

## INDICE PROYECTOS HUESCA 2006

001_2006 "Mejora de la transmisión de información a través del correo electrónico desde la Dirección de Atención Primaria a los EAP del Sector Huesca" de la D.A.P.Huesca	Pág. 2 a 6
012_2006 "Mejora en la detección, registro y control de la microalbuminuria en el paciente diabético tipo 2" del CS de Hecho	Pág. 7 a 11
139_2006 "Descripción de los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos utilizados a nivel hospitalario, cuyo conocimiento es de gran utilidad para el médico de familia" del CS de Ayerbe	Pág. 12 a 15
144_2006 "Tratamiento anticoagulante en A.P. mejora en la atención a los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral" del CS Santo Grial	Pág. 16 a 22
147_2006 "Buceando en la gestión por procesos: procedimiento formación en la atención urgente (proceso estratégico de primer nivel:programas de formación)" del CS de Grañen	Pág. 23 a 29
148_2006 "Buceando en la gestión por procesos II: Procedimiento mantenimiento de la sala de urgencias (proceso de primer nivel : apoyo logístico)" del CS de Grañen	Pág. 30 a 36
149_2006 "Buceando en la gestión por procesos (act-119)" del CS de Grañen	Pág. 37 a 44
013_2006 "Autoevaluación según el modelo EFQM del programa de detección precoz del cáncer de mama (2005-2006). Unidad de Gestión de Huesca" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 45 a 50
062_2006 "Elaboración de un registro de actividad del auxiliar de enfermería en el Hospital de Día geriátrico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús. Su contribución a mejorar el grado de independencia del anciano"	Pág. 51 a 56
096_2006 "Proyecto de pintura mural para la integración en salud mental:"brotes""del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 57 a 60
098_2006 "Implantación de registros con dispositivos inalámbricos en rehabilitación y unidades de hospitalización para optimizar el flujo de información para el cuidado de pacientes en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús"	Pág. 61 a 66
135_2006 "Diagnóstico y tratamiento precoz de las artritis de reciente comienzo" del H. San Jorge	Pág. 67 a 70
136_2006 "Prevención de los trastornos de la alimentación, de la muerte súbita y de los accidentes infantiles en el lactante" del H. San Jorge	Pág. 71 a 75
140_2006 "Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental. Sector Huesca" H. San Jorge	Pág. 76 a 79
142_2006 "Mejora continua en la Unidad de Corta Estancia de psiquiatría de Huesca-programas/talleres" del H. San Jorge	Pág. 80 a 85
152_2006 "Resultados de la intervención psicoeducativa sobre las estrategias de afrontamiento del individuo ante los síntomas provocados por un trastorno funcional digestivo" del H. San Jorge	Pág. 86 a 90
154_2006 "Educación materno infantil con apoyo de medio audiovisual" del H. San Jorge	Pág. 91 a 94
157_2006 "Normalización de los documentos correspondientes a la historia clínica" del H. San Jorge	Pág. 95 a 98
158_2006 "Utilización de la eritropoyetina (epoetina alfa) para la disminución de los requerimientos transfusionales de sangre alogénica encirugía ortopédica" del H. San Jorge	Pág. 99 a 102
159_2006 "Programa de atención analgésica postoperatoria en cirugía con ingreso" del H. San Jorge	Pág. 103 a 108
160_2006 "Mejora de la práctica enfermera mediante sesiones de enfermería" del H. San Jorge	Pág. 109 a 112

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p>Mejora de la transmisión de información a través del correo electrónico desde la Dirección de Atención Primaria a los EAP del Sector de Huesca</p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos Ana Aller Blanco</p> <p>Profesión Técnico de Salud</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Dirección de Atención Primaria. Sector Huesca</p> <p>Correo electrónico: aaller@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974247250</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Garjón Parra	Farmacéutico	DAP-Sector Huesca
Juan Carlos Palacín Arbués	Director Asistencial	DAP-Sector Huesca
Marta Tirado Aznar	Subdirectora Médica	DAP-Sector Huesca
Dolores Montaner Susín	Directora de enfermería	DAP-Sector Huesca
José A. Zamora González	Servicio de informática	Gerencia Sector Huesca
Mª Cielo Almazán Rubio	Servicio de informática	Gerencia Huesca
Mª José Blanco Laín	Servicio de informática	Gerencia Sector Huesca

**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 estos momentos en los que los servicios de Admisión de los 14 EAP de nuestro Sector tienen todos acceso a correo electrónico, estamos en un momento idóneo para potenciar los procesos sistemáticos de recogida y distribución de la información enviada por parte de la Dirección utilizando esta tecnología. Debiendo constituirse finalmente en algo tan habitual como el correo interno de la institución o el ordinario.

Es un problema detectado que los datos y documentos enviados por correo electrónico no se reciben, teniendo en muchos casos que duplicar esa misma información a través de las valijas o correo interno, con la consiguiente ineficiencia (pérdida de tiempo, gasto de material, ...)

Una vez comentado con los responsables de Admisión y los Coordinadores, destacan entre las causas detectadas la falta de costumbre de abrir diariamente el correo electrónico (a diferencia del sistema de valijas que está integrado en el trabajo de Admisión), la no organización del reparto de ese correo que hace que aunque se abra no se distribuya y llegue al coordinador y la incomodidad física por parte del coordinador de tener que abrir el correo en Admisión.

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

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

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

Los objetivos más específicos son:

- Que al menos el 90% de los EAP de nuestro Sector abran y distribuyan el correo electrónico de manera diaria o al menos tres veces por semana.
- Que al menos el 90% de los EAP respondan a los datos enviados por correo electrónico (y no enviados por otra vía).
- .. Que mejore el nivel de percepción del uso del correo por parte del equipo de mejora y en general por parte de toda la Dirección.

**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%	15%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	15%
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%	60%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

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

1. Contacto telefónico con los Coordinadores explicándoles que van a formar parte de un ciclo de mejora en el uso del correo electrónico y detección de problemas técnicos y de formación en el uso de este correo por parte de los administrativos y coordinadores de los EAP. Responsable: Ana Aller
2. Una vez detectados estos problemas, solucionar los posibles problemas técnicos, explicar el funcionamiento a aquellos administrativos y coordinadores que lo desconozcan y enviar una hoja de instrucciones (¿A quién?) con el funcionamiento del correo electrónico. Responsables: Servicio de informática
3. Que en cada EAP se sistematice un proceso de apertura y distribución por parte de Admisión y de lectura por parte del coordinador y que figure por escrito:
  - Cuándo se abre: si a primera hora o a lo largo de la mañana,
  - La periodicidad semanal de apertura por Admisión,
  - La periodicidad de lectura por parte del coordinador y
  - Cómo distribuye la información al resto de los miembros del EAP ( incluido refuerzos).
  - El teléfono de los responsables de informática por si hay problemas técnicos. Responsable: Ana Aller
4. Encuesta a los integrantes del ciclo de mejora y a la Dirección acerca de la percepción de mejora en el uso del correo una vez acabado el ciclo. Responsable :Ana Aller

**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

1.Indicadores de proceso:

Se evaluarán en Diciembre 2006

1. Nº de problemas técnicos detectados/14 EAP
2. Nº de problemas formativos detectados entre los Administrativos /14 EPA
3. Nº de problemas formativos detectados entre los Coordinadores /14 EAP
4. Nº de problemas detectados a lo largo del año 2006.
5. Nº de hojas de intrucciones enviadas / 14 EAP
6. Nº de procesos escritos con los items propuestos en las actividades /14 EAP

2. Indicadores de Resultado:

1. Nº de EAP que envían datos sobre el Nº pacientes en residencias de ancianos en tiempo propuesto después de enviarles la petición por email. Este indicador se medirá el primer trimestre del 2006 y se repetirá su medición en el primer trimestre del 2007. Responsable Javier Garjón.
2. Nº de EAP que envían las hojas de cálculo con los datos de cartera después de enviarles la petición por email. Este indicador se medirá en Noviembre-Diciembre 2006.Responsable:Ana Aller
3. Nº de EAP que envían respuesta o comentarios a un artículo o encuesta enviada de manera "ad hoc" para evaluar este proyecto. Este indicador se medirá cada 2-3 meses a lo largo del año: Responsables: Juan Carlos Palacín; Marta Tirado y Lola Montaner.
4. Encuesta de satisfacción por parte del equipo de mejora y a varias personas de la Dirección en cuanto al uso del correo. Responsable Ana Aller
5. Encuesta a los responsables de Admisión y los Coordinadores sobre el número de veces que abren y leen el correo. Responsable: Alguien no definido en este momento que no forme parte del equipo de mejora para evitar el sesgo de inducción en la respuesta.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio:1/01/ 2006	Fecha de finalización: Primer trimestre 2007
<p>Calendario:</p> <p><i>Actividad nº 1</i> <u>Contacto telefónico</u> con los Coordinadores explicándoles que van a formar parte de un ciclo de mejora en el uso del correo electrónico y <u>detección de problemas técnicos y de formación</u> en el uso de este correo por parte de los administrativos y coordinadores de los EAP . <b>Enero-Febrero 2006</b></p> <p><i>Actividad nº 2</i> Explicar el uso a aquellos administrativos y coordinadores que lo desconozcan y <u>enviar una hoja de instrucciones</u> con el funcionamiento del correo electrónico. Responsables: Servicio de informática. <b>Enero-Febrero 2006</b></p> <p><i>Actividad nº 3</i> Que en cada EAP se sistematice un proceso de apertura y distribución por parte de Admisión y de lectura por parte del coordinador y que figure <u>por escrito</u>. <b>Marzo-Abril 2006</b>  Las actividades descritas se recordarán en los meses de <b>Septiembre-Octubre 2006</b></p>	





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

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

**La Diabetes Mellitus cuenta con un parámetro clínico, la Microalbuminuria, predictor de la aparición de complicaciones vasculares y, por tanto excelente indicador de resultado del grado de control metabólico. El método de detección empleado, es el grupo nominal de Delbcq. El método de priorización es el de comparación por parejas.**

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

- Tener registrado en la Historia Clínica la solicitud de (MAL) en orina una vez al año al menos, siguiendo la guía de actuación.
- Mantener las cifras de (MAL) en valores estables dentro de la normalidad < 2 mg/dl ó < 30 mg/día ó un índice albuminuria / creatinina < 30 mg/g. *albuminuria*

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

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

### **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información

- Existía déficit en la petición de la Microalbuminuria, por parte de los médicos del equipo. (Historias Clínicas)
- Por la dispersación geográfica, diabéticos envejecidos, se atendía a no solicitar análisis.
- Por la utilidad de la prueba para el control del paciente (fácil, no invasiva)

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Se realizará una determinación de (MAL), en orina, en el momento del diagnóstico, si es negativa, se hará una vez al año, si es positiva, necesitará confirmación con la realización de otras tres determinaciones de las que al menos 2 deben ser positivas, el médico de atención Primaria es el encargado de la detección precoz de la nefropatía, que remitirá al nefrólogo si se confirma la presencia de proteinuria.**

### **9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

**Las fuentes de la evaluación serán las Historias Clínicas, donde se registrarán las actividades realizadas**

**Nº de diabéticos con microalbuminuria solicitada**

**Indicador:** \_\_\_\_\_

**Total pacientes diabéticos de la Zona de salud de Hecho**

### **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: **7-Febrero-2005**

Fecha de finalización:

Calendario:

En Junio del 2005 se hará la 1ª evaluación utilizando el indicador y los criterios aprobados.

**11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)**

<b><i>Material/Servicios</i></b>	<b><i>Euros</i></b>
<p>1) <b>Cursos de formación continuada para el equipo en materia de Diabetes.</b></p>	<p>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo</p>
<p>2) <b>Taller de fondo de ojo práctico.</b></p>	
<p>3) <b>Charlas impartidas por especialistas en Diabetes.</b></p>	
<b>TOTAL</b>	<p>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo</p>

**Fecha y firma:**

7-12-05



Dr. Carlos J. G. G. G.  
Unidad de Atención Primaria  
Col. 50/06818-8



**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...

Con frecuencia, los pacientes acuden a su médico de familia a pedir información sobre una prueba concreta que le ha pedido un especialista. Quieren saber si precisa preparación, si se usará anestesia, si requiere hospitalización, etc.

Debido a la poca relación que hay entre niveles, a los avances de la medicina, a la utilización de siglas que significan cosas distintas según especialidades o a la poca familiaridad que tenemos con estos procedimientos, sucede que en ocasiones no podemos proporcionar la información adecuada.

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

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

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

El fundamental es lograr una mejor relación primaria-especializada.

