

## **INDICE PROYECTOS ALCAÑIZ\_2007**

015_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Híjar“	Pág. 2 a 5
016_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Mas de las Matas”	Pág. 6 a 9
017_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Valderrobres”	Pág. 10 a 13
025_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Muniesa”	Pág. 14 a 17
026_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Calaceite”	Pág. 18 a 21
027_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Alcañiz”	Pág. 22 a 25
028_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Caspe”	Pág. 26 a 29
029_2007 “Círculos de calidad en pediatría” del CS Híjar	Pág. 30 a 34
030_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Maella”	Pág. 35 a 38
118_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Cantavieja”	Pág. 39 a 42
119_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Alcorisa”	Pág. 43 a 46
120_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Andorra”	Pág. 47 a 51
121_2007 “Mejora del proceso de atención al paciente diabético en el CS Calanda”	Pág. 52 a 55
166_2007 “Proyecto para la implantación del proceso enfermero, en el ámbito de atención primaria del Sector Alcañiz (Teruel)” del CS Alcañiz	Pág. 56 a 65
031_2007 “Implantación de un programa de valoración del estado nutricional en pacientes ingresados en el Hospital de Alcañiz”	Pág. 66 a 69
032_2007 “Evaluación de la eficacia y seguridad de un programa de suplemento sistemático con yodo de la mujer gestante” del H. de Alcañiz	Pág. 70 a 75
033_2007 “Manejo integral del AIT y del ACV: oportunidades de mejora” del H. de Alcañiz	Pág. 76 a 81
034_2007 “Enfermedad renal en pacientes hospitalizados. Detección mediante fórmula de aclaramiento de creatina del MDRD e implicaciones en el manejo y evolución de los pacientes” del H. de Alcañiz	Pág. 82 a 92
067_2007 “Difusión de un manual de tratamiento de úlceras por presión en el Hospital Comarcal de Alcañiz”	Pág. 93 a 96

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS HIJAR

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Manuel Cucalón Arenal

Profesión

Médico

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

Hijar

Correo electrónico:

Cs16.gapt@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978820725

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Pablo Martínez Barseló	Médico	Albalate
José Gimeno Gasca	Médico	La Puebla
Alfredo Perches Falco	Médico	Samper de Calanda
J.A. Peñalver Pardo	Médico	Hijar
Jerónimo Roldán Guillén	Médico	Urrea de Gaén
Ammad Mousa	Médico	Albalate
Jesús Zumeta Fustero	Médico	Vinaceite
Raquel Ayora Rubio	ATS	Vinaceite
María Pilar Adell Portolés	ATS	Samper
M. Jesús Valero Salas	ATS	Hijar
M. José Gasqué Calahorra	ATS	Urrea

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

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

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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

### 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%	35%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
<b>TOTAL</b>	100%	

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)**8 - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

**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.**Registro en historia de**

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

**Resultados**

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

**10 - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8


**Caleandario:**

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis : Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el período en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008

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

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Proyector para ordenador	1252
Ordenador portátil	1292
TOTAL	2544

Fecha y firma:



24-1-2007

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b>
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS MAS DE LAS MATAS.

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Fco.J. Resa Vicente
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Bordón (Mas Matas)
Correo electrónico:
Teléfono y extensión del centro de trabajo:

<b>3 - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Eduardo López Hernández	Médico	Aguaviva
Antonio Borraz Ariño	Médico	Castellote
Jorge Martín Martín	ATS	Bordón

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

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

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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico-enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

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

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

#### 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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

### 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

#### Registro en historia de

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

#### Resultados

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

Caleandario:

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis : Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el período en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008



Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniclativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragónés de Salud (2007)
---------	--

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Proyector para ordenador</u>	1252
<u>Ordenador portátil</u>	1292
TOTAL	2544

Fecha y firma:



29-1-2007

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS VALDERROBRES

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

María Pilar Martínez Fraile

Profesión

Médico

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

Valderrobres

Correo electrónico:

Cs26.gapt@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978890517

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Bayod Gil	Médico	Monroyo
Carmen Granero Lázaro	ATS	Fórnoles

### 4 - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente quedando con frecuencia tareas "huérfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

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

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

**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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	

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

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

### 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

#### **Registro en historia de**

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

#### **Resultados**

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

#### Calendario:

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis: Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el período en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008

Anexo 2

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)*

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Proyector para ordenador</u>	1252
<u>Ordenador portátil</u>	1292
<b>TOTAL</b>	2544

Fecha y firma

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b>
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS MUNIESA

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos José Antonio Heras Manchado
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Alacón
Correo electrónico: jaheras@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978810052

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jorge Ferreira Paesa	Médico	Muniesa
Francisco Villarroya Villagrasa	Médico	Huesa del Común
María Puy Gorgojo Itoiz	Médico	Obón
Alex Villanueva Cabrera	ATS	Blesa
Carlos Tomás Lizano	ATS	Obón

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

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

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

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

#### 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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

**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**Registro en historia de**

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

**Resultados**

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

**10 - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

Calendario

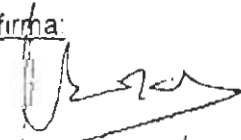
- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis : Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el periodo en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008



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

<u>11 -PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Proyector para ordenador	1252
Ordenador portátil	1292
TOTAL	2544

Fecha y firma:



30/1/07.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b>
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS CALACEITE

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Joaquín Pérez Obón
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Valdeltormo (C:S:Calaceite)
Correo electrónico: Jperezo@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978858053-978851525

<b>3 - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Luisa Giner Sancho	ATS	Calaceite

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

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

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

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

**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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

**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**Registro en historia de**

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

**Resultados**

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

Calendario:

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis: Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el periodo en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

**11.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Proyector para ordenador	1252
Ordenador portátil	1292
TOTAL	2544

Fecha y firma:

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS  
ALCAÑIZ

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Alejandro Guallar Blasco

Profesión

Médico

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

La Codoñera (C.S. Alcañiz)

Correo electrónico:

cs02.gapt@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978831718

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pedro Bono Lamarca	Médico	Torrecilla de Alcañiz
Angela Lara Garrido	ATS	Valmuel-Puigmoreno

### 4 - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización

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

empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información. Desde los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

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

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

#### 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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	

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

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

### 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.

#### Registro en historia de

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

#### Resultados

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

Calendarío:

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis : Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el periodo en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008



Anexo 2

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)*

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Proyector para ordenador</u>	1252
<u>Ordenador portátil</u>	1292
<b>TOTAL</b>	<b>2544</b>

Fecha y firma:

30-1-2007



Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS CASPE

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Rosa Pujol Obis

Profesión

Médico

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

Chiprana (C.S. Caspe)

Correo electrónico:

mrpujol@saiud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

876636007

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Gracia Moreno	ATS	C.S. Caspe

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

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información. Desde los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

**5 - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

**6 - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

**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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

**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.**Registro en historia de**

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

**Resultados**

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

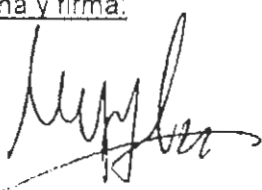
**Caleandario:**

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis: Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el período en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector)
- Reevaluación: Enero 2008

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

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Proyector para ordenador</u>	1252
<u>Ordenador portátil</u>	1292
<b>TOTAL</b>	<b>2544</b>

Fecha y firma:



30-1-07

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>CÍRCULOS DE CALIDAD EN PEDIATRIA</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos JAVIER GUTIERREZ BLASCO</p> <p>Profesión Pediatra</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospita y servicio, etc) C.S. HIXAR</p> <p>Correo electrónico cs16.gupt@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo. 978 8207 25</p>
---

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JAVIER GUTIERREZ BLASCO	Pediatra	C.S. HIXAR
FERNANDO GURADO GOMEZ	Pediatra	C.S. ALCORISA
PURIFICACION MEDRANO	Pediatra	C.S. AMDORRA
Belen FERNANDEZ ALVAREZ	Pediatra	C.S. MADILLA
M. Pilar Illizceballos Molinos	Pediatra	C.S. ALCAÑIZ
Pilar Arena Uson	Pediatra	C.S. ALCAÑIZ
Desluz Kojtych Tejedor	Pediatra	C.S. CASPE

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

**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 ejercicio de la pediatría en los centros de salud rurales suele llevarse a cabo por un único profesional para uno o varios centros. La figura del pediatra está integrada en los centros de salud, sin embargo a la hora de presentar iniciativas de mejora se convierten en proyectos unipersonales ya que no coinciden en objetivos con el resto del equipo. Consideramos que la estrategia de círculos de calidad, entendida como estructura formada por varios profesionales voluntarios de la pediatría del sector con la finalidad de detectar oportunidades de mejora y mejorar problemas puede introducir las estrategias de gestión de la calidad en la pediatría del medio rural.

Hasta la fecha se ha realizado una reunión donde se realizó una identificación de problemas mediante brainstorming y priorización, en la que se priorizaron los siguientes problemas:

- 1 Hay gran heterogeneidad de las plantillas de registro de las actividades programadas. En el caso de OMI AP se señala su escasa validez y operatividad. En algunos centros se usan hojas de crecimiento sin validez en la actualidad. La hoja amarilla está obsoleta. Se comentan incidencias acerca de la falta de registro de algunas actividades. Algunos profesionales de enfermería no suelen registrar las reacciones adversas a las vacunas. Se propone la realización de una plantilla de registro válida para los profesionales del sector.
- 2 Problemas de cobertura en el programa del niño sano: Problemas de captación, ya que muchos padres esperan aviso por parte del centro de salud, algunos colegios no colaboran por problemas de privacidad y consentimiento. No se da mensaje claro de cuando hay que hacer revisiones.
- 3 Utilización inadecuada de antibióticos, se propone una línea de intervención en consonancia con la línea marcada por el ministerio de sanidad y consumo (España segundo país más consumidor de antibióticos de Europa).

**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 oportunidades de mejora
- Desarrollar proyectos de mejora conjuntos, considerándose a efectos de muestreo el conjunto de sus pacientes como único universo muestral.
- Optimizar el registro en el programa del niño sano. Uniformizar el registro en el área. Crear un conjunto de registros clave que sienten las bases para los futuros DGPs del sector en el momento que se informatice
- Mejorar el perfil de uso de antibióticos en los niños del sector, disminuyendo su consumo en general, incrementando el uso de los antibióticos recomendados en las guías.
- Aumentar la cobertura del programa del niño sano
- Mejorar la coordinación con los pediatras de hospital

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)**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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	30%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	35%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	15%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	20%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reuniones periódicas con carácter mensual destinadas a identificar oportunidades de mejora y monitorizar proyectos en marcha. A estas reuniones se invitará cuando se considere necesario a los especialistas del hospital.
- Diseño de nueva hoja de registro de actividades programadas de pediatría. Ciclo de mejora con medición de indicadores antes y después de implantación de la hoja. Muestreo aleatorio estratificado por tamaño poblacional de 50 historias del sector.
- Diseño de intervención sobre utilización adecuada de antibióticos consistente en intervención docente en base a los documentos aportados por el MSC y los informes del servicio de microbiología del hospital + la utilización de test de detección rápida de antígeno estreptocócico.
- Iniciar estrategia de captación de niños para revisiones del programa del niño sano, a través de conversaciones con las asociaciones de padres de alumnos (APAs) y ayuntamientos



Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007).**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

- Registro con acta de reuniones realizadas
- Indicadores del proyecto de hoja de registro: se determinarán cuando se finalice la hoja de registro
- Indicadores de utilización de antibióticos.
  - Utilización de cefalosporina de 1ª y 2ª generación/ total cefalosporinas (% DDD de cefalosporinas)
  - Betalactámicos/ total de antibióticos
  - DHD de antibióticos (Dosis diaria definida ajustada por habitantes)

- Cobertura del programa del niño sano.

