

INDICE PROYECTOS CALATAYUD_2007

158_2007 “Captación, tratamiento y seguimiento de pacientes con hábito tabáquico en la ZBS de Ariza” del CS Ariza	Pág. 2 a 5
189_2007 “Evaluación de la satisfacción de los usuarios del Servicio de Cirugía Menor en el Centro de Salud de Calatayud Sur”	Pág. 6 a 9
003_2007 “Nutrición artificial para enfermos en UCI y en planta” del H. Ernest Lluch	Pág. 10 a 13
146_2007 “Implantación de un Programa de Atención Farmacéutica a pacientes de alta hospitalaria: Programa INFOWIN” del H. Ernest Lluch	Pág. 14 a 17
147_2007 “Modelo de gestión de la cirugía menor dermatológica en el Sector de Salud de Calatayud: implantación y evaluación en el ámbito de Atención Primaria” del H. Ernest Lluch	Pág. 18 a 23
148_2007 “Vía clínica de atención al paciente dermatológico mediante teledermatología, diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud” del H. Ernest Lluch	Pág. 24 a 28
149_2007 “Sesiones clínicas on line en dermatología mediante videoconferencia, diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector Calatayud” del H. Ernest Lluch	Pág. 29 a 33
150_2007 “Vía clínica de atención a pacientes con precáncer cutáneo, diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector Calatayud” del H. Ernest Lluch	Pág. 34 a 40
152_2007 “Modelo de gestión del cáncer cutáneo: Implantación y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud” del H. Ernest Lluch	Pág. 41 a 46
241_2007 “Puesta en marcha y aplicación del Plan de Gestión de Residuos del Sector Sanitario de Calatayud” del H. Ernest Lluch	Pág. 47 a 50
242_2007 “Implantación de un sistema de comunicación con los Centros de Atención Primaria del Sector Calatayud en relación con la seguridad y salud de los trabajadores” del H. Ernest Lluch	Pág. 51 a 54
244_2007 “Actualización y estandarización de Protocolos y Procedimientos de enfermería en el Hospital Ernest Lluch”	Pág. 55 a 59
245_2007 “Normalización de la revisión de caducidades de medicamentos en las Unidades de Enfermería del Hospital Ernest Lluch”	Pág. 60 a 63

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CAPTACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE
PACIENTES CON HABITO TABÁQUICO EN LA
Z.B.S. DE ARIZA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

LUIS DIGÓN SANMARTÍN

Profesión

MÉDICO

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

CENTRO DE SALUD ARIZA - SECTOR CALATAYUD -

Correo electrónico:

lcdigon@oble.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-845234 / 976 845 681

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MARIO S. LOSSIO DAVALOS	MÉDICO	C. S. ARIZA
EDUARDO NEIRA BARNUEVO	MÉDICO	"
ABDUL F. KHOUJA MASRI	MÉDICO	"
JOSE LUIS RAMOS LOBERA	MÉDICO	"
NIEVES ASENSIO GUARDADO	MÉDICO	REFUERZO (C.S. ARIZA)
PABLO MUÑOZ CIFUENTES	MÉDICO	"
EVA NEGREDO HERNANDEZ	DUE	C. S. ARIZA
ANA M ^a BLANCAS COSTEA	DUE	"
ARACELI ORDUNA COARASA	DUE	"
ROCIO MELIS ROJAS	DUE	REFUERZO (C.S. ARIZA)
LUCIA LÓPEZ VELA	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.

- DADA LA ALTA PREVALENCIA DE TABAQUISMO ENTRE NUESTRA POBLACIÓN, CONSIDERAMOS IDÓNEA LA INTERVENCIÓN SOBRE ESTE FACTOR DE RIESGO, ENFOCADA A DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD, Y EL COSTE ECONÓMICO DERIVADO DE ESTE HÁBITO.
- CAPTACIÓN DIRECTA SOBRE POBLACIÓN DIANA (MAYORES DE 19 AÑOS, RESIDENTES EN NUESTRA Z.B.S.)

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

DISMINUIR LA PREVALENCIA DE HÁBITO TABÁQUICO Y POR TANTO DE LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA LA SALUD DERIVADAS DE DICHO HÁBITO.

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%	20%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	50%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	20%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	40%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

CAPTACIÓN MEDIANTE SESIONES INFORMATIVAS QUE SE OFRECEN A LA POBLACION (CARTELES INFORMATIVOS, EPS, GRUPOS DE AYUDA...)

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

INDICADORES DE PROCESO: N° CONSULTAS DE ENFERMERIA, N° CONSULTAS MÉDICAS, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS...

INDICADORES DE RESULTADOS: N° PACIENTES CON HABITO TABÁQUICO PRE Y POST INTERVENCIÓN. MENCIÓN CO (COXÍMETRIA), EVENTUALMENTE PICK-FLOW, REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS, SAT O₂...

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 '07

Fecha de finalización: ENERO '08

Calendario:

FEBRERO A MARZO : FASE DE DISEÑO DEL PROYECTO.

ABRIL A JUNIO : FASE DE CAPTACIÓN

JULIO A OCTUBRE : FASE DE DESARROLLO DEL PROCESO, VERIFICACIÓN DE INDICADORES, PRIMERA EVALUACIÓN DE RESULTADOS

NOVIEMBRE A ENERO '07: CONCLUSIONES

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
* GASTOS DERIVADOS DE CAMPAÑA DE	
DIFUSIÓN DEL PROYECTO (FUNDAMENTAL-	
MENTE CARTELES INFORMATIVOS, EVENTUAL-	
MENTE RADIO, PRENSA ...)	500 a 1000 €
* GASTOS MATERIAL FUNGIBLE (CARTAS,	
SELLOS etc)	200 €
* FINANCIACIÓN PARA INICIO DEL TTO.	
FARMACOLÓGICO ANTITABACO	1.500 €
TOTAL	APROXIMADAMENTE 3.000 €

Fecha y firma:



7/11/07

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: "EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD SUR"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

MIGUEL HERNANDEZ SERRANO

Profesión:

MEDICO DE FAMILIA

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

CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 8810 00

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Torra	Medico	CS Calatayud Sur
Servando E. Marrón	Medico	U Dermatología
Lucía Tomás	Psicóloga	U Dermatología

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...

Una vez concluida la implantación del Servicio de Cirugía Menor en los 10 Centros de Salud del Sector de Calatayud, nos parece adecuado evaluar la satisfacción de los usuarios en el Centro de Salud de Calatayud Sur.

Todo lo concerniente a la satisfacción de los usuarios es muy apreciado por las autoridades sanitarias de todo el mundo, ya que se desentrañan las necesidades y las carencias que los usuarios perciben, lo cual va a permitir reorientar en caso de que sea necesario los esfuerzos de cara a dar una asistencia que sea de calidad y además sea bien aceptada por los usuarios.

Podemos recordar como Donabedian sugirió que la satisfacción de los pacientes es en si mismo el mayor indicador de calidad. El estudio de la satisfacción de los pacientes tiene una larga historia.

Autores como Thompson y Sunol entre otros argumentan que la medida de la calidad de la asistencia evaluada exclusivamente por el personal sanitario sin tener en cuenta

la valoración del paciente no es adecuada, ya que nos aporta una visión distorsionada de la realidad, que no nos será útil.

Como consecuencia de esto nos disponemos a elaborar y poner a prueba durante el año 2007 un instrumento de satisfacción para evaluar el Servicio de Cirugía Menor en el que el paciente sea el centro del proceso evaluador. Instrumento de evaluación en el que tendremos en cuenta la percepción del paciente en relación con, entre otros Dominios: 1º La comunicación, explicaciones e interacción medico-paciente, 2º El entorno físico en el que se desarrolla la actividad, 3º El tiempo de consulta, 4º El entorno en las salas de espera y la privacidad del proceso, 5º La actitud del Staff, 6º Las actividades y los procedimientos utilizados, 7º Resultados en salud y 8º Tiempo de espera, entre otros .

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1º Mantener y mejorar en su caso la atención de los pacientes incluidos en el protocolo de cirugía menor en el Centro de Salud de Calatayud Sur.
- 2º Alta participación de los profesionales implicados en el Proyecto, así como de los miembros del Equipo Directivo de Atención Primaria del Sector de Calatayud.
- 3º Incrementar la calidad de la asistencia prestada
- 4º Conocer la percepción de calidad de los pacientes que atendemos
- 5º Elaborar un instrumento de evaluación de la satisfacción de los pacientes.
- 6º Monitorizar el proceso, para continuar el proceso de mejora
- 7º Difusión de las actividades y resultados obtenidos en: congresos y reuniones científicas.

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%	20%
<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%	35%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	15%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Elaboración de un instrumento de evaluación de la satisfacción de los usuarios del servicio de cirugía menor en el Centro de Salud de Calatayud Sur.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderará la actividad para conseguir dar a luz el instrumento de evaluación

Los miembros colaborarán con el Coordinador para que el instrumento de evaluación vea la luz.

2º Una vez elaborado el Instrumento de evaluación se pondrá a prueba con los pacientes incluidos en el programa de cirugía menor.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderará la pasación del instrumento de evaluación.

Los restantes participantes colaboraran en su ámbito específico para que la pasación del instrumento de evaluación se lleve a cabo.

3º Monitorización del Proyecto

El Coordinador del Proyecto liderará la monitorización del Proceso haciendo cumplir los plazos pactados.

Los demás miembros lideraran la monitorización del Proceso en sus ámbitos específicos en coordinación con el responsable del Proyecto.

4º Difusión del Proyecto

El Coordinador del Proyecto liderara la preparación de comunicaciones científicas para presentar en reuniones y congresos.

Los demás miembros del equipo de mejora colaboraran para conseguir la difusión de los resultados obtenidos.

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

1º Evaluación del Proceso de confección del instrumento de evaluación.

