

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  <b>INTERVENCIÓN SOBRE LA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA.</b></p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  Nombre y apellidos  M.Carmen Sánchez-Celaya del Pozo</p>
<p>Profesión  Medico</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)  C.S ALCORISA</p>
<p>Correo electrónico:  ccelaya@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:  978752651</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Magdalena Barredo Alloza	Medico	C.S Alcorisa
Luis Bricio Manzanares	"	"
Antonio Rodríguez Diaz	"	"
Carlos Gil Valero	"	"
Amparo Bello Martinez	"	"
Margarita Mallen Claramonte	ATS	"
Yolanda Monleon Sanz	"	"
Miriam Villagrasa Hidalgo	"	"
Roberto Martinez Elena	"	"

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>La enfermedad Renal Crónica en estadios precoces (detectada por descenso del filtrado glomerular y/o albuminuria) está infradiagnosticada e infratratada, lo que origina pérdida de posibilidades para prevenir su evolución. La detección precoz de la enfermedad renal crónica en el ámbito de la primaria es importante por dos razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. Porque estos casos constituyen la base de los pacientes que llegarán más tarde a insuficiencia renal avanzada.</li> <li>- 2. Porque estos pacientes tienen riesgo cardiovascular elevado (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica e insuficiencia cardiaca) y hay que tratar sus factores de riesgo cardiovascular con los mismos objetivos y medios que los pacientes en prevención secundaria o que las recomendaciones de la ADA en diabetes.</li> </ul> <p>En el año 2006 la dirección de Atención Primaria en coordinación con el Laboratorio de Bioquímica del Hospital de Alcañiz decidieron incluir sistemáticamente en los perfiles de petición de pruebas de bioquímica el filtrado glomerular estimado (GFR) estimado</p>
--

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

mediante el procedimiento MDRD. Además se realizó un protocolo junto con una intervención formativa en colaboración con el Servicio de Nefrología. Tras un año de recepción de informes, nos planteamos evaluar el grado de ejecución de dicho protocolo con vistas a encontrar potenciales 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**

- Implantar el protocolo de enfermedad renal crónica en el centro de salud de Alcorisa

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Evaluación de 50 historias clínicas de pacientes del centro de salud de Alcorisa, que a lo largo del año 2007 hayan tenido un resultado analítico con GFR inferior a 60.

Fuente de datos: Registro de laboratorio de bioquímica. Historia clínica

Criterios: se detallan en el apartado de indicadores. Evaluación interna.

Una vez identificadas las oportunidades de mejora, se realizará reunión de equipo para con la asesoría del servicio de nefrología realizar actividades formativas si procede.

Reevaluación: en seis meses.

#### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Entre otros, se evaluarán los siguientes criterios:

1. A todo paciente con GFR menor de 60 en una analítica se le realizará una nueva en un período no mayor de 3 meses.
2. El paciente será derivado a nefrología si presenta uno de los siguientes:
  - Menor de 65 años y GFR menor de 60
  - Diabético de cualquier edad y GFR menor de 60
  - Mayor de 65 años y GFR menor de 40
3. Existencia de algún control de PA en los tres meses siguientes a la recepción de la analítica
4. Existencia de algún control de LDL en los seis meses siguientes a la recepción de la analítica

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: Octubre 2008
-----------------------------	-------------------------------------

Calendario:

- Disponemos del registro de pacientes con GFR alterado en el año anterior
- Muestreo aleatorio y evaluación: Marzo 2008
- Implantación mejora Marzo a Septiembre de 2008
- Reevaluación Octubre de 2008



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ESTIMULANDO EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL CS CALANDA.  
UTILIZACIÓN DE INDICADORES.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ALFRESCO SANZ ALMALÉ

Profesión

MÉDICO

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

CENTRO DE SALUD DE CALANDA (TERUEL)

Correo electrónico:

asanz@medynet.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 84 70 19

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSE ANTONIO CALVO MARTÍNEZ	MÉDICO	C.S. CALANDA
MARIANO GUALLAR PÉREZ	MÉDICO	C.S. CALANDA
YOLANDA MÉNDEZ	MÉDICA	C.S. CALANDA
JULIO GARCÍA-ARÁEZ LÓPEZ	MÉDICO	C.S. CALANDA

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

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

La dinámica asistencial ha conducido progresivamente a una relajación del trabajo en equipo con finalidad de mejora. Mensualmente se reciben indicadores de calidad de la prescripción del equipo, pero no se analizan en conjunto ni se reflexiona sobre oportunidades 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

- Mejorar la calidad de la prescripción en aquellos indicadores que componen el indicador sintético de calidad de la prescripción en que el equipo tenga más problemas de cumplimiento
- Estimular el trabajo en equipo mediante la realización de reuniones de evaluación de los indicadores recibidos, análisis de causas y propuestas de mejora.