Nº de niños de 6 años revisados en programa de niño sano en el año anterior

Nº de niños de 6 años adscritos al Centro de Salud en el año anterior

Nº de niños de 9 años revisados en programa de niño sano en el año anterior

Nº de niños de 9 años adscritos al Centro de Salud en el año anterior

Nº de niños de 11 años revisados en programa de niño sano en el año anterior

Nº de niños de 11 años adscritos al Centro de Salud en el año anterior

**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: Noviembre 2006 ..... Fecha de finalización: Marzo 2008

Caleandario:

- Reuniones mensuales
- Actividad de consenso de hoja de registro Elección de indicadores. Marzo 2007
- Evaluación de indicadores hoja de registro: Inicial Abril 2007, Evaluación posterior Noviembre 2007
- Sesiones formativas antibióticos: Abril-Junio 2007. Evaluación mensual de indicadores de consumo de antibióticos.
- Incremento de cobertura programa del Niño sano: Inicial Junio 2007, Final Junio 2008



Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS  
MAELLA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

María Pilar Sánchez Grasa

Profesión

Médico

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

Fabara (C.S.Maella)

Correo electrónico

mpsanchez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976639230

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pedro Macarrón Pascual	Médico	C.S.Maella
Francisca López Brizzolis	Médico	C.S.Nonaspe
María Pilar Martínez Ayala	ATS	C.S Maella

### 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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

### 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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

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

### 8 - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

### 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.

#### Registro en historia de

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

#### Resultados

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

### 10 - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

#### Caleandario:

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis : Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el período en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación. Enero 2008



**De:** "begoña gargallo" <miguelbago@tele2.es>  
**Para:** <miguelbago@tele2.es>  
**Enviado:** martes, 23 de enero de 2007 18:33  
**Adjuntar:** header.htm  
**Asunto:** Diabetes Calidad convocatoria 2007 Anexo 2 (BECAS)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS CANTAVIEJA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MIGUEL ANGEL DE MINGO USÓN

Profesión

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Correo electrónico:

miguelbago@tele2.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

C. S. CANTAVIEJA 964 185252 CONSULTA FORTANETE 978 778127

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MIGUEL ANGEL SERRANO GODOY	MEDICO	C.S. CANTAVIEJA
CONCHA GARCÍA ROBRES	ENFERMERA	C.S. CANTAVIEJA
EUSEBIO APARICIO ROS	ADMINISTRATIVO	C.S. CANTAVIEJA

**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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector (o el propio centro si procede) se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

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

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

**7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LINEAS 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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	



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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

**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.

**Registro en historia de**

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

**Resultados**

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

**Cronograma:**

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis : Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el periodo en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008



Anexo 2

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)***PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD****1.- TÍTULO**MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS  
ALCORISA**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Nombre y apellidos

Carmen Sánchez-Celaya del Pozo

Profesión

Médico de Familia

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

Centro de Salud Alcorisa

Correo electrónico:

ccelayasalud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

tfn:978.88.30.7; / 626.49.80.59

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Magdalena Barrado Alloza	Médico	CS Alcorisa

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

**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 los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente, pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades en las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente quedando con frecuencia tareas "huérfanas" dentro de este proceso en particular. De las actividades realizadas en otros centros del sector se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso, considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

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

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

**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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE 30 historias clínicas.
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos a centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

### 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.

#### Registro en historia de

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

#### Resultados

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

Calendario:

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis: Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el periodo (en coordinación con plan de formación del sector). Contenido: Conocimiento de cifras objetivo en parámetros clave, Tratamiento de la diabetes, en función de las necesidades detectadas.
- Reevaluación: Enero 2008



120

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA (TERUEL).

### 2 - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ana M<sup>a</sup> García López

Profesión

Enfermera

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

CS ANDORRA

Correo electrónico:

agarcialo@salud aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José M <sup>a</sup> Turón Alcaine	Médico	C. S. de Andorra
M <sup>a</sup> Pilar Bustos Hernández	Auxiliar de enfermería	C. S. de Andorra

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

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

El problema se ha detectado en el último año a partir de diferentes incidentes críticos comunicados por diferentes profesionales. Estos se han referido fundamentalmente en relación a:

- Cajas de instrumental quirúrgico incompletas que obligan a abrir varias cajas para conseguir todo el material necesario durante un procedimiento, ya sea de sutura o de enfermería, en relación sobre todo con los períodos vacacionales de la auxiliar titular. Esto produce una imagen de desorganización objetivable por el paciente en situación de urgencia.
- Escasa disponibilidad del material de reciente compra (pinzas de Adson fundamentalmente), por posible retención por parte del personal. Desconocimiento del material existente en los consultorios de los pueblos de fuera de Andorra
- Con frecuencia se ha encontrado el material quirúrgico en los fregaderos tras las intervenciones, con el deterioro consiguiente del mismo
- Deficiente sellado del envasado del material quirúrgico con incidencias repetidas de envases abiertos.
- Ausencia de fecha de esterilización en el envase del material quirúrgico

#### 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. Optimizar el uso de los set quirúrgicos esterilizados, consiguiendo el material necesario sin demora en situación de urgencia, o en curas.
2. Optimizar el manejo del material quirúrgico tras la intervención con la finalidad de mejorar su conservación
3. Garantizar que el material que se utiliza está correctamente esterilizado en el momento del uso: fecha de pérdida de garantía de esterilización y especificación de la fecha de envasado.
4. Saber del material quirúrgico disponible tanto en el centro de salud como en los consultorios locales.
5. Detectar material deteriorado para reponerlo e investigar la causa de deterioro.
6. Saber el flujo del material quirúrgico: desde que se usa, se limpia, se esteriliza y se vuelve a colocar en el lugar correspondiente



Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	25%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	25%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	25%
	TOTAL	100%

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Designación de un responsable del procedimiento
2. Diseño de un procedimiento de gestión del material quirúrgico consistente en:
  - Elaboración de un set de material quirúrgico para suturas, curas de enfermería y cirugía menor. El material que debe contener cada set será determinado por consenso entre los profesionales implicados en cada una de las actividades referidas.
  - Inventario del material existente y determinación de necesidades de recursos de material en función de la composición de los sets. Determinación del número de sets que corresponden a cada consultorio. Determinar el material que debe existir en cada estancia según las necesidades de uso (tipo de material y número de existencias mínimas que debe haber).
  - Protocolo de manejo del material quirúrgico post intervención:
    1. Inmediatamente después de la utilización, depositar el instrumental usado en solución desinfectante a temperatura ambiente. Esta solución debe desecharse a las 48 horas.
    2. Limpiar el material con agua y jabón enjuagando bien con agua y secando posteriormente. Utilizar guantes y cepillos o esponjas no abrasivas (que no sean metálicos).
    3. Comprobar que ha quedado limpio. Comprobar que funcionan las tijeras e instrumentos similares articulados.
    4. Comprobar que está todo el material que le corresponde a cada set (Se incluirá fotografía del material de cada set, para sustituciones de la auxiliar)
    5. Esterilización en autoclave: según especificaciones del aparato
    6. Embalaje: cinta con control químico visible. Anotar la fecha de esterilización. Si se utiliza selladora se comprobará su funcionamiento correcto
    7. Almacenamiento. El material esterilizado no deberá permanecer más de tres meses sin ser utilizado. Pasado ese tiempo deberá reesterilizarse antes de su uso.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de  
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)**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

1. Cada set deberá contener al menos el denominado conjunto mínimo. Es decir:

\* Set de sutura en urgencias:

Mínimo

- Porta agujas estándar de 14-16 cms
- 1 pinza de Adson con dientes (1x2) de 12 cms
- 1 tijeras de Mayo de 14 cms, de punta roma, curvas o rectas

\* Set de cirugía menor.

Mínimo

- Porta agujas estándar de 14-16 cms
- 1 pinza de Adson con dientes (1x2) de 12 cms
- 1 tijeras de Mayo de 14 cms, de punta roma, curvas o rectas
- 2 o 3 mosquitos curvos sin dientes de 12 cms

\* Set de enfermería:

- 1 estilete
- 1 tijeras de Mayo de 14 cms de punta roma, curvas o rectas
- 1 pinzas de disección, sin dientes.
- 1 mosquito
- 1 Kocher

Responsable: Coordinadora de enfermería.

Frecuencia de medición: 1 vez al mes comprobará de forma aleatoria 1 de cada uno de los set

2. Los materiales que están empaquetados con termo sellado serán revisados una vez al mes, comprobando que su cierre es adecuado.
3. En los materiales empaquetados constará la fecha de esterilización. Frecuencia: 1 vez al mes se revisará el material empaquetado disponible para su utilización.
4. El material empaquetado disponible para utilizar deberá haber sido esterilizado hace menos de 3 meses. Frecuencia: 1 vez al mes se revisará el material empaquetado disponible para su utilización.

**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:

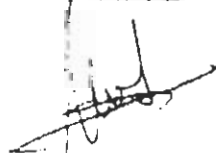
Fecha de finalización:

Calendario:

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

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
14 TIJERAS LISTER (140mm/ pequeñas)	14 x 9,35 = 130,9 €
9 TIJERAS LISTER (180 mm/ grandes)	9 x 30,55 = 274,95€
12 QUITAGRAPAS (plástico reciclable)	12 x 6,30 = 75,6 €
15 TIJERAS DE MAYO (curvas de 140 mm)	15 x 8,65 = 129 €
3 PORTA AGUJAS DE WEBSTER (140 mm)	3 x 13,40 = 40,2 €
6 PINZAS DE ADSON con dientes (1x2 de 120 mm)	6 x 56,95 = 341,7 €
12 PINZAS DE DISECCIÓN sin dientes (140 mm)	12 x 8,95 = 107,4 €
6 MOSQUITOS curvos (125 mm)	6 x 24,95 = 149,7 €
6 MOSQUITOS rectos (125 mm)	6 x 24,55 = 147,3 €
1 SELLO DE CAUCHO CON FECHADOR	1 x 24,33 = 24,33 €
<b>TOTAL</b>	<b>1.290,18 €</b>

Fecha y firma:



25-1-2007

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN EL CS CALANDA</p>
---

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos JULIO GARCÍA-ARÁEZ LÓPEZ</p> <p>Profesión MÉDICO</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD DE CALANDA</p> <p>Correo electrónico: jgarciaaraez@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978 84 70 19</p>
--

<u>3 - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SANZ ALMALE, ALFREDO	MÉDICO	C.S. CALANDA
CALVO MARTÍNEZ, JOSÉ ANTONIO	MÉDICO	C.S. CALANDA
GUALLAR PÉREZ, MARIANO	MÉDICO	C.S. CALANDA
MÉNDEZ CAÑETE, YOLANDA	MÉDICA	C.S. CALANDA
CHAMOCHO OLMOS, ELVIRA	D.U.E	C.S. CALANDA
LLORCA CAMARASA, MIGUEL	D.U.E	C.S. CALANDA
DOBATO LIEBANA, M <sup>a</sup> ANGELES	D.U.E	C.S. CALANDA
GAUTHIER ALFARO, YOLANDA	D.U.E	C.S. CALANDA

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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

La saturación de las consultas, la gran frecuentación de los enfermos por enfermedades crónicas y el hecho de la cronicidad de la diabetes hace que a la larga estos enfermos, a pesar de ser visto muy frecuentemente en la consulta, no lleven un buen control de su enfermedad y que el registro en su historia clínica de las actividades y pruebas clínicas que se le han realizado sea deficiente, así como llevar la programación de las actividades que se deben realizar a estos pacientes.