1a) Número de Reuniones realizadas/ previstas

1b) Número de participantes/previstos

2º Evaluación de la formación e información en el Centro de Salud sobre el uso del instrumento de evaluación

2a) Número de Reuniones realizadas/ previstas

2b) Número de participantes/previstos

3º Implantación del instrumento de evaluación

3a) Número de pacientes incluidos en el Protocolo de cirugía menor

3b) Número de pacientes de los anteriores **evaluados**

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: Marzo de 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Calendario:

Proceso de elaboración del instrumento de evaluación (Marzo a Mayo de 2007)

2-3 reuniones

Proceso de información sobre el uso del instrumento de evaluación (Mayo de 2007)

1 reunión

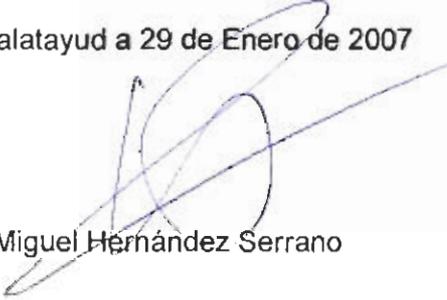
Proceso de implantación y uso del instrumento de evaluación (Junio a Diciembre de 2007)

Proceso de evaluación y tabulación de resultados para continuar el ciclo de mejora (Diciembre de 2007)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Para el desarrollo de las actividades previstas del Grupo de Mejora	600'00
TOTAL	600'00

Fecha y firma: Calatayud a 29 de Enero de 2007


Miguel Hernández Serrano

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Nutrición artificial para enfermos en UCI y en planta

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Antonio López Mercader

Profesión

Ingeniero Informático

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

Jefe de Informática del Sector de Calatayud

Correo electrónico:

alopezme@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 88 27 53

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Serón Arbeloa	Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Intensiva y Nutrición. Jefe de la UCI.	Hospital San Jorge de Huesca
José Puzo Foncillas	Doctor en Medicina y Cirugía. Especialidad en Bioquímica	Hospital San Jorge de Huesca
Ana Deza Ibañez	Jefa de Grupo de Informática	Sector de Calatayud

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La desnutrición es frecuente en el medio hospitalario (especialmente en pacientes en UCI) y aumenta los costos de manera significativa, al asociarse a mayores tasas de complicaciones y de mortalidad. Numerosos estudios han demostrado que entre un 40- 50% de los pacientes hospitalizados, presentan algún grado de desnutrición, siendo severa en torno al 15% de los mismos.

En el caso concreto de la UCI de nuestro Hospital (y en general todos los hospitales en Aragón), no sólo no existen herramientas para ayudar al cálculo de la nutrición, sino que ni siquiera se dispone de ningún sistema de historia clínica informatizada que almacene datos clínicos de ningún tipo para su posterior uso. Toda la información del paciente se almacena en papel, y los cálculos de nutrición son puntuales, no constantes y de difícil uso posterior. Además no se pueden realizar a posterior estudios de ningún tipo ya que el acceso a la información es incomodo, desorganizado y a veces laberíntico.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se pretende desarrollar una completa **aplicación Web**, que va más allá de una **historia clínica informatizada**, ya que incluye utilidades de diagnóstico y cálculo de requerimientos nutricionales para pacientes en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) que no puedan alimentarse por sí mismos y requieren nutrición artificial. A largo plazo, la aplicación podría implantarse en todos los hospitales públicos de la comunidad autónoma de Aragón que lo deseen.

Se pretende además que en el futuro este proyecto esté integrado en el **Plan de Sistemas** del Departamento y ser un **proyecto pionero** de desarrollo de Software del SALUD.

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%	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	70%

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

Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	5%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	5%
TOTAL		100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

El proyecto (que forma parte del proyecto fin de carrera de la Ingeniería Informática de Antonio López Mercader), necesita el desarrollo de algunas nuevas funcionalidades y adaptarlo completamente al funcionamiento del Hospital San Jorge de Huesca para ponerlo en marcha, a petición del Jefe de Servicio de la UCI.

Debido al carácter multisectorial del proyecto, ya que el Informático de desarrollo es actualmente el Jefe de Informática del Sector de Calatayud y nos gustaría hacerlo extensivo a otros Hospitales en el futuro, se desea poder adquirir un portatil para poder llevar todo el trabajo de forma mobil y poder trabajar y hacer demostraciones en cualquier punto de la red sanitaria (o de la DGA).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación se puede monitorizar con los siguientes indicadores:

- Aceptación de la aplicación por el personal médico: Se puede comprobar comprobando el número de facultativos que acceden a la aplicación.
- Pacientes tratados por el sistema: Se puede comprobar el número de pacientes que han sido tratados y por ende recibido los beneficios.

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: Mayo 2006
-----------------------------	----------------------------------

Calendario:

Febrero: Desarrollo de nuevas funcionalidades
Marzo: Adaptación al Hospital San Jorge de Huesca
Abril: Puesta en marcha
Mayo: Validación del proyecto

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...

Existen pacientes que al darles el alta hospitalaria son susceptibles de recibir una información especial acerca de su tratamiento para que puedan comprenderlo mejor y de esta forma aumentar su adherencia al tratamiento.

Estos pacientes serían los pacientes de mayor edad y politratados (en tratamiento con 5 o más fármacos simultáneamente) y que por ello puedan tener dificultades para la comprensión correcta de su tratamiento.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Hasta el momento se han intentado varios métodos para la puesta en marcha del proyecto intentando organizarlo de forma que no interrumpiese la actividad clínica diaria. Por ello sólo se empezó con un médico del Servicio de Medicina Interna.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Durante el año 2007 se espera dar difusión a este proyecto al menos en todo el equipo de Medicina Interna.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realizar un informe que refleje los fármacos que el paciente va a llevar al alta hospitalaria y de esta forma aumentar la adherencia al tratamiento de los pacientes ancianos y polimedicados que se van de alta del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

Los pacientes susceptibles de recibir información al alta hospitalaria serán:

- Pacientes polimedicados :con más de 5 fármacos al alta.
- Pacientes con dificultades para comprender y por lo tanto cumplir con su tratamiento: mayores de 65 años o pacientes con enfermedades que disminuyan su capacidad cognitiva.

Servicio demandante: Medicina Interna

Servicio que elabora información: Servicio de Farmacia

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

% de informes de alta = n° de informes de alta realizados *100/ n° total de altas **de los servicios demandantes**

% de detección de errores de medicación= n° de posibilidades de error detectadas⁽¹⁾ *100/ n° total de informes realizados.

(1): Omisión de dosis, dosis errónea, interacciones....

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: 01-01-2007

Fecha de finalización: 31-1-2007

Calendario:

Primer trimestre de 2007: Difundir proyecto entre facultativos. Elaboración de informes.

Segundo y tercer trimestre: Elaboración de informes.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: “MODELO DE GESTION DE LA CIRUGÍA MENOR DERMATOLÓGICA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD: IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN EN EL AMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA

Profesión:

DERMATOLOGO

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

HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTÍN. UNIDAD DE DERMATOLOGÍA. SECTOR DE CALATAYUD

Correo electrónico:

seimarron@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 880964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Federico de Lara	Enfermero	U Dermatología
Lucía Tomás	Psicóloga	U Dermatología
Mari Sol Gracia	Admisión	Hospital
Carmelo Cebrian	Medico	U Anatomía Patológica
Matilde Jiménez	MIR 2º	C S. Calatayud Norte
Eva Alarcón	Medico	S Urgencias
José Ignacio García	Médico	U Medicina Preventiva
Amadeo Fernández	Medico	S Análisis Clínicos
Addul Fatah Kouha	Medico	CS Ariza
Maria del Mar Juste	Medico	CS Alhama
Pablo de Lora	Medico	CS Ateca
Miguel Hernández	Medico	CS Calatayud Sur
Maria Pilar Blazquez	Medico	CS Calatayud Norte
Ángel Bes	Medico	CS Daroca
José Antonio Moreno	MIR 3º	CS Daroca
Claudio Ibarzo	Medico	CS Sabiñan
Antonio Gómez	Medico	CS Illueca
Rafael Florit	Medico	CS Morata
José Maria Gotor	Medico	CS Villarroya
José Miguel Grima	Médico	CS Almunia

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...

INTRODUCCION

La dispersión geográfica en nuestro Sector de Salud. Los medios de transporte comunitarios insuficientes. La búsqueda de la calidad de la atención prestada al usuario. El incremento constante del número de pacientes remitidos por procesos cutáneos benignos susceptibles de intervención al Servicio de Dermatología. El interés de los profesionales por adquirir nuevas competencias y asumir nuevos retos y las buenas relaciones entre los profesionales (primaria-especializada) son las causas fundamentales que nos han animado a implementar este Proyecto de mejora de calidad.

Nuestra actividad en este momento esta centrada en dos áreas específicas: La Protocolización de la actividad en el ámbito específico de atención primaria y la Protocolización de la actividad en el ámbito específica de la atención especializada.

MODELO DE GESTION DE LA CIRUGIA MENOR

El modelo de gestión que planteamos para su implantación en la clínica diaria del Sector de salud de Calatayud se basa en los siguientes pilares: 1º La Coordinación del modelo que se ejerce desde la Unidad de Dermatología como nodo principal o coordinador y con la presencia de nodos secundarios descentralizados en cada uno de los Centros del Sector, en los que existe una persona encargada de la función de coordinación. 2º En la Protocolización de la actividad clínica que se plantea realizar, concretamente de las patologías a tratar, que son: Verrugas vulgares, Fibromas blandos, Queratomas seborreicos, Queratomas actínicos incipientes, Nevus sin signos de alarma, Distrofias ungueales, Cicatriz hipertrófica o queloidea y patologías atendidas en urgencias. Y por otra parte de las técnicas protocolizadas para utilizar y que son: Mixtas -BR+EDS-, Electrocirugía -Fulguración, Electrotomía-, Bisturí frío -Biopsia incisional, biopsia excisional- y crioterapia -Histofreezer®, Nitrogeno liquido-, Otras técnicas -desonificación e infiltración intralesional con corticoides- 3º La Formación de los profesionales -médicos y enfermeras del Sector, mediante formación teórico-práctica en los propios centros, mediante Cursos de Formación teórico-Practico en los propios Centros de Salud de 80 horas y 16 horas, en los que se incide en el Diagnóstico y diagnóstico diferencial de las patologías incluidas en el protocolo, de diversas dermatosis frecuentes, susceptibles de ser intervenidas con estas técnicas y del cáncer cutáneo epitelial y cáncer cutáneo pigmentado, así como de los aspectos psicológicos relacionados, con implantación de equipos quirúrgicos (medico-enfermera). 4º La dotación instrumental precisa para realizar la actividad y 5º En la existencia como herramientas de practica clínica, de la Vía Clínica de Cirugía Menor en Atención Primaria de nuestro Sector.