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

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Dirección de Atención Primaria proporcionará mensualmente los resultados del equipo con respecto al índice sintético de calidad de la prescripción y a todos los indicadores que lo componen, junto con información sobre el "benchmark" (el resultado del centro con el mejor resultado ) del sector en cada uno de los indicadores.
- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados alcanzados, analizando posibles causas y proponiendo actividades de mejora. Se levantará acta de estas reuniones. Convocará el coordinador de calidad /Coordinador de equipo.
- Se realizarán actividades formativas para mejorar los problemas encontrados, pudiendo realizarse por el propio equipo o con la colaboración de la dirección de Atención Primaria
- Se comunicará a la dirección cualquier discordancia con respecto a los indicadores encontrada en las reuniones de equipo

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Monitorización mensual de la evolución del indicador sintético de calidad de la prescripción en Atención Primaria y de todos los indicadores incluidos en él:

- DHD ajustado de antibióticos sistémicos
- % de metformina/antidiabéticos orales
- % Omeprazol/ IBP
- % Simvastatina/estatinas
- % IECA/ARA II + IECA
- % AINE primera elección/ AINE
- % Antidepresivos de elección / Antidepresivos
- DHD Benzodiacepinas en pensionistas
- % Genéricos/ subgrupos que los contienen
- Nuevos medicamentos sin aportación relevante

Al acabar el año se reevaluará la mejora conseguida en aquellos grupos terapéuticos sobre los que el equipo haya priorizado actuar, comparando con los resultados obtenidos en el año anterior.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

- Existente: informe de indicadores del año anterior
- Marzo 2008: Recepción de informe con comparación con el "Benchmark"
- Mensualmente: reunión de equipo para evaluar las tendencias e identificar oportunidades de mejora, análisis de causas y propuesta de mejora
- Sesiones clínicas programadas a lo largo del año en función de los problemas identificados
- Febrero 2009: Reevaluación de resultados



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN MAYORES DE 65 AÑOS

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> MERCEDES MUÑIZ VEGA

Profesión

MÉDICO

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

CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Correo electrónico:

mmmunniz@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978898719-978851525-978851459

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANA LUISA GINER SANCHO	Enfermera	C.S. Calaceite
MARTA GIL MOLINOS	Enfermera	C.S. Calaceite
JOSE MANUEL GUILLEN MARIN	Enfermero	C.S. Calaceite
FRANCISCO NAVARRO CALERO	Médico	C.S. Calaceite

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

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

LA COBERTURA DEL PROGRAMA EN ESTA ZONA DE SALUD ES MEJORABLE.

### 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 COBERTURA DE VACUNACIÓN DE GRIPE EN PACIENTES DE RIESGO Y ANCIANOS.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ACTUALIZACIÓN DE LOS DATOS DE LA POBLACIÓN
- AJUSTAR LOS DATOS DE LA POBLACIÓN FLOTANTE
- EVALUACIÓN CUALITATIVA SOBRE MITOS Y CREENCIAS EN RELACIÓN CON LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

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

- PROPAGANDA ESCRITA SOBRE LA CONVENIENCIA DE VACUNARSE DE LA GRIPE
- ELIMINACIÓN DE CREENCIAS ERRÓNEAS EN LA POBLACIÓN DIANA MEDIANTE INTERVENCIONES EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL MEDIADAS POR LIDERES LOCALES, CARTELERÍA...
- EDUCACIÓN SANITARIA A LOS GRUPOS DE REFERENCIA

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Cobertura de vacunación antigripal en la campaña 2007-2008 comparada con la alcanzada en la campaña 2008-2009.

Se realizarán reuniones de grupo para comentar la evolución del proyecto.

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Diciembre 2008

Calendario:

- Marzo-Abril 2008:

1. Actualización de los datos de la población

2. Entrevistas semiestructuradas con informadores clave y pacientes reacios a la vacunación

- Abril a Agosto: Preparación de intervención educativa

- Septiembre- Octubre: Implantación de la intervención

- Diciembre: reevaluación de la cobertura



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ESTIMULANDO EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL CS VALDERROBRES.  
UTILIZACIÓN DE INDICADORES.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MARIA PILAR MARTINEZ FRAILE

Profesión

MEDICO

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

CS VALDERROBRES

Correo electrónico:

[mpmartinezfr@salud.aragon.es](mailto:mpmartinezfr@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 894849