Desde los primeros protocolos de diabetes en Atención Primaria, no se recuerdan en la zona otras actividades formativas que las de la industria. El conocimiento sobre diabetes se ha incrementado con el paso del tiempo considerablemente pero no existen garantías de que haya llegado a los profesionales. Por otra parte, aunque existe una cartera de servicios en Atención Primaria, no se delimitan las responsabilidades de las tareas de los respectivos profesionales que intervienen en los procesos, de tal manera que cada profesional (en el binomio médico/enfermera) asume la tarea que cree conveniente, quedando con frecuencia tareas "huerfanas" dentro de este proceso. De las actividades realizadas en otros centros del sector se han encontrado problemas en la realización de actividades de detección de complicaciones, en la idoneidad de perfiles analíticos, o en la consecución de resultados intermedios que pretendemos mejorar. Este subproceso considerado clave por la dirección del sector y la comisión de calidad del sector ha sido presentado en el centro de salud y se ha consensuado en el equipo el comienzo de esta actividad de mejora.

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

- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con exploración de complicaciones según protocolo (fondo de ojo, ECG, microalbuminuria, Neuropatía, vasculopatía)
- Incrementar la cobertura de pacientes diabéticos con perfil analítico adecuado según las guías (HBA1C, LDL...)
- Mejorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las guías actuales
- Mejorar los resultados intermedios de control en los parámetros clave de la enfermedad (HBA1C, LDL, Presión arterial, IMC, microalbuminuria)

**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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Audit clínico de criterios de calidad del proceso de diabetes basados en las guías MBE. 30 historias clínicas
- Tratamiento estadístico y presentación de los datos al centro y a la comisión de calidad del sector
- Reunión: brainstorming de causas hipotéticas de la mala calidad
- Presentación por responsable de la comisión de calidad, de documento de equipo multidisciplinar de mejora del sector sobre las tareas a realizar en el proceso de diabetes. Documento de registro. Sugerencia de reparto de tareas, y frecuencia de las mismas.
- Reunión de equipo para consensuar la adopción de las tareas por cada profesional
- Formación en base a las necesidades detectadas en el audit y en las referidas en la reunión de equipo.

**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.**Registro en historia de**

- al menos un FONDO DE OJO en el último año
- al menos un ECG en los últimos 3 años
- al menos un Cociente albúmina creatinina en el año anterior
- Exploración de pulsos distales en el año anterior
- Exploración con monofilamento en el año anterior

**Resultados**

- % pacientes con LDL menor de 100 en la última analítica del año
- % de pacientes con macroalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con microalbuminuria en la última analítica del año
- % de pacientes con media de dos tomas de PA  $\leq$  140/90 en el año anterior
- % de pacientes con HBA1C  $\leq$  7,5 en el año anterior

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1/2/7

Fecha de finalización: 1/2/8

**Caleandario.**

- Audit clínico: Febrero 07
- Análisis: Marzo 07
- Presentación y brainstorming: Abril 07
- Reunión de consenso reparto de tareas: Mayo 07
- Formación: Sesiones en todo el periodo en función de necesidades detectadas (en coordinación con el sector).
- Reevaluación: Enero 2008



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1. - TITULO:

PROYECTO PARA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO, EN EL  
AMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ (Teruel)

### 2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: CARMEN BURGUES VALERO

Profesión: DIPLOMADA EN ENFERMERÍA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): ENFERMERA DE ENLACE DEL SECTOR,  
C. S. ALCAÑIZ

Correo electrónico: cburgues@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 620 82 77 70 y 978 83 17 18 Ext. 325

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José M <sup>a</sup> Turón Alcaine	Médico	C. S. Andorra
Mónica Agud	Enfermera	Sector Alcañiz
Laura Sender	Enfermera	C. S. Alcañiz
Asunción Casamian	Enfermera	C. S. Hajar
Ana M <sup>a</sup> García López	Enfermera	C. S. Andorra



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

En el año 2006, el SALUD publicó el programa de atención a crónicos dependientes. Se ha creado un equipo de mejora en nuestro sector con la finalidad de adaptarlo a la práctica diaria y de conseguir su implantación. Para el análisis de la situación previa se realizó una sesión de brainstorming que finalizó con la elaboración de un diagrama de Ishikawa. Estos fueron los puntos más relevantes.

##### Identificación de la oportunidad de mejora:

Tenemos el índice de envejecimiento más alto de la CCAA, que es el que más recursos de enfermería consume. Se ha cifrado en nuestro país que entre el 72 y el 96% de los ancianos presentan trastornos crónicos con un número medio de enfermedades crónicas declaradas entre 1,2 y 4,2. Las enfermeras de atención primaria y hospital tienen actividades propias, determinadas por los planes de cuidados, cuyo grado de realización no se conoce por no existir registros específicos y comunes que definan el trabajo realizado, trayendo como consecuencia actividades aisladas, ajustadas en su mayoría, a las actuaciones derivadas de los programas definidos en la cartera de servicios y en su mayoría referidas a problemas de colaboración. La creación de un registro único para todos los profesionales enfermeros del sector que se ajuste al modelo enfermero adoptado por el Servicio Aragonés de la Salud, facilitará la comunicación de las actuaciones de los profesionales, así como la definición ordenada, bajo un mismo modelo, de la situación de salud de los usuarios; en el caso que nos ocupa centrados en el Programa de Atención al Enfermo Crónico Dependiente como grupo de población diana.

La Valoración y Planificación de las Actividades de Enfermería están dispersos y poco definidos administrativamente, y esto se traduce en una consecuencia:

- Falta de optimización del potencial de trabajo enfermero, debido a:
  1. Desconocimiento por parte de los otros profesionales que intervienen en el proceso de salud del paciente, del trabajo que realiza la enfermera.
  2. Falta de conexión con profesionales como los Trabajadores Sociales, que intervienen directamente en el P.A.E.C.D., siendo la enfermera, el profesional que define los cuidados y el que debe dar la información para activar el recurso adecuado mediante su informe de cuidados.
  3. En ocasiones, los ciudadanos solicitan recursos sociales, sin que se realice una valoración de su estado de salud, o se informe de la petición a profesionales 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**Objetivos

- General: Implantar el registro del proceso enfermero en el ámbito de la atención primaria, para proporcionar unos cuidados adecuados.

- Específicos

- Conseguir un registro único de enfermería en atención primaria, del sector de Acañiz
- Formar a los enfermeros de A. P. del Sector para trabajar de acuerdo al modelo de enfermería propuesto por el Salud (Virginia Henderson)
- Detectar los crónico dependientes del sector.
- Seguimiento de lo pacientes crónico dependientes con valoración. ( 14 necesidades de V. H. , de las necesidades de la vida diaria, cognitiva, y detección de riesgo social), diagnósticos enfermero, y planes de cuidados.
- En caso de riesgo social, derivación a los servicios sociales oportunos.

- Objetivo a medio plazo: estandarización del proceso de enfermería para cualquier procedimiento

**7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LINEAS 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

Lineas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	35%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
<b>TOTAL</b>	100%	

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

Siendo este año la población diana, los pacientes incluidos en P.A.E.C.D. (Programa de Atención al Enfermo Crónico Dependiente). Se ha diseñado un protocolo, del que adjuntamos a continuación los apartados más reseñables:

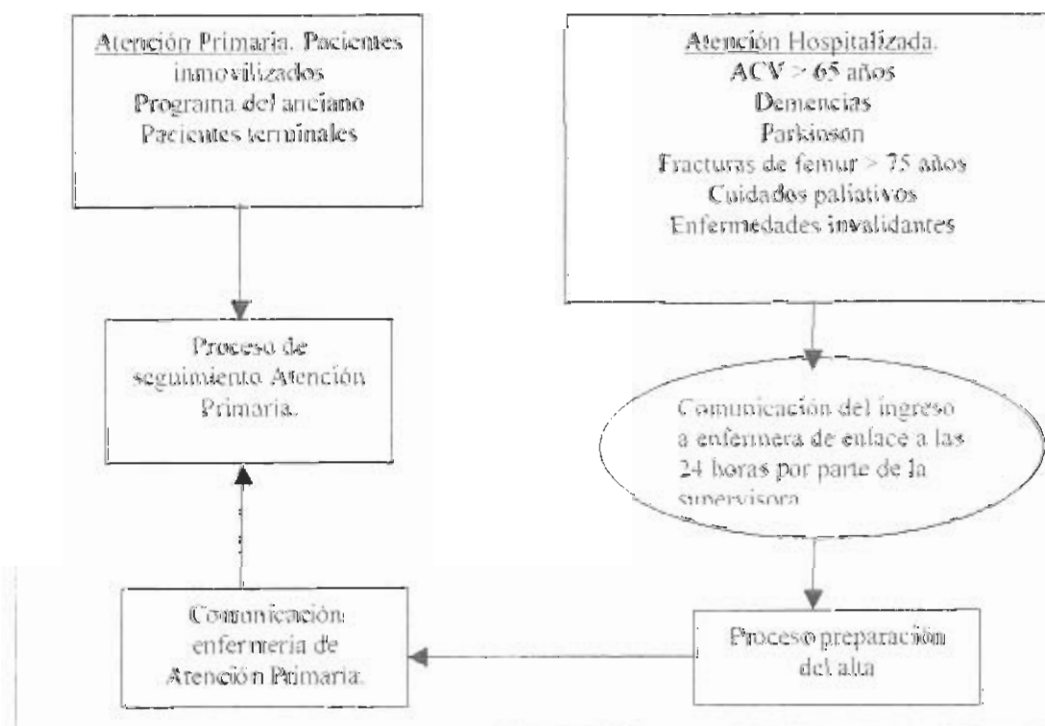
**1. - CAPTACIÓN DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE INCLUSIÓN EN PROGRAMA:**

Detección sistemática:

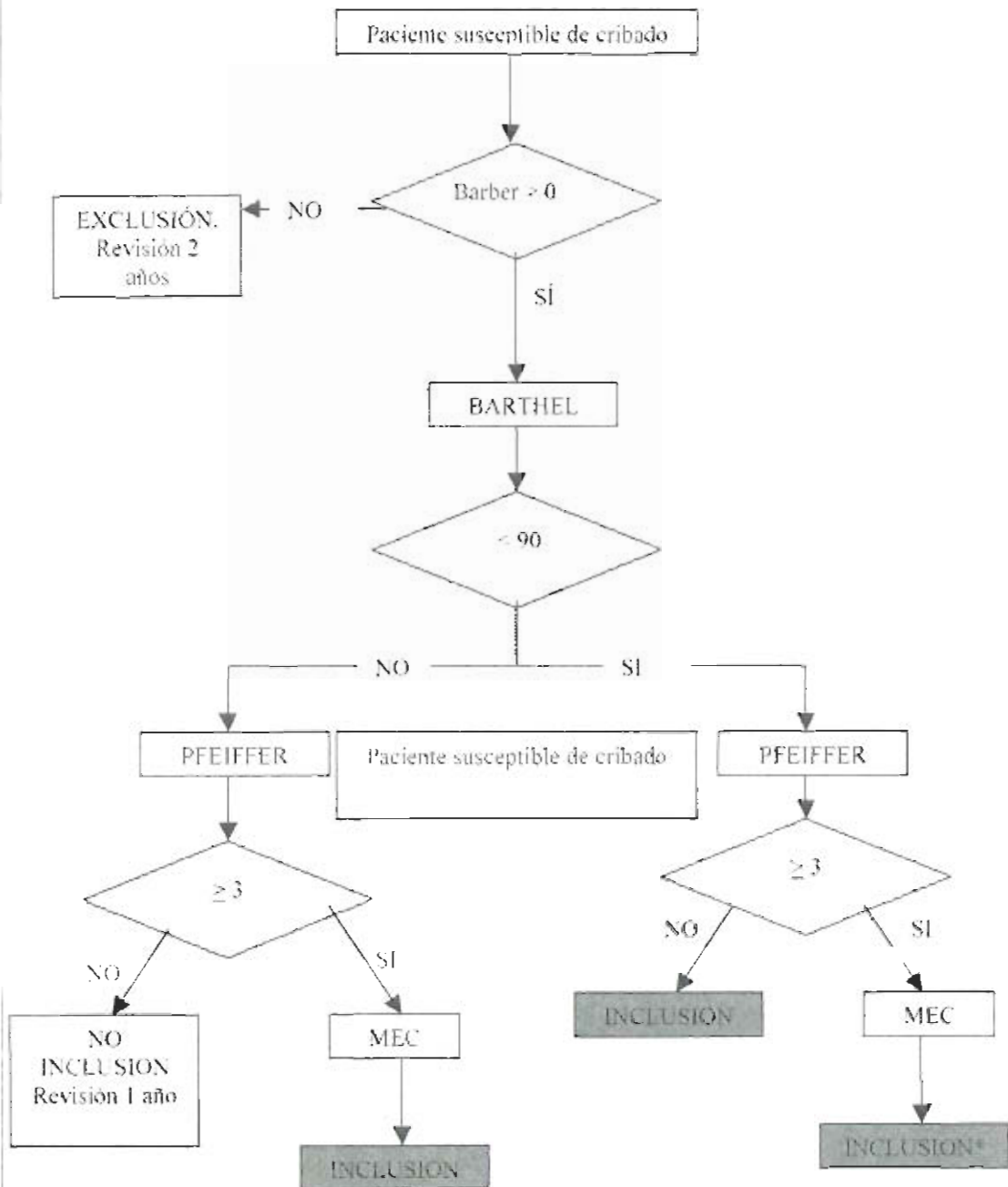
- Censo de atención a pacientes inmovilizados, mayores de 75 años y terminales
- Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria con sospecha de CD.

Detección oportunista:

- Pacientes atendidos en otros programas de crónicos. EPOC, diabetes...
- Campaña de vacunación de la gripe (> 65 años y enfermedades de riesgo)
- Al abrir historia clínica, preguntar por composición de núcleo familiar para detectar si hay algún miembro dependiente aunque la convivencia sea intermitente.
- Consulta y atención continuada (sospecha por cualquier miembro del equipo)
- Informe de especialistas y altas hospitalarias.
- Pacientes con recetas que precisan sellado (pañales)
- Pacientes con ILT
- Trabajador social SALUD y Comarca. Comunicación de usuarios que solicitan prestaciones sociales: ayuda domiciliaria, teleasistencia, ingreso en residencia.
- Pacientes detectados por asociaciones que trabajan con personas con enfermedades crónicas discapacitantes

**Vía de entrada a proceso crónico dependiente**

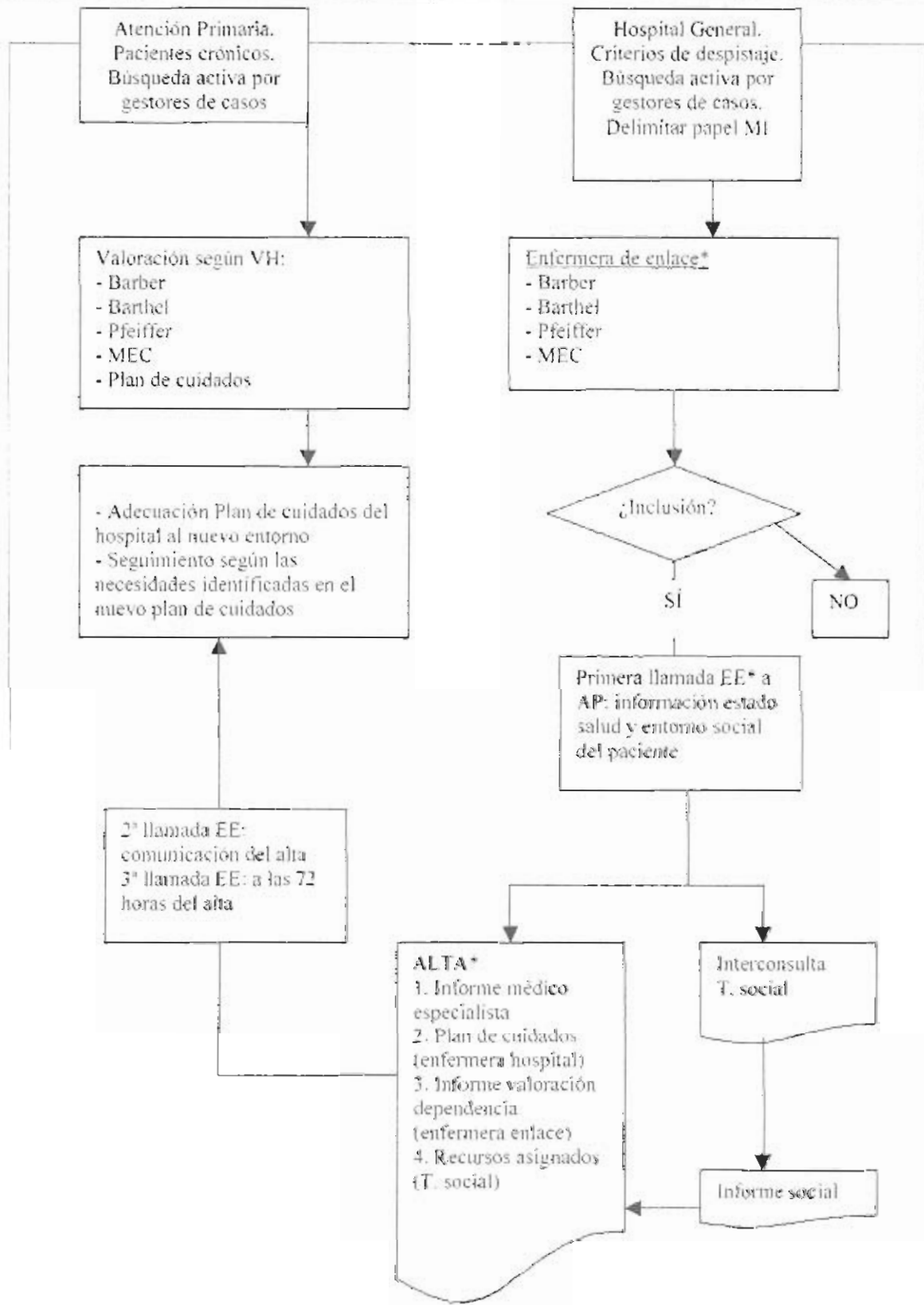
2. - CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL P. A.E.C.D.



■ Cuidados continuos de mantenimiento

■ Cuidados básicos de mantenimiento

\* Valorar test de Zarit al cuidador



**3. - PROCEDIMIENTO VALORACIÓN ENFERMERA /O:**

Creación de un registro específico del proceso de enfermero. Incluye:

- Valoración: de las 14 necesidades de Virginia Henderson de las necesidades básicas de la vida diaria (Barthelemy), valoración cognitiva (Pheiffer y /o MEC) valoración de riesgo social.
- Diagnósticos de enfermera
- Planes de cuidados, seguimiento de programas, problemas de colaboración...
- Caso necesario se contempla derivación a médico, trabajador social, y otros profesionales.
- Tratamientos farmacológico.

Formación a los enfermeros del sector en Valoración, diagnósticos enfermero y planes de cuidados según el Modelo de Virginia Henderson.

**4. - PROCEDIMIENTO T. SOCIAL:** reunión con los trabajadores sociales de SALUD y comarcas de la zona con la finalidad de mejorar el circuito. Actividad: diseñar circuito actual del proceso y futuro.

**5. - INTERVENCIONES:**

- Creación de hoja de valoración integral de enfermería, con problemas de colaboración, de dependencia, e independencia (diagnósticos enfermero) y plan de cuidados
- Actividades formativas a enfermería sobre valoración integral, diagnósticos enfermero y planes de cuidados
- Diseño proceso de enfermera de enlace.
- Información a los centros sobre el proceso de valoración social y adjudicación de recursos sociales.

**6. - LIMITACIONES POSIBLES:**

- Sólo 2 t. sociales para la zona posible sobrecarga en caso de buena implantación del programa
- Aceptación por los profesionales de enfermería del sector de la hoja de valoración
- Falta de recursos para la formación del 100 % de los enfermeros del sector

<sup>1</sup> Pendiente conversación con t. social del SALUD

**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

1. Estudio cualitativo **aceptación** de la hoja por el personal de enfermería. Metodología. Estudio Delphi. Cuestionario anónimo a realizar por los profesionales de enfermería para ser realizado en los centros de salud. Ya realizado

Cuestionario: ¿Qué le sobra a la hoja? ¿Qué le falta? ¿Qué se puede hacer para mejorarla?

2. Indicadores:

- Actividades de detección

- Número de pacientes con valoración enfermera en el nuevo registro (hoja lila) / número total de pacientes en programa de crónico dependiente censados durante 2006
- Número de pacientes no dependientes, con valoración enfermera en el nuevo registro (hoja lila)/total de valoraciones realizadas durante el 2006.

- Actividades de proceso:

- Los pacientes con un Pfeiffer superior a 4 deberán ser valorados posteriormente con un MEC. Excepción: pacientes con diagnóstico previo de demencia.

INDICADOR: Pacientes con Pfeiffer  $\geq 3$  con MEC realizado / Total Pacientes con Pfeiffer  $\geq 3$

- La valoración de Virginia Henderson son 14 necesidades para poder valorar al individuo en su conjunto. En el estudio Delphi que se llevo a cabo para valorar ¿Qué le sobra a la hoja? ¿Qué le falta? ¿Qué se puede hacer para mejorarla?, algunas de las respuestas fueron que le sobraban las necesidades:

7: "mantener la tª corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y el ambiente".

10: " comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades temores u opiniones".

11: "Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias".

12: "Ocuparse de algo de manera que su valor tenga un sentido de realización personal"

13: "Participar en actividades recreativas".

y 14: "Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles".

Ante esas opiniones, se dio formación sobre valoración según Virginia Henderson y se han modificado las preguntas en el documento de valoración, para que sea más operativa la información que proporcionan dichas necesidades. Por lo que entendemos se deben monitorizar dichas necesidades ya que son claves para la implantación del modelo en cuestión, ya que son las áreas de la persona que menos se trabajan en otros modelos de enfermería usados hasta la fecha.