Proponemos por tanto un Modelo de Gestión descentralizado de la cirugía menor dermatológica. Con definición de objetivos concretos. Identificación de las responsabilidades, basado en la corresponsabilidad de los participantes en el proyecto.

Hemos detectado que si no se realiza un reciclaje anual se pierde eficacia en el desarrollo y mantenimiento del Programa y que los cambios ocurridos hace unos meses en el personal Médico del Sector ha hecho que en este momento exista un número importante de profesionales que no están capacitados para realizar la

actividad. Lo cual esta lastrando su desarrollo y comprometiendo su viabilidad a medio y largo plazo.

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

DESARROLLO PRACTICO DE LA ACTIVIDAD

- Inicio del proyecto en 1997.
- Incorporación a demanda de los Centros.
- Provisión de los medios materiales a los 10 Centros de Salud para la realización de la actividad.
- Formación completa e implantación total de la actividad en los 11 Centros de Salud en la actualidad.
- Esta pendiente de formalizar oficialmente el modelo de gestión, para implantarlo definitivamente en el Sector de Salud. Por medio este Proyecto de Mejora que se ha solicitado.

Se realiza un Congreso anual para poner en común las experiencias en esta materia (2004 3ª Edición y en marzo de 2007 la 4ª edición).

- Se ha iniciado la preparación de publicaciones con la experiencia acumulada.
- Esta en fase de publicación una monografía sobre Cirugía Menor Dermatológica en el Sector de Salud de Calatayud.
- Queda pendiente la definición de la formación continuada y la revisión de las patologías protocolizadas

CONCLUSIONES

*Iniciativa pionera en Aragón

*Exponente de Coordinación Primaria-Especializada

*Mejora la calidad de la asistencia y la percepción del usuario

*Mejora la satisfacción de los profesionales que participan en la actividad

*Libera recursos en el Servicio de Dermatología que se pueden destinar a otras prioridades

*Es central la protocolización de las patologías a tratar y de las técnicas quirúrgicas a utilizar

*Es una labor de equipo, por tanto la formación de equipos quirúrgicos (medico-enfermera) creemos es la idónea

*Requiere un esfuerzo de corresponsabilidad de todos los implicados para que cada uno asuma las responsabilidades que se pactan

*Es central la capacitación previa y la formación continuada

*La difusión de los resultados creemos es muy importante

*Contaba esta actividad con el apoyo e impulso de la Gerencia de Sector

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1º Mantener y mejorar la atención de los pacientes dermatológicos en nuestro Sector susceptibles de tratarse con técnicas de cirugía menor.
- 2º Alta participación de los profesionales implicados en el Proyecto (Médicos y enfermeras del ámbito de atención primaria y de atención especializada, así como de los miembros del Equipo Directivo del Sector).
- 3º Incrementar la calidad de la asistencia prestada
- 4º Mejorar la percepción de calidad percibida por los pacientes que atendemos
- 5º Mejorar la resolución y la percepción de los trabajadores del Sector (médicos y enfermeras), mediante la formación y formación continuada que se realizara.
- 6º Monitorizar el proceso, para continuar el proceso de mejora
- 7º Difusión de las actividades y resultados obtenidos en: congresos, reuniones científicas, así como en publicaciones internacionales con impacto.

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%	30%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º Poner en común la actividad y el protocolo de cirugía menor en atención primaria, para lo cual se realizaran sesiones en los centros de salud. y en el hospital.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderara la actividad, para conseguir nuevamente que la capacitación alcance el 100% de los profesionales –médicos y enfermeras- del Sector.

Los miembros realizaran tareas de enlace con su centro.

2º Continuar la formación continuada iniciada el pasado año y la certificación de nuevos profesionales que acceden a la actividad mediante la realización de cuatro cursos de cirugía menor dermatológica en atención primaria durante el presente año.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderara la docencia y la realización de los cursos previstos.

Los restantes participantes colaboraran en su ámbito específico para dar difusión y colaborar para que los cursos se puedan realizar.

Los Cursos se realizarán en las siguientes fechas: 13-27 de marzo; 12-26 de junio; 18 de septiembre a 2 de octubre y 13-27 de noviembre de 2007. Para ocho participantes máximo de 16 horas de duración y dirigido a médicos y enfermeras, para los cuales se ha pedido acreditación de la Comisión Autonómica de Acreditación.

3º Monitorización del Proyecto

El Coordinador del Proyecto liderará la monitorización del Modelo haciendo cumplir los plazos pactados.

Los demás miembros liderarán la monitorización del Proyecto en sus ámbitos específicos en coordinación con el responsable del Proyecto.

4º Difusión del Proyecto

El Coordinador del Proyecto liderará la preparación de comunicaciones científicas para presentar en reuniones y congresos, así como la publicación de resultados en revistas internacionales y nacionales de impacto.

Los demás miembros del equipo de mejora colaborarán para conseguir la difusión de los resultados obtenidos.

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

1º Evaluación de los cursos de cirugía menor (numero, participantes, trabajo desarrollado en los mismos, etc.)

1ºa) Numero de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb) Numero de participantes/previstos

1ºc) Numero de pacientes intervenidos

1ºd) % de correlación clínicopatológica

1º Evaluación de la formación e información en los centros sobre el uso de la herramienta de cirugía menor del Sector (Reuniones: numero, participantes, acuerdos adoptados, etc.)

1ºa) Numero de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb) Numero de participantes/previstos

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: Marzo de 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Calendario:

Proceso de desarrollo de las sesiones en los centros (Marzo a Julio de 2007)

10 Centros de Salud + Hospital

Proceso de desarrollo de los 4 cursos de cirugía menor (Marzo a Noviembre de 2007)

4 Cursos Hospital

Proceso de evaluación y tabulación de resultados para continuar el ciclo de mejora (Diciembre de 2007)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
11 Sesiones de implantación de 1 ½ horas	1'980.00
4 Cursos de Cirugía Menor	7'400.00
Gastos de tabulación, tratamiento de los datos y para la difusión del Proyecto en Congresos y Cursos	1'500.00
TOTAL	10'880.00

Fecha y firma: Calatayud a 18 de Enero de 2007

Servando E. Marrón Moya

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: "VIA CLINICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE DERMATOLÓGICO MEDIANTE TELEDERMATOLOGIA, DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA

Profesión:

DERMATOLOGO

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

HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTÍN. UNIDAD DE DERMATOLOGÍA. SECTOR DE CALATAYUD

Correo electrónico:

semarron@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 880964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Federico de Lara	Enfermero	U Dermatología
Lucía Tomás	Psicóloga	U Dermatología
Marisol Gracia	Admisión	Hospital
Antonio López	Informatico	U Informática
Noemi Sancho	Medico	S Urgencias
José Ignacio García	Médico	U Medicina Preventiva
Addul Fatah Kouha	Medico	CS Ariza
Maria del Mar Juste	Medico	CS Alhama
Pablo de Lora	Medico	CS Ateca
Maria Pilar Blazquez	Medico	CS Calatayud Norte
Miguel Hernández	Médico	CS Calatayud Sur
Ángel Bes	Medico	CS Daroca
Claudio Ibarzo	Medico	CS Sabiñan
Antonio Gomez	Medico	CS Illueca
José Manuel Plana	Medico	CS Morata
José Maria Gotor	Medico	CS Villarroya
Francisco Aganzo	Médico	CS Almunia

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 uso de tecnología de videoconferencia en tiempo real en asuntos relacionados con la salud de los ciudadanos se ha desarrollado mas rápidamente en usos no clínicos, como pueden ser como ejemplos actividades administrativas y docentes, siendo la dermatología una de las especialidades médicas en las que puede tener mucha utilidad su uso clínico. Esta tecnología se nos presenta con un potencial importante en dermatología, ya que nos permite explorar pacientes a distancia, sin necesidad de que acudan al hospital, pudiendo diagnosticar y tratar a estos pacientes a distancia, liberando recursos para poder destinar a otras actividades.

La teledermatología puede ser considerada como un potencial sustituto de las remisiones convencionales de pacientes desde atención primaria al hospital para ser visitados por el dermatólogo, lo cual provocaría un incremento de resolución en la actividad clínica diaria.

La importancia y utilidad del proyecto radica en el importante número de pacientes dermatológicos dentro de nuestro sector de salud que pueden ser evaluados y tratados por el dermatólogo sin que el paciente se desplace al hospital. Evitara gastos de desplazamiento, perdida de salarios por parte de los pacientes y acompañantes. Liberara recursos en la unidad de dermatología que podrán reorientarse en otras direcciones. Mejorara la capacitación profesional de los profesionales de atención primaria. En definitiva mejorara la calidad de la asistencia.

Como método de detección pretendemos que se evalúe en el Centro de Salud, las necesidades de utilización de este método asistencial en pacientes de edad más avanzada, con menos recursos económicos, con dificultades de desplazamiento al hospital o pacientes en los que se requiera una atención urgente. De forma que realizando una escala de puntuación puedan priorizarse estos pacientes dentro de cada centro de salud y pueda también priorizarse el orden de inicio en la actividad de cada uno de los centros de salud para incorporarse a este nuevo servicio.

Se pretende identificar tiempos específicos en la agenda de dermatología, que se identificaran como (TELD), por medio de este sistema con menores demoras en un día concreto de la semana.