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANA GIMENO BALLONGA	MEDICO	CS VALDERROBRES
MATILDE ZAPATER MONTSERRAT	MEDICO	CS VALDERROBRES
FRANCISCO BAYOD GIL	MEDICO	CS VALDERROBRES

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

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

La dinámica asistencial ha conducido progresivamente a una relajación del trabajo en equipo con finalidad de mejora. Mensualmente se reciben indicadores de calidad de la prescripción del equipo, pero no se analizan en conjunto ni se reflexiona sobre oportunidades 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

- Mejorar la calidad de la prescripción en aquellos indicadores que componen el indicador sintético de calidad de la prescripción en que el equipo tenga más problemas de cumplimiento
- Estimular el trabajo en equipo mediante la realización de reuniones de evaluación de los indicadores recibidos, análisis de causas y propuestas de mejora.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Dirección de Atención Primaria proporcionará mensualmente los resultados del equipo con respecto al índice sintético de calidad de la prescripción y a todos los indicadores

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

que lo componen, junto con información sobre el “benchmark” (el resultado del centro con el mejor resultado ) del sector en cada uno de los indicadores.

- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados alcanzados, analizando posibles causas y proponiendo actividades de mejora. Se levantará acta de estas reuniones. Convocará el coordinador de calidad /Coordinador de equipo.
- Se realizarán actividades formativas para mejorar los problemas encontrados, pudiendo realizarse por el propio equipo o con la colaboración de la dirección de Atención Primaria
- Se comunicará a la dirección cualquier discordancia con respecto a los indicadores encontrada en las reuniones de equipo

### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Monitorización mensual de la evolución del indicador sintético de calidad de la prescripción en Atención Primaria y de todos los indicadores incluidos en él:

- DHD ajustado de antibióticos sistémicos
- % de metformina/antidiabéticos orales
- % Omeprazol/ IBP
- % Simvastatina/estatinas
- % IECA/ARA II + IECA
- % AINE primera elección/ AINE
- % Antidepresivos de elección / Antidepresivos
- DHD Benzodiacepinas en pensionistas
- % Genéricos/ subgrupos que los contienen
- Nuevos medicamentos sin aportación relevante

Al acabar el año se reevaluará la mejora conseguida en aquellos grupos terapéuticos sobre los que el equipo haya priorizado actuar, comparando con los resultados obtenidos en el año anterior.

### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

- Existente: informe de indicadores del año anterior
- Marzo 2008: Recepción de informe con comparación con el “Benchmark”
- Mensualmente: reunión de equipo para evaluar las tendencias e identificar oportunidades de mejora, análisis de causas y propuesta de mejora
- Sesiones clínicas programadas a lo largo del año en función de los problemas identificados
- Febrero 2009: Reevaluación de resultados



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ESTIMULANDO EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL CS MAELLA.  
UTILIZACIÓN DE INDICADORES.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

María Pilar Sánchez Grasa

Profesión

Médico

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

Centro de Salud de Maella

Correo electrónico:

mpsanchez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976635444 y 976639230

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisca López Brizzolis	médico	C.S. de Maella
Pedro Macarrón Pascual	médico	“
Isabel Vindel Chaves	medico	“
M <sup>a</sup> Pilar Martínez Ayala	DUE	“
M <sup>a</sup> Angeles Villanova Valero	DUE	“
Esmeralda Gascón Puyo	DUE	“
Pilar Muñoz Recaj	DUE	“

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

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

La dinámica asistencial ha conducido progresivamente a una relajación del trabajo en equipo con finalidad de mejora. Mensualmente se reciben indicadores de calidad de la prescripción del equipo, pero no se analizan en conjunto ni se reflexiona sobre oportunidades 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

- Mejorar la calidad de la prescripción en aquellos indicadores que componen el indicador sintético de calidad de la prescripción en que el equipo tenga más problemas de cumplimiento
- Estimular el trabajo en equipo mediante la realización de reuniones de evaluación de los indicadores recibidos, análisis de causas y propuestas de mejora.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Dirección de Atención Primaria proporcionará mensualmente los resultados del equipo con respecto al índice sintético de calidad de la prescripción y a todos los indicadores que lo componen, junto con información sobre el "benchmark" (el resultado del centro con el mejor resultado ) del sector en cada uno de los indicadores.
- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados alcanzados, analizando posibles causas y proponiendo actividades de mejora. Se levantará acta de estas reuniones. Convocará el coordinador de calidad /Coordinador de equipo.
- Se realizarán actividades formativas para mejorar los problemas encontrados, pudiendo realizarse por el propio equipo o con la colaboración de la dirección de Atención Primaria
- Se comunicará a la dirección cualquier discordancia con respecto a los indicadores encontrada en las reuniones de equipo