INDICADOR: nº de valoraciones enfermera que NO cumplimentan dichas necesidades (7, 10, 11, 12, 13, y 14) /total de valoraciones. (un indicador por necesidad = 6 indicadores)

- Número de pacientes en PAECD con planes de cuidados/ número total de pacientes en PAECD

*Cada año se evaluarán los incidentes críticos que produzca este programa con las actualizaciones correspondientes.*

#### 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: Enero 2006

Fecha de finalización:

Calendario:

- Enero – Febrero 2006 : Presentación del Registro (hoja lila) por los C. S. del Sector
- Abril – Mayo 2006 : Presentación del P. A. E. C. D por los C. S. del Sector
- Mayo 2006 : 1er Seminario de Formación para todos los enfermeros del Sector (con sustitución laboral) sobre " Valoración y Entrevista Clínica" (8 horas de formación)
- Junio 2006 : 1er muestreo de cumplimentación del registro propuesto y 1ª encuesta Delphi
- Septiembre – Octubre 2006 : 2ª encuesta Delphi
- Diciembre 2006: Evaluación del Registro Propuesto en todas las historias cumplimentadas en el Sector.
- Enero 2006: modificación y reimpresión del registro de enfermería con las aportaciones resultantes del 2º Delphi.
- Febrero – Marzo 2007 : 2º Periodo de Formación ( 2 días ) a todo el personal de enfermería del Sector sobre " Diagnósticos y Planes de Cuidados "
- Último cuatrimestre 2007: evaluación de los indicadores propuestos en este proyecto.



**11.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<i>Material /Servicios</i>	<i>Euros</i>
➤ Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) Editorial: Mosby , Elsevier (Para cada uno de los 12 centros de Salud del Sector)	16 x 50 € = 800 €
➤ Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) Editorial: Mosby, Elsevier (Para cada uno de los 12 centros de Salud del Sector)	16 x 50 € = 800 €
Formación: Método para la elaboración de planes de cuidados estándar e introducción a las trayectorias /vías clínicas (20 horas) Profesora: Paqui Pérez Robles: Experta en procesos de mejora, Profesora de la EUI Sant Joan de Déu, directora del postgrado "el equipo transdisciplinar en las trayectorias clínicas".	150 € x 20 h. = 3.000 €
<b>TOTAL</b>	<b>4.600 €</b>

Fecha y firma:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Implantación de un programa de valoración del estado nutricional y soporte nutricional en pacientes ingresados en el Hospital de Alcañiz

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Mercedes Gimeno Gracia

Profesión:

Farmacéutica

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

Servicio de Farmacia. Hospital de Alcañiz

Correo electrónico:

faralcaniz@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978830100 ext.164

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Campos Rivas, Ramiro	Internista	Hospital de Alcañiz
Clavero Vicente, Enrique	Traumatólogo	Hospital de Alcañiz
García Barrecheguren, Elena	Traumatóloga	Hospital de Alcañiz
Gimeno Orna, Jose Antonio	endocrino	Hospital de Alcañiz
Hernández Cocera, Juan	Enfermero de Farmacia y Hospital de día	Hospital de Alcañiz
Lecina Galve, Fernando	Traumatólogo	Hospital de Alcañiz
Llorens Palanca, Dolores	Supervisora de enfermería de farmacia	Hospital de Alcañiz
Mata Martín, Jose Maria	Traumatólogo	Hospital de Alcañiz
Mauraín Viloría, Ana	Traumatóloga	Hospital de Alcañiz
Moya Gómez, M <sup>a</sup> Teresa	Enfermera de Farmacia	Hospital de Alcañiz
Torre Iglesias, Carmen	Traumatóloga	Hospital de Alcañiz

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

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

Diversos estudios muestran que entre 30-55% de los pacientes ingresados en hospitales tienen algún grado de desnutrición, siendo la edad un factor crucial a tener en cuenta. Así, este proyecto sería de gran utilidad en un hospital comarcal con población de avanzada edad como es el nuestro.

La detección de pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición se haría mediante recogida de datos antropométricos, analíticos, clínicos y nutricionales, iniciando en pacientes ingresados del Servicio de Traumatología y posteriormente extendiéndolo al resto del hospital paulatinamente.

Intervención nutricional más adecuada en cada caso (suplementos, nutrición enteral,...) y seguimiento

**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**

Prevención y corrección de deficiencias nutricionales en pacientes ingresados, lo que conllevaría una disminución del riesgo a desarrollar complicaciones (aumento de la incidencia de infecciones, dehiscencias, reintervenciones y pérdida en la eficacia de procedimientos terapéuticos para los que ingresan, como cirugía o quimioterapia), así como una posible menor estancia hospitalaria, con un descenso de morbilidad

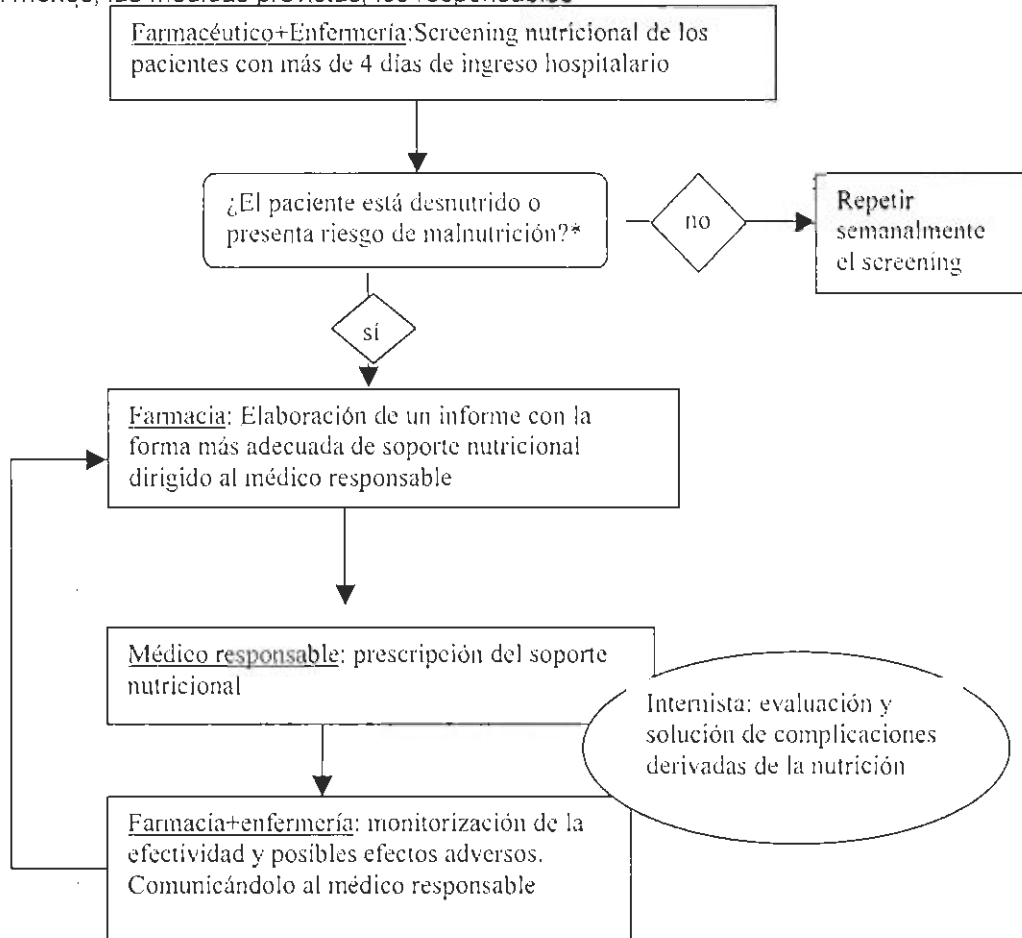
**7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

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%	75
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	0
<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%	10
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables



\*Metodología utilizada: MNA <24 , IRN < 97.5  
 $IRN = 1,519 \times \text{albúmina} + 0,417 \times (\text{peso actual/peso habitual}) \times 100$   
 MNA

**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: 01/02/2007

Fecha de finalización: 31/01/2008

Calendario:

Se comenzará por el Servicio de Traumatología



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TITULO

"Evaluación de la eficacia y seguridad de un programa de suplemento sistemático con yodo de la mujer gestante"

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO:

José Antonio Gimeno Orma

Profesión: FEA Endocrinología

Lugar de trabajo: Hospital Comarcal Alcañiz

Correo electrónico: jagimeno@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978830100 - 118

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Isabel Negredo Quintana	FEA Obstetricia	Hospital Alcañiz
Alberto Almeida Herranz	FEA Obstetricia	Hospital Alcañiz
Maria Angeles Vera Ruiz	FEA Bioquímica	Hospital Alcañiz
Beatriz Boned Juliani	FEA Bioquímica	Hospital Alcañiz
Carmelo Guerrero Lateona	FEA Pediatria	Hospital Alcañiz

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

La prevalencia de hipotiroidismo en mujeres gestantes es elevada, pudiendo estimarse en un 2,5% (1). La falta de tratamiento o el incorrecto tratamiento del hipotiroidismo puede asociarse a un pronóstico gestacional adverso (1-2) y a trastornos cognitivos en el niño (3). Por otra parte, la presencia de anticuerpos antitiroideos positivos, aun con función tiroidea normal, predice también la aparición de complicaciones durante la gestación (4) y la aparición de disfunción tiroidea postparto. Se ha descrito que más de un 10% de las mujeres gestantes tienen anticuerpos antiperoxidasa (TPOAb) + (5).

Por todo ello cada vez hay más opiniones favorables a recomendar el screening universal de función tiroidea durante la gestación (6-7).

También hay que tener en cuenta que actualmente se acepta la necesidad de suplementar con 150 - 200 mcg de yodo a las mujeres gestantes (8-10). El objetivo es conseguir iodurias entre 150 y 250 mcg/L, lo que correspondería a ingestas de entre 225 y 375 mcg/día aproximadamente. Sus beneficios a nivel poblacional están fuera de toda duda. No obstante, en mujeres con patología autoinmune tiroidea, este suplemento de yodo podría aumentar la incidencia de hipotiroidismo. En un trabajo reciente (11), en poblaciones con iodurias superiores a 200 mcg/L (esperables en las mujeres gestantes suplementadas) se incrementaba la aparición de hipotiroidismo, si los sujetos eran TPOAb +, respecto a poblaciones con iodurias inferiores a 100 mcg/L.

- 1.- Lazarus JH. Screening for thyroid disease in pregnancy. *J Clin Pathol* 2005; 58: 449-52.
- 2.- Abalovich M. Overt and subclinical hypothyroidism complicating pregnancy. *Thyroid* 2002; 12: 63-8.
- 3.- Haddow JE. Maternal thyroid deficiency and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med* 1999; 341: 549-55.
- 4.- Primmell MF. Thyroid autoimmunity and miscarriage. *Eur J Endocrinol* 2004; 150: 751-55.
- 5.- Bagis T. Autoimmune thyroid disease in pregnancy and the postpartum period: relationship to spontaneous abortion. *Thyroid* 2001; 11: 1049-53.
- 6.- Gharib H. CONSENSUS STATEMENT: Subclinical thyroid dysfunction: a joint statement on management from the American Association of Clinical Endocrinologist, the American Thyroid Association and the Endocrine Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 581-5.
- 7.- Negro R. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 2587-91.
- 8.- Grupo de Trabajo de trastornos por déficit de yodo de la SEEN. Déficit de yodo en España. Situación actual. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 9.- Zimmermann M. Iodine supplementation of pregnant women in Europe: a review and recommendations. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 979-84.
- 10.- The Public Health Committee of the American Thyroid Association. Iodine supplementation for pregnancy and lactation - United States and Canada: Recommendations of the American Thyroid Association. *Thyroid* 2006; 16: 949-51.
- 11.- Teng W. Effect of iodine intake on thyroid disease in China. *N Engl J Med* 2006; 354: 2783-93.