El hecho de que en nuestro Sector se este concluyendo el cableado y la incorporación de todos los centros de salud a la red informática del mismo, va a permitir dar viabilidad a este proyecto.

Las posibilidades de mejora detectadas, el gran numero de casos, la capacitación del personal del Servicio, así como los recursos consumidos, nos han animado a implementar una Vía Clínica de Atención al Paciente Dermatológico mediante Teledermatología, Diseño, Puesta en Marcha y Monitorización en el Sector de Salud de Calatayud" según la Metodología de Mejora Continua de la Calidad.

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

1º Alta participación de los profesionales implicados en el Proyecto (Médicos y enfermeras del ámbito de atención primaria y de atención especializada, así como de los miembros del Equipo Directivo del Sector).

2º Diseñar una Vía Clínica de atención al paciente Dermatológico mediante la Teledermatología.

3º Poner en Marcha la Vía una vez consensuada y elaborada antes de acabar el año

4º Monitorizar el proceso, para continuar el proceso de mejora

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	30%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	5%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º Confeccionar la Vía Clínica para el uso de la actividad consensuada en ambos niveles asistenciales. Para lo cual se crearán dos grupos de trabajo inicial uno en primaria y otro en especializada para definir el proceso asistencial en cada uno de esos ámbitos. Una vez consensuados se unificará el equipo para elaborar el formato definitivo.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderará los dos grupos iniciales para llevar a cabo los trabajos, citar las reuniones, búsqueda de locales para su realización y cumplimentación de tareas de coordinación.

Los restantes participantes acudirán a las reuniones que se les citen y realizarán las tareas propias de su ámbito.

2º Poner en marcha la Vía

El Coordinador del Proyecto de encargará de difundir en todo el Sector las diferentes características de la Vía entre los trabajadores del Sector.

Los restantes participantes se encargaran de implementar la difusión en el ámbito específico de cada uno de ellos, sirviendo de enlace entre sus centros y el coordinador.

3º Monitorización de la Vía

El Coordinador del Proyecto liderara la monitorización de la Vía haciendo cumplir los plazos pactados.

Los demás miembros lideraran la monitorización de la Vía en sus ámbitos específicos en coordinación con el responsable del Proyecto.

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

1º Evaluación del Proceso de confección de la Vía (Reuniones: numero, participantes, acuerdos adoptados, etc.)

1ºa) Numero de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb)Numero de participantes/previstos

2º Evaluación del Proceso de implantación de la Vía (Centros: numero, profesionales participantes, etc.)

2ºa)Centros implantados/previstos

2ºb)Pacientes incluidos en la Vía/previstos

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: Diciembre 2007

Caleandario:

Proceso de confección de la Vía (Febrero a Julio de 2007)

Reuniones subgrupo atención primaria (dos)

Reuniones subgrupo atención especializada (dos)

Reunión puesta en común ambos subgrupos (una)

Proceso de implantación de la Vía (Julio a Octubre de 2007)

Reuniones en los Centros de Salud (diez)

Reunión en el hospital (una)

Identificación Tiempos en Agenda de Dermatología (Julio 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)
---------	--

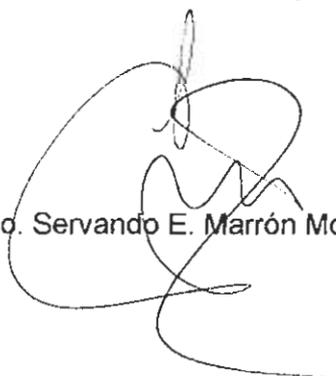
Proceso de desarrollo de la Vía con inclusión de pacientes (Noviembre a Diciembre de 2007)

Proceso de evaluación y tabulación de resultados para continuar el ciclo de mejora (Diciembre de 2007)

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
15 Cámaras WEB	1'500.00
Gastos para la tabulación, tratamiento de los datos y para la difusión del Proyecto en Congresos y Cursos	1'500.00
TOTAL	3'000.00

Fecha y firma: 18 de Enero de 2007

Fdo. Servando E. Marrón Moya



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: "SESIONES CLINICAS "ON LINE" EN DERMATOLOGÍA MEDIANTE VIDEOCONFERENCIA, DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA

Profesión:

DERMATOLOGO

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

HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTÍN. UNIDAD DE DERMATOLOGÍA. SECTOR DE CALATAYUD

Correo electrónico:

semarron@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 880964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Federico de Lara	Enfermero	U Dermatología
Lucía Tomás	Psicóloga	U Dermatología
Ana Belén Castillo	Formación	061 Aragón
Mari Sol Gracia	Admisión	Hospital
Antonio López	Informático	Hospital
Carmelo Cebrian	Medico	U Anatomía Patológica
Fatima Vargas	Medico	S Urgencias
Amadeo Fernandez	Medico	S Análisis Clínicos
José Ignacio García	Médico	U Medicina Preventiva
Matilde Jiménez	MIR 2º	CS Calatayud
Addul Fatah Kouha	Medico	CS Ariza
Mar del Mar Juste	Medico	CS Alhama
Pablo de Lora	Medico	CS Ateca
Maria Pilar Blazquez	Medico	CS Calatayud Norte
Miguel Hernández	Médico	CS Calatayud Sur
Ángel Bes	Medico	CS Daroca
Claudio Ibarzo	Medico	CS Sabiñan
Antonio Gómez	Medico	CS Illueca
José Manuel Plana	Medico	CS Morata
José María Gotor	Medico	CS Villarroya
Francisco Aganzo	Médico	CS Almunia

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 uso de tecnología de videoconferencia en tiempo real en asuntos relacionados con la salud de los ciudadanos se ha desarrollado más rápidamente en usos no clínicos, como pueden ser como ejemplos actividades administrativas y docentes, siendo la dermatología una de las especialidades médicas en las que puede tener mucha utilidad su uso clínico. Esta tecnología se nos presenta con un potencial importante en formación a distancia de dermatología, ya que nos permite en tiempo real poder visualizar las sesiones realizadas por los profesionales y ser distribuidas distribuidos por todo el Sector de Salud, pudiendo entrar en directo y hacer preguntas y comentarios. Siendo posible además previa grabación de las sesiones poder transmitirlos en diferido para que profesionales que no han podido acceder a la sesión en vivo, puedan hacerlo a la sesión en diferido en momentos en los que la carga asistencial lo permita.

La videoconferencia en tiempo real, o en diferido puede ser considerada como un potencial sustituto de las tradicionales sesiones clínicas presenciales, que en el caso de nuestro Sector están seriamente comprometidas en cuanto a su supervivencia, entre otras cosas: 1º Por la dispersión de los centros de trabajo. 2º La diversidad de horarios y de cargas de trabajo que soportan los diferentes profesionales. 3º Los diferentes intereses de unos y otros profesionales que dificultan situar un tema atractivo para un número significativo de profesionales. Etc. De esta manera entendemos que la formación dermatológica on-line que proponemos produciría diversos efectos beneficiosos, entre los que podemos citar: 1º Mejora en la capacitación de los diferentes profesionales del sector. 2º Mejora de la accesibilidad al conocimiento y a su actualización constante. 3º Mejora de la calidad de vida laboral de los profesionales del sector. 4º Mejora en la calidad de la atención prestada a los pacientes a cargo. Todo lo cual provocaría un incremento de resolución en la actividad clínica diaria de los diferentes profesionales implicados.

La importancia y utilidad del proyecto radica: 1º en el alto interés de los profesionales del sector por adquirir conocimientos en el área de la dermatología. 2º La alta dificultad para su adquisición por el sistema tradicional presencial. 3º El incremento en resolución de los diferentes profesionales tras la adquisición de conocimientos que se propondrán. 4º Incremento de calidad percibida por los profesionales y por los pacientes atendidos. 5º Evita gastos de desplazamiento, pérdida de salarios por parte de los profesionales.

Como método de detección pretendemos que se evalúe en el Sector de Calatayud, las necesidades de formación en el área de la dermatología, si bien como base inicial estarán los temas relacionados con las áreas de mejora de calidad y de investigación planteadas por la Unidad de Dermatología como áreas prioritarias o líneas de trabajo preferentes. De forma que realizaremos un calendario de temas y horario para su difusión.

Se pretende identificar tiempos específicos en la agenda de dermatología, que se identificaran como (OLDESE), por medio de este sistema en un día concreto de la semana., probablemente, bien en jornada ordinaria o extraordinaria, consensuada con los posibles receptores de las enseñanzas

El hecho de que en nuestro Sector se este concluyendo el cableado y la incorporación de todos los centros de salud a la red informática del mismo, va a permitir dar viabilidad a este proyecto.

Las posibilidades de mejora detectadas, el gran interés por la actividad formativa en dermatología, la dificultad para adquirir los conocimientos dermatológicos por parte de los profesionales del sector, la

capacitación del personal de la Unidad de Dermatología, así como los recursos consumidos, nos han animado a implementar las sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia, diseño, puesta en marcha y monitorización en el sector de salud de Calatayud.

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

1º Alta participación de los profesionales implicados en el Proyecto (Médicos y enfermeras del ámbito de atención primaria y de atención especializada, así como de los miembros del Equipo Directivo del Sector).

2º Diseñar las sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia

3º Poner en Marcha las sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia una vez consensuado y elaborado un calendario antes de acabar el año

4º Monitorizar el proceso, para continuar el proceso de mejora

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%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	20%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º Confeccionar las sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia Para lo cual se crearán dos grupos de trabajo inicial uno en primaria y otro en especializada para definir primero los temas y el calendario. Una vez consensuados se unificará el equipo para elaborar el formato definitivo.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderará los dos grupos iniciales para llevar a cabo los trabajos, citar las reuniones, búsqueda de locales para su realización y cumplimentación de tareas de coordinación.

Los restantes participantes acudirán a las reuniones que se les citen y realizarán las tareas propias de su ámbito.