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

Monitorización mensual de la evolución del indicador sintético de calidad de la prescripción en Atención Primaria y de todos los indicadores incluidos en él:

- DHD ajustado de antibióticos sistémicos
- % de metformina/antidiabéticos orales
- % Omeprazol/ IBP
- % Simvastatina/estatinas
- % IECA/ARA II + IECA
- % AINE primera elección/ AINE
- % Antidepresivos de elección / Antidepresivos
- DHD Benzodicepinas en pensionistas
- % Genéricos/ subgrupos que los contienen
- Nuevos medicamentos sin aportación relevante

Al acabar el año se reevaluará la mejora conseguida en aquellos grupos terapéuticos sobre los que el equipo haya priorizado actuar, comparando con los resultados obtenidos en el año anterior.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

- Existente: informe de indicadores del año anterior
- Marzo 2008: Recepción de informe con comparación con el "Benchmark"
- Mensualmente: reunión de equipo para evaluar las tendencias e identificar oportunidades de mejora, análisis de causas y propuesta de mejora
- Sesiones clínicas programadas a lo largo del año en función de los problemas identificados
- Febrero 2009: Reevaluación de resultados



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

ESTIMULANDO EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL CS MUNIESA.  
UTILIZACIÓN DE INDICADORES.

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

María Puy Gorgojo Itoiz

Profesión

Médico

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

C.S. Muniesa

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978810052

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jorge Ferreira Paesa	Médico	Muniesa
Jose Antonio Heras Manchado	“	“
F.Javier Villarroya Villagrasa	“	“
Alex Villanueva Cabrera	ATS/DUE	“
Silvia Quilez Royo	“	“
Carmen Mort Guiu	Administrativa	“

## 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La dinámica asistencial ha conducido progresivamente a una relajación del trabajo en equipo con finalidad de mejora. Mensualmente se reciben indicadores de calidad de la prescripción del equipo, pero no se analizan en conjunto ni se reflexiona sobre oportunidades 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

- Mejorar la calidad de la prescripción en aquellos indicadores que componen el indicador sintético de calidad de la prescripción en que el equipo tenga más problemas de cumplimiento
- Estimular el trabajo en equipo mediante la realización de reuniones de evaluación de los indicadores recibidos, análisis de causas y propuestas de mejora.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Dirección de Atención Primaria proporcionará mensualmente los resultados del equipo con respecto al índice sintético de calidad de la prescripción y a todos los indicadores que lo componen, junto con información sobre el "benchmark" (el resultado del centro con el mejor resultado ) del sector en cada uno de los indicadores.
- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados alcanzados, analizando posibles causas y proponiendo actividades de mejora. Se levantará acta de estas reuniones. Convocará el coordinador de calidad /Coordinador de equipo.
- Se realizarán actividades formativas para mejorar los problemas encontrados, pudiendo realizarse por el propio equipo o con la colaboración de la dirección de Atención Primaria
- Se comunicará a la dirección cualquier discordancia con respecto a los indicadores encontrada en las reuniones de equipo

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Monitorización mensual de la evolución del indicador sintético de calidad de la prescripción en Atención Primaria y de todos los indicadores incluidos en él:

- DHD ajustado de antibióticos sistémicos
- % de metformina/antidiabéticos orales
- % Omeprazol/ IBP
- % Simvastatina/estatinas
- % IECA/ARA II + IECA
- % AINE primera elección/ AINE
- % Antidepresivos de elección / Antidepresivos
- DHD Benzodiacepinas en pensionistas
- % Genéricos/ subgrupos que los contienen
- Nuevos medicamentos sin aportación relevante

Al acabar el año se reevaluará la mejora conseguida en aquellos grupos terapéuticos sobre los que el equipo haya priorizado actuar, comparando con los resultados obtenidos en el año anterior.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Cronograma:

- Existente: informe de indicadores del año anterior
- Marzo 2008: Recepción de informe con comparación con el "Benchmark"
- Mensualmente: reunión de equipo para evaluar las tendencias e identificar oportunidades de mejora, análisis de causas y propuesta de mejora
- Sesiones clínicas programadas a lo largo del año en función de los problemas identificados
- Febrero 2009: Reevaluación de resultados



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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> SEGUIMIENTO DE LA IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos M <sup>a</sup> Rosa Pujol Obis
Profesión Medico de APS
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C. de S. de Caspe-Chiprana
Correo electrónico: mrpujol@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 876636007

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alberto Galarza Vidal	Medico	Caspe
Carolina Abadia Buisan	ATS	Caspe
Luisa Andreu Arasco	ATS	Caspe
Marisol Artal Enfedaque	ATS	Caspe

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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...
Hace año y medio que comenzó el proceso de informatización de la Historia Clínica en el Centro de Salud de Caspe. Con esta actividad pretendemos valorar la calidad de la informatización de la Historia Clínica en esta fase inicial con la finalidad de valorar necesidades formativas que nos permitan uniformizar el registro.