**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.- Conseguir una ingesta adecuada de yodo en las mujeres gestantes para un desarrollo óptimo de su gestación.
- 2.- Detectar la presencia de enfermedad autoinmune tiroidea, mediante screening universal de TPOAb y TSH, en las mujeres gestantes.
- 3.- Monitorizar las hormonas tiroideas de las gestantes con autoinmunidad positiva, pero con función tiroidea inicial normal, para detectar la aparición de disfunción tiroidea durante el embarazo y el periodo postparto.
- 4.- Tratar a las gestantes con disfunción tiroidea prevalente o incidente para mantener las hormonas tiroideas dentro de la normalidad, con el objetivo de igualar su pronóstico gestacional al de las mujeres con TPOAb negativo.
- 5.- Monitorizar la ingesta real de yodo, estimada a partir de la ioduria (mcg/L), de las gestantes TPOAb positivas, para evitar consumos excesivos.

**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

<b>Líneas de intervención</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>%</b>
<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%	40
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>



## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

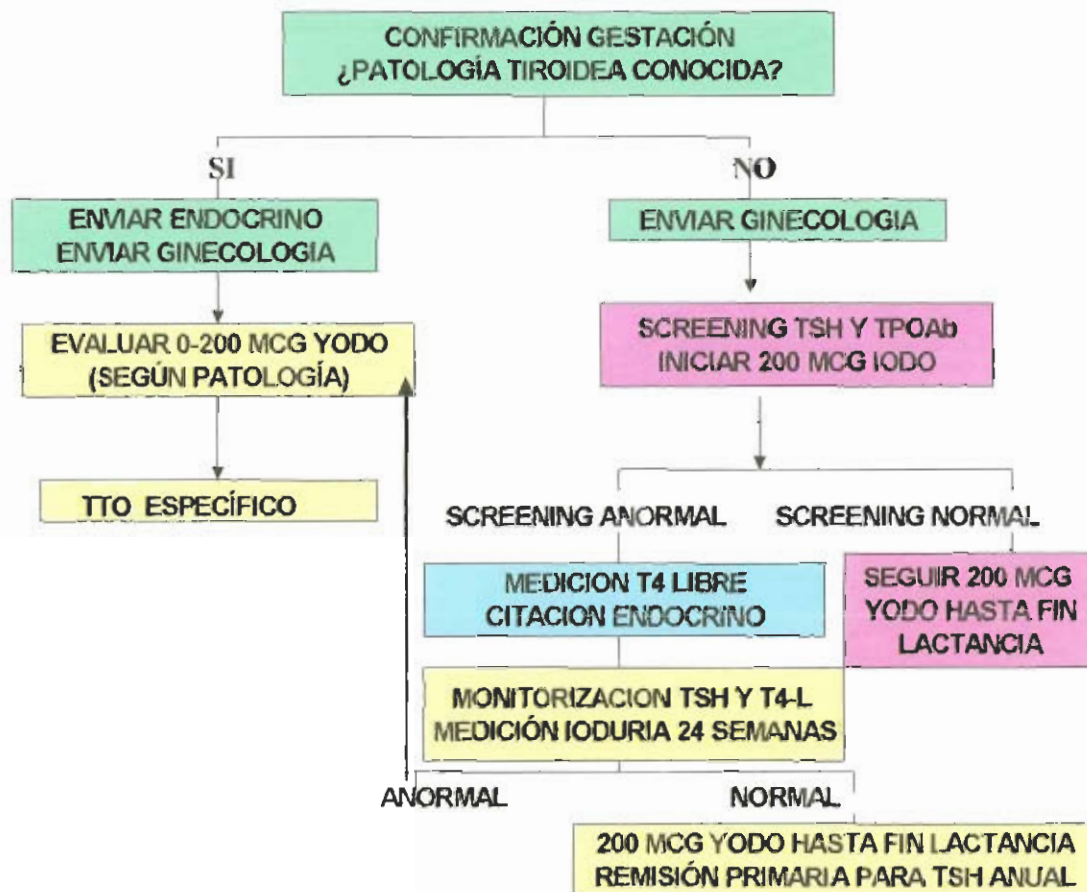
A continuación se expone el algoritmo de trabajo propuesto, identificándose con código de colores las intervenciones a realizar por cada servicio.

**El médico de primaria** se encargaría de derivar a la gestante a ginecología. Además enviaría a endocrinología a aquellas gestantes con patología tiroidea conocida pregestacionalmente. Opcionalmente podría ya inicial suplemento con 200 mcg de yodo.

**El ginecólogo** incluiría la petición de TSH y TPOAb en el primer perfil gestacional, además de iniciar suplemento con yodo en aquellas gestantes en las que no lo hubiese iniciado el médico de primaria. Si el screening es normal (TSH dentro del rango de referencia y TPOAb negativos) se mantendría el suplemento con yodo hasta el fin de la lactancia.

**El servicio de bioquímica** procesaría automáticamente la T4 libre en gestantes con screening anormal y generaría la cita automática para endocrinología.

se seguirían las gestantes con patología tiroidea pregestacional conocida y aquellas con screening anormal (TSH fuera del rango de referencia ó TPOAb positivos). Se monitorizará la función tiroidea, se medirá ioduria, y se mantendrá o no el suplemento de yodo en función de los resultados.



**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

**INDICADOR 1: Proporción de gestantes suplementadas con yodo.** En el primer año se propone un estándar del **80%**.

**INDICADOR 2: Proporción de gestantes con screening de patología tiroidea.** En el primer año se propone un estándar del **80%**.

**INDICADOR 3: Proporción de gestantes con resultados anormales del screening seguidas en servicio de endocrinología.** Se propone un estándar del **90%**.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

**Fecha de inicio: 1 de febrero de 2007** | **Fecha de finalización: 1 febrero de 2008?**

Aunque la primera evaluación puede hacerse en un periodo de 1 año, la intención es mantener el programa de modo indefinido.

<b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</b>	
<b><u>Material/Servicios</u></b>	<b><u>Euros</u></b>
Asistencia congreso calidad asistencial (3 personas)	600 x 3 = 1800
Ordenador portátil	1200 x 1 = 1200
<b>TOTAL</b>	<b>3000 €</b>

Fecha y firma: 23/1/07



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MANEJO INTEGRAL DEL AIT Y DEL ACV: OPORTUNIDADES DE MEJORA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSÉ ANTONIO OLIVÁN USIETO

Profesión

NEURÓLOGO

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

HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Correo electrónico:

jolivan3@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978830100 613-518

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JESÚS LASSO OLAYO	MÉDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
EDUARDO AGUILAR CORTÉS	MÉDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
RAMIRO CAMPOS RIVAS	MÉDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
FERNANDO ALCAINE CHAURE	MÉDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
MIGUEL JOSÉ ARRANZ SOLER	MÉDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
JOSÉ ANTONIO GIMENO ORNA	MÉDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
CARMEN BURGÚES VALERO	ATS	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
VICTORIA CORRIOL PALLÁS	ATS	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
RAFAEL SAEZ GUALLAR	MÉDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

El hospital está comenzando la elaboración de un programa de gestión de la calidad, una de cuyas líneas estratégicas va a ser el desarrollo de procesos asistenciales clave, realizando procedimientos como resultado de la adaptación para el hospital de la selección de guías basadas en la mejor evidencia disponible. A este respecto se realizó una reunión para determinar prioridades en el servicio de medicina interna, una de las cuales resultó el ictus, que por razones de oportunidad en función de la disponibilidad de una guía basada en la evidencia en castellano, va a servir de pilotaje a un modelo de adaptación de guías en el hospital.

La patología vascular es cada vez más importante en una población avejentada y sometida a numerosos factores de riesgo arterial. La atención del ACV no es más que un hito, siempre tardío, en la atención de los pacientes. Las medidas de prevención primaria y secundaria, el tratamiento integral (cuidados de enfermería y fisioterapia) y en suma: el abordaje multidisciplinar; resultan factores claves en un proceso del que suele pensarse "que poco puede hacerse".

Es importante divulgar la patología cerebrovascular en la población general, atención primaria, hospitalización y familiares.

El hospital de Alcañiz cuenta desde fechas recientes con la posibilidad de realizar eco-doppler de troncos supraaórticos y transcraneal. Va a suponer una atención urgente y posibilidad de cribado de recidivas en AITs desde el área de urgencias, y así, evitar el ingreso en los casos seleccionados mediante esta técnica.

El eco-doppler de TSA permitirá la clasificación más exacta de los casos atendidos en el hospital: base de datos de ACVs atendidos en el hospital en 1 año.

El doppler transcraneal =test de burbujas= puede ser útil en la valoración de patologías con sospecha de shunt izquierda derecha y evitar, en algunos casos, la realización de ecografía transesofágica, prueba "molesta" y de la que no se dispone en el hospital.

Se ha demostrado que el tratamiento rehabilitador iniciado precozmente (la primera semana) proporciona mejores resultados. Se considera idóneo un proceso rehabilitador con objetivos planificados, para ser desarrollados a lo largo de diferentes ámbitos de atención, con la finalidad de proporcionar continuidad del tratamiento y optimizar el tratamiento. Sin embargo uno de los objetivos de este proyecto será delimitar la capacidad de los servicios del sector para absorber este tipo de demanda y las alternativas disponibles.

La planificación del alta hospitalaria con la colaboración de la enfermera de enlace y el desarrollo de una línea específica de intervención sobre el ictus en Atención Primaria, dentro del proceso de enfermería de atención al paciente crónico dependiente, permitirá un abordaje integral de estos pacientes, que incluirá la valoración de necesidades de apoyo social que debe repercutir en una mejora de la calidad de vida. A este objetivo debe colaborar también la utilización de métodos (guía para pacientes) para proporcionar información a los pacientes y familiares que debe ayudar a prevenir el stress familiar, implica a los familiares en el proceso de rehabilitación.

**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 "cultura" del ictus en la población de referencia
- Facilitar la relación Primaria-Especializada y fomentar las medidas de prevención primaria y secundaria.
- Reducción de ingresos en los pacientes con AITs seleccionados.
- Base de datos del ictus en el Hospital de Alcañiz.
- Manejo homogéneo del ictus en el área de salud de Alcañiz.
- Favorecer la continuidad del proceso de rehabilitación en Atención Primaria.
- Incrementar la formación de pacientes y familiares con respecto al ictus
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con ictus y sus familias

**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

<b>Líneas de intervención</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>%</b>
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	<b>30%</b>	<b>30</b>
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	<b>35%</b>	<b>20</b>
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	<b>25%</b>	<b>20</b>
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	<b>10%</b>	<b>30</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Partiremos de la guía de ictus de la Generalitat de Catalunya editada en castellano y publicada en Guía Salud, que está siendo revisada por los coordinadores de calidad del hospital y sector con el instrumento Agree.
- Se va a crear un equipo de mejora coordinado por el neurólogo del hospital, que tendrá carácter multidisciplinar ya que en él participarán profesionales de todas las especialidades referidas en este protocolo, es decir, urgencias, neurología, medicina interna, rehabilitación y fisioterapia, enfermería hospitalaria y de atención primaria.
- El método de trabajo consistirá en revisar los capítulos de la guía. Se adjudicará para revisar a cada profesional el capítulo relacionado con su especialidad, con la finalidad de que presente después una sesión al grupo de mejora, con el contenido de la guía, la descripción de los puntos de difícil factibilidad con los recursos del hospital, y las alternativas posibles avaladas con la mejor evidencia disponible. Finalmente, en cada sesión el grupo deberá consensuar el contenido definitivo del capítulo en caso de que haya modificaciones a la guía original.
- Finalmente queremos producir un documento extenso que esté presente en los ordenadores de las plantas con finalidad de consulta, así como un formato de bolsillo reducido con algoritmos que pueda ser fácilmente accesible.
- Se determinará la necesidad de alianzas con los hospitales de referencia, para coordinar las derivaciones que superen los recursos del hospital de Alcañiz.
- Se crearán registros de ACV y se monitorizarán indicadores con una periodicidad que variará en función de la incidencia que tenga el hospital
- Divulgación y cursos de actualización en ictus.