2º Poner en marcha las sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia

El Coordinador del Proyecto de encargara de difundir en todo el Sector las diferentes características del Proyecto entre los trabajadores del Sector.

Los restantes participantes se encargaran de implementar la difusión en el ámbito específico de cada uno de ellos, sirviendo de enlace entre sus centros y el coordinador.

3º Monitorización del Proyecto

El Coordinador del Proyecto liderara la monitorización de la Vía haciendo cumplir los plazos pactados.

Los demás miembros lideraran la monitorización del Proyecto en sus ámbitos específicos en coordinación con el responsable del Proyecto.

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

1º Evaluación del Proceso de confección sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia (Reuniones: numero, participantes, acuerdos adoptados, etc.)

1ºa) Numero de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb)Numero de participantes/previstos

2º Evaluación del Proceso de implantación sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia (Centros: numero, profesionales participantes, etc.)

2ºa)Centros implantados/previstos

2ºb)Temas incluidos en el Proyecto/previstos

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: Diciembre 2007

Calendario:

Proceso de confección de las sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia (Febrero a Julio de 2007)

Reuniones subgrupo atención primaria (dos)

Reuniones subgrupo atención especializada (dos)

Reunión puesta en común ambos subgrupos (una)

Proceso de implantación de las sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia (Julio a Octubre de 2007)

Reuniones en los Centros de Salud (diez)

Reunión en el hospital (una)

Identificación Tiempos en Agenda de Dermatología (Julio 2007)

Proceso de desarrollo de la sesiones clínicas "on line" en dermatología mediante videoconferencia con inicio de la emisión de temas (Noviembre a Diciembre de 2007)

Proceso de evaluación y tabulación de resultados para continuar el ciclo de mejora (Diciembre de 2007)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
11 Sesiones de implantación de 1 ½ horas	1'980.00
Gastos para la tabulación, tratamiento de los datos y para la difusión del Proyecto en Congresos y Cursos	1'500.00
Desarrollo de las sesiones clínicas "on line" 10 sesiones	1'800.00
TOTAL	5'280.00

Fecha y firma: 18 de Enero de 2007

Fdo. Servando E. Marrón Moya

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: "VIA CLINICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON PRECANCER CUTÁNEO, DISEÑO, PUESTA EN MARCHA Y MONITORIZACIÓN EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA

Profesión:

DERMATOLOGO

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

HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTÍN. UNIDAD DE DERMATOLOGÍA. SECTOR DE CALATAYUD

Correo electrónico:

semarron@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 880964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Federico de Lara	Enfermero	U Dermatología
Lucía Tomás	Psicóloga	U Dermatología
Marisol Gracia	Admisión	Hospital
Carmelo Cebrian	Medico	U Anatomía Patológica
Rosa Alcázar	Medico	S Urgencias
José Ignacio García	Médico	U Medicina Preventiva
Amadeo Fernández	Medico	S Análisis Clínicos
Addul Fatah Kouha	Medico	CS Ariza
Maria del Mar Juste	Medico	CS Alhama
Pablo de Lora	Medico	CS Ateca
Miguel Hernández	Médico	CS Calatayud Sur
Rosario Val	Medico	CS Calatayud
Maria Pilar Blazquez	Medico	CS Calatayud Norte
José Antonio Moreno	MIR 3º	CS Daroca
Ángel Bes	Medico	CS Daroca
Claudio Ibarzo	Medico	CS Sabiñan
Carmen Gascón	Medico	CS Illueca
José Manuel Plana	Medico	CS Morata
José Antonio Delgado	Medico	CS Villarroya
José Miguel Grima	Médico	CS Almunja

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En 1986 Dubreuilh introdujo el término de preneoplasia, actualmente precáncer para describir varios procesos cutáneos en los que la experiencia clínica había indicado que experimentarían una transformación maligna después de un tiempo más corto o más largo. Los factores importantes en la etiología de los precanceles son: 1º Factores individuales –genéticos- como por ejemplo la pigmentación de la piel. 2º Factores ambientales como por ejemplo la exposición a las radiaciones solares. 3º Los cambios patológicos crónicos en la piel.

Los precanceres cutáneos los podemos dividir en dos grandes grupos: 1º Los precanceles forzosos y 2º precanceles facultativos.

Dentro de los precanceres forzosos deberemos tener en cuenta: 1º El queratoma actínico, 2º El cuerno cutáneo, 3º La enfermedad de Bowen, 4º La Eritroplasia de Queyrat , 5º La enfermedad de Pager, 5º La Leucoplasia y 6º El lentigo maligno.

Dentro de los precanceles facultativos podemos tenerlos en la evolución de: 1º Los procesos inflamatorios crónicos –ulcera crónica, liquen plano atrófico de mucosas, balanopostitis recidivante-, 2º Los procesos degenerativos crónicos –cambios degenerativos del tejido conectivo- bien por degeneración actínica crónica o por presencia de cicatrices crónicas- y 3º En la evolución de algunos tumores benignos – nevus epidérmicos organoides o nevus sebáceos-.

Este tipo de patologías suponen el 15% del trabajo diario de las consultas externas de la Unidad de Dermatología y del 25% de la actividad quirúrgica lo cual da idea de la importancia que tiene el presente proyecto.

Pretendemos conseguir detección precoz de estas patologías antes de su transformación maligna. Proyecto que complementa al de cáncer cutáneo que ya está en funcionamiento con un éxito notable.

Las posibilidades de mejora detectadas, el gran número de casos, la capacitación del personal del Servicio, así como los recursos consumidos, nos han animado a implementar una Vía Clínica de Atención al Paciente con precáncer cutáneo, diseño, puesta en marcha y monitorización en el sector de salud de Catalunya (Gestión por Proceso) según la Metodología de Mejora Continua de la Calidad.

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

Queremos poner en marcha y monitorizar los resultados, según indicadores prefijados, de una Vía Clínica de Atención al Paciente con precáncer cutáneo, diseño, puesta en marcha y monitorización en el sector de salud de Calatayud, elaborada con el consenso y la participación de los diferentes profesionales implicados. Pretendemos conseguir los siguientes resultados:

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la asistencia en el paciente dermatológico con precáncer cutáneo en el que el paciente es el centro y el motor que oriente la atención especializada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Garantizar una asistencia de calidad
2. Promover una mejora de los procesos dentro del Servicio y del Sector
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes realizando una profilaxis del cáncer cutáneo, por medio de la detección precoz y tratamiento adecuado del precáncer.
4. Optimización y racionalización de recursos mediante una asistencia más eficaz y eficiente
5. Disponer de todas las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de nuestros pacientes
6. Mejorar la continuidad de la asistencia de nuestros pacientes (coordinación primaria-especializada), entre los diferentes profesionales, servicios y centros involucrados
7. Mejorar la formación continuada que permita la capacitación de los profesionales implicados
8. Mejorar la satisfacción de los pacientes, con una mejora constante de la información recibida.
9. Mejorar la calidad de la información registrada que facilite la detección de problemas mejorables en el futuro

Todo ello desde la perspectiva de la aproximación a la Gestión por Proceso según el modelo Europeo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), promoviendo su conocimiento y uso en el Servicio de Dermatología, Centros de Salud y resto de estamentos implicados.

SITUACIÓN DE PARTIDA

- 01.- En nuestro Sector Sanitario detectamos la presencia de algún precáncer cutáneo en el 15% de los pacientes que atendemos en consultas externas.
- 02.- El paciente con precáncer cutáneo es un mayor consumidor de servicios sanitarios a medio y largo plazo.
- 03.- Los pacientes dermatológicos con precáncer cutáneo tienen una peor calidad de vida a medio y largo plazo.
- 04.- Disponemos de capacidad y Medios para iniciar una mejora de la calidad de la asistencia que prestamos, pudiendo así dar una atención de mayor calidad.
- 05.- En estudios previos que hemos realizado el paciente con precáncer cutáneo observa la transformación maligna en un número significativo de casos, lo cual hace que debamos plantearnos la realización del presente Proyecto.

POSIBLES CAUSAS

- 01.- Causas Genéticas e individuales de los pacientes. –fototipo y espesor cutáneo-
- 02.- Causas ambientales. – exposición a radiaciones actínicas-
- 03.- Cambios patológicos crónicos de la piel

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%	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1) Elaboración de una "Guía de Práctica Clínica de Atención al Paciente con precáncer cutáneo, diseño, puesta en marcha y monitorización en el Sector de Salud de Calatayud". a partir del análisis de la mejor evidencia disponible y que dé respuesta a cada una de las cuestiones planteadas en la atención de estos pacientes, consensuada en la Unidad de Dermatología (médico y enfermeras) y con los Servicios y Centros de Salud implicados, (médicos y enfermería de atención primaria, de admisión y residentes de MF y C). Realizándose todo ello, por una parte mediante 1-2 reuniones dentro del hospital, para pulir y perfilar entre los profesionales implicados del Centro los caminos a seguir y las modificaciones que se consideren más oportunas en beneficio de la atención del paciente dermatológico con trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo. Una vez conseguido esto se realizarán 1-2 reuniones en el hospital o en los centros de salud con atención primaria, para perfilar los caminos dentro de su área específica.

- ESTA FASE SE REALIZARÁ en Febrero-Marzo del 2007

2) La puesta en marcha del uso de la Vía requerirá su divulgación entre los Médicos Residentes, los Adjuntos Hospitalarios y los Médicos de Atención Primaria implicados en la asistencia al paciente con precáncer cutáneo.