<b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b> 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
---

<b>6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</b>
- Mejorar la calidad del registro global de la historia clínica informatizada y en particular de los siguientes aspectos: 1. Registro de antecedente de presencia/ ausencia de alergias farmacológicas 2. Registro de las prescripciones en los episodios que las originaron 3. Registro de vacunaciones 5. Petición de interconsultas a especialistas a través de OMI AP

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

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Evaluación de cinco criterios basados en los objetivos descritos. Responsable Rosa Pujol, Marisol Artal.
- Información al equipo. Identificación oportunidades de mejora. Análisis de causas.
- Formación centrada en las necesidades detectadas a cargo de la Dirección de Atención Primaria.
- Reevaluación de historias

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluación de los siguientes criterios mediante selección aleatoria de 60 historias clínicas informatizadas:

Las historias clínicas deben tener registrado la presencia o ausencia de alergias medicamentosas	<u>Nº de H.C con registro de alergias</u> Nº de HC evaluadas
Cada prescripción deberá ir ligada a un episodio de OMI	Nº de HC con prescripciones registradas en su episodio / Nº de HC evaluadas
Las interconsultas a atención hospitalaria deberán ser solicitadas con OMI AP	Ratio <u>Interconsultas solicitadas por OMI AP</u> Interconsultas solicitadas
Las vacunas tanto de niños como de adultos deberán estar registradas	Cobertura en HC electrónica de vacunación antitetánica en adultos
Las vacunas tanto de niños como de adultos deberán estar registradas	Cobertura de vacunación en población infantil

Fuente de datos : OMI AP

- Selección aleatoria de 60 pacientes atendidos por cualquier motivo en el EAP de Caspe en consultas informatizadas. Evaluación en Marzo 2008.
- Vacunación : muestreo específico de población infantil. 30 HC
- Implantación de medidas correctoras de Abril a Diciembre
- Reevaluación por el mismo método en Diciembre de 2008

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

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

Calendario:

- Evaluación inicial : Marzo 2008
- Implantación medidas correctoras- Formación Abril a Junio 2008
- Reevaluación final: Diciembre de 2008



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE AUTOANÁLISIS CAPILAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS

Profesión

FARMACEÚTICA DE ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ

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

DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ

Correo electrónico:

magarciaco@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 834 485 Ext. 235

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CARMEN BURGUES	ENFERMERA	CS ALCAÑIZ
ANA GARCIA LOPEZ	ENFERMERA	CS ANDORRA
LAURA SENDER	ENFERMERA	CS ALCAÑIZ
JOSÉ ANTONIO GIMENO ORNA	ENDOCRINOLOGO	H. CLINICO UNIVERSITARIO
JOSE MARÍA TURON	MEDICO	DIRECCIÓN A. PRIMARIA
MÓNICA AGUD CARDONA	ENFERMERA	DIRECCIÓN A. PRIMARIA
ANDRÉS GARCIA TENORIO	MEDICO	DIRECTOR A. PRIMARIA
CARMEN SÁNCHEZ-CELAYA DEL POZO	MEDICO	CS ALCORISA
TERESA ZUMETA FUSTERO	MEDICO	CS ANDORRA
PILAR ADELL PORTOLES	ENFERMERO	CS HIJAR

### 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 autoanálisis de glucemia capilar en el paciente diabético ha mostrado su utilidad en los pacientes insulino dependientes y en pacientes tratados con fármacos secretagogos, pero carece de utilidad en los pacientes tratados con dieta o con fármacos no secretagogos (guía GEDAPS 2004). El consumo de tiras reactivas para el autocontrol de glucemia capilar presenta una amplia variabilidad en los centros de salud de nuestra zona. Sobre un estudio de 267 historias de los centros del sector, el 62% de los pacientes se autoanalizaba la glucemia capilar, con 4 de los centros en los que se les realiza al 45% de los pacientes, 5 de los centros superaban el 70% de los pacientes y uno alcanzaba el 100%. Por otra parte el autoanálisis se ejecuta de forma deficiente ya que no se hacen perfiles a diferentes horas en muchos casos, ejecutandose solo por la mañana.

Por ser las tiras un producto caro, esta variabilidad constituye un problema de eficiencia de primera magnitud.