**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

Nº de pacientes diagnosticados en urgencias de AIT valorados con ecodoppler en menos de 24 horas / Nº de pacientes diagnosticados en urgencias de AIT.

Porcentaje de reducción de la estancia media.

Se desarrollarán indicadores basados en la idoneidad del tratamiento recibido en urgencias hospitalarias (farmacológico y derivación a hospitales de referencia), y también en prevención secundaria (incluido farmacológico y rehabilitador).

Cuestionario calidad de vida a los pacientes atendidos por AIT/ICTUS? (SF 36 o similar)

**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 2007

Fecha de finalización: marzo 2008



## Calendario:

FEBRERO-ABRIL: reuniones primaria-especializada, medicina-enfermería para establecer e implantar los pasos protocolizados.

JUNIO: Primera evaluación de indicadores.

DICIEMBRE-ENERO: REEVALUACIÓN DE INDICADORES





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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Enfermedad renal en pacientes hospitalizados. Detección mediante fórmula de aclaramiento de creatinina del MDRD e implicaciones en el manejo y evolución de los pacientes.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos  
Luis Miguel Lou Arnal

Profesión  
Facultativo Especialista de Área de Nefrología

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.)  
Hospital Comarcal de Alcañiz, Servicio de Nefrología

Correo electrónico:  
lmlou@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
978-832850

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Campos Gutiérrez, Belén	Nefróloga	Hospital Comarcal de Alcañiz, Servicio de Nefrología
Gimeno, José Antonio	Endocrinólogo	Hospital Comarcal de Alcañiz, Servicio de Medicina Interna
Burillo Fuertes, Pilar	Internista	Hospital Comarcal de Alcañiz, Servicio de Medicina Interna
Boned Julián, Beatriz	Bioquímica	Hospital Comarcal de Alcañiz, Servicio de Bioquímica
Turón Calzada, José María	Medicina Familiar y Comunitaria	Centro de Salud de Andorra
Aguilar Cortés, Eduardo	Internista	Hospital Comarcal de Alcañiz, Servicio de Medicina Interna

#### **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...

##### **Problema u oportunidad de mejora seleccionada.**

La oportunidad de mejora seleccionada en nuestro proyecto es la detección y el correcto manejo de la enfermedad renal en el paciente hospitalizado.

##### **Importancia y utilidad del proyecto.**

Diversos estudios de población han demostrado una elevada prevalencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la población general que se estima en torno a un 10-15 %. Sin embargo y a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades crónicas muy prevalentes como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, todavía no se ha transmitido la importancia de esta nueva epidemia a la comunidad científica no nefrológica, a los responsables políticos sanitarios y a la sociedad en general. Por este motivo desde hace algunos años se han puesto en marcha diversas iniciativas que pretenden mejorar la atención y el pronóstico de la ERC mediante planes de detección, coordinación, colaboración e integración. En estos planes cobran gran importancia la educación de los profesionales sanitarios, la sensibilización del público en general, el desarrollo e implementación de guías de prácticas clínicas que permitan disminuir la variabilidad en la práctica clínica y la investigación clínica en el ámbito de la ERC.

Los pacientes hospitalizados presentan un riesgo incrementado de presentar ERC por su mayor patología asociada. Además, es frecuente el deterioro de función renal relacionada con la enfermedad que origina el ingreso, con las complicaciones del proceso y con cirugías, pruebas diagnósticas y tratamientos que comprometen la función renal. En esta población no existen datos fehacientes de incidencia de enfermedad renal, por lo que en el año 2.005 realizamos su estimación en nuestro centro. El resultado fue sorprendente, ya que sobre 1.383 ingresos detectamos que el 76,6 % de los pacientes presentaba enfermedad renal definida por el criterio de Aclaramiento de Creatinina por fórmula del MDRD inferior a 60 mlx', cumpliendo en el 22,9 % de los casos criterios de enfermedad renal moderada-severa, con un aclaramiento de creatinina inferior a 30 mlx'. Por otra parte, en un número importante de pacientes se produjo un deterioro de función renal durante el ingreso, incrementándose el porcentaje de aclaramiento de creatinina inferior a 60 mlx' al 83,4 %, y el de aclaramiento inferior a 30 mlx' al 33 %.

##### **Consecuencias de la enfermedad renal.**

La enfermedad renal va a traer consigo importantes efectos perniciosos para los pacientes:

- Durante su ingreso origina:

Aumento de las complicaciones, con mayor duración del mismo, más necesidad de pruebas complementarias, más costes y mayor morbilidad y mortalidad.

- Tras el alta, debemos considerar tres aspectos:

1.- En los pacientes con deterioro de función renal existe un riesgo más elevado

de morbimortalidad y de nuevos ingreso debido a la reserva funcional renal disminuida. Es necesario en estos casos un adecuado seguimiento del paciente.

2.- La enfermedad renal origina un incremento notable del riesgo cardiovascular. En los distintos protocolos de cálculo de este riesgo se incluye la enfermedad renal como lesión de órgano diana o enfermedad clínica asociada, de forma que supone la clasificación de los pacientes como de riesgo elevado o muy elevado. Así mismo, distintos estudios poblacionales muestran un incremento de la mortalidad con filtrados glomerulares inferiores a 60 mlx'. Por lo tanto, la detección de ERC implica la necesidad de fijar objetivos estrictos en el control de los Factores de Riesgo Cardiovascular.

3.- En estos enfermos, se incrementa la evolución a la Insuficiencia Renal Terminal, precisando tratamiento sustitutivo mediante diálisis o trasplante.

El buen control de los distintos factores de riesgo cardiovascular y la utilización sistemático del bloqueo del sistema renina-angiotensina mediante IECAs o ARA-II va a permitir prevenir o retrasar la evolución de la necesidad de tratamiento renal sustitutivo. Este apartado supone una importante mejora en la supervivencia y en la calidad de vida de los pacientes y un considerable ahorro económico, dado lo costoso de terapias como la diálisis.

#### **Situación de partida: falta de conocimiento y errores comunes en la enfermedad renal.**

Entre los principales motivos de un inadecuado diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal figuran:

- Defecto en la determinación de la función renal: La utilización de cifras de creatinina plasmática como definitorias de ERC supone considerar como normal la función renal alterada en una importante proporción de pacientes, ya que sobreestima la función renal.
- Escasa atención médica a los datos de función renal y escasa modificación en la actitud a seguir por la idea incorrecta de que se trata de un proceso banal y de que no disponemos de medidas eficaces de actuación
- El importante porcentaje de pacientes que presentan deterioro de función renal durante el ingreso debe hacernos reflexionar sobre la escasa vigilancia que prestamos a esta complicación. En otro estudio realizado en nuestro centro analizando de forma prospectiva durante dos años los episodios de Fracaso Renal Agudo detectados en nuestro hospital, apreciamos que la iatrogenia originada en un inadecuado manejo de los pacientes fue la causa de 35,7 % de los mismos.
- Finalmente, en escasas ocasiones se hace constar en el informe de alta el deterioro de función renal, fundamental para un correcto seguimiento y prevención de futuras complicaciones en el paciente. El no hacer constar en el informe médico de alta la existencia de esta patología supone una importante falta de información para el Médico de Cabecera, al que no se notificará de un factor de riesgo cardiovascular y de evolución a la IRC terminal y al que se transmitirá la falsa impresión de que este proceso no precisa especial atención..

#### **Métodos de detección y priorización.**

Habitualmente la determinación de la función renal se basa en los niveles de

urea y creatinina plasmáticos. Sin embargo, estos métodos presentan importantes limitaciones. Las cifras de urea se modifican de forma importante por factores ajenos a la función renal como la dieta, el catabolismo, el estado de hidratación, etc., y los valores de creatinina varían en función de la masa muscular, la excreción tubular, diversos fármacos, etc. Por otra parte, sus valores son poco sensibles a la hora de detectar enfermedad renal, ya que cifras incluso en el límite de la normalidad pueden corresponderse con descensos severos del filtrado glomerular. Por este motivo, se ha instaurado en el laboratorio de nuestro centro el cálculo del Filtrado Glomerular mediante la fórmula del MDRD. Este método presenta la ventaja de su sencillez y bajo costo (no es precisa la recogida de orina de 24 horas, basta con la consignar la edad y sexo del paciente y determinar la creatinina plasmática), su inclusión en la sistemática de trabajo del hospital y su mayor fiabilidad en la determinación del Filtrado Glomerular (superior incluso al calculado mediante recogida de orina de 24 horas).

Con la determinación del Filtrado Glomerular mediante fórmula MDRD detectaríamos los pacientes con insuficiencia renal y podríamos priorizar en ellos las medidas de manejo adecuadas en este proceso.

#### **Fuente de información**

Las fuentes de información utilizadas en esta vía clínica son fundamentalmente las Guías y Protocolos de la Sociedad Española de Nefrología, las guías K/DOQUI 2.002 de la National Kidney Foundation y el consenso de la Sociedad Española de Nefrología y de la Sociedad Española de Análisis Clínicos sobre diagnóstico de la enfermedad renal. Nos apoyamos además en varios trabajos realizados en nuestro centro, en especial: " Epidemiología, aspectos clínicos y manejo del fracaso renal agudo en una población envejecida dependiente de una hospital comarcal", Revista Nefrología 2.002; y " Enfermedad renal crónica en pacientes hospitalizados ", Revista Nefrología 2.006.

#### **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

Los objetivos que pretendemos obtener con este proyecto de mejora de calidad son:

1.- Detección de la incidencia real de enfermedad renal en los enfermos que ingresan en nuestro centro.

- Conseguir que todos los pacientes ingresados tengan una valoración adecuada de la función renal mediante la fórmula de aclaramiento del MDRD al ingreso.
- Conseguir que todos los pacientes se lleve a cabo un seguimiento adecuado de su función renal durante el ingreso. En dependencia de la función renal inicial y de la evolución de su patología, los pacientes con procesos más complejos deberían tener al menos un control de su función renal durante el ingreso.
- En aquellos casos que se han registrado datos de enfermedad renal, debería disponerse de un último control de la función renal previa al alta.

2.- Instauración de medidas encaminadas a prevenir o recuperar el deterioro de función renal durante el ingreso.

Todo paciente con insuficiencia renal o deterioro de la función renal debe tener reflejado este diagnóstico en su evolución. Debemos ser conscientes de que nos encontramos ante un paciente con mayor riesgo de complicaciones y que precisa un estrecho control durante su ingreso:

- Control al menos diario de sus constantes: Presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura. Control de diuresis y de balance hídrico.
- Cuidadoso manejo de su estado de hidratación: fluidoterapia, ingesta hídrica, diuréticos.
- Evitar en lo posible nefrotóxicos y fármacos que alteren la regulación vascular renal.
- Ajustar dosis de fármacos al nivel de función renal determinado mediante aclaramiento de creatinina y no mediante determinación de creatinina plasmática.