- **ACCIONES:** Pretendemos trasladar a los profesionales implicados como vamos a desarrollar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo con precáncer cutáneo Se realizarán 12 sesiones formativas de 2 ½ para Médicos de Atención Primaria, Adjuntos Hospitalarios y Médicos Residentes de MF y C, así como para Enfermeras y Auxiliares de los estamentos implicados. Una de las sesiones en el Hospital y una en el Centro de Salud de La Almunia, que si bien no es de nuestro Sector nos remite pacientes, y las otras 10 serán: una en cada uno de los 10 Centros de Salud de nuestro Sector, de forma que se consiga una mejor atención de estos pacientes con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados. Para todo esto se solicita financiación para acometer las jornadas docentes. La Unidad de Dermatología tiene una amplia experiencia en la formación en Atención Primaria, a través de Programas de formación en Cirugía Menor, de Dermatología General y de Ansiedad y Depresión. Se ha observado que tal como se evidencia en la bibliografía, la formación continuada y la capacitación de los profesionales redundan en una atención de mayor calidad al ciudadano, objetivo prioritario del programa que presentamos.

- **DESARROLLO:** Abril-Mayo-Junio del 2007

3) La recogida de información necesaria para monitorizar los indicadores prefijados y sus

variaciones-incidencias en la Vía, como es evidente supone un sobreesfuerzo para las personas implicadas, sobre todo en sus inicios, debiendo luchar contra la resistencia al cambio y a la cumplimentación de las hojas de registro. Todo ello sin contar con personal extra ni medios adicionales para acometerlos.

- **ACCIONES:** Motivar con nuestro empuje y entrega para conseguir la puesta en marcha de la Vía, entendiendo que sería muy gratificante el reconocimiento a nuestro esfuerzo que supondría subvencionar esta iniciativa, así como la difusión posterior de sus resultados. Nombrando un Facultativo y un Enfermero responsables de liderar el proceso, los cuales deben aclarar todas las incidencias que aparezcan en cuanto estas vean la luz. Se definirá una base de datos informatizada en la que se incluirán los casos incluidos en la Vía.
- **DESARROLLO:** Realizar base de datos en Junio-Julio de 2007, con inclusión de pacientes hasta finalizar el año.

4) La monitorización, de la Vía consistirá en el análisis de las diferentes pacientes incluidos en la vía, con valoración de datos socio-demográficos, datos referidos a la evaluación, diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento de estos pacientes. Causas más habituales, indicadores para valorar el grado de cumplimiento y de satisfacción entre otras

- **ACCIONES:** Monitorizar estos indicadores que se fijarán en agosto, octubre y diciembre de 2007.
- **DESARROLLO:** Inclusión de casos a partir del primer trimestre del año 2007, con análisis de los datos y revisión de historias en caso necesario en agosto, octubre y diciembre de 2007.

5) Reunión de presentación de resultados y evaluación final, identificación de posibilidades de mejora, y puesta en marcha de un nuevo ciclo de mejora por años naturales.

- **ACCIONES:** Sesiones conjuntas con todos los estamentos implicados y el equipo de calidad donde se haga un análisis de todo el año de labor, resultados obtenidos e indicadores. Plantear análisis crítico de la Vía, de su funcionamiento y posibilidades de mejora en el Servicio, el Hospital y los diferentes Centros de Salud del Sector que den nuevas propuestas de mejora en años venideros.
- **DESARROLLO:** al menos dos sesiones, una para el Hospital y otra para los Centros de salud del Sector, Noviembre-Diciembre de 2007

6) Divulgación de resultados.

- **ACCIONES:** El intercambio de experiencias con otros grupos en el ámbito de esta ayuda es muy interesante, entendiendo que debe darse difusión en los Congresos Nacionales de Dermatología, de Medicina Familiar, de Medicina General y de calidad o gestión. Debiendo publicarse estos en alguna revista de prestigio.
- **DESARROLLO:** Preparar las Comunicaciones a dichos Congresos con los Resultados de la Vía hasta 31 de Diciembre.

Las posibilidades de mejora detectadas y el gran número de casos atendidos, así como los recursos consumidos y la capacitación profesional del personal del Servicio nos han animado a implementar una Vía Clínica de Atención al paciente con precáncer cutáneo en el Sector de Salud de Calatayud (Gestión por Proceso) según la Metodología de Mejora Continua de la Calidad.

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

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar

1º Evaluación del Proceso de confección de la Vía (Reuniones: numero, participantes, acuerdos adoptados, etc.)

1ºa) Numero de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb)Numero de participantes/previstos

2º Evaluación del Proceso de implantación de la Vía (Centros: numero, profesionales participantes, etc.)

2ºa)Centros implantados/previstos

2ºb)Pacientes incluidos en la Vía/previstos

Se dará difusión de los trabajos de elaboración, implantación, desarrollo y evaluación de la presente **Vía Clínica de Atención al Paciente con Cancer Cutaneo en el Sector de Salud de Calatayud**, entre todos los profesionales implicados dentro del Sector de Calatayud. Con compromiso de difundir y publicar también los resultados fuera del Sector

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: Diciembre 2007

Caleandario:

1.-Elaboración de una "Guía de práctica Clínica de Atención al Paciente con Cáncer Cutáneo en el Sector de Salud de Calatayud"

Febrero-Marzo del 2007

2.- La puesta en marcha del uso de la Vía

2.1.- Sesiones formativas en Centros de Salud

Abril-Mayo-Junio del 2007

3.- Recogida de información para monitorizar los indicadores prefijados

3.1.- Realizar base de datos

Junio-Julio de 2007

3.2.- Inclusión de datos

Agosto a Diciembre de 2007

4.- Monitorización de la Vía

4.1.- Monitorizar los indicadores

Junio-Septiembre y Diciembre de 2007

5.- Reunión de presentación de resultados y evaluación final, identificación de posibilidades de mejora, y puesta en marcha de nuevos ciclos de mejora

5.1.- Con los Centros de salud

Diciembre 2007

5.2.- Con el Hospital

Diciembre 2007

6.- Divulgación de resultados

6.1.- Preparación de Comunicaciones y publicación

Enero-Febrero de 2008

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
12 Sesiones de implantación de 1 ½ horas en los centros	1'980.00
Gastos de tabulación, tratamiento de los datos y para difusión del Proyecto en Congresos y Cursos	1'500.00
TOTAL	3'480.00

Fecha y firma:

18 de Enero de 2007


 Fdo. Servando E. Marrón Moya

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: "MODELO DE GESTION DELCANCER CUTANEO: IMPLANTACION Y MONITORIZACION EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA

Profesión:

DERMATOLOGO

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

HOSPITAL ERNEST LLUCH MARTÍN. UNIDAD DE DERMATOLOGÍA. SECTOR DE CALATAYUD

Correo electrónico:

semarron@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 880964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Federico de Lara	Enfermero	U Dermatología
Lucía Tomás	Psicóloga	U Dermatología
Mari Sol Gracia	Admisión	Hospital
Carmelo Cebrian	Medico	U Anatomía Patológica
José Ignacio García	Médico	U Medicina Preventiva
Rosa Alcázar	Medico	S Urgencias
Amadeo Fernández	Médico	S Análisis Clínicos
Addul Fatah Kouha	Medico	CS Ariza
Maria del Mar Juste	Medico	CS Alhama
Pablo de Lora	Medico	CS Ateca
José Antonio Moreno	MIR 3º	CS Daroca
Miguel Hernández	Médico	CS Calatayud Sur
Rosario Val	Medico	CS Calatayud
Maria Pilar Blazquez	Medico	CS Calatayud Norte
Ángel Bes	Medico	CS Daroca
Claudio Ibarzo	Medico	CS Sabiñan
Carmen Gascón	Medico	CS Illueca
José Manuel Plana	Medico	CS Morata
José María Gotor	Medico	CS Villarroya
José Miguel Grima	Médico	CS Almunia

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

INTRODUCCIÓN

El cáncer cutáneo es el grupo más frecuente de tumores malignos, siendo una actividad de peso en la especialidad de dermatología médico-quirúrgica y venereología. La Dirección de nuestro Sector ha entendido y facilitado el que podamos desarrollar nuestra labor en esta área específica. Es de todos sabido que el diagnóstico y tratamiento precoces en este tipo de tumores es central para obtener un resultado satisfactorio y un buen pronóstico. Por otra parte consume un importante volumen de recursos sanitarios. Estando consiguiendo minimizar los tiempos necesarios para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes.

Nuestra actividad en este momento esta centrada en tres tipos de tumores, los cuales representan aproximadamente el 95% de los detectados en el Sector: 1º El Carcinoma Basocelular, 2º El Carcinoma Espinocelular y 3º El Melanoma Maligno

MODELO DE GESTION DEL CANCER CUTÁNEO

El modelo de gestión que planteamos para su implantación en la clínica diaria del Sector de Salud de Calatayud y de su Unidad de Dermatología se basa en los siguientes pilares: 1º La Coordinación del modelo se ejerce desde la Unidad de Dermatología como nodo principal o coordinador y con la presencia de nodos secundarios descentralizados en cada uno de los Centros del Sector, en los que existe una persona encargada de la función de coordinación. 2º En la Protocolización de la actividad clínica que se plantea realizar, centrada en el Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular y en el Melanoma Maligno. 3º La formación de los profesionales –médicos y enfermeras- del Sector, mediante formación teórico-práctica en los propios centros. 4º En la existencia como herramienta de práctica clínica, de la Vía Clínica sobre Cáncer Cutáneo de nuestro Sector.

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

DESARROLLO PRACTICO DE LA ACTIVIDAD

- *Inicio del proyecto en 2003
- *En el pilotaje de la vía en 2003 se duplico el número de canceres diagnosticados
- *Formación completa e implantación total en el Sector
- *Queda pendiente la formación continuada en le uso de la vía
- *Estamos pendientes de institucionalizar el modelo en el año 2007, integrándolo en la rutina diaria- Las citas específicas están creadas en la agenda de dermatología.

CONCLUSIONES

- *Iniciativa pionera en Aragón
- *Exponente de Coordinación Primaria-Especializada
- *Mejora la calidad de la asistencia y la percepción del usuario
- *Mejora la satisfacción de los profesionales
- *Requiere el esfuerzo y la implicación de todos y que cada uno asuma las responsabilidades que se pactan
- *ES central la capacitación previa y la formación continuada

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1º Mantener y mejorar la atención de los pacientes afectos de cáncer cutáneo en nuestro Sector
 - 2º Alta participación de los profesionales implicados en el Proyecto (Médicos y Enfermeras del ámbito de atención primaria y de atención especializada, así como de los miembros del Equipo Directivo del Sector)
 - 3º Incrementar la Calidad de la asistencia dermatológica prestada
 - 4º Mejorar la percepción de calidad de los pacientes que atendemos evaluada por encuesta
 - 5º Mejorar la resolución y la percepción de satisfacción de los trabajadores del Sector (médicos y enfermeras), mediante la formación y formación continuada que se realizara.
 - 6º Monitorizar el Proceso, para continuar el Proceso de mejora.
- º Difusión de las actividades y resultados obtenidos en: congresos, reuniones científicas, así como en publicaciones internacionales de impacto.

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%	25%
<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%	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	5%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Poner en común la actividad en los 11 centros del Sector Para lo cual se crearán dos grupos de trabajo inicial uno en primaria y otro en especializada para explicitar los criterios de implantación. Una vez consensuados se unificara el equipo para elaborar el formato definitivo de Primaria y de Especializada.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderara los dos grupos iniciales para llevar a cabo los trabajos, citar las reuniones, búsqueda de locales para su realización y cumplimentación de tareas de coordinación.

Los restantes participantes acudirán a las reuniones que se les citen y realizarán las tareas propias de su ámbito.

2º Continuar e implantar el Modelo en el Sector. Para lo cual se crearán dos grupos de trabajo inicial uno en primaria y otro en especializada para explicitar los criterios de implantación. Una vez consensuados se unificara el equipo para elaborar el formato definitivo de Primaria y de Especializada.

El Coordinador del Grupo de Mejora liderara los dos grupos iniciales para llevar a cabo los trabajos, citar las reuniones, búsqueda de locales para su realización y cumplimentación de tareas de coordinación.

Los restantes participantes acudirán a las reuniones que se les citen y realizarán las tareas propias de su ámbito.

Se realizaran 11 sesiones de capacitación en el uso del Modelo, uno en cada uno de los 11 centros del Sector. Se solicita financiación para acometer el desarrollo de las sesiones de capacitación

3º Monitorización del Proyecto

El Coordinador del Proyecto liderara la monitorización del Modelo haciendo cumplir los plazos pactados.

Los demás miembros lideraran la monitorización del Proyecto en sus ámbitos específicos en coordinación con el responsable del Proyecto.

4º Difusión del Proyecto

El Coordinador del Proyecto liderara la preparación de comunicaciones científicas para presentar en reuniones y congresos, así como la publicación de resultados en revistas internacionales y nacionales de impacto.

Los demás miembros del equipo de mejora colaboraran para conseguir la difusión de los resultados obtenidos.

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

1º Evaluación del proceso de implantación del modelo (Reuniones: numero, participantes, acuerdos adoptados, etc.)

1ºa) Numero de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb) Número de participantes/previstos

1º Evaluación del desarrollo de las sesiones docentes (Reuniones: número, participantes, acuerdos adoptados, etc.)

1ºa) Número de Reuniones realizadas/ previstas

1ºb) Número de participantes/previstos

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

Calendario:

Proceso de puesta en común de la actividad (Enero a Julio de 2007)

Reuniones subgrupo atención primaria (dos)

Reuniones subgrupo atención especializada (dos)

Reunión puesta en común ambos subgrupos (una)

Proceso implantación del Modelo (Enero a Julio de 2007)

Reuniones subgrupo atención primaria (dos)

Reuniones subgrupo atención especializada (dos)

Reunión puesta en común ambos subgrupos (una)

Desarrollo de las sesiones de capacitación (Julio a Octubre de 2007)

Reuniones en los Centros de Salud (diez)

Reunión en el hospital (una)

Proceso de evaluación y tabulación de resultados para continuar el ciclo de mejora (Diciembre de 2007)

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
11 Sesiones de implantación de ½ horas	1'980.00
Gastos de tabulación, tratamiento de los datos y para la difusión del Proyecto en Congresos y Cursos	2'500.00
TOTAL	4'480.00

Fecha y firma: 18 de Enero de 2007

Fdo. Servando E. Marrón Moya



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...

Actualización y adecuación del Plan de Gestión de Residuos del Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Aplicación del mismo a todos los residuos generados en el Sector Sanitario de Calatayud.

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

- Gestión sostenible y respetuosa con el medio ambiente de todos los residuos generados en el Sector de Calatayud.
- Promover una manipulación de los residuos que tenga como principal objetivo la seguridad de todos los trabajadores.
- Información a los trabajadores sobre la importancia de una gestión eficaz, sostenible y segura de todos los residuos.

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%	10%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	20%
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%	40%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Suministro de contenedores adecuados al tipo de residuo a gestionar.
- Adecuación de los lugares de almacenamiento temporal de residuos en los diferentes centros de salud.
- Información y formación a los trabajadores.
- Dotación de medidas de seguridad en el depósito de almacenamiento temporal de residuos del Hospital Ernest Lluch.

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

- Adecuación del Plan de Gestión de Residuos a la legislación actual y hacerlo extensible a todo el Sector.
- Kgs de residuos gestionados por tipología.
- Informe de evaluación de riesgos laborales previo y posterior a la ejecución del Plan.
- Encuesta de satisfacción a los trabajadores directamente involucrados en la gestión de residuos.

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: 01-04-2007

Fecha de finalización: 31-12-2007

Calendario:

- Abril: Adecuación del Plan de Residuos.
- Mayo: Evaluación de los lugares de almacenamiento de residuos y de la gestión actual. Análisis de deficiencias y propuestas de mejora.
- Junio: Adquisición de equipamientos y formación e información a los trabajadores.
- Julio – Diciembre: Puesta en marcha.

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...

Facilitar la comunicación con los coordinadores y trabajadores de los Centros de Atención Primaria de Calatayud al objeto de:

- Conocimiento de riesgos, quejas y sugerencias de mejora en relación con la prevención de riesgos laborales.
- Comunicación de accidentes y propuestas de mejora.
- Agilización de las actuaciones a desarrollar ante un accidente biológico.

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

- Agilización de la reacción ante un accidente laboral y situaciones de riesgo.
- Mejorar la comunicación entre la Unidad Básica de Prevención y los trabajadores del Sector en Atención Primaria.

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

Lineas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	15%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	15%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Instalación de conexión mediante video-conferencia con los Centros de Atención Primaria del Sector de Calatayud.

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

% de video-conferencias realizadas en relación con las previstas totales.

% de video-conferencias realizadas en relación con las previstas sobre accidentes de riesgo biológico.

% de video-conferencias realizadas en relación con las previstas sobre quejas, situaciones de riesgo y mejoras propuestas.

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: 1-3-2007

Fecha de finalización: 31-12-2007

Calendario:

Marzo-Abril: Implantación de los equipamientos informáticos necesarios.

Mayo: Información a los coordinadores y trabajadores de Atención Primaria del Sector.

Junio: Comienzo de la actividad.

Diciembre. Evaluación y presentación de resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACTUALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL ERNEST LLUCH

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

NATALIA CASANOVA CARTIÉ

Profesión

RESPONSABLE CALIDAD ENFERMERÍA

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

H.ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

Correo electrónico:

Ncasanova @salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 88 09 64

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CRISTINA DE MARCO MURO	Supervisora Enfermería C	H.ERNEST LLUCH
M ^a JOSÉ MARTÍN MARTÍNEZ	Supervisora Enfermería B	H.ERNEST LLUCH
PILAR MORENO GARCÍA	Supervisora Enfermería A	H.ERNEST LLUCH
PILAR MORENO HERNÁNDEZ	Supervisora Radiología	H.ERNEST LLUCH
CARMEN PARDOS PASCUAL	Supervisora Laboratorio	H.ERNEST LLUCH
MANUELA BARANDA JEREZ	Supervisora Materno-Infantil	H.ERNEST LLUCH
VICTORIA SALVADOR I TENA	Supervisora Urgencias	H.ERNEST LLUCH
CRUZ ESTEBAN GUAJARDO	Supervisora Hemodiálisis	H.ERNEST LLUCH
CARMEN JIMÉNEZ IHUARBEN	Supervisora Quirófano	H.ERNEST LLUCH
ESPERANZA CLEMENTE SALA	Supervisora M. Preventiva	H.ERNEST LLUCH
TERESA SOLER GIMENO	Supervisora C.Externas	H.ERNEST LLUCH

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 variabilidad en la práctica clínica, entendida como diversidad no justificable por el conocimiento científico o la epidemiología de un problema de salud, sino que es reflejo de las idiosincrasias de los profesionales o del entorno sanitario, es una fuente importante de no-calidad. Esta diversidad inapropiada puede esconder, en algunos casos, un uso ineficiente de recursos, pero lo siempre representa es un problema de calidad asistencial.

La elaboración de planes de cuidados, protocolos o guías clínicas que establezcan un modelo óptimo de asistencia, nos va a permitir mejorar la calidad de la asistencia que prestamos. La estandarización cuidados basada en el desarrollo de planes de cuidados, protocolos, guías o recomendaciones, conduce a la necesidad crítica de evaluar científicamente y objetivamente los resultados de los cuidados de enfermería, sobre todo cuando se utilizan diferentes aproximaciones para un mismo problema de salud. El resultado de esta evaluación puede plasmarse finalmente en documentos que mejoren la atención, evitando diferencias basadas en criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

La revisión, unificación, actualización y estandarización de los cuidados de enfermería que se prestan en el hospital, basándolos en la mejor evidencia científica disponible, va a redundar directamente en una mejora de la asistencia prestada al paciente. Además debe servir como elemento motivador para el personal de enfermería y debe suponer una herramienta que facilite la realización adecuada de los cuidados y la formación y la integración al trabajo del personal de nueva incorporación.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

El objetivo que nos planteamos con este proyecto de mejora fue la actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería del Hospital Ernest Lluch, la modernización de su formato, la unificación en todas las unidades y la creación de un acceso informático desde todas las unidades.

Para ello, recopilamos un total de 215 protocolos y procedimientos distintos, dispersos por el Hospital, detectando la gran variabilidad de información existente sobre un mismo protocolo en las distintas unidades de Enfermería.

Además, comprobamos que la mayoría de ellos fueron revisados por última vez en 1995 y que sólo un número mínimo cumplían los requisitos establecidos para la elaboración de protocolos como es el estar basados en la evidencia existente o simplemente recoger datos como fecha de actualización y bibliografía.

Este sondeo nos hizo decidir el abordaje de un número limitado de protocolos pero que sin embargo estuviesen bien elaborados, se ajustasen a la realidad de nuestro Sector de salud y fuesen conocidos por todo el personal de enfermería del Sector.

Decidimos comenzar por el protocolo de Úlceras por presión (UPP) y para ello formamos una Comisión en la que participan 5 enfermeras del Hospital y 3 de Atención

Primaria. La Comisión se reunió por primera vez en Abril de 2005 y su actividad ha sido la siguiente:

- Formar a los propios miembros de la Comisión en el tema de UPP a través de:
 - Sesiones impartidas por enfermeros expertos en el tema (Daniel Andrés Checa, profesor de Enfermería Geriátrica de la Universidad Cardenal Herrera-CEU-Valencia)
 - Asistencia al Congreso sobre "La práctica clínica en la preparación del lecho de la herida" (Bilbao, 1 Abril 2005)
 - Asistencia a la 4ª Escuela de verano del Grupo para el Estudio y Asesoramiento en UPP y heridas crónicas (GNEAUPP) en Mogro del 30 Junio al 2 de Julio de 2005
 - Asistencia al 2º Encuentro nacional de comisiones de UPP (Previsto para el 16-17 de Noviembre de 2005)
- Realizar el protocolo de UPP y la hoja de recogida de datos del seguimiento y evolución de las UPP: Finalizado en Septiembre de 2005
- Formar al mayor porcentaje posible de enfermeras y auxiliares de enfermería del sector, a través de varios talleres entre el 4 y el 20 de Octubre.
- Una vez conocido el protocolo por el personal de enfermería del Sector, ponerlo en funcionamiento en el Hospital en Noviembre de 2005.
- Poner en marcha el Alta de enfermería a pacientes con UPP en Noviembre de 2005. Este alta se realizará en soporte informático y como novedad incluirá el diagnóstico enfermero.
- Elaborar en plan de Cuidados de las UPP siguiendo el modelo de Virginia Henderson en Noviembre de 2005.
- Evaluación de la puesta en marcha del protocolo en Diciembre de 2005.
- Presentación de los resultados obtenidos en el XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (Toledo 2006) y en el VI Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (Zaragoza 2006)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- ✓ Implicar a los profesionales de enfermería del Sector de Calatayud en la estandarización de cuidados de enfermería.
- ✓ Revisar, actualizar y unificar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería existentes en el hospital Ernest LLuch.
- ✓ Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad.
- ✓ Establecer una estructura informática que permita el acceso a los protocolos, planes de cuidados, recomendaciones... en un formato electrónico desde cualquier unidad de enfermería del Hospital y su revisión y actualización periódica.
- ✓ Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...

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%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ✓ Formar al personal de enfermería de Atención Primaria del Sector de Calatayud para que conozca y aplique el protocolo de UPP del Sector: Comisión de UPP del Sector de Calatayud
- ✓ Implantar el protocolo de UPP en Atención Primaria: Comisión de UPP del Sector de Calatayud
- ✓ Continuar con la unificación y actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería, de forma que se garantice la mejor atención en todas las Unidades, atendiendo a la mejor evidencia y a las mejores prestaciones posibles en nuestro hospital: grupo de mejora de enfermería
- ✓ Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad: grupo de mejora de enfermería
- ✓ Pasar todos los documentos a un formato electrónico que permita a corto-medio plazo colgarlos en la intranet para facilitar el acceso a cualquiera de ellos desde cualquier enfermería del Hospital y permitir su revisión y actualización periódica: unidad de calidad
- ✓ Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...: unidad de calidad

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

- El personal de enfermería de Atención Primaria conocerá el protocolo de UPP del Sector de Calatayud
- Durante 2007 se habrá actualizado un nuevo protocolo que cumpla los criterios de calidad definidos

Indicadores:

- ✓ Existe un protocolo actualizado en 2007 que cumple los criterios de calidad (Aprobado-Revisado por la Comisión de Calidad de Sector)
- ✓ Número de DUES de Atención Primaria que han asistido en 2007 a los talleres sobre el protocolo de UPP del Sector

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: Marzo 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

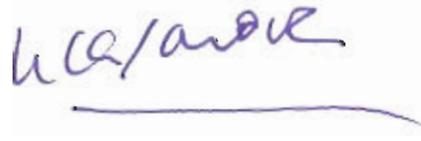
Calendario:

- Formación de los DUES de Atención Primaria en el protocolo de UPP: Febrero-Mayo 2007
- Selección de los protocolos preferentes pendientes de actualizar y actualización de los mismos: Marzo-Junio 2006
- Implantación del protocolo de UPP en Atención Primaria: Mayo-Noviembre 2007
- Actualización de un protocolo basado en la evidencia: Marzo-Junio 2007
- Implantación de dicho protocolo: Junio-Noviembre de 2007
- Evaluación: Diciembre 2007

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Formación continuada de los miembros de los grupos de mejora en metodología, técnicas y cuidados básicos de enfermería</i>	3000€
TOTAL	3000€

Fecha y firma: 31/01/07



Fdo. Natalia Casanova Cartié (Responsable del proyecto)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

NORMALIZACIÓN DE LA REVISIÓN DE CADUCIDADES DE MEDICAMENTOS EN LAS UNIDADES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Natalia Casanova Cartié

Profesión

Responsable de Calidad de Enfermería

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

Hospital Ernest Lluch - Calatayud

Correo electrónico:

ncasanova@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 880964

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Cristina De Marco Muro	Supervisora Enfermería C	Hospital Ernest Lluch
M ^a José Martín Martínez	Supervisora Enfermería B	Hospital Ernest Lluch
Pilar Moreno García	Supervisora Enfermería A	Hospital Ernest Lluch
Manuela Baranda Jerez	Supervisora UMI	Hospital Ernest Lluch
Victoria Salvador I Tena	Supervisora Urgencias	Hospital Ernest Lluch
Marian Allende Bandrés	Farmacéutica	Hospital Ernest Lluch

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 correcta administración de fármacos a los pacientes ingresados en un Hospital, hace necesaria la elaboración de procedimientos para el control y seguimiento de los medicamentos que se dispensan desde el Servicio de Farmacia. Aunque según la Ley del Medicamento, el farmacéutico es el responsable de los medicamentos que se encuentran en los botiquines, es necesario que el personal de enfermería de las unidades donde se implanta un botiquín se responsabilice de la revisión y mantenimiento del stock. Una vez que estos llegan a la Unidad de Enfermería, es la supervisora quien se responsabiliza de su almacenamiento, reposición, mantenimiento en condiciones óptimas y de asegurar la retirada de los que han caducado o están a punto de hacerlo. La Sociedad Española de Farmacia hospitalaria recomienda que "exista un registro de todo lo referente a las revisiones de los botiquines de las unidades de enfermería".

Un sistema de control y registro de fechas de caducidad informatizado y de fácil seguimiento, reduce al máximo el riesgo de administrar al paciente medicamentos caducados, con lo que se incide tanto en la seguridad del paciente como en el uso racional del medicamento.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**Objetivo principal:**

Mejorar la seguridad del paciente, reduciendo al máximo el riesgo de administración de fármacos caducados.

Objetivos secundarios:

- Normalizar y unificar el procedimiento de revisión de caducidades en las unidades de hospitalización y en el servicio de Urgencias del Hospital Ernest Lluch
- Informatizar el registro de este procedimiento
- Aplicar este sistema de control de caducidades al material sanitario fungible

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%	10%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	50%
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%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Crear el Grupo de trabajo y seleccionar las técnicas de trabajo de grupo adecuadas.
- Elaboración de una guía de procedimiento sobre la revisión y mantenimiento de los botiquines existentes en las unidades de enfermería.
- Creación de un sistema informatizado de registro de caducidades. Mediante el uso de Agendas Electrónicas Portátiles (PDAs) se facilitará el registro y transmisión de la información y se minimizarán errores en la transcripción de los datos.
- Implantación de dicho sistema en:
 - o Enfermería A (responsable:Grupo de trabajo)
 - o Enfermería B (responsable:Grupo de trabajo)
 - o Enfermería C (responsable:Grupo de trabajo)
 - o Unidad Materno-Infantil (responsable:Grupo de trabajo)
 - o Unidad de Cuidados Especiales (responsable:Grupo de trabajo)
 - o Servicio de Urgencias(responsable:Grupo de trabajo)

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

Tras la implantación en las citadas unidades de la Guía de procedimiento y de su aplicación informática, se procederá a comprobar que existe en todas las unidades:

- Inventario con las caducidades del año en curso
- Registro informatizado de la temperatura de la nevera donde se guardan fármacos

Indicadores:

- Existe un inventario con las caducidades anuales en cada unidad implicada
- Existe un registro informatizado de la temperatura e incidencias de la nevera donde se guardan fármacos

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)
---------	--

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: Marzo 2007	Fecha de finalización: Diciembre 2007
Calendario: <ul style="list-style-type: none"> - Creación del grupo de trabajo implicado: Marzo 2007 - Elaboración de la Guía de Procedimiento: Abril 2007 - Creación de un programa informático de control de las caducidades y de registro de las temperaturas de las neveras: Mayo 2007 - Implantación en las unidades de enfermería: Junio-Noviembre 2007 - Evaluación: Diciembre 2007 	

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
6 Agendas Electrónicas portátiles para las unidades implicadas	2500 €
TOTAL	2500€

Fecha y firma: 31/1/07



Fdo. Natalia Casanova Cartié (Responsable del proyecto)