**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**

Racionalizar el consumo de tiras reactivas de glucosa, proporcionándolas a los pacientes donde sean útiles para la toma de decisiones.  
Integrar la tarea de autoanálisis en un proceso gestionado en base a objetivos.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Establecimiento de cuatro categorías de pacientes en función de la necesidad de realizar autoanálisis (A, B, C, D) en función de ser pacientes en tratamiento con:

- A. Dieta o ADOs no secretagogos
- B. Fármacos secretagogos.
- C. Insulinodependientes estables
- D. Insulinodependientes lábiles

A cada categoría se le definirá un perfil con un número estimado de determinaciones por semana (a la categoría A será igual a 0) y se le proporcionará un número generoso de tiras para cumplir objetivos.

Estas decisiones serán facilitadas por un software a realizar, estableciendo una ficha de papel para los centros no informatizados con estas especificaciones.

La petición de tiras antes del calendario establecido por estas disposiciones deberá justificarse asistiendo a la consulta.

Cada paciente deberá mostrar en la consulta de enfermería su cartilla con el registro de glucemias capilares, comprobando que se realizan los perfiles establecidos así como el grado de control conseguido.

Intervención educativa a través de la asociación de educadores en diabetes

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

- Consumo de tiras en el área
- % de pacientes con autoanálisis en cada centro de salud
- Grado de control de glicada antes y después de la intervención

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Marzo 2009

Calendario:

- Marzo-Mayo: Realización de software
- Mayo a Octubre: Pilotaje en dos centros de salud
- Noviembre a Marzo: generalización tras el pilotaje



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
RECETEMOS CON EFICIENCIA

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**  
Nombre y apellidos  
MIGUEL ANGEL DE MINGO USON

Profesión  
MEDICO DE FAMILIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)  
CONSULTORIO DE FORTANETE CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA (TERUEL)

Correo electrónico:  
Mademingo salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
978-778127 (FORTANETE) 964-185252 (CANTAVIEJA)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MIGUEL ANGEL SERRANO GODOY	MEDICO	C.S. CANTAVIEJA
CONCHA GARCIA 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...

La dinámica asistencial ha conducido progresivamente a una relajación del trabajo en equipo con finalidad de mejora. Mensualmente se reciben indicadores de calidad de la prescripción del equipo, pero no se analizan en conjunto ni se reflexiona sobre oportunidades 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**

- Mejorar la calidad de la prescripción en aquellos indicadores que componen el indicador sintético de calidad de la prescripción en que el equipo tenga más problemas de cumplimiento
- Estimular el trabajo en equipo mediante la realización de reuniones de evaluación de los indicadores recibidos, análisis de causas y propuestas de mejora.

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

- Dirección de Atención Primaria proporcionará mensualmente los resultados del equipo

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

con respecto al índice sintético de calidad de la prescripción y a todos los indicadores que lo componen, junto con información sobre el “benchmark” (el resultado del centro con el mejor resultado ) del sector en cada uno de los indicadores.

- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados alcanzados, analizando posibles causas y proponiendo actividades de mejora. Se levantará acta de estas reuniones. Convocará el coordinador de calidad /Coordinador de equipo.
- Se realizarán actividades formativas para mejorar los problemas encontrados, pudiendo realizarse por el propio equipo o con la colaboración de la dirección de Atención Primaria
- Se comunicará a la dirección cualquier discordancia con respecto a los indicadores encontrada en las reuniones de equipo

### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

Monitorización mensual de la evolución del indicador sintético de calidad de la prescripción en Atención Primaria y de todos los indicadores incluidos en él:

- DHD ajustado de antibióticos sistémicos
- % de metformina/antidiabéticos orales
- % Omeprazol/ IBP
- % Simvastatina/estatinas
- % IECA/ARA II + IECA
- % AINE primera elección/ AINE
- % Antidepresivos de elección / Antidepresivos
- DHD Benzodiacepinas en pensionistas
- % Genéricos/ subgrupos que los contienen
- Nuevos medicamentos sin aportación relevante

Al acabar el año se reevaluará la mejora conseguida en aquellos grupos terapéuticos sobre los que el equipo haya priorizado actuar, comparando con los resultados obtenidos en el año anterior.

### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

- Existente: informe de indicadores del año anterior
- Marzo 2008: Recepción de informe con comparación con el “Benchmark”
- Mensualmente: reunión de equipo para evaluar las tendencias e identificar oportunidades de mejora, análisis de causas y propuesta de mejora
- Sesiones clínicas programadas a lo largo del año en función de los problemas identificados
- Febrero 2009: Reevaluación de resultados



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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO: OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA ZONA DE SALUD RURAL
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos JOSE MANUEL CUCALÓN ARENAL
Profesión MÉDICO EAP
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C.S. HIJAR
Correo electrónico: jmcucalon@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978820725

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JAVIER GUTIERREZ	PEDIATRA	HÍJAR
JERÓNIMO ROLDÁN	MÉDICO	HIJAR
JOSÉ MARÍA GIMENO	MÉDICO	HIJAR
ANTONIO MARTINEZ BARCELO	MÉDICO	HIJAR
AHMAD MOUSA EL KHATIB	MÉDICO	HIJAR
ALFREDO PERCHES	MÉDICO	HIJAR
JUAN PEÑALVER	MÉDICO	HIJAR
JESUS ZUMETA	MÉDICO	HIJAR
MARIA ARANZAZU GARCÍA	FARMACEUTICA	DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA ALCAÑIZ
JOSÉ MARÍA TURÓN ALCAINE	MÉDICO	CS ANDORRA

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

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

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

La utilización inadecuada de antibióticos conlleva un aumento progresivo de las resistencias de los microorganismos, facilita la aparición de un mayor número de efectos indeseables e incrementa el gasto farmacéutico.

Se detecta uso inadecuado de la prescripción de antibióticos en la zona básica de salud mediante los indicadores de calidad de prescripción que informa el SALUD, posiblemente en relación con problemas de formación actualizada, y las expectativas de una población demandante de antibióticos ante problemas banales.

Reunido el equipo se decide centrar los esfuerzos en la mejora de este indicador.

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

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

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

- Disminución de la DDD de antibióticos
- Mejorar/Optimizar el perfil prescriptivo de antibióticos
- Concienciar a la población sobre el uso correcto de antibióticos
- Mejorar la formación en antibióticos a los integrantes del EAP
- Fomentar el trabajo en equipo

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión en reunión de equipo con carácter mensual, y registro en acta, de los indicadores de antibióticos con carácter mensual. Análisis de causas.
- Realización de sesiones clínicas sobre diferentes indicaciones de antibióticos. Las sesiones serán coordinadas por D. José Manuel Cucalón y serán impartidas por los miembros del equipo, la farmacéutica de área u otros expertos en el tema, con la colaboración de la dirección de Atención Primaria y del Sector Alcañiz. Su contenido se adaptará a la evolución de los indicadores de prescripción de antibióticos que se monitorizarán mensualmente
- Actividades de concienciación a la población (cartelería, folletos...)

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se realizará monitorización mensual de los siguientes indicadores:

- Dosis diaria definida por EAP en conjunto
- Perfil prescriptivo por grupos de antibióticos

Se realizará gráfico de control tipo "p" a partir de los indicadores referidos desde Enero de 2007, monitorizando las tendencias y observando la variabilidad.

- Finalmente se comparará el perfil y la dosis DDD de antibióticos de los años 2007 y 2008 antes y después de la intervención

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: FEBRERO 2008

Fecha de finalización: FEBRERO 2009

Calendario:

- FEBRERO 2008: Elaboración de gráfico de control tipo "p" con los indicadores referidos
- Mensualmente: reunión de equipo para evaluar las tendencias
- Marzo: Recopilación de material informativo para el usuario
- Sesiones clínicas programadas a lo largo del primer semestre del año, y también reactivas a nuevos problemas identificados en los indicadores
- Febrero 2009: Reevaluación de resultados



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL EN HORARIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE ANGEL CASTAN BARRIO

Profesión

MEDICO

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

CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Correo electrónico:

jacastan@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978.84.89.45

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
EDUARDO LOPEZ HERNANDEZ	MEDICO	C.S. MAS DE LAS MATAS
ANTONIO R. BORRAZ ARIÑO	MEDICO	C.S. MAS DE LAS MATAS
FRANCISCO J. VICENTE RESA	MEDICO	C.S. MAS DE LAS MATAS
JOAQUÍN ANDRES ARANDA	MEDICO	C.S. MAS DE LAS MATAS
JORGE MARTIN MARTIN	ATS	C.S. MAS DE LAS MATAS
PEDRO PITARCH CAÑADA	ATS	C.S. MAS DE LAS MATAS
LOUDES MIR SORRIBAS	ATS	C.S. MAS DE LAS MATAS

### 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 Centro de Salud de Mas de las Matas carece de historias clínicas informatizadas. Por la dispersión de los núcleos de población que atiende, cuando se presenta un aviso en horario de atención continuada, solo se dispone de la historia clínica de los pacientes de la localidad de Mas de las Matas, pero no del resto de núcleos, dificultando la continuidad de la asistencia.

### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes con enfermedades terminales garantizando la continuidad de la asistencia independientemente del horario de la demanda.

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

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de un fichero central con datos de todos los pacientes incluidos en el servicio que deberá ser actualizado al menos cada semana.
- Creación de un modelo de ficha de recogida de datos
- Monitorización con carácter bimestral del grado de cumplimentación de las fichas
- Acciones de mejora en función de los resultados

### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Número de fichas terminales/ total de terminales
- Número de fichas de terminales con actualización fechada en el último mes/ número de fichas de terminales
- Las fichas deberán incluir al menos:
  - \* Motivo de inclusión
  - \* Situación del paciente
  - \* Procedimientos terapéuticos
  - \* Fecha de revisión

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

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

Calendario:

ENERO: Elaboración del programa

FEBRERO: Preparación de ficheros y fichas

MONITORIZACIÓN BIMESTRAL

OCTUBRE: Finalización



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
**VALORACIÓN DEL RIESGO LIGADO AL TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL.**

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**  
**Nombre y apellidos**  
**FERNANDO MARTINEZ UBIETO**  
**Profesión**  
**JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA**  
**Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)**  
**HOSPITAL DE ALCAÑIZ (TERUEL)**  
**Correo electrónico:**  
**fmubieto@telefonica.net**  
**Teléfono y extensión del centro de trabajo:**  
**978830100. ext 319**

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MANUEL ALBIAC ANDREU	MEDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
DOLORES ARRIBAS DEL AMO	MEDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
ELENA CORDOBA DIAZ DE LASPRA	MEDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
MARIA PILAR SANTERO RAMÍREZ	MEDICO	HOSPITAL DE ALCAÑIZ
MARIA JOSE VALENZUELA MARTINEZ	MEDICO	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...

Siguiendo el estudio ENEAS 2005 sobre efectos adversos ligados a la hospitalización por la agencia de calidad del sistema nacional de salud, nos parece oportuno ir valorando en nuestro Servicio estos riesgos. Desde nuestro parecer resulta muy instructivo registrar todos aquellos efectos no deseados que en nuestro proceder afectan a los pacientes. Registrarlos con objeto de valorar las posibles medidas a tomar en los casos que estos sean ciertamente importantes. Posteriormente realizar un nuevo registro para ver si las medidas adoptadas han sido positivas.

**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.- Disminuir el número de efectos no deseados en los enfermos tratados por el Servicio de Cirugía del Hospital de Alcañiz.
- 2.- Aportar estos resultados a otros Centros similares y Servicios similares con objeto de valorar las medidas que nosotros pusimos en marcha para disminuirlos y su utilidad en otros Hospitales.
- 3.- Mejorar nuestros resultados en materia de calidad asistencial.
- 4.- Incluir nuestros resultados en un posible estudio a nivel de todo el SALUD.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Inicialmente recogeremos en un periodo de tiempo a determinar, nunca inferior a 6 meses, de todos los efectos ligados a nuestra hospitalización y relativos a:

Complicaciones anestésicas.

Hemorragia y hematomas durante los procedimientos.

Cirugía de sitio equivocado.

Dehiscencia de suturas.

Cuerpo extraño tras intervención quirúrgica.

Hipocalcemia postoperatoria.

Lesión de ureter.

Fístula intestinal.

Quemaduras quirúrgicas.

Modificación de la programación quirúrgica (retrasos o cancelaciones)

Reintervenciones quirúrgicas.

Una vez recogidos estos datos se pondrán en marcha todas las medidas con objeto de mejorar las cifras y entre las que podemos citar:

- Mayor cuidado en la técnica quirúrgica.
- Protocolización de actividades en los supuestos de efectos indeseados.
- Responsabilizar a todos los miembros del servicio que las medidas de este protocolo se cumplen en todos los pacientes.

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

La evaluación se realizará valorando los efectos adversos vistos antes y después de las medidas tomadas, en cuanto al número y variedad de ellos.

Los indicadores serán dos:

1. Número de efectos indeseados registrados en los citados anteriormente antes y después de la mejora de calidad.
2. Porcentaje de enfermos con efectos indeseados antes y después de las medidas de mejora.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: abril 2008

Fecha de finalización: octubre 2009

Calendario:

Abril 2008 a Diciembre de 2008: Recogida del número de efectos indeseados vistos en los enfermos Hospitalizados por el Servicio de Cirugía del Hospital de Alcañiz.

Enero 2009 a Agosto 2009: Recogida del número de efectos indeseados vistos en los enfermos Hospitalizados por el Servicio de Cirugía del Hospital de Alcañiz tras las medidas de mejora instauradas.

Septiembre y Octubre de 2009: Valoración y tratamiento de los datos.