3.- Aplicación de las medidas disponibles en los pacientes con deterioro de la función renal con objeto de disminuir las complicaciones y la duración del ingreso.

4.- Hacer constar en la evolución, en la historia clínica y en el informe al alta la aparición de ERC o deterioro de función renal, con las recomendaciones adecuadas para su seguimiento.

- Grado de enfermedad renal.
- Recomendaciones para su manejo:
  - Control por Atención Primaria o Especializada.
  - Necesidades de próximos controles clínicos y analíticos
  - Necesidad de revisión de tratamiento farmacológico y de cumplimiento de los objetivos de tratamiento fijados.

**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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	40%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	10%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	15%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**MEDIDAS PREVISTAS:****Población a estudio:**

Pacientes ingresados en el hospital de Alcañiz, mayores de 14 años, exceptuando ingresos en Obstetricia e ingresos para cirugías menores.

**Método:**

*Estimación de la función renal:* En el momento del ingreso se realizará una evaluación de la función renal determinando la creatinina plasmática y calculando el filtrado glomerular (FG) según la ecuación del estudio MDRD ("Modification of Diet in Renal Disease"):

-  $FG \text{ estimado} = 186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$

Definimos la insuficiencia renal según las guías K/DOQUI 2.002 de la National Kidney Foundation:

- Se entiende por insuficiencia renal la presencia de un FG inferior a 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

En caso de detectarse insuficiencia renal al ingreso:

- Se debe etiquetar si es posible como insuficiencia renal crónica o aguda, dependiendo de los datos previos disponibles.
- Se definirá es estadio de función renal según las guías K/DOQUI 2.002 de la National Kidney Foundation:

Estadio	Descripción	FG ml/min/1,73 m <sup>2</sup>
1.-	Daño renal con FG normal	$\geq 90$ con daño renal ( alteraciones sedimento, proteinuria, albuminuria)
2.-	Daño glomerular con FG ligeramente disminuido	60 – 89
3.-	FG moderadamente disminuido	30 – 59
4.-	FG gravemente disminuido	15 – 29
5.-	Fallo renal	< 15 o diálisis



*Manejo del paciente con insuficiencia renal*

- Vigilancia clínica de un estado de hidratación correcto. Adecuación de fluidoterapia y diuréticos.
- Adecuado control diario de constantes y de diuresis. Balance hídrico diario.
- Evitar en lo posible fármacos y maniobras nefrotóxicas.
- Seguimiento: Determinación adecuada del FG, al menos semanal durante el ingreso.
- Determinación adecuada de alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base.
- Determinación adecuada de alteraciones en metabolismo fosfo-cálcico.
- Determinación adecuada de hemograma. En caso de anemia (Hgb < 12 g/dl), inicio de tratamiento con eritropoyetina y determinación de patrón férrico para valorar necesidades de suplementos de hierro.

*Aspectos a considerar en el alta hospitalaria:*

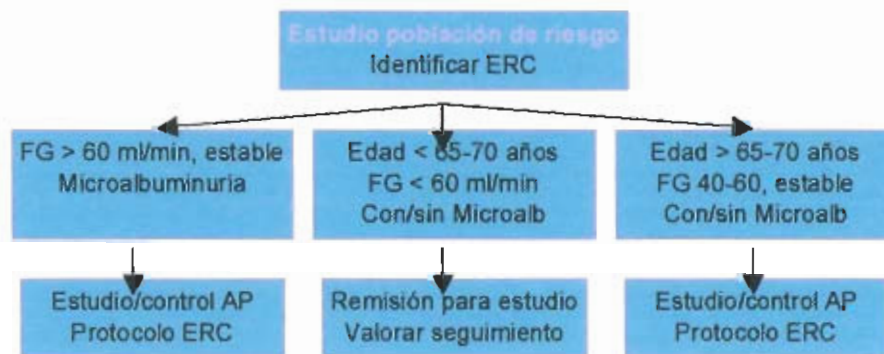
- Determinación al alta del estadio de insuficiencia renal con un último análisis.
- Determinación del grado de anemia y de la necesidad de tratamiento con eritropoyetina y suplementos de hierro.
- Reflejar el deterioro de función renal durante el ingreso si se ha producido.
- Reflejar el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica si se ha detectado.
- Considerar al paciente con Enfermedad Renal Crónica como de alto riesgo, instaurando las medidas terapéuticas recomendadas en estos pacientes:
  - Adecuado seguimiento de procesos que incluso podrían considerarse banales pero que podrían comprometer su función renal.
  - Evitar en lo posible fármacos que pueden alterar la función renal o que pueden acumularse en casos de insuficiencia renal. De ser precisos, indicar las dosis ajustadas a la función renal y sus controles.
  - Instaurar las medidas de nefroprotección y prevención cardiovascular:
    - Control de PA: Objetivo 130/80 mmHg. Como primer escalón, tratamiento con fármacos bloqueantes del Sistema Renina Angiotensina.
    - Control estricto de la glucemia: HbA1C < 7 %
      - Estadio 3: Contraindicadas biguanidas y sulfonilureas
      - Estadios 4-5: Insulina
    - Control estricto de la dislipemia: Colesterol LDL < 100 mg/dl.
      - Dieta adecuada y estatinas
    - Dosis bajas de aspirina incluso como prevención cardiovascular primaria.
- Adecuada remisión del paciente para control por su médico de cabecera y si es preciso para control por especialista. Criterios de remisión a Nefrología:

*Recomendaciones para remisión de pacientes con Diabetes Mellitus.*

- Filtrado glomerular inferior a 60 ml/min.
- Proteinuria superior a 0,3 gr./24 h
- Hipertensión arterial mal controlada



## Recomendaciones para la población general



Remitir TODOS los pacientes con macroalbuminuria. Estudio Nefrología/Urología de alteraciones sedimento urinario y alteraciones morfológicas de pruebas de imagen

**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

**1.- Indicadores de detección de insuficiencia renal:**

Se determinarán los siguientes porcentajes:

- Pacientes en los que se determina la función renal al ingreso según fórmula del MDRD.
- Pacientes que presentan datos de enfermedad renal durante el ingreso en los que figura el diagnóstico en la evolución.

**2.- Indicadores de un correcto seguimiento durante el ingreso:**

Dentro del seguimiento y manejo de los pacientes con insuficiencia renal se determina:

- Adecuado control diario de constantes, diuresis y balance hídrico.
- Adecuada dosificación de fármacos nefrotóxicos ajustados al filtrado glomerular.
- Corrección en la pauta de administración de fármacos en caso de deterioro de función renal: ajuste de sueroterapia, supresión de diuréticos ante depleción de volumen, ajustar antihipertensivos en caso de descenso de presión arterial, evitar o ajustar dosis de combinaciones de fármacos que pueden desencadenar o agravar la insuficiencia renal, como por ejemplo combinación de bloqueo del SRAA, diurético y AINE.

**3.- Indicadores de un correcto seguimiento al alta:**

Se determinarán los siguientes porcentajes:

- Pacientes que cumplen criterios de enfermedad renal crónica y figura este diagnóstico en el informe de alta.
- Pacientes que cumplen criterios de enfermedad renal crónica y figuran las recomendaciones adecuadas para el médico de cabecera o la adecuada remisión al especialista.

Procedimiento: audit.. Fuente de datos de los registros: registros de laboratorio, de las historias clínicas y del informe de alta. Muestreo: sobre unos 5.000 ingresos previstos durante el año 2007 se extraerán 400 de forma aleatoria, distribuidos entre los distintos servicios del hospital. Podrá ser evaluado de forma interno por los profesionales del centro o bien por auditoría externa desde la dirección del hospital.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 1 Febrero 2.007

Fecha de finalización: 31 diciembre 2.007

**Calendario:**

- Inicio de determinaciones de Filtrado Glomerular según ecuación MDRD: 1 Febrero 2007.
- Inicio revisión historias clínicas y datos de laboratorio: 1 Febrero 2007
- Estudio de resultados: Enero 2.008.
- Según los datos obtenidos, se plantearán actuaciones de mejora.
- En principio, este proyecto tendrá continuidad en los próximos años.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material informático	2.000
Gastos de traslados y reuniones	1.000
<b>TOTAL</b>	<b>3.000</b>

Fecha y firma:

Alcañiz, 29 Enero 2.007  
Fdo: Dr. Luis Miguel Lou Arnaiz



**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 úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud por su alta incidencia/prevalencia, el importante gasto de recursos económicos que conllevan y por la alteración de la salud y la calidad de vida de quienes las padecen. Se considera que en el 95% de los casos son evitables y por ello son un indicador de la calidad de los cuidados enfermeros. Según el segundo estudio nacional de prevalencia se estima que en el medio hospitalario afectan a un 8,91% de los pacientes hospitalizados y suponen un gasto anual 121,89 millones de euros.

Entre las políticas de prevención de UPP se encuentran el cálculo periódico de incidencia y prevalencia, la creación de comisiones hospitalarias de UPP, la elaboración de protocolos por escrito o el registro escrito de las medidas de prevención y tratamiento realizadas.

En el Hospital de Alcañiz hasta el momento actual se disponía de un anticuado protocolo de prevención y tratamiento, desconocido por la mayoría de los profesionales de enfermería del centro. Creemos que ello ha dado lugar a un descuido en las actividades de prevención, a un desconocimiento de cómo realizar el tratamiento y a una falta de registro de la mayor parte de las actividades que se realizan, lo que finalmente conduce a que la continuidad de cuidados no sea la adecuada.

Habiendo detectado este problema nos propusimos actualizar el protocolo de acuerdo a las mejores evidencias científicas disponibles en el momento actual, a las recomendaciones del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y a las directrices elaboradas en otros centros, accesibles a través de Internet.

Pero si no podemos difundir estos nuevos conocimientos de nada servirá nuestro esfuerzo. Por ello pretendemos editar y distribuir el manual de tratamiento en tamaño bolsillo para que el personal de enfermería del hospital pueda consultarlo en cualquier momento

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

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

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

Mediante la difusión del manual elaborado se pretende mejorar el conocimiento de los profesionales de enfermería del centro en cuanto a las medidas de prevención y tratamiento de úlceras por presión

1. Disminuir la prevalencia de UPP en el Hospital Comarcal de Alcañiz
2. Unificar las pautas de tratamiento de las UPP en el Hospital Comarcal de Alcañiz

**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%	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	30%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Redactar manual de tratamiento de UPP (Dolores Arribas, Silvia Blasco)
2. Difundir el manual (Dirección de Enfermería)
3. Monitorizar indicadores (Unidad de Calidad del Hospital de Alcañiz)

**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

Dado que el objetivo último de la difusión del manual es mejorar las actividades de prevención de la aparición de UPP y unificar el tratamiento de las mismas creemos que la evaluación del proyecto puede hacerse mediante monitorización (determinación trimestral) de los siguientes indicadores

1. **prevalencia de UPP** (global, por estadios)
2. **porcentaje de curas realizadas de acuerdo a protocolo** (según esté constatado en la hoja de recogida de datos elaborada para ello)

**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: **enero 2007**

Fecha de finalización: **diciembre 2007**

Calendarario:

1. Presentación del manual a la Comisión de Garantía de Calidad del Hospital de Alcañiz (enero 2007)
2. Edición del manual (febrero 2007)
3. Difusión del manual (marzo-abril 2007)
4. Monitorización de indicadores: junio 2007, septiembre 2007, diciembre 2007

**11.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Edición de 300 ejemplares del manual de tratamiento de UPP	900
<b>TOTAL</b>	<b>900</b>

Fecha y firma: