI: todos. Tiempo medio: 21,7 meses salvo dos personas cuya experiencia es de días.

Urgencias:3 personas

Quirófano: nadie

061: una persona.

Técnicas: sólo una persona no había realizado la técnica de punción venosa de catéter central de acceso periférico, ni aspiración de secreciones. (dos días en UCI)

En esta primera puesta en marcha del protocolo de acogida vemos que el personal de nueva incorporación tiene una media de 5 años de experiencia en UCI, por lo que las técnicas más específicas son conocidas, así como el manejo integral del paciente y tienen un cierto conocimiento de la rutina del trabajo.

Todos tienen experiencia en trabajo hospitalario y en UCI, aunque dos personas sólo unos días. El paso por otros servicios especiales se concreta sólo en urgencias (3 personas) y el 061, lo que da cierta estabilidad para desenvolverse en UCI.

El tiempo medio de trabajo en UCI en contratos discontinuos es elevado, casi dos años, por lo que podemos concluir que la mayoría de los enfermeros que se incorporaron este verano tenían los elementos adecuados para desempeñar su trabajo con solvencia en esta unidad, salvo dos personas.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Esperamos reducir la ansiedad y el estrés que supone incorporarse a una unidad de pacientes críticos y que en una semana sean capaces tanto enfermeras como auxiliares de desenvolverse en el espacio físico y las situaciones habituales de los pacientes

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	20
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Presentación de la unidad como espacio físico, aparataje, normas de funcionamiento y patologías más frecuentes en power point. Responsables los componentes del equipo de acogida.

Elaboración de la presentación- Delia e Isabel

Hacer fotos de la unidad y los materiales-Delia e Isabel

Elaborar encuesta al principio del protocolo-M^a Jesús y Fabiola

Elaborar encuesta de satisfacción y valoración del protocolo-M^a Jesús y Fabiola

Descripción de los materiales, aparatos y explicaciones básicas-Paz y Teresa

Descripción de normas, horarios, turnos, libranzas...-Paz y Teresa

Recepción del nuevo personal y realización de la presentación del protocolo M^a Carmen y componentes del equipo

TAREA	RESPONSABLE	Mayo	Junio- Sept	Octb	Noviembre	Diciembre
Elaborar presentación	Delia e Isabel					
Realización de fotos, esquemas, presentación	Delia e Isabel					
Elaborar encuestas previas	M ^a Jesús y Fabiola					
Elaborar encuestas posteriores	M ^a Jesús y Fabiola					
Desarrollar el contenido del protocolo	Paz y Teresa					
Desarrollar las normas de la unidad	Paz y Teresa					
Implantación protocolo	Equipo de acogida y M ^a Carmen					
Recoger datos	Equipo de acogida					
Elaborar estadísticas	Equipo de acogida					
Presentación de conclusiones	Equipo de acogida					

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

Resultado de la encuesta previa al protocolo= 100% participación

Resultado de la encuesta post protocolo= 87.5% participación

Grado de respuesta en las encuestas= $\frac{\text{Encuestas rellenas}}{\text{Total de personas hechas la presentación}} \times 100$

En resumen el grado de satisfacción alcanzado es alto, siendo valorado sobre todo el esfuerzo realizado y la preocupación mostrada por el personal fijo de cara al nuevo.

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: **Mayo 2008**

Fecha de finalización: **Diciembre 2008**

Calendario:

Mayo-Junio: Modificación del protocolo del año anterior adaptándolo a la nueva situación
Junio-Septiembre- Puesta en marcha el protocolo con el personal que supla las vacaciones y todo aquel que vaya a estar un periodo superior a un mes.

Octubre- valoración del protocolo

Noviembre- elaboración de las estadísticas y resultados obtenidos

Diciembre- presentación de las mismas y vuelta a empezar con nuevo personal.

Todo este calendario esta supeditado al paso real a la nueva ubicación de la unidad

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

DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA DE PACIENTES AMBULANTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Teresa Baringo Fuentes

Profesión

Médico especialista en Medicina Nuclear

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Medicina Nuclear

Correo electrónico:

Tbaringo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 ext. 2486- 2487

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dolores Abós Olivares	Médico especialista en M. Nuclear	H.U. Miguel Servet
Leticia de la Cueva Barrao	Médico especialista en M. Nuclear	H.U. Miguel Servet
Ana Guallar Labrador	Químico	H.U. Miguel Servet
Paola Lievano Segundo	Médico residente de M. Nuclear	H.U. Miguel Servet
Rosa Redondo Blanco	Supervisora de enfermería	H.U. Miguel Servet
Encarna Muñoz Saenz	DUE	H.U. Miguel Servet
Eva Bermudo García	Técnico especialista en M. Nuclear	H.U. Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El grupo de mejora detectó que los pacientes ambulatorios sufren retrasos con respecto a la hora de cita para ser atendidos en el Servicio de Medicina Nuclear, tanto para la inyección del radiofármaco, como para el paso a la sala de exploración.

Se pretende cuantificar el tiempo real de espera, su relación con las diferentes pruebas, la percepción de los pacientes con respecto a su tiempo de espera y las causas que ocasionan los retrasos.

Conocidos los resultados se aplicarán las medidas correctoras acordadas.

A los cinco meses se cuantificarán de nuevo los resultados y si no se han conseguido los objetivos propuestos, se procederá a revisar y diseñar nuevas acciones correctoras

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

Ajustar lo mejor posible la hora de la cita con la de atención.

Reducir el % de pacientes que esperan mas de 30 min. a menos del 30 %

Conocer las causas de los retrasos y la capacidad de respuesta del servicio ante imprevistos

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño de la plantilla para recogida de datos y de la encuesta de satisfacción
 Determinar el tiempo durante el que se recogerán los datos
 Análisis de los resultados obtenidos
 Propuesta de acciones correctoras
 Implantación de las acciones
 Nueva recogida de datos
 Análisis de resultados tras las acciones de mejora
 Valoración de posibles nuevas acciones correctoras

Responsables :

del diseño y análisis de resultados: Teresa Baringo, Encarnación Muñoz, Eva Bermudo.
 de la recogida de datos: DUEs y TEMNs del Servicio.
 de implantar las acciones correctoras: Todo el 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

Σ minutos de espera de todos los pacientes / nº total de pacientes

nº de pacientes que esperan mas de 30 min / nº total de pacientes x 100

nº de pacientes no conformes con el tiempo de espera/ nº total de pacientes x 100

Estos indicadores se evaluarán separadamente para los tiempos de espera para la inyección y para el paso a gammacámara.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Caleandario:

Creación del grupo de mejora para demoras	Enero de 2008
Elaboración del proyecto y presentación al plan de ayudas	Febrero de 2008
Diseño de la plantilla de recogida de datos	Febrero de 2008
Recogida de datos	Marzo de 2008
Análisis de las causas y diseño de medidas correctoras	Abril de 2008
Aplicación de medidas correctoras	Mayo-Septiembre 2008
Nueva recogida de datos	Octubre de 2008
Cuantificación de resultados	Noviembre de 2008
Revisión y diseño de nuevas acciones	Diciembre de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ESTABLECIMIENTO FORMAL DE LÍNEA INTERNACIONAL DE CONSULTA Y DECISIÓN DE PATOLOGÍA COMPLEJA HEPATOBILIAR

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

DR. ALEJANDRO SERRABLO REQUEJO

Profesión

F. E. A. de Cirugía General y del Aparato Digestivo

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.

Correo electrónico:

ALMALEY@telefonica.net

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 ext 1366

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ALEJANDRO SERRABLO	CIRUJANO	HU MIGUEL SERVET
JOSÉ MANUEL GAVÍN	CIRUJANO	H.U.MIGUEL SERVET
ALBERTO PORCU	CIRUJANO	UNIVERSITA DI SASSARI (ITALIA)
GABRIEL GONDOLESI	CIRUJANO	FUNDACIÓN FAVAROLO (ARGENTINA); Mount sinai (NY)
KUI HIN LIAU	CIRUJANO	HOSPITAL TAN TOCK SENG (SINGAPUR)
PEDRO LÓPEZ	CIRUJANO	HOSPITAL REINA SOFIA (CÓRDOBA)
MASSIMO MALAGO	CIRUJANO	HOSPITAL UNIVESITARIO (LONDRES)
LUIS TEJEDOR	CIRUJANO	HOSPITAL PUNTA EUROPA (CADIZ)
REZA KIANMANESH	CIRUJANO	HOSPITAL LUIS-MOURIER, (FRANCIA)
JESÚS ESARTE	CIRUJANO	H.U. MIGUEL SERVET

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...

OBJETIVO: Conseguir la normalización de un "estilo" de trabajo que ya se está produciendo desde hace 2,5 años en nuestra unidad que es la consulta de casos complejos online con reuniones internacionales con los responsables. Aumenta la calidad de decisión de casos límite y complejos ya que se imbrican estas consultas con las directrices de decisión del Comité de Patología Hepatobiliopancreática.

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

El objetivo de 2008 es conseguir un aumento de la interrelación de consultas y colaboraciones así como la universalización del acceso al grupo. El objetivo numérico es la interconsulta de 10 casos para supera los 5. Aunque se ha detectado un cambio en la tendencia estos primeros meses de solicitantes de consulta a consultores francos de otros hospitales. Estancias de cirujanos 2 grupos año en nuestra unidad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Coordinación nacional e internacional (A. Serrablo)
- 2.- Selección de casos (A. Serrablo y resto)
- 3.- Relación de casos internacionales en los que se ha participado y relación con la Universidades de EEUU (A. Porcu)
- 4.- Impacto y desarrollo de publicaciones internacionales (g. Gondolesi)
- 5.- Valoración de líneas de investigación y mesas en congresos (KH Liau)
- 6.- Evaluación de resultados y líneas de mejora de interconsulta (JM Gavín)
- 7.- Desarrollo de Dirección de Tesis Doctorales y líneas de Investigación (P López, M mallazo, A. Serrablo)
8. Auditoría externa y evaluación desde el Oncologic Surgical European Council (L Tejedor)
9. Relaciones con las Universidades Europeas (R. Kianmanesh)
10. Grupo europeo de Cooperación Internacional (Bruselas) (A. Porcu)
11. Asistencia de cirujanos nacionales y/o extranjeros (JM Esarte)

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

Efectividad e informe del número de casos consultados y evaluación del ratio de modificación de criterio con respecto a la primera opinión.

Se realizará una memoria anual del grupo de trabajo: casos en número, número de publicaciones o líneas de trabajo abierta con ellas.

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													
Actividades 2008	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	2009
Formalización del grupo	X												
Reunión de reponsables (Bombai, India 2008)		X											
Apertura a más miembros y cooperación internacional			X										
Desarrollo del libro internacional				X									
Publicación													X
Memoria de actividades											X		

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

<u>1.- TÍTULO</u>
ESTUDIO DE LA SUSTITUCION DE MATERIAL DE UN SOLO USO POR INVENTARIABLE EN LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA. OPCION PARA DISMINUIR EL GASTO SANITARIO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>
Nombre y apellidos: Jesús María Esarte Muniáin
Profesión: Jefe de Servicio Cirugia General y del Apto Digestivo
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Miguel Servet
Correo electrónico: jmesarte@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765 500 (Extensión 1384)

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Emilio Lagunas Lostao	Médico Cirugia General. FEA Coloproctología	Hospital U. Miguel Servet
Teresa Giménez Júlvez	Médico. MIR Preventiva. UCA	Hospital U. Miguel Servet
Miguel Ángel Dobón Rascón	Médico Cirugia General Responsable Unidad Endocrino	Hospital U. Miguel Servet
Andrés B. Monzón Abad	Médico Cirugia General. Jefe Sección Unidad Coloproctología	Hospital U. Miguel Servet
María Antonia Quintana Cortijo	Subdirectora de Gestión Económica	Hospital U. Miguel Servet
Eloina Martínez García	Jefa Servicio Suministros	Hospital U. Miguel Servet
Amalia Mesa Torres	Supervisora de Área de Recursos Materiales	Hospital U. Miguel Servet
Yolanda Molero Virto	Supervisora Quirófano	Hospital U. Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Introducción:

La sociedad conoce "las bondades" de la cirugía mínimamente invasiva y las exige. La cirugía laparoscópica (CL) no es futuro, hace tiempo que es presente y numerosos procedimientos realizados por este abordaje son considerados el patrón de oro y en otros, al menos se ofrecen los mismos resultados a medio y largo plazo que los llevados a cabo por el abordaje tradicional o laparotómico. La implantación y desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva (laparoscópica – endoscópica) resulta inicialmente costoso. Es muy dependiente de las nuevas tecnologías, requiere instrumental y aparataje de última generación, pero ofrece a nuestros pacientes una recuperación más agradable y una rápida reincorporación a la vida social y laboral. Medicina de calidad y de vanguardia que reduce de una forma indirecta el gasto sanitario con menores días de ingreso, menor empleo de fármacos analgésicos y menores secuelas que la cirugía habitual como la infección de herida y las hernias incisionales.

Situación de partida: En el año 2007, en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), se realizaron 232 procedimientos por CL, siendo un 75% de ellos colecistectomías laparoscópicas. Actualmente casi todos los procedimientos laparoscópicos y de cirugía mínimamente invasiva se realizan con material de un solo uso o fungible, de un elevado coste.

En el HUMS, hasta hace un año, se había producido una implantación y desarrollo lento de la cirugía mínimamente invasiva. En la actualidad ya se realiza cirugía laparoscópica avanzada de colon, obesidad mórbida y cirugía hepática, además de las intervenciones que ya se venían realizando con anterioridad como el bazo, la suprarrenal y la hernia hiatal. En el año 2008, se ha priorizado y recogido dentro de nuestros objetivos el incremento notable de la CL y la potenciación de la CMA lo que conllevará un incremento a su vez del gasto en material quirúrgico.

Para reducir la diferencia de costes quirúrgicos entre CL y el abordaje tradicional, diversos autores recomiendan la combinación de ambos materiales (fungible e inventariable).

En el HUMS se ha detectado una carencia de material inventariable adquirida con los años por la comodidad que supone el empleo de material de un solo uso (ausencia de la cadena empleo – limpieza – esterilización - almacenaje) lo que representaría una infrutilización de este material.

Por lo tanto, una de las formas para la contención del gasto sanitario en instrumental quirúrgico sería la progresiva sustitución y no completa del material de un solo uso por material inventariable (reutilizable), que pasaría a formar parte de los costes estructurales, abaratando el proceso, siempre que el volumen de actividad justificase la inversión inicial como es en este caso.

Objetivo: Realizar el mayor número de procedimientos por cirugía mínimamente invasiva e intentar disminuir el gasto sanitario con la compra e incorporación de material inventariable de forma progresiva.

Detección y fuentes de información:

A título informativo, una caja básica de material inventariable para CL avanzada puede oscilar entre 2.600 y 12.000 euros, según su calidad y la casa comercial. El procedimiento laparoscópico más habitual es la colecistectomía. Su coste, solamente en material fungible (una aguja de Veress, 4 trócares, 2 pinzas de agarre, un disector, una tijera, un aplicador de clips, un aspirador - irrigador y una bolsa de extracción) está alrededor de 600 euros. Tras su empleo

todo ese material " se tira a la basura".

Con los datos aportados por el Servicio de Suministros se ha realizado una aproximación de estudio económico de análisis de costes del material fungible utilizado en el HUMS (valoración del consumo en número total y euros en el año 2007 del material de un solo uso) y del material inventariable (revisión de los catálogos y prueba en diversos procedimientos quirúrgicos del material inventariable que ofertan las principales casas comerciales).

Resultados preliminares demuestran que en el procedimiento de la colecistectomía laparoscópica, el más frecuentemente realizado, el coste del material desechable a sustituir en primera fase es de 330 euros siendo su coste en material inventariable de unos 1900 euros (según casa comercial). Con una vida media como mínimo de 100 usos, el ahorro que supondría en 100 intervenciones quirúrgicas sería de 31400 euros, 314 euros por intervención aproximadamente. Con la limitación que supone la ausencia de contabilidad analítica que impide la imputación por ejemplo de los costes de esterilización de dicho material, entre otros.

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

6.1 Sustitución del material fungible por instrumental inventariable en la mayor parte de las intervenciones de cirugía mínimamente invasiva (CL). En un primera fase sustitución de pinzas de agarre, disectores, clamps intestinales y vasculares, tijeras e instrumentos de sellado de tejidos y vasos tipo BiClamp (sellador reutilizable) de la casa ERBE[®] cuyo generador ya fue adquirido por el Hospital.

6.2 Tras los resultados obtenidos, valoración de una sustitución progresiva, en una segunda fase de los puertos de entrada (trócares), aplicadores de clips y otros.

6.3 Reducción del 60-80% de la compra de material fungible en el año 2008 respecto al año 2007.

6.4 Aproximación al cálculo del gasto por procedimiento quirúrgico con abordaje laparoscópico (colecistectomía, hernia hiatal, colectomía, obesidad...) con el empleo de material fungible vs. material inventariable. *De difícil consecución por la ausencia de contabilidad analítica.*

6.5 Cálculo del ahorro producido en el gasto a los 6 y 12 meses desde el inicio de la implantación del empleo del material inventariable.

6.6 Cálculo de la vida media del material inventariable utilizado y estimación de su plazo de sustitución.

6.7 Incremento del número de intervenciones con cirugía laparoscópica en el año 2008 frente al año 2007.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

7.1 Compra de instrumental inventariable (pinzas de agarre, disectores, clamps intestinales y vasculares, tijeras e instrumentos de sellado de tejidos y vasos,...) distribuido en 5 cajas de instrumental básico (3), avanzado (1) y muy avanzado (1).

Para ello se requiere conocer el instrumental que se quiere sustituir, probarlo, comparar los productos que ofrecen las diversas casas comerciales y comprar según relación calidad – precio. Desde finales de 2007 se está probando el material de las distintas casas comerciales.

Responsables: Jefe de Servicio de Cirugía General. Facultativos con experiencia en cirugía laparoscópica. Subdirección de Área Quirúrgica y Gestión. Servicio de Suministros.

7.2 Reducción del empleo y la compra del material fungible. Intentar emplear sólo lo estrictamente necesario o lo que no es posible sustituir en el momento actual.

7.3 Reesterilización del material fungible hasta un determinado número de veces, previamente pactado con los Servicios Competentes (Subdirección de Área Quirúrgica, Medicina Preventiva, Cirugía General, Esterilización).

DE MUY DIFÍCIL CONSECUCCIÓN, aunque no existen en la actualidad documentos legales ni normativa europea ni nacional que apoyen ni que prohíban la reesterilización del material fungible.

7.4 Formación a todo el personal sanitario implicado (médicos, enfermería, auxiliares, Servicio de Esterilización) en el conocimiento y funcionamiento (montaje / desmontaje) del material inventariable y fungible. Sensibilización del personal para cuidar el material y resolver los pequeños problemas que pueda plantear su utilización. Se llevaría a cabo con la realización de charlas y talleres prácticos.

Responsables: Facultativos con experiencia en cirugía laparoscópica. Delegados de las casas comerciales.

7.5 Control del gasto quirúrgico semanal con el objetivo de conocer todo el material empleado en una intervención quirúrgica y facilitar la previsión de almacenaje y solicitud de los productos. Podría realizarse mediante una hoja de gasto quirúrgico semanal, valorando a corto - medio plazo la informatización de dicha hoja.

Responsables de la hoja de gasto: Enfermeras circulantes de quirófano y supervisora de material de quirófano.

7.6 Seguimiento del material inventariable, a través de su trazabilidad para el cálculo de su vida media y del plazo de sustitución del producto.

Responsables: Supervisora de material de quirófano.

7.7 Evaluación intermedia y final.

Responsables: Responsable del proyecto.

7.8 Actividades de mejora.

Responsables: Responsable del proyecto.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicador 1: Número de intervenciones realizadas con material *inventariable* frente a número de intervenciones realizadas con material fungible al mes.

Resultado actual 2-5% / **deseado** 80%

Indicador 2: Número de intervenciones realizadas con material *fungible* frente a número de intervenciones realizadas con material inventariable al mes.

Resultado actual 95 – 98 % / **deseado** 20%.

Indicador 3: Número de personal sanitario formado en el funcionamiento del material inventariable / Total de personal sanitario implicado en el proceso

Resultado deseado: 90%.

Indicador 4: Número de piezas inventariables con seguimiento activo/pasivo a los 6 y 12 meses/ Total de piezas inventariables suministradas.

Resultado deseado: 90%.

A través de:

Las hojas de gasto de intervención quirúrgica introducidas.

Las base de datos de compras y gastos proporcionada por el Servicio de Suministros.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 2 de Enero 2008

Fecha de finalización: 31 Diciembre de 2008

Calendario: Cronograma provisional con necesidad de adaptación de fechas tras la aprobación del proyecto.

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
7.1	X	X	X									
7.2	X	X	X	X	X	X						
7.3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.4	X	X	X		X	X						
7.5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.7						X						X
7.8						X	X	X	X	X	X	X

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA COLORECTAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANDRES MONZON ABAD

Profesión

JEFE DE SECCION CIGUGIA GENERAL Y DIGESTIVA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 EXTENSION 1383

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANTONIO MARTINEZ GERMAN	FEA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JOSE IGNACIO BARRANCO DOMINGUEZ	FEA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
EMILIO LAGUNAS LOSTAO	FEA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
GUILLERMO GONZALEZ SANZ	FEA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
PABLO MARIN VILLARROYA	FEA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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 CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN GENERAL Y LA COLORECTAL EN PARTICULAR HAN DEMOSTRADO SER EL GOLD ESTÁNDAR EN LA CIRUGIA DE LA PATOLOGIA BENIGNA Y MALIGNA DEL COLON.

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

EL OBJETIVO MARCADO ESTE AÑO ES CONSEGUIR QUE UN 50% DE LAS INTERVENCIONES DE CIRUGIA COLORECTAL SE HAGAN POR VIA LAPAROSCOPICA

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ASISTIR A CURSOS ESPECIFICOS EL PERSONAL DE LA UNIDAD
- HACER ESTANCIAS EN CENTROS QUIRURGICOS DE REFERENCIA
- CONSEGUIR MATERIAL INVENTARIABLE ESPECIFICO DE ESTA PATOLOGIA

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.- RATIO DE INTERVENCIONES LAPAROSCOPICAS/ABIERTAS
- 2.- COMPARAR RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS DE CIRUGIA LAPAROSCOPICA/ABIERTA

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 ENERO 2008

Fecha de finalización: 31/12/2008

Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE:
INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ana Belén Subirón Valera

Raquel Luque Carro

Profesión

Matronas

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Correo electrónico:

asubiron@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500 ext 3112 (paritorios)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Tobajas Homs	Obstet-gin	HUMS
Sergio Castán Mateo	Obstet-gin	HUMS
Belén Rodríguez Solanilla	Obstet-gin	HUMS
Encarna Sanz de Miguel	Matrona	HUMS
Belén Sabater Adan	Matrona	HUMS
Carmen Sanz Hernandez	Matrona	HUMS
Sofía Gotor Colás	Matrona	HUMS
Luz Gotor Colás	Matrona	HUMS
Elena Ortega Lacambra	Matrona	HUMS
Patricia Martínez Navarro	Matrona	HUMS
Esther Monserrat Cantera	Matrona	HUMS
Mariama Tunkara	sociocultural Mediadora	
Voluntarios de médicos del mundo Aragón	Médico, enfermera, asistente social...	

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...

Implantación en HUMS del Proyecto de Calidad de mejora en la salud reproductiva en la población inmigrante iniciado y desarrollado muy satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad desde el año 2002 en el HCU.

El proyecto de mejora en la salud reproductiva de la población inmigrante está dirigido en el momento actual en 2 líneas de actuación:

1. Elaboración definitiva de la guía prenatal en 4 idiomas
2. Programa de prevención de la mutilación genital

El Hospital San Jorge de Huesca, ha mostrado su interés, en participar en el programa de prevención de la mutilación genital femenina, y se les ha ofrecido el material y la colaboración del equipo de mejora del Clínico y de los voluntarios de médicos del mundo Aragón. La mediadora Mariama Tunkara, ya se ha desplazado en dos ocasiones a Huesca, para intervenir en sendos casos de mutilación genital detectados en el hospital San Jorge.

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

Los resultados expuestos en la presente solicitud, corresponden a los obtenidos por el HCU durante los años de seguimiento de proyecto:

1. Ya se entregó a la Unidad de Calidad la guía de control prenatal para su edición en árabe y español. En el Servicio estamos utilizando la Guía de Comunicación en 8 idiomas (español, inglés, francés, alemán, rumano, árabe, mandarín y urdu) del Dr. Serrano Pons facilitada por los laboratorios Almirall. Se dispone de ella en los cuartos de exploración de urgencias y algunas consultas.
2. Prevención de MGF:
 - . No se han identificado todas las mujeres con MGF debido a la dificultad de coordinación de todo el personal que asiste los partos en nuestro centro. No existía una persona encargada de centralizar toda la información y avisar a la mediadora ante cada caso de MGF. Este hecho podría solucionarse este año con la incorporación al programa de un estudiante de medicina de 6º curso al que se le ha asignado una beca de investigación para trabajar en este campo.
 - . De forma intermitente y según interés y disponibilidad del personal de paritorio se han identificado 20 mujeres con MGF y se ha localizado a la Mediadora Mariama Tunkara que las ha entrevistado durante su estancia en el puerperio inmediato.
 - . Se han dado 6 charlas a profesionales y estudiantes de ciencias de la salud sobre prevención de MGF: Se han realizado 224 encuestas cuyo análisis estadístico se adjunta al proyecto.
 - . Se elaboraron 100 *dossiers* informativos con presupuesto del programa para profesionales de los que 91 se han repartido en los centros de salud. Médicos del Mundo Aragón ha conseguido financiación a través del Instituto Aragonés de la Mujer para reeditar otros 100 ejemplares del *dossier* y ampliar la zona de distribución a otros centros de salud de Zaragoza. Se han editado y difundido 50 trípticos directamente a las familias interesadas.
 - . La intención del equipo es seguir con el programa aumentando la coordinación en el personal del paritorio a través de una persona de enlace (becario) y personal facultativo fijo de la planta de obstetricia (Dr. Romero) y ampliar la difusión de la información hacia la población masculina (objetivo que no se ha conseguido hasta el momento).

Documentos adjuntos*:

1. Memoria resumen proyectos prevención MGF 2000 – 2007

2. Memoria prevención MGF de médicos del Mundo 2007
3. Resultado análisis estadístico encuestas realizadas a profesionales y estudiantes de ciencias de la salud sobre prevención MGF
4. Dossier informativo: Tolerancia Cero a la Mutilación Genital Femenina
5. Guía de Comunicación en Ginecología de laboratorios Almirall
6. Cuaderno de control prenatal árabe / español

* Se depositan en la Unidad de Calidad del Hospital Clínico Universitario

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades del Sector II de Zaragoza donde se asiste a población inmigrante disponen del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido.
2. Identificación de todas las nacionalidades de las mujeres que dan a luz en el HUMS. Análisis estadístico del libro de paritorios según el país de origen.
3. Identificación de mujeres a las que se les ha realizado algún tipo de mutilación genital en su infancia. Estas mujeres y sus familias son informadas por mediadoras socioculturales de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Se espera sensibilizarlas para que no se lo realicen a sus hijas.
4. Asociaciones de inmigrantes gambianas, senegalesas y árabes reciben talleres de control prenatal, planificación familiar y salud sexual donde se abordan las consecuencias físicas y psicológicas de la mutilación genital femenina.
5. Se dan charlas informativas al personal sanitario. La mutilación genital femenina se incorpora como tema de formación en la asignatura de obstetricia y ginecología de los estudiantes de medicina de cuarto curso de la Universidad de Zaragoza.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Distribución del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido en las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades donde se asiste a población inmigrante. Coordinación del equipo directivo del Clínico, el Servicio de Ginecología, el Servicio de Calidad y los Coordinadores de los Centros de Salud.
Javier Tobajas Homs, Sergio Castán Mateo, Belén Rodríguez Solanilla.
2. Análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades.
Raquel Luque Carro, Ana Belén Subirón Valera.
3. Folleto informativo de las características y tipos de MGF disponible en el cuarto de reanimación del recién nacido. Identificación de todas las mujeres con MGF que dan a luz en el HUMS. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido.
Encarna Sanz de Miguel, Carmen Sanz Hernandez
4. Aviso a la mediadora sociosanitaria cuando se produce un nacimiento de una madre originaria de alguno de los países donde la práctica de la mutilación femenina es habitual.

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>Sofía Gotor Colás, Luz Gotor Colás</p> <p>5. Entrevista personalizada por mediadoras ya formadas a estas familias para prevenir futuras mutilaciones. Mariama Tunkara</p> <p>6. Talleres de información de control prenatal y planificación familiar a asociaciones de inmigrantes Mariama Tunkara y voluntarios de médicos del mundo</p> <p>7. Charlas informativas al personal sanitario. Presentación de publicaciones y casos clínicos de mutilación genital femenina y sus implicaciones en la práctica obstétrica. Belen Sabater. Patricia Martinez Navarro.</p> <p>8. Incorporación de las implicaciones médicas de la mutilación genital femenina a la asignatura de obstetricia y ginecología (4º curso de medicina). Pilar Pérez Hiraldo, Ernesto Fabre, Mauricio Tajada</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 monitorización</p> <p>1. Cuadernos disponibles en las consultas, ambulatorios y centros de salud.</p> <p>2. Análisis estadístico del libro de paritorios realizado.</p> <p>3. Número y nacionalidad de las mujeres con MGF que dan a luz en el Hospital Miguel Servet en 2008.</p> <p>4. Número de entrevistas realizadas.</p> <p>5. Talleres de información realizados en asociaciones: gambianas, árabes, senegalesas y otras comunidades que lo soliciten.</p> <p>6. Incorporación a los seminarios de obstetricia y ginecología de los alumnos de 4º curso de medicina del programa de identificación y prevención de mutilación femenina. Charlas a residentes del HUMS, colectivo de matronas, médicos generales.</p> <p>7. Distribución del dossier con herramientas para la prevención de la MGF en centros de salud de Zaragoza y Aragón.</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: convocatoria 2008</td> <td>Fecha de finalización: 2009</td> </tr> </table>	Fecha de inicio: convocatoria 2008	Fecha de finalización: 2009
Fecha de inicio: convocatoria 2008	Fecha de finalización: 2009	
<p>Calendario: Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.</p> <p>El dossier con herramientas para la prevención de la MGF elaborado con el presupuesto del programa de calidad del año pasado se distribuirá en otros centros de salud a médicos de familia, pediatras y matronas o personal de enfermería que lo solicite.</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>
-------	---

Están previstos talleres sobre salud sexual y reproductiva para la comunidad gambiana de Zaragoza que se impartirán por voluntarios de médicos del mundo Aragón entre marzo y junio de 2008.

Los estudiantes de medicina de 4º curso de la Universidad de Zaragoza han solicitado al profesorado la incorporación de las complicaciones de la mutilación genital como parte de la asignatura de obstetricia y ginecología para ser desarrollado en los seminarios durante el mes de mayo de 2008.

El trabajo de análisis estadístico y de información de las mediadoras se realiza de forma continua a lo largo de todo el año según la identificación de nuevos casos de MGF.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Pago de los servicios de la mediadora para la realización de las entrevistas	500
Elaboración dossier informativo MGF (Aportado por médicos del mundo con fondos del IAM)	700
Mejora del tríptico informativo para las familias encuestadas	200
Material fungible de papelería y fotografía para las charlas y cursos.	200
Desplazamientos para formación (implementación del programa en el Hospital San Jorge de Huesca)	200
TOTAL	1100

Lugar y fecha: Zaragoza a 21 de febrero de 2008