Además de esto, tener una guía de consulta con la que poder dar cumplida información a los usuarios, que será igualmente útil para los médicos hospitalarios para familiarizarse con los procedimientos que utilizan en otras especialidades.

**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		25 %
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas		25%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos		35%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado		15%
	<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Se contactará con todos los Servicios del Hospital San Jorge (Huesca) para que un especialista de cada uno de ellos cumplimente la ficha previamente ideada para cada uno de los procedimientos motivo del proyecto.**

**Posteriormente se elaborará la guía de consulta con la recopilación de todas ellas.**

#### 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

**Indicadores:**

- **Número de especialistas que colaboran**
- **Número de procedimientos registrados**

#### 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 de 2006** Fecha de finalización: **Mayo de 2007**

Calendario:

**Es una actividad continuada a lo largo de este tiempo.**



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### (ACTUALIZACION)

#### 1.- TITULO

**TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN A.P.  
MEJORA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE RECIBEN  
TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL**

#### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**NOMBRE Y APELLIDOS:** JOSE RAMON DE JUAN ASENJO  
**PROFESIÓN:** MEDICO  
**CENTRO DE TRABAJO:** CENTRO DE SALUD SANTO GRIAL – HUESCA  
**CORREO ELECTRÓNICO:**

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

<b>NOMBRE Y APELLIDOS POR ORDEN ALFABETICO</b>	<b>PROFESION</b>	<b>CENTRO DE TRABAJO</b>
<b>ALBERTO CALVO MUR</b>	<b>MEDICO</b>	<b>C.S. SANTO GRIAL</b>
<b>ANA PUEYO CALVO</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>BLANCA BESCOS GARCIA</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>DANIEL M. LALIENA CLEMENTE</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>DOLORES IDAÑEZ RODRÍGUEZ</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>ELENA MONZÓN MORENO</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>JUANA RUIZ CARCAVILLA</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>JULIA BUIL CALVO</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>LOURDES CLEMENTE JIMENEZ</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MANUEL GARRIDO GONZALEZ</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MANUEL TOME BOSQUED</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MARIA LUISA ALLER MURO</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>
<b>MARIA PICONTO NOVALES</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>MAY MARTINEZ RODRIGUEZ</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>MERCEDES BARRENA LAGA</b>	<b>ADMINISTRATIVO</b>	<b>"</b>
<b>MERCEDES MONTANER MOLINA</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>PILAR ESCARTIN SUELVES</b>	<b>D.U.E.</b>	<b>"</b>
<b>T. ALBERTO NAYA GABARRE</b>	<b>MEDICO</b>	<b>"</b>

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

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

Este proyecto nos pareció útil, por la reciente inclusión en la cartera de Servicios del SALUD y su implantación dentro de las actividades de nuestro Centro de Salud y con él queremos evitar:

1. Inconvenientes y molestias ocasionados a los pacientes para la realización del control de la TAO (Viajes al hospital, punción venosa, recogida de resultados...)
2. Registro deficiente en la Historia Clínica de los datos relacionados en la TAO.
3. Deficiencias en la coordinación entre los distintos profesionales y niveles sanitarios (Hospital-C. De Salud)
4. Frecuentes interacciones farmacológicas que dificultan el correcto control de los pacientes con TAO. Se trata de pacientes a menudo poli medicados, con cambios frecuentes de fármacos, lo que conlleva un mayor riesgo de sufrir trombosis y/o hemorragias.

#### **5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO**

1. Han mejorado los conocimientos sobre la TAO de los profesionales.
2. Los pacientes son informados sobre la TAO.
3. Registro en todas las historias de los pacientes anticoagulados del episodio SINTROM.
4. Registro de la indicación de la TAO en el 88,18% de las historias.
5. Consentimiento informado en todos los pacientes controlados en A.P.
6. Los pacientes anticoagulados controlados en A.P. son el 27.72% (nuestro objetivo era mas ambicioso).
7. Se controló el INR después de iniciar y/o retirar un tratamiento crónico en el 76,92% de los casos.
8. Se han constatado:

2 hemorragias graves:	1 hematoma subdural tras accidente de tráfico y
	1 hemorragia vítrea.
5 hemorragias leves:	1 hemorragia vítrea
	2 rectorragias
	1 hemartros (rotura menisco)
	1 epixtasis.

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

Como objetivo genérico nos planteamos estrategias de calidad en la atención al paciente con TAO, con el fin de mejorar su control.

De forma específica:

1. Adquirir conocimientos por parte de los profesionales titulares y de sustitutos y refuerzos de la TAO.
2. Dar información a los pacientes sobre la TAO (precauciones, uso correcto...)
3. Registro en todas las Historias Clínicas de los pacientes con TAO, el episodio SINTROM y su indicación-
4. Que los usuarios controlados en el Centro de Salud valoren positivamente el seguimiento del proceso en Atención Primaria.
5. Minimizar el efecto de las interacciones medicamentosas en los pacientes controlados en el Centro de Salud.
6. Mejorar el control, aumentando el nº. de determinaciones del INR dentro del rango terapéutico.
7. Aumentar el nº. de pacientes controlados en A.P.

## **7.- RELACION DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

<b>Líneas de intervención</b>	<b>%</b>
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados.	10%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas.	10%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes/usuarios/pacientes con los servicios recibidos.	50%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.	30%

### **8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ❖ Sesiones clínicas auto formativas entre los miembros del equipo y profesionales de refuerzo y sustitutos.
- ❖ Registro en todas las historias clínicas el episodio Sintrom el motivo del tratamiento anticoagulante.
- ❖ Los pacientes firmaran la hoja de "consentimiento informado" antes de iniciar el tratamiento en el Centro de Salud.
- ❖ En los pacientes incluidos en el servicio, cuando iniciemos y/o retiremos una medicación crónica, determinaremos el INR antes de los 8 días
- ❖ Reevaluación del nivel de calidad inicial, que se realizara a finales de noviembre de 2006 y tras haber desarrollado las actividades previstas en el plan de mejora.

### **9.- 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

En noviembre de 2005 se reevaluaran los criterios del anexo-1

Comparándolos con los resultados iniciales. Excepto el criterio nº6 que se comparara con los resultados que presente los pacientes controlados por el servicio de hematología.

- ❖ Indicación de cobertura:
  - $\text{N}^\circ$ . de pacientes Anticoagulados controlados en AP x 100 /  $\text{N}^\circ$  total de pacientes anticoagulados
- ❖ Indicador de calidad
  - De pacientes controlados en AP:
    - $\text{N}^\circ$ . determinaciones INR en rango terapéutico x 100 /  $\text{N}^\circ$  total determinaciones INR
    - $\text{N}^\circ$  de controles de INR después de retirar y/o iniciar un nuevo tratamiento crónico x 100 /  $\text{N}^\circ$  de nuevos tratamientos crónicos instaurados.
  - De todos los pacientes:
    - $\text{N}^\circ$ . de Historias Clínicas con episodios "Sintrom" x100 /  $\text{N}^\circ$  de Htas. De pacientes anticoagulados
    - $\text{N}^\circ$ . de Historias Clínicas en las que consta la indicación de TAO x 100 /  $\text{N}^\circ$  de htas. De pacientes anticoagulados.
- ❖ Indicador de resultados (en pacientes controlados en AP):
  - $\text{N}^\circ$ . de episodios de trombosis o hemorragias graves que precisen derivación x 100 /  $\text{N}^\circ$  de pacientes incluidos en el servicio.

**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: DICIEMBRE 2006

Sesiones clínicas auto formativas mensuales.

OCTUBRE 2006: Tener incluidos en el programa al 40% de todos los pacientes anticoagulados que pertenecen al Centro de Salud.

NOVIEMBRE 2006: Reevaluación. Recogida y análisis de los datos, comparación con los resultados iniciales.

DICIEMBRE 2006: Presentación de los resultados a todo el equipo. Introducción de nuevas medidas correctoras.

**11.- PREVISIÓN DE RECURSOS** (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria el Programa de Apoyo
PROYECTOR P.C.	2.300,-
<p><b>TOTAL Euros</b> <b>2.300,-</b></p> <p>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo</p>	

Fecha y firma:

**12.- PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

- Para aumentar el nº de pacientes controlados en A.P. sería necesario aumentar la motivación del personal de primaria y un interés real por parte de Atención Especializada de compartir los pacientes con Primaria.
- El personal de refuerzo y sustitutos deberían participar en las sesiones clínicas auto formativas para mejorar su conocimiento del programa TAO.
- Todos deberíamos mejorar en el registro de episodios: SINTROM, indicación del TAO, complicaciones, tratamientos, etc.)
- El programa informático en que se sustenta el TAO, debe ser mejorado para facilitar su uso en A.P. (fundamental poder dosificar con fracciones de 0.5 mg) y satisfacer a Atención Especializada.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b><u>1.- TÍTULO</u></b></p> <p>BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS: Procedimiento formación en la atención urgente. (proceso estratégico de primer nivel: Programas de formación).</p>
--

<p><b><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></b></p> <p>Nombre y apellidos LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ</p>
<p>Profesión DUE</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO SALUD DE GRAÑEN</p>
<p>Correo electrónico: Lhijos@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974390176</p>

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Garrido Arilla	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Ana Mendoza Escuer (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angel Castellanos de Mur (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angeles Gallego Castán (++)	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Antonio Barbero Ortiz (+).	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellanas (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sanz Martínez (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Launa (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Eva Gracia Trujillo (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martinez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadías Corvinos (**).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M <sup>ra</sup> Dolores Ledesma Romano (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M <sup>ra</sup> Jesus Andres Soler (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadías (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordas Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gomez Barrera	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Torres Macias (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

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

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

En el medio rural la asistencia inicial a procesos urgentes es realizada por el personal sanitario de atención primaria. Tras la implantación de las ambulancias de soporte vital básico, el EAP de Grañen ha detectado la necesidad de reciclaje periódico en este área debido a la amplitud de los conocimientos requeridos, a la diversidad y la importancia de las características de cada caso.

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

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

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR****OBJETIVOS DOCENTES:**

**-Los miembros del EAP** deben recordar los conocimientos y adquirir las habilidades y destrezas en la atención urgente.

**Objetivos específicos**

-Conocer y aprender el manejo de los fármacos y aparatos existentes en nuestro centro de salud y en la UME.

-Identificar los signos y síntomas que nos indican la existencia de una urgencia vital.

-Adiestramiento en la toma de decisiones y procedimientos para la estabilización del paciente.

-Adiestramiento en la evaluación y soporte vital en los casos urgentes.

Así mismo, aportando al profesional mayor seguridad aumentará la efectividad de nuestra actuación

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<b>7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</b>		
Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD		
<b>Líneas de intervención</b>	<b>Ejempl o</b>	<b>%</b>
<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%	30
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	5
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>

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

Las actividades las realiza el Grupo de Trabajo en Calidad (GTC) específico compuesto por profesionales del EAP. Estas irán encaminadas a la realización de un plan/procedimiento de formación en la atención urgente.

En primer lugar, y dentro de la GXP, se deberá:

1. Definir el proceso
  - Misión/interrelaciones/clientes
2. Asignar propietarios.
3. Realización de los Indicadores

El plan formativo elaborado por el equipo englobará dos tipos de actuaciones

1. Anualmente se realizará al menos un ciclo formativo (20 horas de duración) para la revisión de las guías de actuación y perfeccionamiento del manejo farmacológico y de los aparatos.
2. -Se realizará una sesión sobre este tema con periodicidad trimestral.

**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

Los dos indicadores irán en relación a la:

- realización del plan formativo (mínimo de 3 sesiones al año)
- cumplimiento de objetivos docentes, (¿¿??realización de un test retest)
- satisfacción sobre los aspectos pragmáticos de la formación, mediante la encuesta de satisfacción de actividades formativas.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>		
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas		
Fecha de inicio:		Fecha de finalización:
Misión/interrelaciones/ clientes	GTC. específico	Febrero-2006
Propietario	GTC.	Febrero-2006
Plan formativo	Propietario+ GTC	Marzo-2006
Indicadores de formación en la atención urgente	GTC.	Marzo-2006
Ciclo formativo	EAP	Marzo-2006
Sesion formativa		Junio-2006
Sesion formativa		Octubre-2006
Sesion formativa		Diciembre-2006
Valoración indicadores		Diciembre-2006

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Libros.	300
Material didactico: de intubación, megacode...o silmilar	4000
Interconsultas.	600
TOTAL	4900

Fecha y firma:

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS II: Procedimiento mantenimiento de la sala de urgencias. (proceso de primer nivel: Apoyo logístico) NOTA: Continuación proyecto 2005
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Correo electrónico: Lhijos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974390176

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Garrido Arilla	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Ana Mendoza Escuer (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angel Castellanos de Mur (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Angeles Gallego Castán (++)	ADMINISTRATIVA	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Antonio Barbero Ortiz (+).	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellanas (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sanz Martínez (####).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Launa (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Eva Gracia Trujillo (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martinez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadías Corvinos (**).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M <sup>ra</sup> Dolores Ledesma Romano (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
M <sup>ra</sup> Jesus Andres Soler (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadías (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Maribel Hernandez Abadía (**).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordas	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martinez Sánchez (#).	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gomez	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Torres Macias (*).	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

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

Ante la necesidad de llevar la gestión por procesos a un terreno más concreto y práctico. En el año 2005 el proceso crítico seleccionado fue el Mantenimiento del área de Atención Continuada. Las oportunidades de mejora introducidas son de tipo organizativo.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO** Se desarrolló el procedimiento del mantenimiento de la sala de urgencias. (proceso de primer nivel: Apoyo logístico), en primer lugar se realizaron las siguientes actividades:

1. Definir el proceso  
-Misión/interrelaciones/clientes
2. Asignar propietario.
3. Realización de los Indicadores.(se indican en el apartado correspondiente)
4. Implantación.

Se realizó el stock de material a existir en las distintas dependencias de atención continuada, bolsas de atención a domicilio....

Se realizaron dos monitorizaciones:

1.-Inicio control día 10 Enero 2005 - 9 de Marzo 2005:

Se realizan 54 controles/55 marcados

Controles realizados Enfermer@ 54/55

Médic@ 50/55...Solo consta firma en 44/55

Incidencias:

Falta material 16/43.

Desorden en el carro 9/43

Temperatura de la nevera registrado en libro como no correcta 2/43.

Pinzas sucias 1/43

Material del ECG falta una terminación de electrodo 2 controles seguidos.

Material RCP falta material 4/4 (bombilla de pala laringo).

Material caducado 2/2

2.-Inicio control día 02de MAYO 2005- 05 de Julio 2005

Se realizan 63 controles/65 marcados

Controles realizados Enfermer@ 63/65

Médic@ 60/65( 4 / 60 lo hacen los Médicos de refuerzo, después

de 17h.)

Controles específicos de los sábados y domingos al principio algún error con el nº de orden en el mes (primero de...)

Incidencias:

Falta material 8/25.

Desorden en el carro 6/25

Temperatura de la nevera registrado en libro como no correcta 1/25.

Pinzas sucias 3/25

NOTA: Actualmente se está realizando una nueva evaluación de este proceso.

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

En primer lugar, tras la realización del procedimiento sobre el mantenimiento de este área.

El objetivo final será mantener la operatividad de esta zona en todo momento, dentro de unos criterios de calidad establecidos.

Como objetivos intermedios y/o **Propuestas** de mejora:

1. Modificar el libro de registro: parámetros controlados de lunes a viernes pasen a ser diarios(1)
2. Valoración del registro de la temperatura de la nevera investigar posibles fallos o errores en el control de temperatura y aplicar el "protocolo" medidas de corrección en el caso de que a temperatura no sea la adecuada.(1)
3. Establecer una rutina de control del orden en carro de urgencias al salir de la guardia. (1) .(2)
4. Los miembros del EAP que utilicen la sala de urgencias por la mañana hagan lo mismo inmediatamente después de su uso. (1) .(2)
5. En caso de falta de material registrarlo conlleva que hay que reponerlo. Si no hay material en el almacén debería comunicarse a la mayor brevedad al encargado de los pedidos y hacer constar en el libro el porqué no se pudo reponer. (1) (2)
6. Establecer un turno para el control de los maletines de transporte ¿En algún sábado o domingo que no se haga otro control especial?(2)
7. Con relación al material de RCP establecer un sistema de solución/ comunicación URGENTE.(2) (3)
8. El libro de registro de mantenimiento de urgencias se debiera adaptar a las necesidades detectadas en dicho proceso.(3)

(1) Propuesta de mejora de la primera evaluación.

(2) Propuesta de mejora de la segunda evaluación

(3) Tareas pendientes.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

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

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

<b>Líneas de intervención</b>	<b>Ejempl o</b>	<b>%</b>
<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%	30
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	15
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Dar continuidad a las medidas organizativas hasta la total integración de las actividades en al rutina laboral. Asi mismo, el propietario del proceso establecera las monitorizaciones , medidas de control y propuesta de mejora al resto de miembros del EAP.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES	ACLARACIONES	ESTÁNDAR
Numero de controles realizadas y registrados cada 6 meses.	Registro valido: aquel que conste firma, fecha y señalada actividad realizada.	90%
Numero de incidencias detectadas y registradas.	Incidencias registradas cobre el mantenimiento de urgencias.	10 cada 3 meses

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio:		Fecha de finalización:
Medición de indicadores de Mantenimiento urgencias.	<b>Propietario.</b>	Enero-2006
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	<b>EAP</b>	Enero-2006
Medición de indicadores de Mantenimiento urgencias.	<b>Propietario.</b>	Marzo-2006
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	<b>EAP</b>	Marzo-2006
Medición de indicadores de Mantenimiento urgencias.	<b>Propietario.</b>	Junio-2006
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	<b>EAP</b>	Junio-2006
Medición de indicadores de Mantenimiento urgencias.	<b>Propietario.</b>	Septiembre-2006
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	<b>EAP</b>	Septiembre-2006
Medición de indicadores de Mantenimiento urgencias.	<b>Propietario.</b>	Diciembre-2006
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	<b>EAP</b>	Diciembre-2006



Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b><u>1.- TÍTULO</u></b>  BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS: NOTA: Proyecto continuación 2004
--

<b><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></b>
Nombre y apellidos LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Correo electrónico: Lhijos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974390176

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>Ana Garrido Arilla</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Ana Mendoza Escuer (*)</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Angel Castellanos de Mur (*)</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Angeles Gallego Castán (++)</b>	<b>ADMINISTRATIVA</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Antonio Barbero Ortiz (+)</b>	<b>CELADOR</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Carmen Campos Avellanas (*)</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Carmen Figueras Ara (####)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Diana Sanz Martínez (####)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Domingo Ara Launa (#)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Eva Gracia Trujillo (*)</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Fernando Aranguren Martinez (#)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Inmaculada Abadias Corvinos (**)</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Lorenzo Rubio Buisán (#)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Mª Dolores Ledesma Romano (#)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Mª Jesus Andres Soler (*)</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Manuel Giménez Sender (#)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Mariano Muniesa Abadias (#)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Olga Ordas Lafarga</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Raquel Martinez Sánchez (#)</b>	<b>MEDICO</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Virginia Gomez Barrera</b>	<b>Pediatra</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>
<b>Virginia Torres Macias (*)</b>	<b>DUE</b>	<b>CENTRO SALUD DE GRAÑEN</b>

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

Introducir la GxP en las actividades del EAP.  
Continuidad de las actividades de mejora de calidad.

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

1.-Con respecto a la monitorización/ seguimiento de los **proyectos de años anteriores**:

-**Programa HTA**: Monitorización mediante muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) realizado en Junio del 2005: 15/63 aceptamos el lote.

-Evaluación del **riesgo cardiovascular** en el paciente crónico: Por el mismo sistema; aceptamos el lote de Junio del 2005. 14/62.

-Valoración de la **formación continuada**: Los estándares de calidad relativos a la cantidad , diferenciación por estamentos, planificación y satisfacción fueron alcanzados. Destacar el descenso en la planificación de un 10,25% a pesar de lo cual seguimos estando por encima del estándar marcado(60%). En la encuesta los datos obtenidos sobre distintos parámetros de las sesiones como contenido, objetivos, metodología , utilidad buena y organización siguen siendo altos-buenos. Por ultimo comentar que la satisfacción general es del 79,83% similar al del año anterior 79,78.

-Valoración de Atención a la mujer en el climaterio: Los índices obtenidos en la evaluación de las NTM de la valoración inicial y seguimiento de la mujer en el climaterio alcanzaron el standard marcado.

2.- Monitorización de procesos

Acogida al **personal de nueva incorporación**: Dentro de este subproceso se ha realizado un manual de acogida para este personal y una encuesta de satisfacción de este personal -indicador-.

Valoración de la **satisfacción del usuario**: Se realizo una encuesta de forma externa., Después de desarrollar una encuesta de satisfacción y expectativas del cliente.

3.-Valoración de la toma de responsabilidades, en la valoración de 12/06 el indice encontrado no alcanza el standard (5/12).

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

1. Garantizar la continuidad de las actividades realizadas así como su mejora abarcando las tareas de los proyectos que ya se realizan en el centro de salud.
2. -Introducir la **Gestión por Procesos**.

Como siempre de una manera implícita se deberá consolidar un grupo de mejora de calidad en este EAP, abarcando a todos los estamentos en la realización de actividades e intentando incentivar y motivar sus actuaciones, reforzando la realización de evaluaciones internas.

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

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

<b>Líneas de intervención</b>	<b>Ejempl o</b>	<b>%</b>
<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%	15
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>85</b>

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

Se realizaran las siguientes actividades en el proyecto del año 2006:

1.-Seguimiento de los proyectos ya puestos en marcha: monitorización HTA, monitorización RCV, valoración formación continuada y valoración PAPPS.

2.-Gestión por procesos:

- a.-Selección de procesos dentro del proceso estratégico: PROGRAMAS DE SALUD.
- b.-Desarrollo de procedimientos en los procesos seleccionados.

3.-Monitorización de GxP :

- Proceso acogida al personal de nueva incorporación. (proceso apoyo: coordinación)
- Proceso de incentivación personal EAP. (proceso apoyo: coordinación).
- Proceso de atención al cliente.

4.-Realización de las actividades pendientes : Valoración del PAPPS y revisión esfignomómetros. Así mismo, deberemos realizar la formación específica en GXP.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

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

Señalamos dos indicadores de algunos de los procesos:

CRITERIO	ACLARACIÓN	INDICADOR	Exclusión
En la historia clínica de los pacientes HTA deberá constar anualmente tres medidas de tensión arterial y al menos 4 de los siguientes puntos: -Peso ( o IMC) -Presencia ausencia de pulsos. -Auscultación cardiaca -Valoración registro TTº farmacológico -Colesterol serico.	Serán validas las referencias en registros de urgencias y otras especialidades	Nº pacientes con el criterio cumplido/nº pacientes incluidos en el programa HTA	-Peso en pacientes inmovilizados

CRITERIO	ACLARACIÓN	INDICADOR	ESTÁNDAR
Todo paciente con patología crónica deberá tener realizada un valoración del Riesgo Cardiovascular según protocolo.	Pacientes crónicos serán aquellos incluidos en los programas de HTA, diabetes, EPOC, dislipemia, obesidad	Nº pacientes con VRCV/nº pacientes crónicos incluidos en dichos programas	

CRITERIO	INDICADOR	STANDARD
Se realizaran tres sesiones formativas al mes	Nº sesiones /36	60
Se realizara una sesión especifica al mes para cada estamento: -Medicina -Enfermería	Nº sesiones especificas /12	60
Las sesiones formativas se planificaran según el calendario	Nº sesiones formativas según calendario/ nº sesiones formativas totales	60
La formación continuada serán adecuada oportunidad , docente y tema	Encuesta satisfacción cliente interno	

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

TAREA	ENCARGADOS	Fecha probable finalización
Valoración Acogida personal.	GTC. Específicos	Enero-2006
Valoración de Formación continuada	GTC. Formación continuada	Mayo- 2006
Selección de subprocesos:	Grupos de trabajo	Mayo- 2006

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

Programas de Salud.	específicos.	
Monitorización RCV	GTC. RCV	Junio 2006
Monitorización de programa HTA	GTC. HTA	Junio 2006
Desarrollo de subprocesos: Programas de Salud.	Grupos de trabajo específicos.	Septiembre 2006
Formación especializada en Gestión por procesos-	3 miembros Grupo Trabajo Calidad.	Octubre 2006
Valoración de la evaluación PAPPS	Responsables del PAPPS	Octubre-2006
Evaluación de responsabilidades	Grupo específico "toma de responsabilidad"	Diciembre 2006
Revisión esfigmomanómetros		Noviembre-2006

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<u>11.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Programas informáticos, Programa dietético, Paquete estadístico,.....	1200
Inscripción revista SECA.	90
Libros.	300
Cursos/matriculas y/o Dietas. Actividades de benchmarking	3000
Interconsultas.	600
Revisión esfigmomanómetros.	600
TOTAL	5490

Fecha y firma:

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

“AUTOEVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO EFQM DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA (2005 –2006) – UNIDAD DE GESTIÓN DE HUESCA”

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

AURORA CALVO PARDO

Profesión

MÉDICA

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

HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS -HUESCA

Correo electrónico:

acalvop@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

HSCJ

974 29 20 20

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Aldea Martinez, Ana	radióloga	HSCJ
López Gracia, Simeón	radiólogo	HSCJ
Monge, Silvia	TER	HSCJ
Rovira Satué, Marta	TER	HSCJ
Silva, Cristobalina	TER	HSCJ
Valdovinos, Eva	TER	HSCJ
Escario Mur, Pilar	Aux. Adm.	HSCJ
Martinez Malo, Inmaculada	Aux. Clin.	HSCJ
I		

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

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

Hace ya varios años que a las personas implicadas en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (*en adelante PDPCM*) les preocupa la calidad global de la gestión y el servicio que se presta, más aún en una actividad de prevención secundaria, siempre sometida a controversias.

En el momento actual, el nivel de implantación del modelo EFQM de excelencia, es total en el Servicio Aragonés de Salud y el grado de interiorización del modelo en las personas de la organización es también muy elevado.

El PDPCM tiene identificados algunos indicadores para su evaluación que son medidos de forma periódica. Se ha observado que alguno de estos indicadores muestra un empeoramiento puntual del rendimiento del Programa en algunas zonas de Salud concretas, lo que repercute en los resultados globales. Otros indicadores se mantienen en niveles similares desde hace años, sin llegar al estándar planteado. Por último hay aspectos del PDPCM que no se miden objetivamente a través de indicadores y es preciso elaborarlos.

Una de las oportunidades de mejora identificadas se relaciona directamente con aumentar la eficiencia y la adecuada utilización de los recursos: se trata de disminuir el cribado oportunístico, fuera del marco del Programa poblacional de cribado de Cáncer de Mama de SALUD, en mujeres de la población diana del programa. Este problema es detectado de forma más notable en zonas de salud dependientes del Hospital de Jaca.

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

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

En dos convocatorias anteriores el Grupo de mejora del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (unidad de gestión de Huesca) había incluido proyectos. En las dos ocasiones se trató de aspectos muy puntuales (medidas para garantizar la intimidad de las mujeres participantes en la primera ocasión y para garantizar la continuidad asistencial en la segunda). Estos aspectos fueron consecuencia de un intento de adaptación de los estándares de acreditación de Hospitales de la Joint Commission a los Programas poblacionales de detección precoz de cáncer de mama. En el momento actual lo que se plantea es un examen global y sistemático de la calidad del Programa.

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

El planteamiento es realizar una primera evaluación EFQM referida al 2005 durante el mes de enero del 2006. De forma espontánea y no reglada se han detectado más de 30 áreas de mejora, que es preciso priorizar.

Consideramos que con la creación de este grupo de mejora interdisciplinar en el que participan todos los profesionales que participan en el proceso asistencial desde todos los ámbitos, y con la utilización del modelo, conseguiremos un estímulo en la búsqueda de soluciones.

Se espera así mismo, consolidar la utilización del modelo en años sucesivos para que sirva de referencia para nosotros mismos y para intercambio con las otras Unidades de Gestión del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

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

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Formación de todo el grupo de mejora en evaluación EFQM, actuando como agente facilitador la coordinadora del equipo de mejora y tomando como base el cuestionario de Osakidetza
- 2.- Lectura personal y evaluación individual de cada criterio
- 3.- Consenso
- 4.- Priorización de áreas de mejora
- 5.- Elaboración de planes de mejora: descripción de indicadores, con sus respectivos estándares. Identificación de responsable de cada indicador. Relación del indicador con el criterio de EFQM
- 6.- Seguimiento de los planes de mejora. Evaluación trimestral de indicadores (Algunos precisarán seguimiento anual)

**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 primer aspecto a evaluar es si se realiza o no la autoevaluación EFQM en el plazo previsto (estándar: Sí)
- % Personas implicadas en el PDPCM que participan en la autoevaluación (estándar: 100%)
- Número de indicadores definidos para evaluación y seguimiento del PDPCM (estándar: al menos uno por criterio; deseable: al menos uno por subcriterio)
- Descripción de cada indicador y su estándar. Medición periódica y seguimiento.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: <b>01/01/2006</b>	Fecha de finalización: <b>30/01/2007</b>
<p>Calendario:</p> <p><b>Enero- 2006:</b> formación EFQM</p> <p><b>1 –15 febrero 2006:</b> Cuestionario de autoevaluación. Reunión de consenso y priorización de áreas de mejora</p> <p><b>15 febrero- 30 abril:</b> elaboración de planes de mejora. Descripción de indicadores y su relación con los criterios EFQM</p> <p><b>Resto del año 2006:</b> Seguimiento de los planes de mejora</p> <p><b>Enero del 2007:</b> Nueva autoevaluación EFQM</p>	





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

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

El Hospital de Día de Geriatría es un espacio de atención diurno que atiende ancianos de la comunidad. Su objetivo principal es facilitar que los ancianos continúen viviendo en su domicilio, realizando recuperación funcional y control clínico hasta lograr el mayor grado de autonomía posible, diferente para cada paciente. Es importante el contacto frecuente entre familia y profesionales para un mejor resultado.

Se vienen elaborando indicadores de estructura y resultados referidos a la atención médica, pero a lo largo de todas las horas de permanencia del paciente en el centro, es el personal auxiliar el que realiza el acompañamiento constante, así como tareas primordiales para la mejoría del proceso que ha llevado al anciano a este centro.

Las tareas del auxiliar de enfermería parten de la colaboración y ayuda a otros profesionales: enfermeros, geriatras, terapeutas ocupacionales... Pero hay una serie de tareas que no se documentan ni se registran, pero que contribuyen a la evolución favorable del paciente y a que aumenten las posibilidades de alta con un grado de independencia elevado para las actividades básicas de la vida diaria, que por otra parte son una de las misiones de nuestro hospital.

Se planteó la posibilidad de elaborar un documento informatizado, donde se pudieran registrar todas las tareas llevadas a cabo por el personal auxiliar, desde la ayuda en el transporte, recepción y acogida al paciente, intercambio de información con los familiares, control nutricional, higiene, traslados a otros servicios dentro del hospital, administración de tratamientos (tópicos, colirios, enemas), limpieza de material, ayuda en las transferencias...

Se ha formado un grupo de mejora que se ha puesto a trabajar en la elaboración de dicho documento, de forma que en el año 2006, se cuente con datos para elaborar indicadores directamente relacionados con el trabajo del auxiliar de clínica y relacionarlo con algunos aspectos que contribuyen a mantener el mayor grado de independencia posible en nuestros pacientes.

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

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

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

Mejorar los procesos organizativos dentro del Hospital de Día de Geriátrica, lo que incidirá en el Servicio recibido por los pacientes.

Se espera elaborar una hoja de datos informatizada, que recoja todas y cada una de las actividades que el auxiliar de clínica realiza en el Hospital de Día de Geriátrica, ya sea por sí mismo o en colaboración con el resto de profesionales que intervienen en el proceso asistencial del anciano

Se pretende poder elaborar indicadores con carácter periódico (mensual), que sirvan tanto para tener información sobre el trabajo que se realiza, detectar a tiempo desviaciones y corregirlas si es necesario, como dar a conocer la importancia del trabajo del auxiliar en este servicio.

**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%	35%
<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%
<b>TOTAL</b>	100%	

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se comenzará por constituir el grupo de mejora entre los trabajadores del Hospital de Día de Geriátria se pretende listar todas las actividades que se vienen realizando por parte del personal auxiliar, ya sea solo ya sea en colaboración con el resto de profesionales. Analizadas en su conjunto y de forma individual, valorar si es preciso incluir alguna nueva actividad.

Una vez hecho esto se elaborara una hoja informatizada dónde cada uno de los auxiliares registrará todas las actividades que lleva a cabo en su jornada laboral. Constará también el número de pacientes a los que se ha dedicado su tarea.

Con los datos registrados se elaboraran indicadores, sencillos, pero que aporten información de forma mensual, con lo que se conocerá el trabajo y se podrán tomar medidas correctoras si en algún momento se observan desviaciones.

Este registro servirá también para aportar información a la hora de elaborar la memoria anual del hospital de Día Geriátrico y en general del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

### 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

- Nº de pacientes en los que se colabora en su transporte/nº de pacientes que acuden al HDG
- Nº de pacientes en los que se realiza recepción y acogida/nº de pacientes que acuden a HDG (estándar 100%)
- Pacientes en los que se realiza control nutricional/ total de pacientes (estándar 100%)
- Pacientes que precisan ayuda en AVD (WC)/ total de pacientes
- Pacientes que precisan ayuda en la higiene personal (lavados, hidratación, uñas)/total de pacientes
- Nº de colaboraciones en consulta geriatra
- Nº colaboraciones en consulta de enfermería
- Nº colaboraciones con Terapeuta ocupacional (AVD, T. Funcional, T. Cognitiva)
- Nº pacientes que precisan ayuda en la deambulación (paseos, paralelas, escaleras)
- Verificar la medicación que aporta el paciente de su domicilio y administrarla
- AVD en alimentación
- Nº de traslados internos a otros servicios (RHB, Radiología, Laboratorio, Logopedia..)
- Administración de tratamientos (tópicos, colirios y enemas)

**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: **01/01/2006**

Fecha de finalización:

Calendario:

**Enero-febrero 2006:** listar actividades y elaboración de hoja de registro

**1 – marzo – 2006:** comienzo de la utilización de la hoja diaria de registro

**1 – 10 abril 2006:** Primera evaluación de indicadores. Punto de partida para elaborarlos mensualmente y valorar evolución

**Enero 2007:** Evaluación anual de la actividad. Contribución a la memoria del centro.



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

Proyecto de Pintura Mural para la integración en Salud Mental: "Brotos"

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre:** M<sup>a</sup> José Lloro Lloro

**Profesión :** Trabajadora Social

**Centro de Trabajo:** Centro de Día de Salud Mental "Arcadia", Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

**Correo electrónico:** lsanchezm@aragon.es

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Olga Lafuente Peña	Educadora Social	C. D. Arcadia
Pilar Regla Dieste	Auxiliar de Enfermería	C. D. Arcadia
Magdalena Guerra Habas	Diplomada en Magisterio	C. D. Arcadia
Gonzalo Catalinas Gállego	Arte Terapeuta	C. D. Arcadia
José Luis Jiménez Cerezo	Profesor Educación Artística	Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación

#### **4.- PROBLEMAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADA**

La pintura mural es una forma de expresión artística que puede ser utilizada como soporte terapéutico, estimulando a los usuarios a expresar sus sentimientos, emociones, creatividad bajo una forma visual o plástica.

Uno de los beneficios de esta técnica es que fomenta un cambio de actitud frente a la enfermedad, porque a través del arte, el usuario expresa emociones que quizás no pueda mostrar con palabras. También ayuda a encontrar el camino para hacer frente a la dolencia, y además, se puede utilizar para aumentar la autoestima o mejorar la motricidad.

Fomenta el trabajo en equipo, la comunicación, la relación y el conocimiento entre los participantes.

Favorece la integración en el medio urbano, así como el conocimiento y el respeto hacia el patrimonio artístico.

#### **5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Desarrollar habilidades para trabajar en equipo

Llegar a conocer y manejar las técnicas utilizadas en Pintura Mural.

Realizar el proyecto previsto en el emplazamiento concedido por el Ayuntamiento de Huesca ubicado en la Plaza de Jara.

#### **6.- RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

- Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados + + +
- Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas +
- Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros pacientes con los servicios recibidos + + + +
- Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado +

## **7.- ANALISIS DEL PROBLEMA**

Es la continuidad del proyecto mural iniciado en el año 2004-2005.

Se realiza en colaboración con el taller de artes plásticas del Centro de Día " Arcadia ", Hospital de Día y el Seminario de Pintura Mural de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación.

El excelentísimo Ayuntamiento de Huesca ha concedido unos espacios físicos para llevar a cabo dicho proyecto.

La pared a pintar esta ubicada en la Plaza Jara, entre la calles adyacentes: La Campana y Las Huertas.

Consta de dos murales de 2x2 y otros dos de 3x2,30 aproximadamente.

Se cuenta con la participación de 8 alumnos del Seminario de Pintura Mural y 12 pacientes del Centro de Día " Arcadia " y Hospital de Día, enfermos mentales y algunos con una psicopatología grave.

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

- El carácter no obligatorio de la actividad implica una metodología abierta, flexible y motivadora que exige por parte de los profesionales una participación activa y responsable en la línea de desarrollar la creatividad, participación y cooperación grupal, así como las propias potencialidades de las personas.
- La actividad requiere un trabajo en equipo, en donde hay que definir tareas, llegar a acuerdos en la toma de decisiones, poder opinar, expresarse en un medio normalizado.

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

### **Indicadores:**

- 1 Motivación. Participación. Esfuerzo.
- 2 Adaptación diaria al proceso de aprendizaje
- 3 Adaptación diaria al proceso de socialización

Evaluación continua: cada sesión se evaluara teniendo en cuenta los indicadores mencionados. Se realizara una puesta en común de las impresiones de cada participante.

## **10.- DURACIÓN Y CALENDARIOS PREVISTOS**

**Fase Previa:** Diciembre 2005-Enero 2006.

**Fase Ejecución:** Febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio 2006.

**Conclusión del Proyecto:** finales de Junio 2006.

Se prevé una sesión de 2-3 horas semanales (tiempo sujeto a variaciones debidas a posibles contingencias imprevistas.)

## **11.- PREVISIÓN DE RECURSOS**

- ❖ Pintura
- ❖ Brochas, pinceles, rodillos
- ❖ Recipientes: cubos, botes...
- ❖ Barnices, disolventes, antigrafitis...
- ❖ Ropa de protección, guantes.
- ❖ Documentación y registro audiovisual de la actividad.
- ❖ **TOTAL DE LA CUANTIA: 1.000 Euros**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Implantación de registros con dispositivos inalámbricos en Rehabilitación y Unidades de Hospitalización para optimizar el flujo de información para el cuidado de pacientes en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos  
Javier Lera del Amo

Profesión  
Fisioterapeuta

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)  
Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
974 292000 extensión 92014

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Clara Mairal Domínguez	DUE	H. Sagrado Corazón de Jesús
Alma García Espot	DUE	H. Sagrado Corazón de Jesús
María Martínez-Losa Hernández	Terapeuta ocupacional	H. Sagrado Corazón de Jesús
M <sup>a</sup> Isabel Pueyo Moy	informática	H. Sagrado Corazón de Jesús
Silvia Pablo Julvez	informática	H. Sagrado Corazón de Jesús
Adolfo Domínguez Berné	administrativo	H. Sagrado Corazón de Jesús
Miguel Ángel Allué Gracia	DUE	H. Sagrado Corazón de Jesús

**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 Hospital Sagrado Corazón de Jesús tiene como objetivo fundamental la convalecencia y rehabilitación de sus pacientes. En él se realiza una reunión semanal entre el servicio de Rehabilitación y las unidades de hospitalización para informar de la evolución de los pacientes y preparar los planes de cuidados para la semana siguiente. A pesar de la utilidad de estas reuniones, en el trabajo diario no existe ningún sistema que permita un flujo de información adecuada y eficaz entre ambos servicios, ello repercute en la atención prestada a los pacientes ya que ni los fisioterapeutas, ni enfermeros ni los terapeutas ocupacionales pueden organizar su trabajo de acuerdo a la situación de salud diaria de los pacientes( fiebre, pruebas complementarias, diarrea, insomnio y otras). El disponer de un canal adecuado de información constante permitiría aumentar la efectividad en la atención rehabilitadora, optimizar el tiempo dedicado a esta tarea para cada paciente y evitaría el traslado innecesario de los pacientes que por su situación puntual no pueden recibir ese día tratamiento rehabilitador.

**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**

- Poseer información diaria de cada paciente tanto de Rehabilitación como de Hospitalización para optimizar la aplicación de los tratamientos y una mejor utilización del tiempo dedicado a cada paciente.
- Mejorar el trabajo interdisciplinar
- Optimizar los tiempos de rehabilitación.
- Facilitar una más rápida mejoría de los pacientes facilitando su alta más temprana.
- Continuidad de los logros en la rehabilitación en los servicios de hospitalización
- Facilitar la información que se puede dar a las familias sobre la evolución de los pacientes en todos los turnos de enfermería.

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

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

<b>Lineas de intervención</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>%</b>
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	60%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	5%
<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%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Para lograr el objetivo de este proyecto las líneas de trabajo establecidas son:

- Elaboración de un registro de datos por parte de los fisioterapeutas, t. ocupacionales y enfermeros que les permita obtener la información precisa de los pacientes para su trabajo diario.
- Diseño de una carpeta informática compartida para ambos servicios con una clave de acceso que pueda ser consultada por cada turno de trabajo.
- Utilización de dispositivos inalámbricos (PDA) por parte del personal para facilitar toda la recogida de datos disminuyendo el tiempo destinado a ello y aumentar a su vez la cantidad de información registrada en relación a periodos anteriores al proyecto.
- Utilización de dispositivos que conectados a los ordenadores de los controles permita el paso automático de la información a la carpeta informática.

### 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

- Número de pacientes que no suben a tratamiento rehabilitador por situación de salud.
- Encuesta de satisfacción a los usuarios del proyecto.
- Número de sesiones de rehabilitación según patologías en relación con años anteriores.
- Porcentaje de cumplimentación de la hoja de recogida de datos.

**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 2006

Fecha de finalización: junio 2006

Calendario:

- febrero y marzo de 2006: definir los datos que se quieren recoger de cada paciente.
- Abril 2006: diseño de la hoja informatizada para la recogida de los datos
- Mayo y junio: implantación del Software de gestión y curso de formación para la utilización del sistema.
- Enero 2007: evaluación de indicadores.





**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 pronóstico funcional de las artritis empeora cuanto más tarda a iniciarse el tratamiento. Se propone que la espera para dichas patologías no exceda de 10 días desde que el médico de asistencia primaria (u otro) lo remite a las Consultas de Reumatología.

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

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior  
En el Hospital Miguel Servet (Zaragoza) existe un proyecto similar que ha obtenido muy buenos resultados.

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

1. Disminuir el tiempo de espera en patologías cuyo diagnóstico y tratamiento precoz ha demostrado mejorar la calidad de vida y función laboral de los enfermos afectos.
2. Secundariamente, reducir las incapacidades derivadas de la artritis reumatoide (actualmente el 50% de los pacientes están en situación de incapacidad laboral a los 10 años del diagnóstico)

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

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

<b>Líneas de intervención</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>%</b>
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	20%	20
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	10%	10
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	40%	40
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	30%	30
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. En Servicio de citaciones: los reumatólogos indican qué pacientes son del grupo DTPARC (diagnóstico y tratamiento precoz artritis reciente comienzo) a partir de la revisión de los "volantes" y "hojas de consulta" remitidos a las Consultas de Reumatología.
2. Estos pacientes serán citados en un plazo menor de 10 días. Si disponen de ello deberán aportar los resultados de análisis y pruebas de imagen de que dispongan. Si no es el caso, acudirán en ayunas.
3. La visita de "resultados" se realizará en un plazo de 2-3 semanas; con ello la demora en el diagnóstico y tratamiento será la menor posible.
4. Los reumatólogos iniciarán el tratamiento en cuanto el diagnóstico sea firme.

### **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

1. Evaluación de los resultados (lista de espera de DTPARC) a los 3 meses. Si las fechas de "primera visita" se alargaran en el tiempo habrá que reevaluar la metodología.
2. Evaluación de los tratamientos instaurados y mejoría obtenida por los pacientes a los 12 meses de iniciado el proyecto.

### **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: enero 2007

Cronograma:

Inicio "lista de espera DTPARC": enero 2006

Evaluación de la misma: abril 2006

Evaluación resultados obtenidos: enero 2007.



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

Prevención de los trastornos de la alimentación, de la muerte súbita y de los accidentes infantiles en el lactante.

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Maria Jesús Oliván del Cacho

Profesión: Pediatra Centro de trabajo: Hospital San Jorge. (HSJ). Huesca

Correo electrónico: mjolivan salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247028 (directo)

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alfredo Lacasa Arregui	Pediatra	Pediatría. HSJ.
Natividad Tajada Cebrián	Pediatra	Pediatría. HSJ.
Fernando Vera Cristóbal	Pediatra	Pediatría. HSJ.
Eduardo Ubalde Sainz	Pediatra	Pediatría. HSJ.
Marta Ferrer Lozano	Pediatra	Pediatría. HSJ.

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

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

Los accidentes suponen la primera causa de mortalidad en el niño, siendo los accidentes de tráfico los más graves. El uso de los dispositivos de seguridad infantil (sillitas infantiles) ha demostrado ser muy eficaz en la prevención de hasta el 90% de las lesiones. Sin embargo, su utilización todavía es muy baja, por lo que son necesarias más campañas informativas destinadas a fomentar su uso ya desde la salida de la maternidad.

Otra de las principales causas de muerte durante el primer año de vida es el síndrome de muerte súbita del lactante. Su incidencia ha descendido drásticamente en los últimos años gracias a una medida sencilla como es el cambio en la postura del lactante al dormir a decúbito supino. Esta medida preventiva junto a otras como son el evitar el tabaquismo en el entorno del niño han de seguir siendo reforzadas desde el nacimiento.

Una de las prioridades fundamentales de la pediatría es la de fomentar la lactancia materna por sus beneficios nutricionales, inmunológicos y de relación afectiva madre-hijo. También ha demostrado ser un factor protector de la obesidad en el niño, cuya prevalencia ha aumentado de forma alarmante en la última década. Por ello, entre las medidas para prevenir la obesidad infantil figuran el promover la lactancia materna así como la educación en hábitos nutricionales saludables.

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aumentar el uso de dispositivos de seguridad infantil para el transporte del RN.  
Lograr que el 100% de los RN duerman en decúbito supino.  
Prolongar la lactancia materna.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

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%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
<i>total</i>	100%	100%

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración de un folleto ilustrado con diferentes apartados: técnica de lactancia materna, prevención de accidentes y de muerte súbita. Dicho folleto se entregara a la familia al ingreso en la maternidad.

Información verbal personalizada a la familia y educación en hábitos saludables.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar ( Mínimo 2 indicadores )

Encuestas a los padres del RN al alta y a los 6 meses de vida.

Encuestas a los pediatras de atención primaria que realizan el seguimiento de esos niños.

### 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 de 2006

Fecha de finalización: Febrero de 2008

Calendario:

Diseño del folleto (tríptico): Febrero de 2006

Diseño de las encuestas: Febrero de 2006

Inicio de la distribución del tríptico: Desde Marzo-Abril de 2006

Realización de encuestas a padres: Desde Marzo-Abril de 2006

Realización de encuestas a pediatras: Desde Septiembre de 2006



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

"CONTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL, SECTOR HUESCA"

Proyecto Multicéntrico (continuación), a desarrollar de manera coordinada en los Sectores de: Zaragoza I, II y III, Huesca y Teruel.

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: CONCEPCIÓN RUBIO SORIANO

Profesión: ENFERMERA

Lugar de trabajo: UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Correo electrónico: crubio@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000 Ext: 24472

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marta Elboj Saso	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Elena Fidalgo Abadías	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Concepción Latapia López	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
M <sup>a</sup> Carmen Marcén Seral	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Lourdes Nogués Sen	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Cristina Pardo Solana	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
M <sup>a</sup> Jesús Rivarés Morcate	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Javier Rojo Capapé	Enfermero	Hospital San Jorge. Huesca
Ana Isabel Sieso Sevil	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Ana García Pardos	Enfermera	UME. Huesca
Carmen Cinca Monterde	Enfermera	CSM Jaca. Huesca
Arturo Biarge Ruiz	Enfermero	CRP "St <sup>o</sup> C <sup>o</sup> de los Milagros". Huesca.
Gemma Pardos Ballestín	Enfermera	CSM Pirineos. Huesca
María Til Villacampa	Enfermera	H. de Día Psiq. - Huesca
Ana García Pardos	Enfermera	UME. Huesca

#### 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...

Un grupo de pacientes, que se denominan Trastorno Mental Grave, realizan un alto número de estancias hospitalarias en Unidades de Corta Estancia de Psiquiatría, con una mala vinculación, entre sus ingresos, al Centro de Salud Mental Comunitario. Como consecuencia de ello, sus núcleos familiares sufren una importante sobrecarga como cuidadores principales, sin recibir apoyo en estos cuidados.

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2006 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el 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

A partir de un proyecto de mejora que incluía profesionales de distintos Sectores de Salud se han generado 5 Proyectos idénticos que de manera multicéntrica han comenzado a trabajar a lo largo del año 2005, siendo necesario la continuación del trabajo a largo del año 2006.

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

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2006 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

Datos de utilización del Centro de Salud Mental Comunitario y otros recursos por estos pacientes.

Diseño preliminar de un sistema de preparación al alta en coordinación con el CSM correspondiente.

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

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

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	40%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Recogida sistemática de información de usuarios de Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica con T.M.G.

Reuniones de coordinación de los responsables del proyecto para análisis de los datos.

Intervención preliminar de preparación al alta.

Responsables: Enfermeras supervisoras de las Unidades de Corta Estancia Psiquiátrica.

#### 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

Total de pacientes revisados según criterios TMG/Total pacientes ingresados.

Total de pacientes TMG con cita al alta/Total de pacientes clasificados como TMG.

#### 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: continuación

Fecha de finalización:

Calendario:

Abril 2006 primera coordinación y análisis de datos

Septiembre 2006 segunda reunión y diseño de intervención preliminar de preparación al alta

Diciembre de 2006 sesión de trabajo de todos participantes, para evaluación general y publicación del trabajo realizado



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA DE HUESCA – PROGRAMAS / TALLERES

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Concepción Rubio Soriano

Profesión: Enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA

Correo electrónico: crubio@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000 Ext. 24472

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marta Elboj Saso	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Elena Fidalgo Abadías	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Concepción Latapia López	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
M <sup>a</sup> Carmen Marcén Seral	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Lourdes Nogués Sen	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Cristina Pardo Solana	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
M <sup>a</sup> Jesús Rivarés Morcate	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Javier Rojo Capapé	Enfermero	Hospital San Jorge. Huesca
Ana Isabel Sieso Sevil	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Carmelo Pelegrín Valero	Psiquiatra	Hospital San Jorge. Huesca

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

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

Desde la apertura de la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca en el año 1999, se han elaborado 14 Programas de Cuidados de Enfermería que incluyen actividades específicas, dirigidos a pacientes ingresados con criterios de inclusión para cada programa.

Después de analizar algunos grupos de pacientes, con patologías y necesidades terapéuticas concretas, nos planteamos como posibilidad de mejora la realización de nuevos programas de cuidados que consistirían en sesiones dirigidas a pacientes con necesidades de:

- aumentar la autoestima
- aumentar la motivación
- mejorar las habilidades sociales

**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**

Pretendemos dirigir las actividades de enfermería a objetivos concretos, que incidan directamente sobre las necesidades de los pacientes con criterios de inclusión, consiguiendo:

- aumentar la efectividad de nuestras intervenciones
- aumentar la satisfacción de nuestros clientes
- mejorar los procesos asistenciales
- contribuir a la agilización de las altas hospitalarias

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

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

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Recopilación de bibliografía y documentación relacionada
- Elaboración de programas / talleres dirigidos
  - motivación
  - autoestima
  - habilidades sociales
- Definición criterios de inclusión, horario, responsable de la realización.
- Puesta en marcha
- Evaluación

**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

- Nº de pacientes ingresados incluidos en los programas –talleres / Nº de pacientes ingresados
- Nº de pacientes incluidos en los programas – talleres que asisten a los mismos / Nº de pacientes incluidos en los programas – talleres

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 1-2-2006	Fecha de finalización: 15-12-2006
<b>Calendario:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recopilación de bibliografía y documentación Relacionada.....antes del 1 de febrero</li> <li>- Elaboración de programas / talleres dirigidos.....antes del 10 de abril</li> <li>- Definición criterios de inclusión, horario, responsable de la realización.....antes del 1 de mayo</li> <li>- Puesta en marcha.....antes del 1 de junio</li> <li>- Evaluación.....antes del 1 de octubre</li> </ul>	



## PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD

<b>1.-</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>Resultados de la intervención psicoeducativa sobre las estrategias de afrontamiento<sup>1</sup> del individuo ante los síntomas provocados por un trastorno funcional digestivo.</b>
------------	---------------	---

<sup>1</sup> (Afrontamiento): “el conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales, continuamente cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que son valoradas por el individuo como excesivas respecto a los recursos de que dispone o cree que dispone (Lazarus y Folkman, 1986)”.

<b>1.-</b>	<b>RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>	
<b>1.1</b>	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Miguel A. Montoro Huguet</b>
<b>1.2</b>	<b>Profesión</b>	<b>Médico</b>
<b>1.3</b>	<b>Centro de trabajo</b>	<b>Hospital San Jorge Departamento de Medicina de la Universidad de Zaragoza.</b>
<b>1.4</b>	<b>Correo electrónico</b>	<b>mmontoroh@terra.es</b>
<b>1.5</b>	<b>Teléfono y extensión Centro de trabajo</b>	<b>974-247000-24158 / 24143 655920411 (móvil).</b>

<b>3.-</b>	<b>Otros componentes del equipo de mejora</b>	
	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Centro de trabajo</b>
	<b>Cristina García Medina</b>	<b>(1)</b>
	<b>Javier Alcedo Gonzalez</b>	<b>Hospital San Jorge de Huesca <sup>2</sup>.</b>
	<b>Monia Regina de Sousa</b>	<b>Hospital San Jorge de Huesca <sup>3</sup></b>
	<b>Santos Santolaria Piedrafita</b>	<b>Hospital San Jorge de Huesca <sup>2</sup>.</b>
	<b>Conchi Sanz Carrillo</b>	<b>Hospital Miguel Servet de Zaragoza <sup>4</sup></b>

<sup>1</sup> Alumna del programa de doctorado del Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza.

<sup>2</sup> Gastroenterólogo.

<sup>3</sup> MIR de Medicina de Familiar y Comunitaria.

<sup>4</sup> Psiquiatra.

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

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

1. Datos obtenidos en nuestro medio permiten estimar que más del 50% de los pacientes derivados desde Atención Primaria al ámbito especializado son diagnosticados de un trastorno funcional digestivo (TFD).
2. Los TFD son un conjunto desórdenes en los que no se llega a identificar una anomalía orgánica o bioquímica que pueda justificar los síntomas del paciente. Sin embargo, el padecimiento de un TFD puede llegar a deteriorar de un modo significativo la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).
3. Aunque la patogenia de los TFD no se conoce bien, numerosos informes coinciden en señalar que el denominador común de estos trastornos residen en un estado de hipersensibilidad / hiperalgesia visceral. Este fenómeno permite explicar cómo un estímulo de una determinada magnitud es percibido con una intensidad desproporcionada por un paciente concreto.
4. Los mecanismos que conducen a un estado de hiperalgesia visceral no se conocen bien, pero algunos autores sugieren que el estado emocional derivado de conflictos interpersonales o de acontecimientos vitales amenazantes podría contribuir al modular al alza la percepción sintomática en los pacientes con TFD y ser determinante de frecuentes consultas médicas y de un consumo desproporcionado de recursos.
5. En el momento actual, el manejo de un TFD implica un proceso integrado por tres fases bien definidas:
  - a) Identificación del problema basado en la presencia de datos positivos (criterios de Roma II).
  - b) Exclusión de una dolencia orgánica cuando el paciente presenta algún síntoma de alarma. Ello obliga a realizar determinadas pruebas complementarias.
  - c) Información al paciente de la naturaleza funcional de los síntomas y prescripción de un tratamiento, a menudo farmacológico, en muchas ocasiones de dudosa eficacia.
6. La naturaleza funcional de los síntomas y la limitada efectividad de los tratamientos disponibles (a menudo de elevado coste y no exentos de efectos adversos) obliga con frecuencia a revisar el caso, cerrando un círculo vicioso caracterizado por visitas sucesivas, cambios frecuentes de facultativos, reiteradas pruebas complementarias y prescripción de fármacos alternativos que contribuyen a encarecer el coste del producto sanitario.
7. Diferentes grupos han demostrado que la aplicación de diversas técnicas de psicoterapia (cognitivo-conductual, dinámica o grupal), incluyendo la hipnosis logran atenuar e incluso, en muchos casos, revertir en su totalidad los síntomas provocados por los TFD. Sin embargo la aplicación de estas técnicas implica el concurso de personal especializado, tiempo y dedicación, a menudo no disponibles en nuestro entorno (las unidades de gastroenterología, excepcionalmente disponen de un psicólogo o psiquiatra).
8. Identificar y en su caso intervenir en las estrategias de afrontamiento del enfermo ante los síntomas provocados por un TFD podría mejorar de forma significativa el deterioro de la CVRS producido por el trastorno, reduciendo con ello los costes derivados de los conceptos enumerados con anterioridad.
9. Se plantea la oportunidad de incorporar un psicólogo con experiencia en técnicas psicoeducativas para modificar la capacidad de afrontar la percepción negativa de los individuos frente a los síntomas de un TFD y crear una alternativa más eficiente en el manejo de estos pacientes.

<b>5.-</b>	<p><b>RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.</b>  <b>Rellenar solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el programa de apoyo en la convocatoria anterior.</b></p> <p>Datos proporcionados por investigaciones previas de nuestro grupo<sup>1</sup>, permiten estimar que el interés y la motivación de los facultativos por registrar en la historia clínica de estos pacientes cualquier información relativa a datos los psicosociales del enfermo es pobre. Los resultados de estudios recientes indican que esta premisa solo se cumple en un 20%, aproximadamente, de las historias investigadas<sup>1</sup>. Parece obligado, por tanto, implementar el modelo biopsicosocial de la enfermedad en la asistencia de estos enfermos y contribuir con ello a mejorar, no solamente la calidad en la asistencia de estos pacientes. sino sus expectativas de recibir una atención integral que necesariamente ha de contemplar la vertiente emocional o psicosocial de su enfermedad.</p> <p><sup>1</sup> Alcedo J, Marnin M, Muñoz I, Blesa E, Sánchez-Puértolas B, Montoro M. Visión del gastroenterólogo en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. ¿Una enfermedad relacionada con el ácido o un trastorno funcional?- IX Reunión Nacional de la Asociación Española de Gastroenterología. Madrid. 2006.</p>
------------	---

<b>6.-</b>	<p><b>RESULTADOS QUE SE ESPERA OBTENER.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obtener información acerca de la capacidad y sistemas de afrontamiento del individuo que ha sido derivado al medio especializado por presentar un trastorno funcional digestivo y determinar si el grado de deterioro de la CVRS provocado por un TFD guarda relación con los estilos de afrontamiento del paciente ante los síntomas percibidos.</li> <li>2. Disminuir el impacto de la enfermedad sobre la CVRS del paciente mediante una intervención psicoeducativa que module el comportamiento y/o percepción del enfermo ante los síntomas.</li> <li>3. Responder de un modo más eficiente a las expectativas depositadas por el paciente en el sistema sanitario, aumentando su grado de satisfacción con un menor consumo de recursos complementarios.</li> </ol>
------------	--

<b>7.-</b>	<p><b>RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN DEL SALUD.</b>          Marcar con una (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Líneas de intervención</th> <th></th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Aumentar los beneficios derivados de la atención o servicios prestados.</td> <td></td> <td>15</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas.</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes / usuarios / pacientes con los servicios recibidos.</td> <td></td> <td>40</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.</td> <td></td> <td>40</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total</td> <td></td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Líneas de intervención		%		Aumentar los beneficios derivados de la atención o servicios prestados.		15		Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas.		5		Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes / usuarios / pacientes con los servicios recibidos.		40		Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.		40		Total		100%
	Líneas de intervención		%																						
	Aumentar los beneficios derivados de la atención o servicios prestados.		15																						
	Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas.		5																						
	Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes / usuarios / pacientes con los servicios recibidos.		40																						
	Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado.		40																						
	Total		100%																						

<b>8.-</b>	<b>MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.</b> Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables.	
8.1	Criterios de inclusión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad comprendida entre los 18-75 años</li> <li>2. Enfermos remitidos desde Atención Primaria por presentar síntomas crónicos o recidivantes compatibles o sugestivos de un TFD.</li> </ol>
8.2	Criterios de exclusión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deterioro cognitivo o nivel intelectual inadecuado para responder de forma adecuada a una anamnesis básica y a cuestionarios sencillos.</li> <li>2. Mujeres en período de gestación.</li> <li>3. Pacientes con trastornos mentales graves y/o abuso de sustancias.</li> </ol>
8.3	Métodos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los pacientes remitidos desde Atención Primaria por presentar clínica compatible con TFD como el motivo principal de consulta serán evaluados en una consulta monográfica especialmente diseñada para la atención especializada de este grupo de pacientes.</li> <li>2. La evaluación será llevada a cabo por un médico especialista en gastroenterología que en la 1ª consulta procederá a realizar una historia clínica completa y examen físico minucioso.</li> <li>3. A todos los pacientes se les solicitará una analítica elemental, incluyendo hemograma, VSG y bioquímica elemental, excepto aquellos de edad &lt; 40 años que no presenten síntomas de alarma.</li> <li>4. Aquellos pacientes que reúnan todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión serán derivados a una consulta complementaria tutelada por el coordinador del estudio y asistida por un médico residente en formación y un psicólogo/a con experiencia para explorar CVRS, estrés percibido, rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento del individuo ante la percepción de los síntomas.</li> <li>5. Previamente el enfermo habrá sido informado del propósito y naturaleza del estudio, del que se emitirá una copia al Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud de Aragón.</li> <li>6. Se instruirá al paciente acerca del tipo de investigación a realizar. Ésta incluirá una serie de cuestionarios validados para explorar las variables objeto del estudio que se cumplimentarán de forma tutelada mediante una entrevista o por el propio paciente (autoadministrados), según los casos.</li> <li>7. Los cuestionarios incluirán las siguientes evaluaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Criterios de Roma II para la detección de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispepsia funcional</li> <li>▪ Síndrome de intestino irritable</li> <li>▪ Estreñimiento crónico funcional</li> </ul> </li> <li>o Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (SF-36)</li> <li>o Índice de bienestar psicológico (IBP).</li> <li>o Cuestionario: SCL-90(ChecklistSymptom Hopkins).</li> <li>o Cuestionario de personalidad 16 -PF. Índice de estrés crónico percibido de Levens-tein.</li> <li>o Cuestionario sobre estilos de afrontamiento (WCQ)</li> </ul> </li> </ol>

8.4	Estadística	Los resultados serán tabulados en una base de datos tipo Excel o Access y analizados posteriormente con el programa SPSS con la supervisión y colaboración de la sección de estadística de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del propio grupo de investigación.
-----	-------------	--

<b>9.-</b>	<b>INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>	
	Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar (mínimo 2 indicadores).	
	<b>9.1</b>	Encuesta de satisfacción del paciente
	<b>9.2</b>	Consumo de recursos (visitas facultativas, pruebas complementarias).
	<b>9.3</b>	Satisfacción del médico de atención primaria con los resultados obtenidos.

<b>10.-</b>	<b>Duración y calendario previstos</b>		
	Indicar, al menos, las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas.		
	<b>Fecha de inicio: marzo de 2006</b>	<b>Fecha de finalización: junio de 2007</b>	
	<b>Calendario</b>	<b>Selección de la muestra</b>	<b>marzo /06 abril-07</b>
		<b>Tabulación y análisis estadístico</b>	<b>mayo-07</b>
		<b>Informe de resultados</b>	<b>Junio-07</b>

<b>11.-</b>	<b>PREVISIÓN DE RECURSOS</b> (Formativos, tiempo, mejoras)	
	<b>Material / Servicios</b>	<b>Euros</b>
		Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
	Soporte informático	1.200 €
	Fungible / Cuestionarios (CRDs)	1.200 €
	Personal cualificado para evaluación e intervención psicológica (titulado en Psicología).	3.600 €
	<b>Total</b>	<b>6.000 €</b>
		Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Bibliografía general:**

1. Douglas A. Drossman. **The Functional Gastrointestinal Disorders**. 2th edition. Degnon Associates. Maclean VA. USA, 2002.
2. **Case-Based Medicine. Teaching Series. Conyinuuing Medical Education. Understanding Irritable Bowel Syndrome**. Carol Burke, M.D. Primary Care Special Edition. McMahon Publishing Group. NY. 200.

Fecha y firma. 12-enero-2006

Miguel. A. Montoro

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO:

**Educación materno infantil con apoyo de medio audiovisual.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**CARMEN AZANZA MONTULL**

Profesión

**ENFERMERA**

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

**HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA. SUPERVISORA ÁREA MATERNOINFANTIL**

Correo electrónico:

[cazanza@salud.aragob.es](mailto:cazanza@salud.aragob.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**974 24 70 00. Extensión 24493**

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>ALICIA BERNUÉS PÉREZ</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Hospital San Jorge</b>
<b>CARMEN SANAGUSTÍN PEIRÉ</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Hospital San Jorge</b>
<b>FELISA LÓPEZ</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Hospital San Jorge</b>
<b>M<sup>a</sup> ÁNGELES GARASA</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Hospital San Jorge</b>
<b>ANA BOTAYA</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Hospital San Jorge</b>
<b>BLANCA SAURAS</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Hospital San Jorge</b>

**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 demanda del usuario de recibir información sobre las actuaciones llevadas a cabo a sus hijos desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria es cada vez mayor, además de constituir un derecho.**

**Situación de partida: actualmente la información se realiza individualizada con el riesgo que supone de dispersarse o personalizarse en exceso. La información médica no cubre todas las dudas de los usuarios. El día del alta se puede dedicar poco tiempo en relación a la cantidad de dudas que asaltan en esos momentos a los padres. La barrera del idioma dificulta algunas explicaciones y, en ocasiones, puede generar más dudas.**

**La justificación de este proyecto de mejora se basará en convertir a los padres en colaboradores activos en el proceso, durante su estancia en el hospital.**

**Los medios audiovisuales, que serían la herramienta de este proyecto, facilitarían a los profesionales las explicaciones dadas a los padres, y a estos su comprensión. Así mismo, la población extranjera a la que atendemos, se beneficiaría de una información visual que haría más fácil la comunicación.**

**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**

- **Conseguir con el medio audiovisual que la proximidad en el idioma tranquilice a los padres no hispano hablantes, haciéndoles llegar de manera gráfica información importante..**
- **Padres mejor informados, y por tanto más receptivos y abiertos al aprendizaje.**
- **Padres más involucrados en el proceso hospitalario.**
- **Agilizar los cuidados de enfermería al estar estos ya explicados.**

**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%	<b>35%</b>
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	<b>15%</b>
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	<b>35%</b>
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	<b>15%</b>
<b>TOTAL</b>	100%	100%

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Preparación de un video informativo en el que se reflejen las actuaciones de enfermería durante los días de ingresos de sus hijos. Tras su visualización, se abriría un coloquio con exposición de dudas entre los padres o experiencias que enriquezcan a los más noveles.**

**Estudiar la posibilidad de realizar el doblaje del vídeo en varios idiomas.**

**La enfermera de Neonatología en turno de tarde sería la responsable de su proyección y coordinadora del taller.**

**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

- **Breve entrevista al usuario tras la charla recogiendo sugerencias y opiniones.**
- **Seguimiento de las encuestas de satisfacción al alta de la madre. Indicador: En un 30% de las encuestas, a partir de la puesta en marcha del proyecto, aparecerá expresamente su satisfacción al respecto.**
- **Entrevistas al personal asistencial pre y post puesta en marcha con el fin de observar cambios en el trabajo diario.**
- **Por la estancia media de los ingresos en esta unidad: Indicador: nº sesiones-taller semanales: = ó > 2**

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: **Enero 2006**

Fecha de finalización:

Calendario:

**Enero: Difusión del proyecto a los profesionales de la unidad y formación de grupos de trabajo para la elaboración del guión**

**Febrero, marzo, abril: Realización del vídeo**

**Mayo: Puesta en marcha del proyecto**

**Septiembre y Diciembre: Cortes de evaluación.**

**Previsión de continuidad.**



# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

**Normalización de los documentos correspondientes a la historia clínica.**

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Gonzalo Ramos Moreno

Profesión Centro de trabajo ( Hospital y Servicio )

Médico especialista en Anestesiología y Reanimación. F.E.A. Hospital San Jorge. Huesca

Correo electrónico: [gramos@salud.aragon.es](mailto:gramos@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000 (ext. 24298)

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Quintín SOLANO CHÍA	Administrativo	Hospital San Jorge. Huesca
Carmen TOSAT MANCHO	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Juan Antonio VALLÉS NOGUERO	Médico	Hospital Sdo Corazón, Huesca
Magdalena RASAL LANAO.	Auxiliar Administrativo	Hospital Sdo Corazón, Huesca
M <sup>a</sup> Rosa BURDEUS GÓMEZ.	Médico	Hospital San Jorge. Huesca
Javier CALLAU PUENTE	Médico	Hospital San Jorge. Huesca
Rosa ROSELLO PARDO	Médico	Hospital San Jorge. Huesca

#### 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 Historia Clínica (HC) es la herramienta de trabajo hospitalaria por excelencia. Su confección debe ser clara, completa y rigurosa. De su correcta cumplimentación por el personal sanitario y de su adecuada organización y orden depende que posteriormente se puedan recoger datos o revisar dichas HC de una manera eficiente, ordenada y razonable. La utilización actual del ordenador personal ha supuesto una ayuda importante a los profesionales de la salud en su trabajo diario, pero de esta facilidad ha llegado un problema: la confección indiscriminada de innumerables documentos que pasan a formar parte de la HC.

La realización de un protocolo normalizado acerca de cuales son los documentos que deben estar en la HC, su adecuado orden y estructura ayudará a que en dicha HC sólo existan los documentos que sean aceptados por la Comisión de Historias Clínicas. Para ello se revisan todos los documentos existentes en la actualidad en el centro hospitalario, hablando con todos los servicios con el fin de revisar todos los documentos que pertenezcan a la HC.

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

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

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

Obtener una HC ordenada según un protocolo desarrollado en la Comisión de Historias Clínicas. Para ello se confeccionará una "carpeta" en la que consten las normas, estructura y organización de todos los documentos pertenecientes a la HC.

Conseguir que únicamente aparezcan en la Historia clínica los documentos aprobados y normalizados por la Comisión de Historias clínicas.

Favorecer la cumplimentación de los documentos normalizados, bien en impreso papel, bien en formato electrónico a través de plantillas en los ordenadores del Hospital.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

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

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1-Elaboración de la “carpeta” de los documentos oficiales pertenecientes a la HC. Para ello la Comisión de Historias Clínicas se reúne periódicamente tras hablar con los distintos servicios hospitalarios, para revisar los distintos documentos existentes. La “carpeta” constará de todos los documentos organizados por bloques y según un modelo normalizado.

2-Una vez implantado el modelo, las HC deberán estar perfectamente ordenadas según la estructura dispuesta en la “carpeta”. El personal responsable serán las Secretarías de los Servicios

3.- Se realizarán revisiones periódicas de las HC para corregir posibles alteraciones. Dichas revisiones las llevará a cabo la propia Comisión de Historias Clínicas.

## 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar (Mínimo 2 indicadores)

- % de historias (1ª evaluación a los 2 meses de la puesta en marcha) con la documentación normalizada.
- Encuestas de satisfacción a varios Servicios implicados: secretarías de planta, Sección de codificación y Servicios de Archivos y Documentación clínica.
- Disminución del número de documentos que llegan al Servicio de Archivos fuera de la Historia clínica y en fechas posteriores al alta.

## 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: Ininterrumpido
-----------------------------	---------------------------------------

Calendario:

- 1-Presentación del proyecto en enero 2006 a la Dirección del centro
- 2- Febrero: inicio de las reuniones quincenales de la Comisión para la normalización de documentos
- 3.- Abril: Realización de las plantillas informáticas y papel con el Servicio de Informática.
- 4.- Mayo: Presentación en Sesión plenaria a los profesionales del hospital de los documentos normalizados y la guía de uso.
- 4.- Puesta en marcha del proyecto en mayo 2006.
- 5.- Revisiones periódicas (trimestralmente) de una muestra elegida al azar de HC tras el alta hospitalaria para recoger indicadores, comprobar resultados, detectar problemas y establecer pautas de actuación.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Utilización de eritropoyetina (epoetina alfa) para la disminución de los requerimientos transfusionales de sangre alogénica en cirugía ortopédica.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos** Gonzalo Ramos Moreno

**Profesión**                      **Centro de trabajo ( Hospital y Servicio )**

Médico especialista en Anestesiología y Reanimación. F.E.A. Hospital San Jorge. Huesca

**Correo electrónico:** [gramos@salud.aragon.es](mailto:gramos@salud.aragon.es)

**Teléfono y extensión del centro de trabajo:** 974 247000 (ext. 24298)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Amador Rodriguez	Farmacéutico	Hospital San Jorge. Huesca
Alberto Ladaga Vela	Médico F.E.A.(traumatólogo)	Hospital San Jorge. Huesca
Javier Callau Puente	Médico Jefe Servicio Admisión	Hospital San Jorge. Huesca
Agustín Asensio del Río	Médico F.E.A.(hematólogo)	Hospital San Jorge. Huesca

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

Indicar el tema, problema o unidad de cuidado y métodos de selección y priorización en el texto. La información obtenida debe ser concisa, clara y de fácil comprensión.

Un porcentaje importante de pacientes sometidos a cirugía ortopédica requieren en el postoperatorio transfusiones de sangre alogénica, habiéndose comprobado en diversos trabajos que el principal factor predictivo de transfusión es el nivel de hemoglobina preoperatorio. Un número importante de pacientes presentan unos niveles de hemoglobina "justo" para afrontar la intervención. Mediante la elevación de los valores preoperatorios de la hemoglobina (en pacientes con anemia moderada: 10-13 g/dl) gracias al uso de epoetina alfa, se consigue una disminución del número de transfusiones alogénicas en estos pacientes.

La disminución de éstas supondría un claro beneficio para el paciente, ya que no estaría expuesto a las posibles complicaciones derivadas de la misma. Secundariamente se produciría una disminución en el gasto de las unidades existentes en el banco de sangre.

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

Relatar solo en el caso del que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la coordinación anterior.

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

Implantar y monitorizar los resultados derivados de la aplicación de un protocolo de utilización de epoetina alfa en cirugía ortopédica. Dicho protocolo se ha elaborado desde la comisión de farmacia hospitalaria en la que están implicados directamente distintos servicios.

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

Marcar con (X) en cada línea la valoración que corresponda al proyecto.

<b>Líneas de intervención</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>%</b>
<b>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</b>	<b>30%</b>	40
<b>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</b>	<b>35%</b>	30
<b>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</b>	<b>25%</b>	15
<b>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</b>	<b>10%</b>	15
<b>total</b>	<b>100%</b>	100

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

Indicar, al menos, los métodos previstos para mejorar los resultados.

1-Elaboración e implantación del protocolo de actuación (se adjunta). Para ello desde la comisión de farmacia hospitalaria se ha elaborado este protocolo, habiendo hablado con todos los servicios implicados (Traumatología, Admisión, Anestesiología, Farmacia y Hematología) para una correcta organización y gestión de los recursos disponibles. Selección de los pacientes candidatos según el protocolo.

2-Recogida de información para la monitorización. Para recoger los datos se deberá realizar desde los distintos servicios implicados por el personal involucrado en el proceso, de manera que haría falta disponer de material informático (detallado al final) para elaborar una base de datos desde los distintos servicios para poder monitorizar los resultados a distintos niveles.

3-Monitorización. Mediante recogida de los indicadores citados más adelante

4-Evaluación de los resultados obtenidos.

5-Análisis crítico de los resultados y valoración de las posibilidades de mejora.

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

Indicar, al menos, como está previsto realizar la evaluación del proyecto: los indicadores que se van a utilizar (Mínimo 2 indicadores.)

1- Porcentaje de pacientes tratados incluidos en el protocolo con respecto al total de pacientes candidatos a ser tratados.

2- Porcentaje de pacientes tratados según el protocolo y que ha sido aplicado correctamente.

3- Valor de hemoglobina al alta.

## **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:	2006	Fecha de finalización:	Ininterrumpido
Calendario:			
1-Presentación del proyecto en enero 2006.			
2-Implantación del proyecto en marzo 2006.			
3-Mediciones de los indicadores mediante una evaluación inicial, a los 4 meses de su puesta en marcha y controles posteriores trimestral y bimensual finalmente.			
4-Al finalizar el año se realizarán reuniones de mejora para establecer puntos fuertes, áreas de mejora y priorizaciones.			





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

##### **Detección del problema.**

Como resultado del establecimiento consensuado de prioridades sobre las áreas de mejora detectadas en el SARyTD con respecto a los procesos del mismo, se destaca una situación en el tratamiento del dolor postoperatorio reconocida como claramente poco eficaz<sup>1</sup>.

El abordaje del problema se halla dentro de la misión de la especialidad y complementa otro aspecto del dolor agudo, como es el dolor del parto, ya resuelto en nuestro hospital<sup>2</sup>.

La importancia de todo ello ha llevado a que las principales organizaciones que se ocupan de la mejora de la calidad en el ámbito hospitalario establezcan criterios para una asistencia adecuada<sup>3</sup>.

##### **Situación inicial.**

Prescripción de la analgesia postoperatoria por parte de los servicios quirúrgicos, como un aspecto secundario del tratamiento, según las quejas del paciente, sin utilizar opiáceos o técnicas loco - regionales y sin seguimiento específico de la analgesia. Todo lo anterior se relaciona con una analgesia poco eficaz y por ello con un sufrimiento inútil además de las complicaciones derivadas del dolor postoperatorio.

##### **Causas.**

Dedicación de escasa atención al problema del dolor postoperatorio. Desconocimiento del uso de los opiáceos mayores y otras técnicas analgésicas. Falta de recursos; formativos, materiales y humanos.

##### **Importancia de la mejora.**

Además de evitar el sufrimiento, un tratamiento eficaz del dolor postoperatorio significa reducir la morbimortalidad directamente relacionada con el mismo<sup>4</sup>.

##### **Fuentes y modelos.**

Elección de un modelo con eficacia y eficiencia contrastada<sup>5</sup>.

Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. Pain. 1994 Apr;57(1):117-23.

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

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

##### **Implicación.**

Implicar a la dirección y a todos los servicios y unidades que participan en la atención quirúrgica, tanto médicas como de enfermería.

##### **Formación.**

Realización de cursos orientados a las divisiones médicas y enfermería sobre el problema del dolor postoperatorio, las técnicas para su tratamiento eficaz y la organización del mismo.

##### **Liderazgo y asunción de responsabilidades.**

Impulsar e implementar el proyecto por parte del SARyTD así como por la unidad de enfermería del bloque quirúrgico.

##### **Elaboración de un protocolo de analgesia postoperatoria.**

Elaborar un protocolo o guía analgésica escalonada basada en fármacos y técnicas eficaces adecuada a las características del hospital.

##### **Implantación de un programa de inicio y seguimiento de la analgesia postoperatoria.**

Inicio en la aplicación del protocolo de analgesia postoperatoria en el bloque quirúrgico. La medida del dolor, por ejemplo con la escala visual analógica (EVA), se considera una constante más que interviene en los criterios para el

alta a la sala (EVA<5) Seguimiento de las incidencias por el equipo de anestesiólogos de guardia, rutinario y diariamente por una persona de enfermería y otra del equipo de anestesiología mediante pase de visita en la sala, en donde la medida del dolor se sigue considerando como una constante más, el objetivo para la intensidad del dolor en reposo es EVA <4.

**Mejorar la eficacia de la analgesia postoperatoria.**

Según los objetivos mencionados con respecto a la medición del dolor. Buscando oportunidades de mejora siguiendo criterios de accesibilidad, efectividad, seguridad y eficiencia.

**Reducir la morbilidad directamente relacionada con el dolor postoperatorio.**

Una práctica eficaz y segura de la analgesia postoperatoria implica una reducción de la morbilidad postoperatoria<sup>14</sup>.

**Mantener la seguridad del paciente quirúrgico durante el postoperatorio.**

La formación, el seguimiento continuado y la mejora continua aportan un alto grado de seguridad a la asistencia.

<b>Líneas de intervención</b>	<b>%</b>
<b><i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i></b>	<b>45%</b>
<b><i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i></b>	<b>25%</b>
<b><i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i></b>	<b>20%</b>
<b><i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i></b>	<b>10%</b>
<b>total</b>	<b>100%</b>

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

### Fase de promoción.

Realización de reuniones en el SARyTD para consensuar el protocolo y el modelo de organización de la atención.

Realización de reuniones con la dirección y los servicios y unidades implicados.

Realización de actividades formativas especialmente centradas en las unidades de enfermería del bloque quirúrgico y de las salas de hospitalización quirúrgicas.

### Fase de iniciación de la actividad asistencial.

Prescripción y seguimiento de la analgesia postoperatoria.

Evaluación del procedimiento.

Evaluación de los resultados del procedimiento.

Revisión y ajustes según el cumplimiento de los mismos o su mejora.

## 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 1- Evaluación del proceso.

#### 1.1- En la UCPA

Porcentaje de pacientes en los que no se ha seguido el procedimiento.

#### 1.2-En la sala de hospitalización.

Porcentaje de pacientes en los que no se ha seguido el procedimiento.

### 2- Resultados.

#### 2.1- Eficacia.

Incidencia de dolor postoperatorio inadecuadamente tratado.

#### 2.2- Seguridad.

2.2.1- Incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO)

2.2.2- Incidencia de efectos adversos graves.

## 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 01/02/06

Fecha de finalización: Sin límite

Calestarario:

Act.	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Presentación.	X											
Inicio.		X										
Eval. 1.1						X					X	
Eval. 1.2						X					X	
Eval. 2.1		X				X					X	
Eval. 2.2.1		X				X					X	
Eval. 2.2.2		X				X					X	
Revisión.												X

Act.;Actividad. Eval.; Evaluación.

**Bibliografía.**

- 1- Puig M, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. Act. Anaesth Scand 2001 45n 4: 465 – 470.
- 2- Memoria Anual del Hospital San Jorge. 2000.
- 3- "New and revised standards on assessing and managing pain" [effective January 1, 2001] <http://www.jcrinc.com/subscribers/perspectives.asp?durki=3243&site=10&return=2897>  
©2002,2003,2004,2005 Joint Commission Resources, Inc
- 4- Martínez – Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 465 – 476.
- 5- Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. Pain. 1994 Apr;57(1):117-23.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Mejora de la práctica enfermera mediante Sesiones de Enfermería**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**M<sup>a</sup> Dolores Arbués Torralba**

Profesión

**Enfermera**

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

**Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Jorge. Huesca**

Correo electrónico:

**larbuest@salud.aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**974247000**

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>Carmen Tosat Mancho</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Hospital San Jorge</b>
<b>Alicia Barbanoj Torrecilla</b>	“	“
<b>Ana Botaya Estaún</b>	“	“
<b>Paloma López Casterad</b>	“	“
<b>Montserrat Marqués Guardiola</b>	“	“
<b>Lourdes Nogues</b>	“	“
<b>Lucía Núñez Blázquez</b>	“	“
<b>Felipe Nuño Morer</b>	“	“
<b>Angel Orduna Onco</b>	“	“
<b>Carmen Puyuelo Blecua</b>	“	“
<b>M<sup>a</sup> José Salaverri Nalda</b>	“	“
<b>Carlos Viñuales Palomar</b>	“	“

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

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

**Desde la Comisión de Calidad de Cuidados de Enfermería junto con la Supervisión del Área de Calidad, se planteó, como objetivo para el año 2004, organizar e iniciar la puesta en marcha de Sesiones quincenales de Enfermería (miércoles), de 30 minutos de duración, destinadas a la difusión de aspectos novedosos de la práctica enfermera, la actualización del conocimiento enfermero en determinados temas y fomentar la discusión científica de los mismos.**

**Desde que en 2004 comenzó a desarrollarse este proyecto se han realizado ya más de 20 sesiones de enfermería sobre diferentes temas de la práctica enfermera. Todas las Unidades del Hospital han participado en la preparación y exposición de sus correspondientes sesiones.**

**Además de esto, se ha fomentado la realización de Sesiones propias y en cada servicio por lo cual la demanda de medios audiovisuales para realizar las sesiones ha aumentado considerablemente, dejándose de realizar en algunas ocasiones por la indisponibilidad de cañón de proyección u ordenador. Cada vez es mayor el número de profesionales que aportan su presentación grabadas en unidades "pen" y nuestro ordenador no lee dichos soportes.**

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

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

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

- **Aumentar la disponibilidad de los medios audiovisuales**
- **Incrementar el número de asistentes a las sesiones.**
- **Facilitar la asistencia a las sesiones del personal de todas las Unidades**
- **Incrementar el interés y la utilidad práctica de las sesiones.**
- **Mejorar la presentación y la calidad audiovisual de las exposiciones.**

**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%	40%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	10%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	15%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	35%
<b>TOTAL</b>	100%	100%

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ***A partir de enero de 2006 se realizarán dos sesiones de enfermería el mismo día: una en el horario habitual ya establecido (es decir, de 9:30 a 10:00 h) y otra en horario de 14:00 a 14:30 h.***
- ***Se firma como objetivos en cada uno de los servicios la participación docente y discente en dichas sesiones, tanto en las generales como en las propias de los servicios.***
- ***Se incorporarán a los temas de las sesiones los señalados por los asistentes a las mismas como los más interesantes. Dato obtenido de la encuesta de valoración realizada al final de cada una de las sesiones celebradas durante 2005.***

**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

- ***Nº de Sesiones generales /año (mín 15)***
- ***Nº Sesiones por unidades de hospitalización / año (mín 10)***
- ***Como ya se ha comentado la evaluación de las sesiones de enfermería se realiza mediante encuesta autocumplimentada por los asistentes a las mismas, al final de cada una de aquéllas.***
- ***Los principales indicadores utilizados son: Nº de asistentes a cada sesión, interés suscitado por el contenido general de las sesiones, el grado de aplicación práctica en su trabajo expresado por los asistentes y la satisfacción de los encuestados con la organización de las sesiones.***

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

***Sesiones de enfermería quincenales, los miércoles, en horario de 9:30 a 10:00 h y de 14:30 a 14:30. Inicio el 25 de Enero de 2006 y finalización el 13 de Diciembre.***

