

INDICE PROYECTOS HUESCA_2007

009_2007 "Actividades preventivas en los grupos de riesgo poblacionales según edad, sexo, hábitos y otros factores de riesgo" del CS Ayerbe	Pág. 3 a 6
018_2007 "Ciclo mejora en la atención sanitaria del embarazo normal" el CS Almodévar	Pág. 7 a 13
037_2007 "Iniciativa de mejora de la calidad en la utilización del Servicio de Urgencias en Atención Primaria en un medio rural. 2ª parte(act-89-2005) del CS Ayerbe	Pág. 14 a 23
038_2007 "Estratificación del riesgo cardiovascular a pacientes del CS de Hecho"	Pág. 24 a 28
039_2007 "Apoyo y asesoramiento a los equipos de Atención Primaria por parte de la Dirección para ser acreditados por la norma ISO 9001 en el Sector Huesca" de la D.A.P	Pág. 29 a 32
040_2007 "Apoyo a la introducción de un sistema de Gestión por Procesos (GXP) en la organización a través de la elaboración del mapa de procesos paciente crónico dependiente severo (PCDS) en el sector sanitario de Huesca" de la D.A.P	Pág. 33 a 37
068_2007 "Mejora en el Protocolo diagnóstico y de manejo del paciente hipertenso según las guías clínicas en el Centro de Salud Pirineos de Huesca"	Pág. 38 a 41
070_2007 "Mejora del proyecto de formación en un Centro de Salud Docente" del CS Santo Grial	Pág. 43 a 45
139_2007 "Buceando en la Gestión por Procesos II: Procedimiento mantenimiento de la Sala de Urgencias (Proceso de primer nivel: apoyo logístico)(Act-148-2006" del CS Grañén	Pág. 46 a 52
140_2007 "Buceando en la Gestión por Procesos: Procedimiento Formación en la Atención Urgente (proceso estratégico de primer nivel: programas de formación)(Act-147-2006) del CS Grañén	Pág. 53 a 59
142_2007 "Buceando en la Gestión por Procesos(Act-149-2006) del CS Grañén	Pág. 60 a 66
144_2007 "Seguimiento del calendario de vacunación vigente en nuestra CCAA de Aragón en la población infantil y adulta del Centro de Salud Monegros"	Pág. 67 a 73
086_2007 "Mejora del nivel de información, opiniones y percepciones de los familiares de los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca	Pág. 74 a 77
087_2007 "Renovación y adecuada cumplimentación de la información de las historias clínicas de los pacientes de las Unidades de Larga Estancia y Psicogeriatría, del Centro de Rehabilitación "Santo Cristo de los Milagros"	Pág. 78 a 81
089_2007 "Elaboración de un registro de terapia ocupacional para la historia clínica de los pacientes del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca	Pág. 82 a 85
090_2007 "Realización de un Protocolo para la valoración multidisciplinar de los pacientes de las Unidades de Psicogeriatría del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca	Pág. 86 a 89
006_2007 "Mejora en el abordaje a pacientes con trastorno de ansiedad en el H. de Día de Psiquiatría de Huesca" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 90 a 98
220_2007 "Elaboración de un Manual de la calidad del proceso de detección precoz del cáncer de mamá en Huesca" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 99 a 103
221_2007 "Proyecto de ocio y tiempo libre para personas con enfermedad mental y sus familias "entre vías"" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 104 a 106
222_2007 "Proyecto de pintura mural para la integración en salud mental:El bosque animado" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 107 a 110
223_2007 "Línea de apoyo para la prevención y tratamiento de úlceras crónicas desde consultas de geriatría del H. Sagrado Corazón de Jesús a otros niveles asistenciales"	Pág. 111 a 116
224_2007 "Manual de procedimiento para la gestión de almacén" del H. Sagrado Corazón de Jesús	Pág. 117 a 121
002_2007 "Programa de atención analgésica en cirugía con ingreso" del H. San Jorge	Pág. 122 a 128

004_2007 “Monitorización de indicadores de calidad en el enfermo crítico” del H. San Jorge	Pág. 129 a 133
025_2007 “Entrenamiento vesical mediante alarmas acústicas en pacientes pediátricos con enuresis primaria” del H. San Jorge	Pág. 134 a 137
041_2007 “Iniciativa de mejora en la provincia de Huesca, de los procesos informativos entre medicina primaria y medicina especializada, en relación a la preparación maternal al parto y las técnicas actuales de analgesia obstétrica” del H. San Jorge	Pág. 138 a 141
062_2007 “Manejo diagnóstico del dolor abdominal recurrente en el niño” del H. San Jorge	Pág. 142 a 145
072_2007 “Acogida preoperatoria: Ingreso en el día. Análisis de datos para la mejora continua” del H. San Jorge	Pág. 146 a 148
074_2007 “Colaboración Hospital San Jorge en el reciclado de materiales como papel, pilas dentro del Plan de Protección del Medio Ambiente” del H. San Jorge	Pág. 149 a 151
075_2007 “Mejora en el proceso de aprovisionamiento y gestión de stocks de medicamentos en el Servicio de Farmacia del H. San Jorge de Huesca”	Pág. 152 a 156
076_2007 “Normalización de criterios para la Comisión de Análisis de Puestos de Trabajo (Comité de Seguridad y Salud)” del H. San Jorge	Pág. 157 a 161
077_2007 “Vigilancia sanitaria específica: Realización de espirometrías” del H. San Jorge	Pág. 162 a 166
078_2007 “Proyecto de Consultoría de Medicina Interna con Atención Primaria” del H. San Jorge	Pág. 167 a 171
079_2007 “Mejora de la calidad de vida de la asistencia a los niños y adolescentes diabéticos de la provincia de Huesca mediante el análisis trimestral de la hemoglobina glicosilada (HbA1C) en sangre capilar” del H. San Jorge	Pág. 172 a 177
080_2007 “Mejora de la calidad de los cuidados enfermeros de salud mental en el sector de Huesca” del H. San Jorge	Pág. 178 a 181
081_2007 “Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental, Sector Huesca” del H. San Jorge	Pág. 182 a 185
082_2007 “Mejora de los procesos de hospitalización en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría de Huesca- Programas/Talleres: Desintoxicación alcohólica” del H. San Jorge	Pág. 186 a 189
083_2007 “Mejora de la gestión de recursos de SM a través del registro y evaluación de la demanda en la UCE y su puesta en común con los responsables de las demás unidades de Huesca” del H. San Jorge	Pág. 190 a 194
084_2007 “Coordinación funcional de las Unidades de Corta Estancia del Hospital San Jorge y el Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Provincial de Huesca” del H. San Jorge	Pág. 195 a 199
167_2007 “Programa para la difusión e implantación de la intubación traqueal fibrooptica en anestesiología y reanimación” del H. San Jorge	Pág. 200 a 204

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1 - TÍTULO

**“ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LOS GRUPOS
DE RIESGO POBLACIONALES SEGÚN EDAD,
SEXO, HÁBITOS Y OTROS FACTORES DE RIESGO”**

2 - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSÉ MARÍA BORREL MARTÍNEZ

Profesión

MÉDICO

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

CENTRO DE SALUD DE AYERBE

Correo electrónico:

pepeborrel@terra.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 380 177

3 - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José María Calvo Sanz	Médico	E.A.P. AYERBE
Juan José Martínez Trivez	Médico	E.A.P. AYERBE
Sergio Naya Atarés	Médico	E.A.P. AYERBE
Maria Paz Salamero Esteban	Médica	E.A.P. AYERBE
Javier Tortosa Cavero	Médico	E.A.P. AYERBE
Trinidad Castro Murillo	Enfermera	E.A.P. AYERBE
Amparo López Castro	Enfermera	E.A.P. AYERBE
Ana Victoria Poc Anzué	Aux Admva	E.A.P. AYERBE

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Las actuaciones preventivas sobre grupos de riesgo se han ido generalizando, cada Sociedad Científica propone una serie de intervenciones sobre la población según la edad, sexo, hábitos u otros factores ambientales y de riesgo. En ocasiones se duplican, otras no llegan al usuario,

Nuestra propuesta es recopilar y unificar todas esas actividades para simplificarlo todo y hacerlo accesible al usuario y cómodo a los profesionales.

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

Reducir al máximo las molestias que se le crean al usuario con las múltiples intervenciones que aconsejamos sobre su salud, simplificando dichas actividades preventivas, pero ante todo involucrar al usuario en sus cuidados y en el seguimiento de su patología, trasladándole una cierta responsabilidad en los mismos.

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

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

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

8 - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Lo primero es hacer una revisión lo más amplia posible de los programas, protocolos y actividades recomendadas por las sociedades científicas, grupos de trabajo más prestigiosos y autoridades sanitarias. Luego se diseñarán diferentes trípticos informativos en los que se recojan de forma clara las actividades precisas en prevención de enfermedades para niños, mujeres, adultos, ancianos y enfermos crónicos.

Ese tríptico se remitirá a los domicilios de nuestra zona y se dejarán también en las salitas de espera.

Posteriormente se comentará con los usuarios de manera individualizada según cada caso.

Por supuesto que estos folletos y este programa serán de utilidad al resto de equipos de atención primaria de la C.A.

9 - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores:

- Número de usuarios que acuden a la consulta a comentar los trípticos
- Número de usuarios que acuden a la consulta a demandar una intervención que han leído en los trípticos

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 2007**

Fecha de finalización: **Febrero de 2008**

Caleandario:

De febrero a mayo se hace la revisión de protocolos y diseñan los folletos, que se imprimen en el verano.

En septiembre se hace el envío y difusión de los mismos y se comienza a comentarlo con los usuarios hasta enero, fecha en la que se hace la evaluación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO NORMAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Carmen Fornos Aguilar

Profesión

Matrona

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

CS Almudevar, Huesca rural , Ayerbe

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974253216,974228672,97438177

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

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Solanas Galindo	Matrona	CS Perpetuo socorro-Huesca
M ^a Ángeles Alba Canela	Matrona	CS Sabiñánigo, Biescas Broto
Pilar Sánchez Molina	Matrona	CS Jaca Berdún y Echo
M ^a Pilar Sesa Ruspira	Matrona	CS Santo Grial-Huesca
Aurora Sanz Jaca	Matrona	CS Pirineos- Huesca
Nuria Azón Cosculluela	Matrona	CS Grañen Sariñena

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 gestación en un episodio en la vida de la mujer que, aunque se trate de un proceso biológico, no puede dejarse a albur de los acontecimientos. Si bien debemos tener claro que no es un proceso indisolublemente unido a la patología está claro que es el paradigma de la medicina preventiva donde la estricta vigilancia y control devuelven excelentes resultados.
- Esta tarea debe ser mancomunada y coherente sin signos de descoordinación que solo producen desconfianza en nuestra actuación. Por ello la elaboración de pautas acordadas que sigan lo recomendado por los expertos es nuestra mejor salvaguardia y ofrecen seguridad y credibilidad a nuestras clientas.
- La cambiante sociedad en la que nos ha tocado vivir hace que nada sea perdurable. Es preciso por ello reevaluar temporalmente nuestra actuaciones. Debemos buscar canales de conocimiento que permitan la toma de decisiones en función de los resultados obtenidos en la más amplia acepción del término.
- Solo entendiendo la gestación como algo indivisible seremos capaces de conjugar nuestras actuaciones.
- A cada nivel asistencial le compete un trabajo que ni es el mismo ni puede intercambiarse.
- Las labores de educación para la salud, los cuidados higiénico-sanitarios, los consejos para la dieta y el vestido y la mejora en la puesta en marcha de hábitos saludables en la embarazada, son una tarea propia de la matrona.
- La búsqueda de desviaciones de la normalidad compete a todo el equipo multidisciplinar .
- La corrección de las alteraciones en una tarea médica que en el caso de ceñirse al campo de la obstetricia es trabajo del especialista.
- Nuestra actuación no acaba aun en el caso de detectar patología, que aunque se deriva a atención especializada se ofrece desde el servicio de las matronas educación sanitaria -en estos casos reforzada-y la posibilidad de incluirlas en los programas/servicios de educación maternal y puerperal, en el caso de no existir contraindicaciones. Asi mismo, en los casos de que el embarazo no es normal cuyo seguimiento será realizado por el servicio de atención especializada, puede ser requerida nuestra colaboración.
- Debemos estar firmemente convencidos de que nuestro trabajo es mejorar los resultados tanto en calidad ofrecida como en la calidad sentida por las usuarias.

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

- Optimizar la asistencia a la embarazada dentro de las indicaciones de las sociedades científicas.
- Homogenizar las actuaciones para reforzar la credibilidad de las acciones enfermeras y médicas.
- Abrir canales de comunicación fluidos que mejoren la relación entre diferentes niveles asistenciales.
- Repartir competencias de actuación de cada nivel asistencial.
- Retroalimentar con la recogida de datos al [mal de la asistencia las posibles mejoras que se sugieran.

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%	20
<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%	20
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Fomentar las reuniones de las matronas de AP del sector, en las que participen profesionales de atención especializada.

Creación de un grupo de mejora del seguimiento del embarazo.

Realización de un protocolo y/o Vía clínica de actuación en el embarazo consensuado con atención especializada siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas (SEGO), en el cual se incluyen actuaciones de las matronas de AP en el:

- Periodo preconcepcional.
- Captación del embarazo.
- Seguimiento del embarazo.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicador de inclusión:
$$\frac{\text{Nº de embarazos captados antes de las 12 semana}}{\text{Nº de embarazos totales}}$$

Indicador de inclusión:
$$\frac{\text{Nº de embarazos normales con seguimiento realizado}}{\text{Nº de embarazos totales}}$$

Aclaración: El seguimiento se considerada realizado adecuadamente con el 90% de los controles practicados.

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 finalización:
Reuniones Grupo Matronas AP	Mensuales excepto verano.
1.-Creación del Grupo de Mejora	Enero 2007
2.-Presentación del proyecto de Mejora al Plan de ayuda de la DGA	Enero 2007
3.-Elaboración del protocolo	Febrero 2007
4.-Consensuación y aceptación del protocolo	Febrero 2007
5.-Implantación	Marzo 2007
6.-Medición de los indicadores Valoración de discrepancias Propuesta de medidas correctoras	Junio 2007
7.-Medición de los indicadores Valoración de discrepancias	Noviembre 2007

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

Propuesta de medidas correctoras	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INICIATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD
EN LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN MEDIO RURAL II PARTE

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Angel Ara García

Profesión

Médico de familia (refuerzo)

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

Centro de Salud de Ayerbe (Huesca)

Correo electrónico:

belenescartin@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974380177

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Isabel Bergua Sanclemente	Médico de familia	Hospital Lozano Blesa (Zaragoza)
Belén Escartín Fontana	Médico de familia	Centro de Salud de Ayerbe
Virginia Dieste Escartín	DUE	Centro de Salud de Ayerbe
Patricia Jiménez Rivarés	DUE	Centro de Salud de Ayerbe
M ^a Carmen Villanúa Martín	DUE	Centro de Salud de Ayerbe

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Las características del Centro de Salud de Ayerbe son las de un Centro de Atención Primaria en un medio rural, ubicado en un entorno montañoso, que presta atención sanitaria a un total de 32 pueblos, algunos de ellos situados a 40 km. del Centro (5). La población censada es de aproximada 2.676 habitantes de los que el 40,80% viven en el mismo Ayerbe y el resto repartido entre los distintos pueblos (8). La población asignada al Centro es de 2.090 personas. De ellos el 45 % son pensionistas de los que sólo el 57 % vive en Ayerbe (6). Muchos de ellos viven solos sin medio de transporte ni un cuidador más joven que los atienda, hecho que plantea importantes problemas sociales que acaban sobrecargando el trabajo sanitario. Nos enfrentamos por tanto a una geografía difícil y una población envejecida y dispersa, hecho que dificulta especialmente la atención urgente.

Se trata además de una zona de interés turístico lo que hace que en verano se duplique la demanda de atención sanitaria, manteniéndose el mismo número de profesionales.

En todo el Sistema Nacional de Salud se observa una tendencia ascendente en la utilización de los servicios de urgencias, de manera que el 70% de sus usuarios acude a los mismos, en algún momento a lo largo de un año (4). La mayoría de esas consultas suponen además un uso inadecuado del Servicio de Urgencias (1).

En nuestro Centro la Atención Continuada la presta un equipo de profesionales formado por un médico y un diplomado en enfermería. Dichos profesionales atienden tanto la atención urgente en el Centro como la atención a domicilio, de manera que en los casos más graves en que se desplazan ambos para optimizar la atención, el Centro permanece sin profesionales sanitarios de presencia física. En 2003 los domicilios supusieron el 19 % de las consultas (por encima de lo registrado en estudios similares) (3). La media diaria anual de consultas es de 10 casos/día, que en verano llega a 18,8 y en festivos a 21,5.

En nuestra zona, por tanto, rentabilizar servicios, la eficiencia, el optimizar el uso de recursos y todo cuanto vaya orientado al reparto equitativo de recursos ante la demanda, alcanza el mayor interés. Por esta razón el mejorar la calidad en la utilización y organización del Servicio de Urgencias fue identificado como oportunidad de mejora en 2005. En aquel año fue seleccionado este proyecto por el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad del Servicio Aragonés de Salud, iniciando el Proceso de Mejora de Calidad correspondiente. Este año y habiendo cumplido el calendario previsto que terminaba en 2006, nos disponemos a continuar.

Hasta el momento las etapas realizadas siguiendo la metodología ya explicada en la convocatoria de 2005 han sido:

1. Identificación de la oportunidad de mejora.
2. Análisis de causas y problemas relacionados.
3. Diseño de intervención y aplicación.
4. Evaluación de la intervención.

De Enero a Abril de 2005 se recogieron los datos identificados como de interés mediante el cuestionario del Anexo 1. Tras el análisis de los mismos, se diseñaron las líneas de intervención: educación a la población mediante charlas, reparto de folletos explicativos sobre el servicio de urgencias, propuesta de cambios organizativos del servicio mediante reunión del Equipo de Salud y reuniones con la Trabajadora Social de la zona.

En total se dieron 12 charlas en distintos pueblos a las que asistieron alrededor de un 7% de la población asignada, se imprimieron 1.000 folletos explicativos que se repartieron en todos los consultorios (anexo 2) y se realizó intervención oportunista orientada a la educación de la población cuando acudían a la consulta de urgencias. En las charlas se utilizó la metodología de información y rol-playing, entregando a todos los asistentes un folleto. Todo ello en el último trimestre de 2005.

Con posterioridad a las intervenciones, de Enero a Abril de 2006, se volvió a aplicar el mismo cuestionario para intentar evaluar la eficacia de las mismas.

A lo largo de 2007-2008 nos proponemos realizar los ajustes oportunos a las intervenciones realizadas para conseguir mejores resultados, realizar una nueva evaluación tras estas mejoras y diseñar el sistema de monitorización oportuna para un seguimiento posterior del Proceso de Calidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Vamos a detallar los más significativos relacionándolos con el objetivo específico del proyecto inicial de 2005 al que corresponden.

- **Objetivo 1:** "Evaluar el grado de conocimiento que tienen los usuarios de la zona de salud sobre horarios y funcionamiento del servicio de urgencias". Los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario del anexo 1, fueron:
 - El 31 % conocía el horario.
 - El 55,6 % conocía el personal que formaba el equipo de guardia.
 - El 61,9 % conocía el teléfono de emergencias (061 y 112).
 - Tenían el número de teléfono de urgencias en un sitio conocido por el usuario el 86,5 %.
 - En el análisis de la atención a domicilio se encontró que el 30 % conocía el horario, el 44% conocía el personal de guardia, el 44% conocía los teléfonos de emergencias y el 87% conocía el teléfono de urgencias del centro.

Todos los resultados salvo el del conocimiento del teléfono del centro, nos parecieron bajos, llamando especialmente la atención el alto porcentaje de desconocimiento de los usuarios acerca de los horarios del Centro de Salud y la existencia de un tramo horario dedicado únicamente a la atención urgente.

- **Objetivo 2:** "Evaluar la utilización por parte de los usuarios de la Zona de Salud, del Servicio de Urgencias del Centro". Los resultados obtenidos mediante valoración subjetiva del personal entrenado y recogida en el cuestionario fueron:
 - Utilización correcta el 68,3 % e incorrecta el 31,7%.
 - Las principales causas de utilización incorrecta general fueron: picaresca 56,4%, problema social 20,5%, falta de información 12,8 %, fallo en la organización del Centro 7,7 % y fallo en la organización del hospital 2,6 %.
 - En el análisis de los domicilios los resultados fueron: un 80% utilización correcta y un 20 % de utilización incorrecta. En este caso las causas de utilización incorrecta fueron : problemática social 80% y fallo organizativo del Centro 20%. A pesar del alto porcentaje de utilización correcta queremos aclarar que se clasificó así por tratarse de verdaderas urgencias, pero hay que matizar el dato con los resultados obtenidos mediante la valoración del personal acerca de si se trató de una atención a domicilio justificada médicamente o no, es decir, si la enfermedad justificaba por sí misma el desplazamiento del personal al domicilio. Al hacer esta valoración de los domicilios se encontró que sólo eran justificados el 63 % de los casos. La principal causa de domicilios no justificados fue el problema social en un 100% de los casos. Generalmente personas mayores sin medio de transporte ni cuidador que les pueda llevar al centro de salud aunque su problema médico lo permita.
 - Se encontró una relación estadísticamente significativa (Chi cuadrado y t de student) únicamente entre:
 - a) Utilización incorrecta y conocimiento de los horarios: peor utilización las personas que desconocen los horarios.
 - b) Utilización incorrecta y conocimiento del personal de guardia: peor utilización aquellas personas que desconocían la composición del equipo de guardia.
 - c) En los domicilios entre utilización incorrecta/domicilio injustificado y problema social. El problema social se relaciona directamente con la utilización incorrecta de las urgencias y los domicilios injustificados.

Llamar la atención en este apartado sobre cómo la problemática social de la zona está sobrecargando la atención sanitaria.

- **Objetivo 3:** " Conocer el número de consultas inducidas desde el horario matinal". Sólo un 3% de las consultas fueron inducidas desde el horario matinal. No obstante aunque es un resultado bajo, señalar que suponen un 7,7% del total de las consultas calificadas como utilización incorrecta. También indicar que el ser calificadas de incorrectas quiere decir que no se trataba de verdaderas urgencias.
- **Objetivo 4:** " Definir un plan de mejora que garantice una mayor calidad en la utilización de urgencias que incluya: A. Plan de formación e información y B. Plan de Mejora de funcionamiento del Centro.

- **Resultados del plan de formación:** A las charlas acudió el 7 % de la población, en su mayoría pensionistas, fueron muy bien acogidas e incluso hubo demanda de los usuarios de repetir las en otra ocasión tocando otros temas y concretamente demostraron gran interés sobre primeros auxilios. Especialmente buena aceptación de los rol-playing que sirvieron para clarificar el contenido de la primera parte de la charla en formato de exposición del tema. Posteriormente a su realización, se pasó de nuevo el cuestionario y se analizaron los resultados obtenidos por las personas que habiendo asistido a la charla, utilizaron el servicio de urgencias y fueron seleccionados en el muestreo aleatorio. En el grupo de asistentes se obtuvieron mejores porcentajes que los no asistentes, únicamente en el conocimiento de los horarios, conocimiento del teléfono de emergencias y utilización correcta del servicio. No obstante el pequeño tamaño del grupo de asistentes a las charlas seleccionados en el muestreo (15 frente a los 120 que conformaban la muestra) nos impide sacar conclusiones estadísticamente válidas sobre el impacto de las charlas en la mejora de la utilización del servicio de urgencias por el momento.
- **Resultados del plan de mejora de funcionamiento del Centro:** tras el análisis de los resultados obtenidos a lo largo de 2005 y 2006, se diseñaron estrategias de intervención para 2007 mediante reunión del Equipo de Salud (las expondremos en el siguiente apartado).
- **Objetivo 5 :** " Planificar la evaluación periódica de actividades y resultados". Los primeros resultados obtenidos parecen confirmar la eficacia de las charlas como método de intervención y los cuestionarios como instrumento de recogida de datos. A lo largo de 2007 se deberá concretar el diseño del sistema que permita mediante su utilización continuar con la monitorización del Proceso de Mejora iniciado.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

A. Objetivos genericos: Elaborar estrategias de calidad que mejoren:

- Utilización del Servicio de urgencias por parte de los usuarios.
- La organización y eficacia del servicio de urgencias.

B. Objetivos específicos:

- Mejorar el grado de conocimiento que tiene el usuario sobre horarios del centro y personal de guardia como prioridad y sobre el resto de los aspectos de funcionamiento como temas secundarios.
- Desarrollar métodos para identificar a usuarios que utilizan incorrectamente el servicio de urgencias de manera habitual e investigar la causa mediante el enfoque biopsicosocial.
- Planificar estrategias de intervención individualizadas y adaptadas a cada una de las causas de mala utilización de urgencias, de manera que disminuya la misma a favor de la consulta ordinaria.
- En los usuarios con mala utilización habitual disminuir el nº de consultas incorrectas en un año.
- Minimizar el número de urgencias inducidas desde el horario matinal mejorando el sistema de atención urgente en ese horario.
- Disminuir la sobrecarga ocasionada por la problemática social buscando soluciones mediante contactos protocolizados y sistemáticos con la Trabajadora Social que permitan un mayor abordaje en equipo.
- Comprobar mediante datos estadísticamente válidos la efectividad de las charlas como método de intervención comunitaria modificador de conductas.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL 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%	20
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	15
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	35
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las actividades a realizar a lo largo de 2007 serán:

- Impartir nuevas charlas . Dado que en Ayerbe se concentra el 40,8 % de la población y fue el núcleo donde menos personas acudieron a la charla (porcentaje respecto a población total) se considera como medida más eficiente la repetición de al menos dos charlas en dicho municipio. Se idearán nuevas estrategias que permitan atraer a las mismas a usuarios más jóvenes. Se implicará en la organización de las mismas a las Asociaciones Vecinales más representativas. Se prepararán charlas sobre los temas demandados (autocuidados y primeros auxilios) que servirán como reclamo y tras ellas se hará un recordatorio sobre el uso correcto de urgencias.
- A los asistentes a las charlas que acudan con posterioridad al servicio de urgencias se les pasará el cuestionario del anexo 1, hasta conseguir un tamaño muestral de asistentes a la charla estadísticamente válido. Con posterioridad se compararán los resultados obtenidos en este grupo con los resultados obtenidos en 2005 previos a las intervenciones desarrolladas.
- Intervención oportunista mediante información tanto en la consulta ordinaria como en la de atención continuada.
- Distribución de más folletos entre todos los consultorios de la Zona de Salud.
- Diseño de un sistema de identificación de aquellos usuarios que utilizan incorrectamente el servicio de urgencias de manera habitual. Dicho diseño incluirá también la planificación de la intervención del Equipo sobre dicho individuo, siempre desde el enfoque biopsicosocial y fomentando la responsabilización del usuario en el funcionamiento del Centro.
- Mediante reunión del Equipo de Salud se acordará una pauta de actuación común ante el usuario que utilice incorrectamente el servicio. Ej: no hacer recetas, dar información sobre el servicio, señalar el mal uso, derivar a consulta ordinaria tras atención etc...
- Se mejorará el sistema de atención urgente en el Centro en el horario matinal mediante un turno rotatorio más organizado y sistemático.
- Se mejorarán los carteles informativos de los distintos consultorios locales de manera que incluyan toda la información sobre cada médico, horarios , itinerarios y teléfonos de toda la semana.
- Se mejorarán los sistemas de localización de los distintos médicos desde el servicio de Admisión del Centro de Salud. Para ello se diseñarán nuevos registros de horarios, itinerarios y teléfonos.
- Se organizará un sistema de reuniones periódicas con la Trabajadora Social.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Tras la realización de todas las actividades a lo largo de 2007, se pasará de nuevo el cuestionario en el último cuatrimestre hasta conseguir un tamaño muestral idéntico al de las anteriores ocasiones y mediante el mismo sistema de muestreo aleatorio entre los usuarios del servicio de urgencias (con las excepciones ya explicadas en 2005 respecto a desplazados y consultas programadas). Se compararán los resultados con los obtenidos antes de las intervenciones ya detalladas. Se valorará cualquier mejora en los porcentajes de 2005 de los siguientes indicadores:

- Porcentaje de usuarios con conocimiento de horarios del centro y servicio de urgencias.
- Porcentaje de usuarios con conocimiento del personal de guardia.
- Porcentaje de usuarios con conocimiento del teléfono de emergencias.
- Porcentaje de usuarios con conocimiento del teléfono del centro de salud.
- Porcentaje de consultas derivadas del horario matinal.
- Porcentaje de consultas que son clasificadas como verdaderas urgencias por el profesional.
- Porcentaje de utilización correcta e incorrecta. Principales causas de incorrectas y sus porcentajes.
- Porcentaje de domicilios correctos e incorrectos. Principales causas de incorrectos y sus porcentajes.
- Porcentaje de domicilios no justificados y justificados. Principales causas de los no justificados y sus porcentajes.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Enero 2007

Fecha de finalización: Mayo 2008

Calendario:

TAREAS	2007												2008				
	E	F	M	A	M Y	JN	JL	A G	S	O	N	D	E	F	M	A	M Y
Reunión equipo.	■																
Charlas.		■															
Cuestionari o asistentes.		■	■	■													
Análisis asistentes.					■												
Cuestionari o general.													■	■	■		
Evaluación y análisis final.																	■

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carta de presentación del grupo de trabajo de Urgencias en Atención Primaria de la SEMFYC.
- (2) F. Rodríguez Alcántara. "Dóctor, vengo de Urgencias". Atención primaria. Vol.22,Num.10,Dic-1998.
- (3) A.Acevedo Grajera, J. Mateos Delgado. Urgencias a domicilio en un centro de salud rural. Salud Rural. Vol. XX, Num.2.
- (4) J. Mancera Romero, M. Guerrero Moreno, J.F. Cárdenas del Río, M. J. Ferrás Escalona, L. Ginel Mendoza, T. Paniagua Gómez. "Atención Domiciliaria en un Servicio de Urgencias extrahospitalario mixto (urbano y rural)". Centro de Salud, Vol. 9, Num. 10, Dic-2001
- (5) Guía CAMPSA de carreteras.
- (6) Información de tipos de usuarios por CIAS,SALUD (7-oct-2004)Reglamento interno de funcionamiento del equipo de atención primaria de la zona de salud de Ayerbe.
- (7) Libro de Registro de urgencias del Centro de Salud de Ayerbe.
- (8) Instituto Nacional de Estadística.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR A PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE HECHO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MUTI MAHMOUD IBRAHIM SABAH

Profesión

MEDICO TITULAR

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

CENTRO DE SALUD DE HECHO

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MARIA ROSARIO CASADO ORTIZ	MEDICO	HECHO
IGNACIO PIEDRAFITA CARILLA	MEDICO	HECHO
JULIO BENAVENTE	MEDICO	HECHO
CONSTANCIO CALVO EITO	ATS	HECHO
MARIEL DIEZ MUÑOZ	ATS	HECHO
SILVIA DURBAN BRUN	AUX ADMINIST RATIVO	HECHO

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 cuantificación del RCV nos permite iniciar una actuación preventiva específica, guiandonos en el modelo SCORE, según recomienda la guía Europea de prevención CV en la práctica clínica. El método de detección empleado es el grupo nominal de Delbcq.

El método de priorización es el de Hanlon.

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

-Haber calculado el RCV según las tablas de Score, al menos a 100 pacientes de entre 40-65 años con al menos un factor de RCV durante el año 2007.

- Reducir el riesgo de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares mediante el manejo de sus factores de riesgo en la práctica clínica.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	30%

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El método de estratificación de los riesgos cardiovasculares es el de Score.
Los responsables de calcularlo son todo el equipo de AP médicos y ats.
Se registra el resultado en la historia clínica del paciente.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicador de seguimiento: Calcular el RCV al menos a 50 pacientes con uno o más factores de riesgo hasta Junio del 2007.

Indicador de resultado: Haber calculado el riesgo cardiovascular al menos a 100 pacientes con uno o más factores de riesgo hasta Octubre del 2007.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 Febrero 2007

Fecha de finalización: Octubre del 2007

Calendario:

Se inicia el proyecto el 1 de Febrero del 2007 y se hará la primera evaluación en Junio del 2007 y la segunda en Octubre del 2007

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En el marco de la acreditación de los equipos de Atención Primaria (EAP) por la Norma ISO 9001, propuesta por el Servicio Aragonés de Salud, se hace necesario el aumento del apoyo y asesoramiento de la Dirección de Atención Primaria (DAP) al Centro de Salud de Granén pendiente de dicha acreditación en el Sector Huesca. Se trata de una necesidad demandada por el EAP. De esta manera sería necesario que el equipo directivo participara de las reuniones de trabajo para la consecución de dicha acreditación. Así como conseguir la máxima implicación de las personas del equipo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. La DAP acudirá a todas la reuniones formativas y de trabajo desarrollados por la consultora contratada a tal efecto.
2. El EAP deberá implicarse al máximo y comprometer a la mayor parte de los profesionales.
3. La DAP será un apoyo para conseguir la acreditación por la Norma ISO 9001.

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%	20%
<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%	20%
TOTAL	100%	100%

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. **Asistencia por parte del equipo directivo a las reuniones programadas con el EAP, consiguiendo la implicación mutua en el trabajo a realizar.**
2. **Detectar las dificultades del EAP en este proceso para encontrar las soluciones y alternativas necesarias.**
3. **Escribir acta de cada reunión.**
4. **Encuesta de satisfacción a los profesionales del EAP sobre el apoyo prestado por la DAP, así como en lo referente al trabajo que han realizado.**

9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores de resultado:

- **Número de reuniones a las que asiste el equipo directivo: al menos el 90%**
- **Número de profesionales del EAP implicados: al menos el 90%.**
- **Número de encuestas cumplimentadas: al menos el 90%.**

10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **Enero 2007**

Fecha de finalización: **Enero 2008**

Calendario:

**A determinar por la consultora contratada a tal efecto.
Las encuestas se pasarán al final de 2007.**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Apoyo a la introducción de un sistema de Gestión por Procesos (GXP) en la organización a través de la *elaboración del mapa de procesos del paciente crónico dependiente severo (PCDS)* en el Sector sanitario de Huesca.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Santiago Marteles Casajús

Profesión

DUE- Director Enfermería de Atención Primaria-Sector Huesca.

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

Dirección de Atención Primaria de Huesca.

Correo electrónico:

smarteles@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 247 239

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Fernando Grimal Aliacar	Técnico de Salud	DAP-Sector Huesca
Juan Carlos Palacín Arbués	Director Asistencial	DAP-Sector Huesca
Marta Tirado Aznar	Subdirectora Médica	DAP-Sector Huesca
Lorena Mairal	Enfermera de Enlace	Sector Huesca
Luis Alfonso Hijós Larraz	Enfermero	C.S. Grañén. Sector Huesca
Carlos Viñuales	Enfermero	H.S.J. 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...

Dentro del marco de la atención al enfermo crónico dependiente, pensamos que es necesario establecer un mapa claro del proceso para la detección del paciente crónico dependiente severo (PCDS) y para la coordinación entre los distintos niveles asistenciales implicados en el mismo. Todo ello para conseguir que sus necesidades socio-sanitarias queden cubiertas.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Elaboración del mapa de proceso.
- 2.- Participación de todos los niveles asistenciales implicados en el mismo.
- 3.- Elaboración del censo de PCDS.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Realizar reuniones autoformativas y de trabajo periódicas con los diferentes niveles asistenciales.
2. Definir los niveles asistenciales participantes en el proceso.
3. Desarrollar la GxP en el (PCDS).
 - Elaboración del flujograma de cada nivel asistencial.
 - Construcción del mapa de proceso.
 - Buscar en la CRONIWEB los datos de los PCDS, favorecer su utilización por los EAP.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Indicadores de proceso:

- Realización de seis reuniones al año. Dos primeras reuniones formativas.

(Se considera sesión realizada aquella en la que se ha levantado acta y a la que han acudido al menos el 70% de los convocados)

2. Indicadores de resultado:

- Flujograma de cada nivel asistencial.
- Los distintos niveles participan activamente desde su ámbito propio y elaboran un informe de actividad trimestral.

(Se considera flujograma realizado aquel que se presente en una reunión y se apruebe de forma unánime)

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **Enero 2007**

Fecha de finalización: **Enero 2008**

Calendario:

Creación Grupo Trabajo
Febrero-2007

Sesión autoformativa
Febrero-2007

Sesión autoformativa
Marzo-2007

Elaboración Mapa Procesos primer nivel. Identificación de los flujogramas actuales
Abril-Junio-2007

Elaboración hojas de registro.

Anexo 2

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

**Uso de Croniweb.
Septiembre-2007**

**Elaboración hojas de registro.
Uso de Croniweb. Discusión sobre el futuro con el Plan de Sistemas.
Noviembre-2007**

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Establecer el protocolo de actuación con el paciente hipertenso en nuestro centro de salud, de acuerdo a las guías clínicas.
- 2.- Reunión de equipo para plantear la iniciativa de mejora.
- 3.- 1ª fase: Registro de la medición del perímetro abdominal y de la microalbuminuria.
- 4.- fases sucesivas del estudio: medición del fondo de ojo, medición del filtrado glomerular y registro de ecocardiograma Y eco-doppler carotídeo si precisa.
- 5.- Evaluación final.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1.- Porcentaje de hipertensos con perímetro abdominal medido: Al menos el 80%.
- 2.- Porcentaje de hipertensos con microalbuminuria medida: Al menos el 80%.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: febrero 2007

Fecha de finalización: diciembre 2007

Calendario:

Febrero 2007: reunión de equipo.

Marzo a Noviembre: captación pacientes.

Seguimiento en Junio 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...

En el centro de Salud Santo Grial desde hace una década, se vienen realizando actividades de formación, como muestra de la inquietud de los profesionales del equipo, éstas quedan reflejadas en las memorias anuales de la Unidad Docente. A partir del año 2000, coincidiendo con la acreditación del centro para impartir docencia postgrado a residentes de MFyC, se consolida esta actividad, incrementando el número de actividades formativas, pasando de 19 sesiones en el año 2000 a 48 en el 2005.

A pesar de este progreso, hemos detectado algunas deficiencias susceptibles de mejorar como por Ej.: la implicación de más profesionales del EAP como docentes, nivel de asistencia... Todo esto nos ha llevado a plantearnos la elaboración de este proyecto de mejora de calidad con el fin de subsanar estas deficiencias del programa de formación de nuestro centro de Salud.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Incrementar el número y la calidad de las sesiones del centro de salud.
- Aumentar el número de sesiones al año con el fin de llegar al mínimo exigido como centro docente, 80 sesiones al año.
- Implicar al mayor número de los miembros del EAP en la exposición de sesiones, al menos el 50%.
- Mejorar la asistencia a las sesiones por parte de los miembros del equipo (conseguir un mínimo del 50% de asistentes entre los miembros del equipo a los que va dirigida la sesión clínica).
- Que los miembros del equipo acudan al menos a un 40% de las sesiones impartidas.
- Que al menos un 40% de los profesionales lleguen a un 40% de asistencia.
- Invitar a ponentes ajenos al centro de forma personal, sin precisar de la colaboración de la industria farmacéutica.
- Realizar revisiones bibliográficas.
- Publicación de un libro de diapositivas con las mejores sesiones impartidas en el centro.

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>	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Aumentar el número de sesiones semanales (pasando de 1 a 2 ó 3 semanales).
- Invitar personalmente a ponentes de otros centros de la provincia o de fuera que puedan aportar sus experiencias o conocimientos sobre temas concretos.
- Comunicar el horario, tema y ponente de las sesiones de la semana a través del correo electrónico y en papel (cartel-anuncio en los casilleros del centro) con el fin de asegurar la información y mejorar la asistencia.
- Diseñar una hoja de registro de las actividades docentes, ponente, lugar de trabajo y titulación del mismo, duración de la actividad, número de asistentes a la sesión y vinculación o no de la industria farmacéutica.
- Editar un libro con las sesiones impartidas a lo largo del año que sirva de consulta y recuerdo de la sesión de actualización impartida, así como estímulo y recompensa de los ponentes por el esfuerzo realizado.
- Diseñar una plantilla para la realización del libro de diapositivas de las sesiones impartidas, para que el libro mantenga una morfología uniforme, en todos sus capítulos.
- Solicitar nº de depósito legal y nº ISBN para el libro.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación del proyecto se realizará mediante el registro de las sesiones realizadas, ponentes (intra y extra centro), y número de asistentes.

Indicadores:

- Nº de sesiones impartidas.
- Nº de profesionales del centro que imparten sesiones.
- Nº de asistentes a las sesiones.
- Edición de un libro.
- Porcentaje de sesiones a las que acude cada profesional.
- Porcentaje de profesionales que acuden al menos al 40% 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: 1 – febrero - 2007 Fecha de finalización: 31 – enero - 2008

Caleendario:

1 al 7 de febrero:

- Diseñar una hoja de registro de las actividades docentes, ponente, duración de la actividad, número de asistentes a la sesión y vinculación o no de la industria farmacéutica.

- Diseñar una plantilla para la realización del libro de diapositivas de las sesiones impartidas, para que el libro mantenga una morfología uniforme, en todos sus capítulos.
- Diseñar el cartel anunciador de las sesiones clínicas que se colocará en los casilleros.

Semanalmente a lo largo de todo el año 2007:

- Se impartirán 2 – 3 sesiones clínicas en el centro, habiendo entregado previamente la plantilla de diapositivas al docente correspondiente.
- Se registrarán semanalmente en la hojas previamente diseñadas para ello:
 - o Las sesiones impartidas.
 - o Número, nombre, lugar de trabajo y puesto de los docentes que imparten las sesiones.
 - o Nº de asistentes a las sesiones.

Enero 2008:

- Recopilación de las sesiones clínicas impartidas.
- Repaso ortográfico, morfológico y del contenido de las sesiones antes de ser incluidas en el libro.
- Colocar en orden las sesiones para estructurar el libro.
- Realizar el libro compendio del material formativo del año 2007.
- Solicitar el nº de depósito legal e ISBN para el libro de diapositivas.
- Publicación definitiva del libro.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

BUCEANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS II:

Procedimiento mantenimiento de la sala de urgencias. (proceso de primer nivel: Apoyo logístico)

NOTA: Continuación proyecto 2005

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

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 Gállego Castán	ADMINISTR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Antonio Barbero Ortiz	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellana	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sarz Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Laúna	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Eva Gracia Trujillo	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadías Corvinos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
MP Dolores Ledesma Romano	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
MP Jesús Andrés Soler	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadías	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordás Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gómez Barrera	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Torres Macías	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Soledad Isasi de isasmendi López	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Maria García Carrillo	ADMINISTR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Como proceso crítico seleccionado en el año 2005, el Mantenimiento del área de Atención Continuada, las actividades de mejora continuada.

Las oportunidades de mejora introducidas son de tipo organizativo (registro de incidencias para su comunicación), motivacional (por su posible inclusión como criterio de incentivación) y formativas (v.g. sesión formativa sobre termolabilidad farmacológica y su importancia).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

En las monitorizaciones del indicador relativo a la realización nos encontramos que en enfermería se cumple con un rango de registro de 92.2-93% y en medicina no se alcanza; las medidas fueron de 76.6 % (marzo-06), 85% (junio y sept-06) y 87%(dic-06). Podemos observar un incremento de cumplimiento de este indicador pero no llegamos al estándar marcado.

En el indicador relativo al número de incidencias no se alcanza el estándar en ninguna de las 4 mediciones, oscilando el número de incidencias encontradas entre 33-44/cada 3 meses. Entre las incidencias detectadas, las más numerosas pertenecen a la "falta de material en los cajetines" (44/12 meses) y papel camilla utilizado (28/12 meses). Destacar que algunas incidencias consideradas más importantes como pueden ser las relativas al material de urgencias/emergencias vitales (oxígeno, material intubación, fármacos de uso en riesgo vital...) fueron detectadas en la primera monitorización, para lo que se realizaron medidas de mejora como establecer un código de colores para control del contenido de las bombonas de oxígeno, indicar y resaltar la importancia del uso y reposición adecuado de este material...

Asimismo, como aspecto positivo, resaltar que en dos ocasiones no ha habido incidencias en el maletín de salida de urgencias.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

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

1. Realizar un seguimiento del sistema de registro de incidencias verificando que en relación al material de RCP sirva para establecer un sistema de solución/comunicación URGENTE.
2. El registro de incidencias debe detectar y solucionar aquellas incidencias registradas repetitivamente (se producían por falta de comunicación)
3. El libro de registro de mantenimiento de urgencias se deberá adaptar a las necesidades detectadas en dicho proceso.

Anexo 2

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

--

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

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Número de controles realizados y registrados cada 6 meses.	Registro válido: aquel que conste firma, fecha y la actividad realizada.	90%
Número de incidencias detectadas y registradas.	Incidencias registradas sobre el mantenimiento de urgencias.	10 cada 3 meses

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

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 de urgencias.	Propietario.	Marzo-2007
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Marzo-2007
Medición de indicadores de mantenimiento de urgencias.	Propietario.	Junio-2007

Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Junio-2007
Medición de indicadores de mantenimiento de urgencias.	Propietario.	Septiembre-2007
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Septiembre-2007
Medición de indicadores de mantenimiento de urgencias.	Propietario.	Diciembre-2007
Propuesta de actividades de mejora y aplicación de las mismas	EAP	Diciembre-2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

BUCEANDO EN LA GESTION POR PROCESOS:

Procedimiento formación en la atención urgente. (proceso estratégico de primer nivel: Programas de formación).

Continuación proyecto 2006

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

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 Gállego Castán	ADMINISTRADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Antonio Barbero Ortiz	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellana	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sarz Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Laúna	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Eva Gracia Trujillo	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadías Corvinos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
MP Dolores Ledesma Romano	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
MP Jesús Andrés Soler	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadías	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordás Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gómez Barrera	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Torres Macías	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Soledad Isasi de isasmendi López	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Maria García Carrillo	ADMINISTRADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Como se resaltaba en el año anterior, en el medio rural la asistencia inicial a procesos urgentes es realizada por el personal sanitario de atención primaria. En la detección y priorización de las necesidades formativas del personal del EAP y debido al plan de atención en urgencias –implantación de ambulancias de SVB...-, surge el reciclaje en la atención urgente, motivo por el cual se abordó de una forma reglada y dentro de un ciclo de mejora durante el año 2006.

Las actividades que debemos desarrollar para intentar garantizar una adecuada formación deben tener un carácter cíclico, motivo por el cual seguimos desarrollando este proyecto.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El Grupo de Trabajo en Calidad (GTC) específico compuesto por profesionales del EAP realizó un plan/procedimiento de formación en la atención urgente.

Dentro del plan formativo elaborado se realizaron: un curso (20 horas de duración) para la actuación en urgencias/emergencias y varias sesiones sobre actuaciones en urgencias/atención continuada

Las actividades dentro de la metodología de GxP se realizaron definiendo el proceso, asignando propietario, y realizando y midiendo los Indicadores.

En la evaluación del curso destacar que la asistencia promedio fue de 15,83 profesionales a la sesión (79,29 % de los profesionales sanitarios del EAP), siendo superior a la asistencia de la formación continuada habitual. El nivel de satisfacción alcanzado es del 79,75, similar al de las demás actividades formativas del centro de salud, resaltar que el índice es mayor cuando el docente no fue del EAP (84,3) que cuando pertenece al mismo (75,21). La actividad formativa fue percibida como alta/muy alta en el 79,76%. En la evaluación conocimientos test-retest, se obtuvieron los siguientes porcentajes de aciertos $65,99 \pm 5,54$ y $78,58 \pm 12,15$.

El indicador de la realización de sesiones específicas de realización en cada trimestre fue alcanzado (4/4).

A continuación se muestra una tabla con los puntos débiles y fuertes de este proceso formativo.

AUTOFORMACION

Puntos fuertes.
SVB: teoría
Novedades RCP punto de vista práctico
Actuaciones esporádicas pero muy vitales

HETEROFORMACION

Puntos fuertes.
bien preparado y práctico
actualizado y práctico
aspecto y contenidos prácticos.

<p>Concreción de los temas expuestos Necesidad de mantener los conocimientos Esfuerzo y preparación de los ponentes Insistencia en algunos temas varios días Tema y orden de exposición Actualización en la atención al traumatizado múltiple</p> <p>Puntos débiles descoordinación entre ponentes exposiciones extensas</p>	<p>Interés e importancia novedades rcp ameno reafirmar conceptos, errores habituales practicidad necesario casos clínicos materiales buena disposición docentes</p> <p>Puntos debiles brevedad en la duración, condensación temas periodicidad</p>
--	--

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos docentes perseguidos son los mismos que en el proyecto 2006, de los que queremos recordar que de una forma general el resultado será que los miembros del EAP puedan recordar los conocimientos y adquirir las habilidades y destrezas en la atención urgente.

Así mismo, dentro de la realización del ciclo de mejora, se identificaron oportunidades de mejora de esta actividad formativa. Las medidas correctoras oportunas se implantarán en el curso sobre atención urgente del año 2007.

Podemos observar en el cuadro anexo, las medidas de mejora propuestas

MEDIDAS DE MEJORA

Coodinación previa de las jornadas.

Realización de comentario y debate en el EAP.

Evaluación pre/postcurso discentes

Poca práctica, cada sesión teórica convendría completarla con sesiones prácticas

Coordinación previa ponentes,

Editar copia de los temas expuestos,

Poner al día los temas expuestos.

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	Ejempl o	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30

Anexo 2

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las actividades del ciclo de mejora serán realizadas por el Grupo de Trabajo en Calidad (GTC) específico, proponiendo dentro de las oportunidades de mejora las medidas correctoras oportunas.

El plan formativo elaborado por el equipo seguirá englobando dos tipos de actuaciones

1. Anualmente se realizará al menos un curso (20 horas de duración) para la revisión de las guías de actuación y perfeccionamiento del manejo farmacológico y de los aparatos disponibles para la atención urgente.
2. Sesiones formativas sobre la actuación ante situaciones específicas (Insuficiencia respiratoria, acv, shock anafiláctico...etc) con periodicidad trimestral. En estas se realizará una actualización del tema y se revisará el protocolo o pauta de actuación.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicador 1= Satisfacción con la actividad formativa (curso)

Aclaración: se realizará mediante encuesta cliente interno

Standard >75%

Indicador 2= realización de las sesiones formativas de actualización.

Standard: se realizará una por trimestre.

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:
Propuesta/consensuación e implantación de medidas correctoras	GTC.	Enero-2006
Sesión formativa	EAP	Enero-2006
Ciclo formativo	EAP	Marzo-2006
Sesión formativa	EAP	Junio-2006
Sesión formativa	EAP	Octubre-2006
Sesión formativa	EAP	Diciembre-2006
Valoración de indicadores	GTC.	Diciembre-2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

BUCEANDO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS:
NOTA: Proyecto continuación 2004

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

LUIS ALFONSO HIJÓS LARRAZ

Profesión

DUE

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

CENTRO SALUD DE GRAÑÉN

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 Gállego Castán	ADMINISTR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Antonio Barbero Ortiz	CELADOR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Campos Avellana	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Carmen Figueras Ara	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Diana Sarz Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Domingo Ara Laúna	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Eva Gracia Trujillo	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Fernando Aranguren Martínez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Inmaculada Abadías Corvinos	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Lorenzo Rubio Buisán	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
MP Dolores Ledesma Romano	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
MP Jesús Andrés Soler	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Manuel Giménez Sender	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Mariano Muniesa Abadías	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Olga Ordás Lafarga	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Raquel Martínez Sánchez	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Gómez Barrera	Pediatra	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Virginia Torres Macías	DUE	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Soledad Isasi de isasmendi López	MEDICO	CENTRO SALUD DE GRAÑEN
Maria García Camillo	ADMINISTR	CENTRO SALUD DE GRAÑEN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Este proyecto es el globalizador de las tareas de calidad que se realizan en el centro de salud, actualmente podemos destacar las actividades que se realizan de tres maneras distintas:

- 1.-GxP, ligada a la certificación ISO 9001.
- 2.-Realización de ciclos de mejora continua en las áreas priorizadas en los años 2001-2004
- 3.-Nuevos ciclos de mejora

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

1.- En el acercamiento a la certificación ISO 9001, se realizó formación específica de 3 miembros del EAP, siguiendo la planificación dirigida desde los servicios centrales, mediante el apoyo de la empresa Versus Consultores.

2.-Con respecto al seguimiento de los proyectos de años anteriores:

-Programa HTA: Monitorización mediante muestreo para la aceptación de lotes (LQAS) realizado en Junio del 2006: 20/67 aceptamos el lote. Se realizó una valoración del grado de control de la TA en las últimas tres tomas que constaban en la historia clínica de los pacientes incluidos en programa, siendo óptimo en el 50 %, aceptable en el 40,62% y estando mal controlada en el 9,37%. La tensión sistólica media fue de 127.2 ± 38.15 y la diastólica 73.59 ± 21.91 .

-Evaluación del riesgo cardiovascular en el paciente crónico: Por el mismo sistema, aceptamos el lote de Junio del 2006: 36/98. En la valoración del RCV este es moderado/alto en el 69,23% y leve/bajo en el 30,77%.

-Valoración de la formación continuada: realizando el corte a 1 de abril de 2006, se observa que los estándares de calidad relativos a la cantidad, formación por estamentos, planificación y satisfacción fueron alcanzados. Destacar el descenso en el número de sesiones específicas por estamentos (medicina :16 % y enfermería 9%) a pesar de lo cual seguimos estando por encima del estándar aceptable (60%). En la encuesta los datos obtenidos sobre distintos parámetros de las sesiones como contenido, objetivos, metodología, utilidad y organización siguen siendo altos-buenos. Aparece como punto crítico la duración percibida de las actividades formativas, ya que es insuficiente en el 20,86% de las encuestas. Comentar que la satisfacción general es del 80,79% similar al promedio de los años previos 80,24%. Tanto la autoformación como la heteroformación impartida estaba dirigida a los profesionales de medicina y enfermería (57,14 % y 50,0%, respectivamente). En cuanto al personal docente destacan en la autoformación Médicos de Medicina familiar y Comunitaria en el 47,62 % y en la heteroformación aparecen otras especialidades médicas en el 75%. La asistencia media es de 11,9 profesionales por sesión (74,37% de los profesionales del EAP), siendo prácticamente igual en ambos estamentos, medicina 6,33 y enfermería 6,76.

-Acogida al personal de nueva incorporación: En este subproceso, el indicador se obtiene por medio de una encuesta de satisfacción de este personal. Hasta diciembre del 2006 la habían realizado 13 personas, 82,25% del personal que había trabajado por primera vez en este centro de salud. Destacando el 100% de encuestas realizadas por el personal de enfermería. Los indicadores obtenidos respecto al manual fueron los siguientes: utilidad buena en un 92,3%, contenido regular en 15,38, siendo la valoración global del manual buena en un 69,23%. Aparecen como aspectos no claros los horarios del personal de enfermería y los planos de las poblaciones. La valoración del proceso de acogida es percibida como muy buena en el 76,92 %, la información recibida es muy buena en el 36,48% y la valoración global de la acogida es buena o

muy buena en el 100% de los casos.

- Proceso de Incentivación personal EAP. (proceso apoyo: coordinación). Como indicador se aceptó una encuesta de satisfacción del cliente interno sobre distintos aspectos de la incentivación. En la valoración de la satisfacción vemos que disminuye la necesidad de ser incentivados en un 15.52%, la satisfacción con la cantidad recibida en un 13.04% y la satisfacción con la cantidad recibida por los demás en un 17.39 %. La principal fuente de insatisfacción es la consideración del método como inadecuado en un 52.39 (en la valoración de los incentivos del año anterior era de 28.58 %). El método se considera transparente en un 73.91 (valoración año anterior 90,47%). La satisfacción general de los incentivos pasa de 7.16 a 6.5 en el año 2006.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Realizar las actividades necesarias para la certificación ISO 9001.
- 2.-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.
- 3.-Nuevos ciclos de mejora, que pueden surgir de la valoración de cartera de servicios, contrato de gestión y/o de la monitorización de los diversos procesos realizados.

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<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>	35%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se realizarán las siguientes actividades en el proyecto del año 2007:

- 1.-Gestión por procesos, actividades marcadas por versus consultores (asesoría DGA)
 - a.-Selección de procesos para su desarrollo.
 - b.-Asignación de propietarios.
- 2.-Seguimiento de los proyectos ya puestos en marcha: monitorización HTA, monitorización RCV, valoración formación continuada.
- 3.- Nuevo ciclo de mejora
 - Proceso de incentivación personal EAP. (proceso apoyo: coordinación).
- 4.-Realización de las actividades pendientes : Revisión esfigmomanómetros.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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 plasmático.	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 una 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 realizarán tres sesiones formativas al mes	Nº sesiones /36	60
Se realizara una sesión específica al mes para cada estamento: -Medicina -Enfermería	Nº sesiones específicas /12	60
Las sesiones formativas se planificarán según el calendario	Nº sesiones formativas según calendario/ nº sesiones formativas totales	60

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

En la formación continuada serán adecuados 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
Normativa ISO 9001		Enero/Diciembre- 2007
Valoración acogida personal.	GTC. Específicos	Enero-2007
Análisis causa insatisfacción incentivos	GTC.incentivos	Enero 2007
Propuesta de medidas correctoras	GTC.incentivos	Febrero 2007
Aceptación por el EAP	GTC.incentivos	Marzo 2007
Formación especializada en Gestión por procesos-	2 miembros Grupo Trabajo Calidad.	Marzo 2007
Valoración de Formación continuada	GTC. Formación continuada	Mayo- 2007
Monitorización RCV	GTC. RCV	Junio 2007
Monitorización de programa HTA	GTC. HTA	Junio 2007
Desarrollo de subprocesos: Programas de Salud.	Grupos de trabajo específicos.	Septiembre 2007
Revisión esfigmomanómetros		Noviembre-2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGÓN EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD MONEGROS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
M. Teresa Paraled Campos

Profesión
DUE

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
C. S. MONEGROS (SARIÑENA)

Correo electrónico:
Cs26.gaphu01salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974571027

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Gomez Gil	Pediatra	C.S. Monegros
M ^a Victoria Burgos Díaz	Medico	C.S. Monegros
M ^a Jesús Ullod Borruei	Due	C.S. Monegros
M ^a José Enguita Pellicena	Due	C.S. Monegros
M ^a Isabel Gabas Larruy	Due	C.S. Monegros
Yolanda Gazol Périz	Due	C.S. Monegros
Estela López Pino	Due	C.S. Monegros
José M ^a Viñuales Palacio	Due	C.S. Monegros
M ^a Victoria Serrano	Aux adm	C.S. Monegros
Lourdes Aragüas	Aux adm	C.S. Monegros
Pilar Basols	Aux adm	C.S. Monegros
Teresa Urraca Portolés	Aux Clin	C.S. Monegros

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.

Durante el siglo XX la vacunación ha sido una de las medidas de mayor impacto en salud pública, ya que con la administración se ha conseguido disminuir la carga de enfermedad y mortalidad por enfermedades infecciosas en la infancia.

En 1974, la OMS implanta el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) con el objetivo de llegar la vacunación a los países en desarrollo.

Las políticas poblacionales de la vacunación son por tanto muy recientes, lo que significa que en el momento actual tenemos algunas cohortes de población adulta que no se beneficiaron de esta medida de control.

Algunas vacunas administradas en la infancia, no inducen inmunidad duradera, por lo que si los programas no se refuerzan con dosis posteriores al cabo de los años, las personas vacunadas se vuelven de nuevo susceptibles y por tanto con riesgo de enfermar.

Es pues de gran importancia, extender las recomendaciones de vacunación a grupos de población (niños, adultos y ancianos) con el fin de alcanzar una cobertura infantil y complementar los programas de vacunación infantil y reforzar su impacto en el control de las infecciones.

Por tanto, se decide la realización de este proyecto de calidad enfocado hacia el seguimiento y control inmunitario de la población de la Zona Básica de salud de Los Monegros.

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 generales:**

1. Aumentar los conocimientos de los profesionales sobre las nuevas recomendaciones de vacunación en la población.
2. Ofrecer información a los usuarios sobre las recomendaciones de vacunaciones.
3. Mejorar la recogida de datos sobre el sistema inmunitario de la población.

Objetivos específicos:

1. Registrar y cuantificar las actualizaciones de calendarios de vacunas en la población infantil.
2. Aumentar la cobertura y mejorar el sistema de registro de la vacunación antitetánica.
3. Aumentar la cobertura y mejorar el sistema de registro de la vacunación antigripal.
4. Aumentar la cobertura y mejorar el sistema de registro de la vacunación de neumococo en pacientes institucionalizados.
5. Aumentar la cobertura y mejorar el sistema de registro de la vacunación de rubéola en mujeres entre 15 y 40 años.
6. Aumentar la cobertura y mejorar el sistema de registro de la vacunación de hepatitis B en grupos de riesgo.
7. Establecer ciclos de mejora relacionados con el seguimiento del calendario de vacunas vigente recomendado en la CCAA de Aragón.

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%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	35%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	15%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Creación de un grupo para la formación del personal sanitario sobre las recomendaciones de actualización de los calendarios vacunales.
2. Creación de distintos grupos de trabajo específicos de las distintas áreas de mejora:
 - a.- Grupo de trabajo para el seguimiento del calendario infantil.
 - b.- Grupo de trabajo para el seguimiento del calendario del adulto.
 - c.- Grupo de trabajo para el seguimiento del calendario de las mujeres entre 15-40 años.
 - d.- Grupo de trabajo para el seguimiento del calendario del anciano.
3. Inicio de un ciclo de mejora continua relativo al registro de las recomendaciones y seguimiento de los calendarios de vacunas:
 - a.- Análisis de la causa: diagrama de Ishikawa y realización de un audit interno.
 - b.- Obtención del índice: identificación de las medidas correctoras.
 - c.- Implantación de las mismas.
 - d.- Reevaluación de los registros realizados.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1.- Campaña de vacunación de tétanos

Nº de cartas enviadas para seguimiento de calendario de VATT

Nº de personas registradas con el estado vacunal antitetánico

2.- Cobertura de vacunación de Rubéola

Nº de mujeres embarazadas con serología positiva de rubéola

Nº total de mujeres embarazadas

3.- Cobertura de vacunación de neumococo en ancianos institucionalizados

Nº de ancianos institucionalizados con registro de vacunación de neumococo

Nº de ancianos institucionalizados

4.- Cobertura de vacunación de Gripe

Nº de vacunados de gripe < de 65 años

Nº de personas < 65 años

Nº de vacunados de gripe > de 65 años

Nº de personas > 65 años

5.- Cobertura de vacuna de hepatitis B

Nº de vacunas de hepatitis B de adultos registradas

Nº de vacunas de hepatitis B de adultos solicitadas

5.- Cobertura de vacunación infantil

Nº de niños con calendario acelerado.

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: septiembre de 2006

Fecha de finalización:

	Actividad	Fecha de finalización
Grupo promotor	Solicitar al Servicio de sanidad la actualización de calendario de vacunas a Enero de 2007 y las recomendaciones de vacunación del adulto. Hacer sesión clínica	Octubre de 2006
Grupo promotor	Definición de objetivos y propuestas de profesionales para el grupo de trabajo	Noviembre de 2006
Grupo promotor	Realización de un protocolo para la recogida de registros	Enero de 2007
Responsable del programa	Presentación al Plan de ayuda a los proyectos de mejora del Gobierno de Aragón	Enero de 2007
Grupo promotor	Presentación del protocolo al EAP	Febrero de 2007
Grupos de trabajo de las distintas áreas	Audit.: Diseño del estudio. Construcción de criterios	Febrero de 2007
Grupos de trabajo de las distintas áreas	Presentación al EAP. Consensuación de medidas correctoras	Marzo de 2007
Profesionales de EAP	Implantación del programa	Octubre de 2007
Grupos de trabajo de las distintas áreas	Reevaluación	Noviembre de 2007
Responsable del programa	Presentación de los datos de la reevaluación	Noviembre de 2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL NIVEL DE INFORMACIÓN, OPINIONES Y PERCEPCIONES DE LOS FAMILIARES DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" DE HUESCA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
Eva Gracia Grández

Profesión
Médico Psiquiatra

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca

Correo electrónico:
egraciagrandez@yahoo.com.ar

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974.22.07.72

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Almudena Borobio	Trabajador a Social	CRP "Santo Cristo de los Milagros"
María Martínez	Psicólogo Clínico	CRP "Santo Cristo de los Milagros"
Almudena Soto	Terapeuta Ocupacional	CRP "Santo Cristo de los Milagros"
Ana García	ATS	CRP "Santo Cristo de los Milagros"
Enrique Béjar	Auxiliar de Clínica	CRP "Santo Cristo de los Milagros"
Ana Cristina Serrano	Trabajador a Social	CRP "Santo Cristo de los Milagros"
Priscila Monclús	Médico Geriatra	CRP "Santo Cristo de los Milagros"

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 proyecto de mejora de la calidad que se inició en el año 2004 en el Centro de Rehabilitación Psicosocial, se realizaron encuestas para valorar el nivel de información y satisfacción de los familiares de los usuarios del centro.

Los datos del estudio transmitían el alto grado de satisfacción pero el bajo nivel de información por parte de los familiares, por lo que el objetivo de mejora de la calidad durante el pasado año fue la realización de un folleto explicativo de la Unidad de Media Estancia. Continuando con la idea de acercar el Centro de Rehabilitación a los familiares de los pacientes ingresados, así como al resto de la población general, se plantea para este año la realización de dos folletos informativos acerca de las otras dos unidades que componen este recurso; la Unidad de Larga Estancia y la Unidad de Psicogeriatría.

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

La edición de dos folletos que definan cómo son los recursos de Larga Estancia y Psicogeriatría, cuál es su estructura, funcionamiento, personal que lo integra, actividades que se realizan, así como sus objetivos.

Esperamos que a través de estas iniciativas, mejore la información que reciben los familiares de los usuarios del Centro y conseguir en un futuro un mayor acercamiento e integración en el proyecto terapéutico y rehabilitador.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	35%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	15%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes / usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	45%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	5%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Edición de folletos explicativos e independientes de la Unidad de Larga Estancia y de la Unidad de Psicogeriatría, sobre su funcionamiento y actividades que se realizan
Envío de dicha información a los familiares de los usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Definir el equipo, los objetivos y la cartera de servicios de las dos unidades
- Redacción del folleto informativo

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de enero de 2007

Fecha de finalización: 31 diciembre .2007

Calendario:

-Durante el primer semestre de 2007:

Realización y envío de los folletos informativos sobre la Unidad de Larga Estancia del CRP

-Durante el segundo semestre de 2007:

Realización y envío de los folletos informativos sobre la Unidad de Psicogeriatría del CRP

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Una Historia Clínica completa y bien estructurada, es la herramienta de trabajo más eficaz en la práctica clínica.

Se han observado en algunas de las historias clínicas de los pacientes del Centro de Rehabilitación Psicosocial, sobre todo de los que llevan más años ingresados, carencias en la información. En ocasiones faltan documentos o están incompletos o desordenados, por lo que se dificulta el acceso a datos que son muy importantes para llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento, así como para realizar un adecuado abordaje de su rehabilitación psicosocial.

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 la renovación y la adecuada cumplimentación de los documentos de la Historia Clínica, para que sea un instrumento más ágil y facilitador de nuestra práctica diaria.

Que todos los pacientes del Centro de Rehabilitación Psicosocial tengan una Historia Clínica unificada.

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

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

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

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

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

Se realizó un protocolo con los datos que deberían recoger las historias clínicas y con el orden en el que estructuran en las nuevas carpetas.
Se revisarán las historias clínicas antiguas, completando, recopilando y renovando los datos necesarios para tener una información actualizada, desde el punto de vista de la situación médica, psiquiátrica, de enfermería, social y funcional.

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

- Cumplimentación de los datos en todas las áreas por parte de un equipo multidisciplinar en una reunión de equipo
- La información médica ha de estar actualizada en la fecha de la reunión
- Tras la actualización de los datos de la historia clínica, se realizará un proyecto individualizado de tratamiento para cada paciente.

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

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2007	Fecha de finalización: 31 diciembre .2007
---------------------------------------	---

Calendario:

- Primer semestre de 2007:
 - 50 % de los pacientes de la Unidad de Larga Estancia
 - El 25% de los pacientes de Psicogeriatría
- Segundo semestre de 2007:
 - ...El 100% de los pacientes de Unidad de Larga Estancia
 - 50% de los pacientes de Psicogeriatría

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 la Historia Clínica de los pacientes, realizada por el equipo multidisciplinar no existe un registro de terapia ocupacional que sirva de punto de partida para marcar los objetivos y planes de tratamiento de terapia ocupacional.

Es de suma importancia a la hora de fijar una estrategia de intervención, obtener un diagnóstico ocupacional a través de unos métodos de evaluación acordes con el centro.

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

Seleccionar los procedimientos, instrumentos u observaciones de evaluación y seguimiento de los pacientes para poder elaborar un plan de tratamiento individualizado (PIT) adaptado a las últimas tendencias de trabajo en terapia ocupacional.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	5%
<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%	35%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Buscar y analizar los diferentes métodos de evaluación de terapia ocupacional que existen en el mercado y se utilizan en otras unidades similares, para obtener toda la información necesaria y conocer el funcionamiento ocupacional del paciente de acuerdo a las últimas filosofías de trabajo que se siguen en la actualidad.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Concluido el análisis y el estudio de los diferentes procedimientos, instrumentos y observaciones de terapia ocupacional, se seleccionará el más adecuado para la Unidad de Larga Estancia y la Unidad de Psicogeriatría, en función de los más utilizados y los más actualizados.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2007

Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2007

Calendarario:

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 complejidad de los pacientes de una unidad de Psicogeriatría, exige de forma especial el trabajo en equipo y una atención multidisciplinar.

Nuestro objetivo es el de aportar los cuidados necesarios desde el punto de vista médico, ya sea orgánico o psiquiátrico, y trabajar para mantener el mayor grado de autonomía del paciente mientras sea posible, aportando los cuidados y la atención precisa en los pacientes más dependientes.

Para conseguir estos objetivos es necesaria una valoración integral y completa del paciente desde todos los ámbitos.

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

Realizar un protocolo que permita una valoración lo más completa posible y multidisciplinar, de los pacientes de la Unidad de Psicogeriatría del Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realizar un protocolo que incluya la valoración de la situación orgánica y psiquiátrica así como de la situación social y funcional, aportando las escalas que mejor describan el estado real de los pacientes y que transmitan una información más útil y clara.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Aporte de escalas por los respectivos profesionales
- Acuerdo de las más indicadas para una completa evaluación

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2007

Fecha de finalización: 31 diciembre .2007

Calendario:

-Durante el primer semestre de 2007:

Búsqueda bibliográfica de las escalas de valoración orgánica, psiquiátrica, social y funcional

-Durante el segundo semestre de 2007:

Se definirán las escalas que se van a utilizar en esta valoración integral de los pacientes de la Unidad de Psicogeriatría y se diseñará el protocolo.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"Mejora en el abordaje a pacientes con trastorno de ansiedad en el Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **ARTURO BIARGE RUIZ**

Profesión **DUE DE SALUD MENTAL**

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

HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA DE HUESCA

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

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **974292029**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
AUSED LANAU, PILAR	AUX. ENFER.	H. DIA PSIQUIAT.
BELLOSTAS LAFUENTE, PURIFICACIÓN	AUX. ENFER.	H. DIA PSIQUIAT.
CARNICER QUILED, M ^a ANTONIA	AUX. ENFER.	H. DIA PSIQUIAT.
HIJOS LARRAZ, LUIS	DUE	C.S. GRAÑEN
MOREU MAZA, DESIREE	TER. OCUP.	H. DIA PSIQUIAT.
NUEZ BASARTE, NURIA	TER. OCUP.	H. DIA PSIQUIAT.
TIL VILLACAMPA, MARIA	DUE	H. DIA PSIQUIAT.
VENTURA RUBIO, ELVIRA	PSICOLOGA	H. DIA PSIQUIAT.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El Hospital de Día de Psiquiatría pertenece al Servicio Aragonés de la Salud del G.A. y está ubicado en el edificio anexo del H. Sagrado Corazón de Jesús de Huesca.

Se creó el 1 de Junio de 1.999 tras ser trasladada la U.C.E. del Hospital Provincial al Hospital San Jorge (7º planta).

Se han ido produciendo profundos cambios en el dispositivo hasta el 1 de Marzo de 2.000 que quedo estructurado definitivamente. Para su estructuración definitiva se ha tenido en cuenta la guía de Hospitales de Día del antiguo INSALUD y el Plan Estratégico de Atención a La Salud Mental 2.002 – 2.010.

El horario de atención es desde las 9.00 horas hasta las 16.00 horas de Lunes a Viernes y donde se incluye la comida.

Actualmente tiene 15 plazas de atención continuada más otras 15 en condición de seguimiento de Apoyo, es decir de atención puntual o parcial.

El Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca es un recurso intermedio de hospitalización parcial con abordajes terapéuticos multidimensionales:

- psicofarmacológicos.
- psicoterapéuticos.
- rehabilitadores.

Cuyos pilares de funcionamiento son:

- trabajo en equipo interdisciplinar.
- participación coordinada de todos los profesionales.
- planes terapéuticos individualizados.
- sistema de tutorías.

Y objetivos Generales:

- Prestar atención integral a los enfermos mentales.
- Atención médica continuada a los enfermos que no precisen su ingreso en una unidad cerrada por tener un apoyo familiar o social de contención
- Ser paso intermedio terapéutico entre la U.C.E. y la comunidad en ambos sentido.
- Además es un dispositivo de apoyo a las familias.
- Permite un apoyo a las personas sin perder el contacto con el medio familiar.

Como oportunidad de mejora y dentro de las actividades se propone la realización de un nuevo programa de intervención dirigido a aquellas personas que padecen de trastornos ansiosos con autonomía personal suficiente para vivir en la comunidad, con o sin apoyo familiar, y desplazarse al centro por sus propios medios.

Los pacientes tributarios de realizar estas actividades deben tener la capacidad mínima como para asumir voluntariamente su asistencia y adhesión al tratamiento. Así, los pacientes serán seleccionados entre los que han estado en tratamiento psicoterapéutico en el Hospital de Día de Psiquiatría en el periodo de tiempo desde Enero de 2003 al 20 de Noviembre de 2006. Como criterios de exclusión se valoran:

1. Exitus
2. Patología incompatible con los objetivos del taller.
 - 2.1 patología orgánica.
 - 2.2 patología psiquiátrica.
3. Imposibilidad en su localizados
4. Otras causas de incompatibilidad (talleres, CEE, trabajo ordinario...)

Las características del hospital de día hacen asumible el abordaje mas específico e intenso en este tipo de pacientes

La admisión de los pacientes en este recurso está condicionada a que pertenezcan al Sector Huesca/Barbastro y a nivel diagnóstico son tributarios psicosis en sentido amplio y algunas neurosis crónicas discapacitantes y desórdenes de personalidad con motivación hacia el cambio.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1.-Mejora del proceso asistencial a los pacientes con trastorno de ansiedad: Este proyecto consiste en poner en marcha una actividad en nuestro servicio, consistente en la realización de un taller de psicoeducación teórico/práctico para el control "del estrés, la ansiedad y técnicas de afrontamiento " en grupo del Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca.

2.-Elaboración de un protocolo de actuación ante el paciente con trastorno ansioso.

3.-Mejorar los procesos organizativos y administrativos en el abordaje multidisciplinar (psicología, enfermería, terapia ocupacional, auxiliar enfermería...) ante este tipo de pacientes. Para lo cual, nos marcamos, de una forma más implícita, la creación de un grupo de trabajo para la mejora de la calidad que aumente en lo posible la consistencia del equipo.

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%	20%
<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%	20%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las actividades las realiza el Grupo de Trabajo en Calidad, mediante la realización de reuniones semanales de coordinación de actividades. En las cuales se procede a elaborar un documento de trabajo, crear un equipo para protocolo de valoración, adecuar el contenido de las sesiones de tratamiento...

Con respecto a las actividades a realizar con los pacientes, en primer lugar se valorara el nivel de ansiedad (Stai-rasgo, Stai-estado y el indicador de control de ansiedad NOC) en cada paciente).

Posteriormente se realizaran diversos talleres. Estos constaran de una serie de sesiones teórico/practicas cuyo contenido sera psicoeducación sobre estrés y control de la ansiedad y el aprendizaje de varios métodos de relajación.

Después del taller y para comprobar la efectividad del tratamiento aplicado a ese grupo se realizara una nueva valoración del nivel de ansiedad.

Se realizarán 16 sesiones de unos 45 a 60 minutos cada una.

Objetivos de las sesiones:

- Conocer los mecanismos del estrés y de la ansiedad.
- Diferencia entre estrés y ansiedad.
- Conocimiento de la hiperventilación y como afrontarla.
- Aprender a llevar a cabo una respiración adecuada.
- Aprender la relajación muscular progresiva y de Jacobson.
- Aprender medidas alternativas de relajación como baños, esencias....
- Conocer los diferentes métodos de relajación: la relajación por visualización, por entrenamiento autógeno, por meditación, Katsugen, yuki y por medio de masajes con pelotas...

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicador 1: Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo,

Aclaración: estar implicado en el proyecto se considera la realización de las actividades según el cronograma del proyecto

Número de personas que están implicadas
en el proyecto del equipo

Fórmula / formato : $\frac{\text{Número de personas que están implicadas en el proyecto del equipo}}{\text{Número de personas del equipo multidisciplinar}} \times 100$ %

Indicador 2: Pacientes psiquiátricos acogidos en el estudio con valoración de la ansiedad posttratamiento.

Aclaración: El estado de la ansiedad se evaluara mediante el Test STAI-estado.

Nº Pacientes del estudio con valoración de la ansiedad posttratamiento.

Fórmula / formato : $\frac{\text{Nº Pacientes del estudio con valoración de la ansiedad posttratamiento}}{\text{Nº de pacientes acogidos en el estudio}} \times 100$ %

Nº de pacientes acogidos en el estudio

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Actividades formativas relacionadas con el proyecto	1.000 Euros
Medios, materiales didácticos e informáticos (ordenador portátil, proyector,...)	2.200 Euros
Materiales de aplicación directa al proyecto (Test de Stai-rasgo, Stai-estado, NOC ...)	300 Euros
Materiales necesarios para el desarrollo de las sesiones prácticas (equipo CD- reproductor,...)	600 Euros
Coste del análisis estadístico del proyecto	1.000 Euros
Libros	300 Euros
TOTAL	5.400 Euros

Fecha y firma:

En Huesca, a 11 de Enero de 2007

Fdo.: Arturo Biarge Ruiz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE
DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN 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 DE HUESCA

Correo electrónico: acalvop@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 29 20 20

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SIMEÓN LÓPEZ GRACIA	Radiólogo	HSCJ - Huesca
ANA ALDEA MARTINEZ	Radióloga	HSCJ - Huesca
EVA VALDOBINOS MARTINEZ	TER	HSCJ - Huesca
SILVIA MONGE OTAL	TER	HSCJ - Huesca
MARTA ROVIRA SATUÉ	TER	HSCJ - Huesca
PILAR ESCARIO MUR	Aux. adm.	HSCJ - Huesca
INMACULADA MARTINEZ MALO	Aux. adm.	HSCJ - 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...

Al finalizar el año 2006, se ha realizado una evaluación EFQM del Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama en Huesca. Una de las áreas de mejora seleccionadas tras la evaluación ha sido la realización de un manual de calidad del programa que incluya el proceso "Detección precoz del cáncer de mama", determinando como entrada al proceso "mujer de población diana" y como salida: "mujer sometida a cribado del cáncer de mama".

Este proceso se pretende que posteriormente se incluya dentro de uno más amplio que incluya la asistencia sanitaria a mujeres que, tras someterse al cribado, deban continuar el proceso en hospital.

Durante el año 2006 se ha conseguido comprometer a todo el personal del programa en la evaluación de la calidad y se pretende aprovechar el momento para que participen en la elaboración del manual.

El compromiso de la Gerencia del Sector y de la Dirección del Hospital se manifiesta explícitamente en la declaración de la VISION del Sector de Huesca.

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

Siguiendo la línea de trabajo en calidad del SALUD, comenzar a trabajar en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama en la metodología de la gestión por procesos.

Implicar, más si cabe, al personal en la búsqueda de la excelencia en la realización de su trabajo

--

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En principio se comenzará por la elaboración del mapa general de procesos del Programa de Cribado.

Posteriormente, se trabajarán una serie de subprocesos (procesos generales) que están ya identificados:

“Subproceso citación de la mujer” – propietaria del proceso: Pilar Escario

“Subproceso realización de mamografía de cribado” – propietaria de proceso Eva Valdovinos

“Subproceso control de calidad de la procesadora” –propietaria Marta Rovira

“Subproceso Interpretación de la mamografía” – propietario de proceso Simeón López

“Subproceso remisión de resultados” – propietaria de proceso: Pilar Escario

Se tratará de identificar otros subprocesos y trabajar sobre ellos.

Para ser incluidos en el manual se revisarán las instrucciones de trabajo y los protocolos existentes (En este momento están redactados el Protocolo de lectura radiológica y el control de calidad de mamógrafo y reveladora). Será necesario elaborar todos los que no existen.

Aunque en principio no existe la pretensión de acreditación externa, se pretende que el manual siga la estructura propuesta por la ISO 9001:2000, para facilitarnos la labor.

--

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

En un principio los indicadores propuestos en general para evaluar el proyecto globalmente serán sencillos:

Existe Manual de Calidad del PPCM . SI / NO

Tienen los procesos identificados al menos un indicador de evaluación SI / NO

Una vez identificados los procesos, cada uno tendrá uno o más indicadores de evaluación que serán medidos de forma trimestral, a partir del momento de su identificación.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: enero 2007

Fecha de finalización: enero 2008

Calendario:

- Elaboración mapa general procesos: 1º trimestre 2007
- Identificación y priorización procesos generales (subprocesos): 2º trimestre
- Elaboración de ficha de procesos e indicadores de evaluación : 3º trimestre
- Elaboración del manual de calidad: 4º trimestr
- Revisión y aprobación por parte de la gerencia del Sector: Enero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Proyecto de Ocio y Tiempo Libre para personas con Enfermedad Mental y sus familias: " Entre vías ".

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a 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: mjlloro@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974/292024

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Olga Lafuente Peña	Educadora Social	C.D. Arcadia
Paco Grasa	Dinamizador Cultural	C.D. Arcadia
Gonzalo Catalinas	Arte Terapeuta	C.D. Arcadia

4.- PROBLEMAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADA

En cada reunión, en cada entrevista,...., algo que siempre surge como tema de preocupación para las familias y también para los usuario, es el trabajo. La posibilidad de volver a trabajar.

Las familias conocen lo que se hace en Huesca capital pero desconocen si en otros lugares existen centros o empresas donde sus hijos puedan tener un puesto laboral y optar a él.

Gracias a la colaboración que ya existe de antes entre el Centro Remos y el Centro de Día " ARCADIA" se pensó en la posibilidad de dar a conocer a las familias de ambas entidades los talleres que hay y las posibilidades de incorporación al mundo laboral. De esta manera las familias y usuarios serian conocedores de la labor constante que las entidades públicas y muchas empresas llevan a cabo por la incorporación laboral de los enfermos mentales, así como de los nuevos proyectos de inserción laboral. Por ejemplo; El Centro Remos esta dando trabajo con la producción y venta de jabones de leche de burra

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

En el año 2005, se realizó desde el Centro de Día "Arcadia", un proyecto de calidad de Ocio y Tiempo Libre para usuarios y sus familias, titulado "Intercambio de Experiencias", con las familias del Centro Remos.

Como el propio nombre indica, el objetivo principal de ese proyecto era, que los familiares mantuvieran una mayor y constante implicación y compromiso en la rehabilitación psicosocial del enfermo, a través del conocimiento de experiencias de otras familias.

Fue una experiencia muy enriquecedora tanto para los usuarios como para las familias de ambos Centros.

A raíz de este viaje las familias quieren involucrarse más en la rehabilitación de sus familiares.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Favorecer la participación entre usuarios y familias de entidades relacionadas con la rehabilitación psicosocial e incorporación al mundo laboral.
- Promover una mayor implicación y compromiso entre familiares y usuarios.
- Incentivar a las familias con el conocimiento de los diferentes proyectos de inserción laboral.
- Adquirir un conocimiento básico de la elaboración y posterior venta de los jabones.
- Conocimiento de diferentes programas de inserción laboral y pre-laboral.
- Contribuir y apoyar cualquier iniciativa social y comunitaria que suponga un avance en la normalización social y laboral del enfermo mental.

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

- Aumentar los beneficios 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 +

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

La actividad tiene carácter totalmente voluntario, por este motivo, la metodología a emplear, será abierta, flexible y estimulante. Se favorecerá la participación activa de usuarios y familiares, intentando crear un ambiente confortable.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores a través de la observación de los profesionales, durante la actividad:

- Motivación.
- Participación.
- Implicación en la actividad.
- Capacidad de relación con los demás.
- Asertividad.

Al final del viaje se realizara junto con los usuarios y sus familias, una evaluación sobre dicho viaje. Se plantearan cuestiones como: ¿ Cómo mejorar el proyecto?, ¿ Qué nos ha aportado la actividad?, ¿ Que hemos echado de menos?.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIOS PREVISTOS

Contacto y preparación: se realizará en el mes de Enero, la organización y la preparación de la actividad con los profesionales del Centro de Día " Arcadia " y el Centro Remos.

Puesta en marcha: en los meses de Abril y Mayo se organizara la actividad con los usuarios y familiares del Centro de Día "Arcadia" y el Centro Remos.

Final del proyecto: el viaje se realizara entre los meses de Junio a Septiembre, por decisión de las familias que van a participar.

11.- PREVISIÓN DE RECURSOS

ALQUILER DE UN AUTOBÚS.....	700 EUROS.
COMIDA PARA USUARIOS Y FAMILIARES DEL CENTRO DE DÍA " ARCADIA "	1500 EUROS.
TOTAL.....	2200 EUROS.

Fecha y firma:

30 ENERO 2007

Melrose Aloto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Proyecto de Pintura Mural para la integración en Salud Mental: El Bosque encantado

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre: M^a 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: mjlloro@aragon.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Olga Lafuente Peña	Educadora Social	C. D. Arcadia
Paco Grasa	Dinamizador cultural	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.

Además posibilita la relación y el conocimiento del Medio Escolar público.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Mejora del proceso de motivación.
- Incipiente desarrollo de concepto de grupo.
- Aumento de la socialización.
- Aumento de las relaciones interpersonales.
- Desarrollo de la autoestima.
- Se ha conseguido *disminución* *significante* de ingresos en unidad de crisis.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Desarrollar habilidades para trabajar en equipo, dentro de un entorno normalizado donde se sientan valorados y completamente integrados.

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

Realizar el proyecto previsto en el emplazamiento del Patio del Colegio público Juan XXIII de Huesca.

Familiarizarse y proseguir con el proceso de realización pictórica de murales.

Mejorar sus habilidades sociales y sus relaciones interpersonales.

7.- 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 +

8. a)- 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 nueva pared a pintar esta ubicada en el patio del colegio Juan XXIII, y la separa del Parque Padre Querbes. Tiene 150 m. de longitud x 2,50 m aproximadamente de altura.

La ubicación del colegio se encuentra entre las calles, STO Cristo de los Milagros, Estrecho Quinto y Juan XXIII.

Se cuenta con la participación de 12 alumnos del Seminario de Pintura Mural y 14 pacientes del Centro de Día " Arcadia " y Hospital de Día, enfermos mentales, algunos con una psicopatología grave.

8.b)- 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: primer contacto se realiza con la dirección del centro educativo. Diciembre del 2006.

Fase Ejecución: Febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio 2007.

Conclusión del Proyecto: finales de Junio 2007.

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: 3.000 Euros**

Fecha y Firma: 30 ENERO 2007

H. Jose Aloto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

LÍNEA DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CRÓNICAS DESDE CONSULTAS DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS A OTROS NIVELES ASISTENCIALES.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

M^a Soledad Ballabriga Escuer

Enfermera

Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

Correo electrónico:

mballabriga@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 292900 EXT. 92056

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Daniel Chavarri Fierro	enfermero	H. Sagrado Corazón de Jesús
Lorena Mairal	enfermera	Enf. Enlace Sector Huesca
José Galindo Ortiz de Landázuri	Geriatra	H. Sagrado Corazón de Jesús
Francisco Iturralde García-Diego	Médico Residente	H. Sagrado Corazón de Jesús
Lucía Morlans Gracia	Médico Residente	H. Sagrado Corazón de Jesús
Cristina Pastor Ochoa	Médico Residente	H. Sagrado Corazón de Jesús
Ana Puyol Allué	Auxiliar enfermería	H. Sagrado Corazón de Jesús
Rafael Bielza Galindo	Médico Residente	H. Sagrado Corazón de Jesús

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Las úlceras crónicas constituyen un importante problema de salud en España y en nuestra Comunidad Autónoma, tanto desde el punto de vista humano como económico. Afecta fundamentalmente a personas de edad avanzada, aunque el 16,7% de los pacientes con úlceras en un hospital general son menores de 61 años, un 80% del total se han originado en el entorno hospitalario, siendo las mayores cifras procedentes de las unidades de cuidados intensivos y llegando una décima parte de los pacientes ingresados en un hospital a presentar úlceras.

El tratamiento de las lesiones crónicas puede ser más difícil en Atención Primaria por diversos motivos como la mayor dificultad en el acceso a diversos tratamientos, pruebas complementarias, desplazamiento y otros.

En el Hospital Sagrado Corazón de Jesús el personal sanitario tiene amplia experiencia en la prevención y tratamiento de las úlceras crónicas tanto ambulatoriamente como en pacientes ingresados, esta es una de las razones por las que son frecuentes las consultas telefónicas y personales no regladas a nuestros profesionales desde diversos niveles asistenciales e incluso de otros sectores sanitarios, lo que es indicativo de la importancia del problema y la preocupación de los profesionales por los riesgos añadidos a la presencia de una lesión de estas características.

La complejidad de manejo de estos pacientes, generalmente inmovilizados y con elevada comorbilidad, hace que el profesional sanitario utilice la opinión de expertos con frecuencia para la elección de un tratamiento.

Por ello, pensamos que este proyecto destinado a establecer una vía de comunicación normalizada y accesible entre todos los niveles asistenciales, e incluso residencias y centros no pertenecientes al Salud, y nuestro centro puede facilitar a todos los profesionales el tratamientos de estas úlceras y evitar estancias innecesarias en Hospitales y mejorar la calidad de vida de las personas.

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 y mejorar el flujo de información entre los distintos niveles asistenciales
- Aumentar la eficacia y eficiencia en el uso de las alternativas terapéuticas.
- Evitar ingresos innecesarios.
- Disminuir la carga de trabajo en Atención Primaria, compartiendo en ocasiones el tratamiento de los enfermos entre Primaria y Especializada.
- Disminuir las complicaciones derivadas de la presencia de estas lesiones.
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

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%	50%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	5%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	25%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- 1) etapa: elaborar un díptico que contenga la información con el procedimiento a seguir para realizar las consultas a nuestro personal.
- 2) Etapa: divulgar la información a los Centros de Salud, residencias, y otros profesionales para que puedan hacer sus consultas.
- 3) Las consultas deberán hacerse en los días y horario establecido y mediante llamada telefónica, fax, correo electrónico o a través de la enfermera de enlace.
- 4) El personal del centro contactará con el profesional que realiza la consulta y establecerán conjuntamente el plan de actuación.
- 5) Se utilizarán los protocolos y guías del centro en la prevención y tratamiento de heridas crónicas.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1) número de consultas hechas desde Atención Primaria
- 2) número de consultas desde otros servicios
- 3) porcentaje (%) de consultas hechas por E-mail
- 4) porcentaje (%) de Consultas hechas por teléfono
- 5) porcentaje (%) de consultas hechas a través de la enfermera de enlace.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: febrero 2007

Fecha de finalización: diciembre 2007

Febrero-mayo 2007: elaboración del díptico y divulgación de la información.

Junio- diciembre 2007: recepción de consultas y evaluación de indicadores. Se harán sesiones cada mes ó dos meses sobre casos clínicos abiertos a todo el personal interesado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE ALMACÉN

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Ana Isabel Cabrero Claver

enfermera

Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca

Correo electrónico:
aicabrero@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974 292900 EXT. 92052

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Pilar Navarro Cameo	administradora	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Adoración Lacasa Moreu	Aux. administrativo	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Adolfo Dominguez Berne	administrativo	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
José Angel Albás Martínez	enfermero	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Jesús Ainoza Sauras	Aux. enfermería	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Rosa M ^a Panzano Fuentes	Aux. administrativo	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Gema Bescós Marín	Celadora	Hospital Sagrado Corazón de Jesús

M ^a Isabel Pueyo Moy	Informática	Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Silvia Pablo Julvez	Informática	Hospital Sagrado Corazón de Jesús

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El servicio de almacén del Hospital Sagrado Corazón de Jesús cuenta con un auxiliar de enfermería a tiempo completo y un auxiliar administrativo a media jornada. Este personal es el encargado de la petición y recepción de los pedidos externos e internos y de la gestión en general del almacén. Aunque no es un trabajo complejo, si requiere conocimiento detallado de los procedimientos a seguir en cada actuación, por lo que consideramos importante tener un manual que recoja, paso por paso, lo que debe realizarse en cada momento para evitar errores que dejen sin existencias el Hospital, se soliciten cantidades equivocadas o a otro proveedor lo que podría entorpecer el suministro eficaz al Centro.

Además, el manual permitiría que en caso de ausencia del personal habitual en el almacén, una persona nueva pudiera tener claro los pasos a seguir con cada procedimiento, minimizando el riesgo de error.

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

- Evitar errores de procedimiento.
- Evitar retrasos en la recepción y solicitud de pedidos.
- Evitar la variabilidad en todas las actuaciones, lo que aumenta el riesgo de error.
- Agilizar el arreglo de averías.

- Evitar caducidad de productos
- Mejorar la información al cliente interno (las unidades del Hospital) sobre el uso óptimo de los recursos del Almacén General.

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>Ejemplo</i>	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	5%
<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%	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	80%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Elaborar un protocolo escrito de todos los procedimientos clave del almacén:

- Objetivos generales del servicio de almacén
- Descripción de las tareas y funciones a realizar.
- Pedidos de concurso
- Pedidos de oferta
- Pedidos directos
- Procedimiento de cómo hacer un pedido
- Procedimiento para la recepción de un pedido
- Hoja de control de préstamos de material no fungible.
- Registro de control de caducidades de productos
- Elaboración de documento de no conformidad (todo aquello que se haga fuera de protocolo)

Se difundirá el manual por todas las unidades del Centro para que sepan en todo momento cómo solicitar cada tipo de material.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1) encuesta para saber % de personas que conocen el manual de procedimiento.
- 2) Número de manuales repartidos en el centro.
- 3) % de sugerencias recibidas

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: febrero 2007

Fecha de finalización: diciembre 2007

Calendario:

Febrero – abril: elaboración del manual escrito y encuadernado

Mayo: divulgación del manual

Julio: implantación del manual

Diciembre: evaluar indicadores de calidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Programa de atención analgésica postoperatoria en cirugía con ingreso.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: María Jesús Martín Arnal

Profesión: Anestesióloga.

Centro de trabajo (Hospital y Servicio): hospital General San Jorge (HGSJHu). Huesca. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor (SARyTD).

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000. Ext. 47123.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Rosa Calvo Ciria	D.U.E.	HGSJHu. SARyTD.
Alfredo Bondía Jimeno	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Juan Carlos Carrión Pareja	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.

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 eficaz¹.

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 hospital².

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 adecuada³.

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 mismo⁴.

Fuentes y modelos.

Elección de un modelo con eficacia y eficiencia contrastada⁵.

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

Resultados.

Se terminaron las acciones formativas en las divisiones de medicina y enfermería necesarias para la puesta en marcha.

Se presentó el programa y sus protocolos en la fecha prevista.

Se inició el programa en la fecha prevista.

Se llevó a cabo la primera evaluación de indicadores con los resultados que se exponen a continuación.

Análisis de los resultados.

Las actividades de evaluación, su planificación, organización, recuperación de datos y análisis, tienen un consumo de recursos (tiempo) importante, además hay que contar con el desfase en la codificación.

La evaluación de los indicadores del primer trimestre es la siguiente:

Indicadores de calidad del programa.

Las medidas corresponden a los indicadores del primer trimestre, las medidas del tercer trimestre se están procesando actualmente. No se esperan cambios significativos, ya que aún no se han introducido cambios en el programa.

1- Indicadores de proceso.

Indicador 1.1 (cumplimiento del proceso en la URPA) : **32%**

Indicador 1.2 (cumplimiento del proceso en la planta): **77%**

2. Indicadores de resultados.

2.1- Eficacia de la analgesia.

Indicador 2.1.1 (intensidad \leq 5 en reposo): **93%**

Indicador 2.1.2 (intensidad \leq 5 en movimiento): **79.1%**

2.2- Seguridad de la analgesia.

Indicador 2.2.1 (náuseas y vómitos): **21.4%**

Indicador 2.2.2 (Efectos adversos graves): **0%**

Análisis y revisión de los resultados.

Las desviaciones detectadas mediante los indicadores en el primer trimestre de 2006 son:

- 1- No se registra siempre la intensidad del dolor al alta de la URPA.
- 2- No se cumplimenta siempre la hoja de control.
- 3- No se prescribe siempre la analgesia post – operatoria.
- 4- No se registra siempre en la sala de hospitalización la intensidad del dolor con el movimiento.

Después de las actividades de medición y revisión el grupo de mejora ha decidido limitar a dos el número de evaluaciones anuales de indicadores. Se en el primer trimestre y en el tercer para vigilar el funcionamiento del programa o la estabilidad del proceso. Los indicadores son los mencionados anteriormente.

Se va a incluir también la monitorización de la intensidad del "el peor dolor" que el paciente ha tenido durante las primeras 24 horas, además del que tiene en el momento de la visita.

Para paliar las desviaciones del proceso se van a poner en marcha medidas correctoras tendentes a sensibilizar a las personas para que cumplan con las actividades del proceso o su registro.

Como innovación técnica se decide poner en marcha la analgesia seleccionada por el paciente (PCA), en los casos apropiados, con el fin de mejorar la eficacia de la analgesia postoperatoria.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Implicación.

Implicar a la dirección y a todos los servicio 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. La formación este año se ha extendido a otros centros hospitalarios a través de programa FOCUS.

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. En el 2007 se incluyen protocolos de PCA.

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

Mantenimiento y mejora 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) Atención y seguimiento de las incidencias rutinariamente por el equipo de anesestesiólogos de guardia, y durante la jornada laboral 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 <5.

Mejorar la eficacia de la analgesia postoperatoria.

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

Reducir la morbimortalidad directamente relacionada con el dolor postoperatorio.

Una práctica eficaz y segura de la analgesia postoperatoria implica una reducción de la morbimortalidad postoperatoria¹⁴.

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.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Fase de promoción e inicio de la actividad asistencial.

Se llevó a cabo hasta el año 2006.

Fase de mantenimiento y mejora de la actividad asistencial.

- Mejora de las actividades de registro.
- Introducción de nuevas modalidades analgésicas (PCA)
- Consolidar la asistencia diaria de un anestesiólogo en el pase de visita.
- Planificar la posibilidad de desarrollar actividades de educación - información sanitaria sobre la analgesia post - operatoria.

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.

1.3. Porcentaje de analgesia multimodal.

1.4. Porcentaje de analgesia PCA

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. Año 2007.

Fecha de inicio: 01/01/07

Fecha de finalización: Sin límite

Calendario:

Act.	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
PCA		X										
Eval. 1.1				X							X	
Eval. 1.2				X							X	
Eval. 1.3				X							X	
Eval. 1.4				X							X	
Eval. 2.1				X							X	
Eval. 2.2.1				X							X	
Eval. 2.2.2				X							X	
Revisión.					X							X

PCA; Analgesia administrada por el paciente. 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.

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

MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO.
UNIDAD MEDICINA INTENSIVA HOSPITAL SAN JORGE. SALUD. HUESCA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **Carlos Serón Arbeloa**

Profesión **Médico, especialista. Jefe de la Unidad de Medicina Intensiva**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
UNIDAD MEDICINA INTENSIVA HOSPITAL SAN JORGE. SALUD. HUESCA

Correo electrónico:
cseronar@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974247000 (24516) - 974247026

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
o Jesús Escos	Médico	El mismo
o Lorenzo Labarta	Médico	El mismo
o Arantxa Lander	Médico	El mismo
o Manuel Avellanas	Médico	El mismo
o Cristina León	Médico	El mismo

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...

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Bajo la dirección metodológica de la Fundación Avedis Donabedian, (FAD) de Barcelona, el proyecto "Indicadores de calidad en el enfermo crítico" ha sido realizado por un amplio grupo de profesionales de la SEMICYUC, en los que han estado representados todos sus Grupos de Trabajo, representantes de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Cuidados Coronarios (SEEIUC) y otros miembros de la sociedad que han colaborado en aspectos específicos o han actuado como consultores.

El objetivo del mismo fue el desarrollo de indicadores clave en la atención del enfermo crítico considerándose como valores añadidos: consensuar los criterios de calidad en estos pacientes, y facilitar a los profesionales un instrumento potente y fiable para la evaluación y la gestión clínica; introducir métodos de evaluación comunes que permitan al unificar la medida, evaluar comparativamente (benchmarking), disponer de información que permita el desarrollo de planes de calidad (datos cuantitativos, objetivos, fiables y válidos) y disponer de un sistema que garantice la calidad total de la asistencia del enfermo crítico

Existen antecedentes tanto a nivel internacional como en nuestro ámbito del uso de indicadores de calidad como herramienta en la mejora de la calidad. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ha desarrollado indicadores de calidad para evaluar la acreditación de centros sanitarios mediante el cumplimiento de estándares de calidad preestablecidos. Estudios recientes manifiestan que la monitorización de estos indicadores en determinadas áreas tales como el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca o la neumonía sirve para demostrar una mejora de la calidad a lo largo del tiempo en diferentes hospitales, especialmente en aquellos con resultados basales peores. Por otro lado, los indicadores permiten la evaluación comparativa (o benchmarking) demostrando grados de variabilidad importante en las prácticas entre diferentes hospitales y entre los indicadores evaluados. Otros estudios ponen de manifiesto la exactitud de los indicadores como elemento para la evaluación y mejora de la calidad en determinados ámbitos. El uso de indicadores de calidad ha demostrado su utilidad como herramienta para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de medias establecidas para la mejora de la calidad permitiendo identificar y diseminar las mejores prácticas. En relación a la atención del enfermo crítico se han diseñado diferentes indicadores de calidad que han demostrado ser útiles en la evaluación demostrando las posibilidades de mejora en la práctica clínica.

El objetivo es realizar una base de datos de recogida de los distintos indicadores de calidad que se citan más adelante, su seguimiento y elaboración y la comparación con los estándares de la literatura científica.

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	Indicadores
Monitorización de indicadores de calidad considerados relevantes en la atención del enfermo crítico.	1. NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ 2. BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL 3. REINGRESOS NO PROGRAMADOS EN UCI
Comparar los resultados obtenidos en relación a los estándares ideales establecidos y a los resultados de otros Servicios de Medicina Intensiva.	4. Reintubación 5. INCIDENCIA DE BAROTRAUMA 6. EXTUBACIÓN NO PROGRAMADA 7. POLINEUROPATIA EN EL ENFERMO CRÍTICO. 8. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA
Conocer si existen áreas de mejora de la calidad en relación con los indicadores seleccionados.	9. PROFILAXIS DE LA HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL EN ENFERMOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA (VM) INVASIVA 10. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL 11. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) 12. INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA 13. ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE BETABLOQUEANTES EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)
	14. ADMINISTRACIÓN PRECOZ DE ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS) EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) 15. TÉCNICAS DE REPERFUSIÓN PRECOZ EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) 16. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST) 17. MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST)

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD		
Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD		
Líneas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	30%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	30%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	20%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	20%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño de base de datos para la inclusión de todos los datos necesarios para calcular los distintos indicadores reseñados.

La inclusión de los datos se realizará por el médico que da el alta del paciente, puntuando los ítems correspondientes según el tipo de enfermedad y de técnicas terapéuticas asociadas y dependientes de cada indicador.

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

Se realizará a partir del momento que se inicie la introducción de datos, comparando con los estándares publicados. Los indicadores son los descritos anteriormente.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2007

Fecha de finalización: Año 2008

Calendario:

Al ser un ambiciosos proyecto se debe de plantear a dos años vista:

Primer trimestre de 2007 implementación de la base de datos

Segundo y tercer trimestre: inicio introducción de los datos de forma prospectiva

Cuatro trimestre: análisis de la situación, descubrimiento de errores y consecuente corrección.

Explotación de los datos año 2008

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Base de Datos Filemaker 8.5 pro. Programa de software y dos licencias</u>	<u>900 euros</u>
<u>Ordenador portatil</u>	<u>1400 euros</u>
TOTAL	2300 euros

Fecha y firma:

En Huesca a 15 de Enero de 2007.



Dr. C. Serón Arbeloa.

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 escape nocturno de orina o enuresis nocturna es un proceso que afecta a una gran proporción de la población infantil, condicionando su vida social y la de su familia así como la propia autoestima del paciente.

La enuresis afecta del 10 al 13 % de los niños de 6 años y del 6 al 8 % hasta los 10 años de edad. La respuesta al tratamiento depende en gran parte de su origen, así cuando es debido a una ausencia de elevación nocturna de la ADH, responde mejor al tratamiento farmacológico con desmopresina sintética pero si es debido a inestabilidad vesical o a una incapacidad para despertar, la mejor elección son las alarmas sonoras como indica las revisiones efectuadas por expertos en medicina basada en la evidencia. Por otra parte, la recaída es la norma al suspender la desmopresina oral.

Desde la asistencia pública, podemos ofertar una asistencia farmacológica con desmopresina así como una asistencia clínica y diagnóstica; sin embargo no disponemos de un tratamiento global para la enuresis ya que no disponemos de alarmas sonoras, con las que se obtienen la mejor respuesta clínica, menor número de recaídas, el niño no necesita medicarse cada noche y el periodo de entrenamiento y resolución está entre 4 a 12 semanas.

La literatura avala la mejor respuesta obtenida con las alarmas sonoras en niños motivados. Se elimina una medicación, cara, con alto índice de recaídas al suspender su uso y aunque bien tolerada, no hay que olvidar posibles efectos secundarios (intoxicación hídrica, pseudotumor cerebri etc)

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir el tratamiento farmacológico con desmopresina oral en los niños con Enuresis primaria.

Resolver la Enuresis en un periodo corto de tiempo (de 4 a 12 semanas) de forma definitiva sin el concurso farmacológico, mediante el uso y entrenamiento de alarmas sonoras y de motivación personal.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	30
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Realización de la Hª Clínica y exploración de los pacientes con Enuresis
- 2º Establecimiento del tipo de enuresis del paciente, valorar si precisa pruebas sobreañadidas al protocolo de diagnóstico y seguimiento.
- 3º Disponer en la Consulta Externa del servicio de Pediatría de varios equipos de alarma sonora, que se prestaran a la familia, previo entrenamiento de su uso.
- 4º Seguimiento y apoyo durante su utilización
- 5º Retorno del aparato para el Servicio una vez se haya acabado de utilizar.
- 6º Valoración de la evolución y comparación con los niños que estén en tratamiento farmacológico oral y con aquellos que decidan no recibir ningún tratamiento.
- 7º Resultados comparativos

Responsables:

Dra. Mª Jesús Oliván del Cacho, pediatra del Hº San Jorge de Huesca
 Dña. Ana Izuel Jarque, D.U.E de la Consulta de Pediatría del Hº San Jorge
 D. Alfredo Lacasa Arregui, Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital San Jorge 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 para su monitorización

- 1.- Seguimiento clínico en Consultas externas de Pediatría
- 2.- Comparación entre el grupo de niños con alarma y comparación con los que llevan tto. farmacológico oral con desmopresina y con el grupo que no reciba tratamiento.
- 3.- Resultados estadísticos
- 4.- Encuesta familiar para valorar satisfacción por parte del paciente y la familia

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 2007	Fecha de finalización: junio de 2008
----------------------------------	--------------------------------------

Calendario:

Febrero de 2007: adquisición de las alarmas y electrodos de recambio

Marzo de 2007: 1.- entrenamiento en la consulta del propio personal sanitario

2.- establecimiento del protocolo a seguir

3.- establecimiento de los grupos terapéuticos según el tipo de enuresis. (es decir, no de forma aleatoria sino según indicación clínica, pues no se pretende un ensayo sino una mejora en la asistencia de dichos paciente)

Abril de 2007 a mayo de 2008: aplicación del protocolo de enuresis en los pacientes.

Mayo a junio de 2008: valoración de los resultados, estudio de las complicaciones y dificultades encontradas, resultados positivos obtenidos en cuanto a resolución de la Enuresis, sensación de Bienestar por parte del paciente y de la familia. resolución del problema, autonomía conseguida por parte del niño, sin necesidad de medicalizar los procesos evolutivos y madurativos de la infancia

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
ALARMA SONORA PIPI STOP DIMPO , 2 UNIDADES	200 EUROS
ALARMA SONORA PIPI STOP ABIGÓ, 2 UNIDADES	200 EUROS
SENSORES DE ALARMAS	200 EUROS
TOTAL	600 EUROS

Fecha y firma:

11 de enero de 2007

Dra. María Jesús Oliván

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...

1º) Será una herramienta de trabajo útil para las comadronas de los Centros de Salud de Huesca.

2º) Actualizará la información recibida por las gestantes y adecuará sus expectativas respecto al parto sin dolor.

3º) Motivará profesionalmente a todo el personal implicado en el proyecto.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1º) Mejorar la calidad y contenidos de las Charlas de Preparación Maternal al Parto, especialmente en cuanto a técnicas actuales de Analgesia Obstétrica .

2º) Facilitar la comprensión y realización del consentimiento informado para dichas técnicas.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º) Teórica en Centros de Salud: Presentación a cargo de la Matrona, de la Charla-Coloquio : "PREPARACION MATERNAL A UN PARTO SIN DOLOR". en formato Power Point con video incluido realizado en el area de partos del HSJH..

2º) Teórica en El Hospital San Jorge de Huesca: Presentación a cargo de un Anestesiologo de guardia en el Hospital, un sábado por la mañana de cada mes, en el salon de Actos del Hospital y dirigida a gestantes alrededor de la 36ª semana de gestación, de la Charla-Coloquio: "TECNICAS ACTUALES DE ANALGESIA OBSTÉTRICA".

3º) Práctica: Rotación por el Área de Partos del HSJH de las Comadronas de los Centros de Salud de Huesca y Provincia interesadas en el proyecto.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1º) Numero de Charlas efectuadas cada semestre en los Centros de Salud

2º) Numero de Gestantes asistentes por semestre a dichas Charlas

3º) Numero de Comadronas que rotan cada año por el Área de partos del HSJH

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2007

Fecha de finalización: sine die

Calendario:

- 1.) Presentación "PREPARACIÓN MATERNAL A UN PARTO SIN DOLOR: Junio 2007
- 2.) Comienzo Rotación Matronas HSJH: Septiembre de 2007.
- 3.) Presentación: "TÉCNICAS ACTUALES DE ANALGESIA OBSTÉTRICA" actualmente ya en funcionamiento en el HSJH.

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 dolor abdominal recurrente supone un problema frecuente tanto en la consulta externa como en la hospitalización pediátrica.

Sus causas son múltiples. Entre ellas la intolerancia a hidratos de carbono, el sobrecrecimiento bacteriano y entidades que causan malabsorción, son cuadros que se ven a menudo y cuyo diagnóstico es a menudo difícil y molesto para el paciente.

El estudio del hidrógeno en aire inspirado es una técnica no invasiva que permite la orientación concreta de estas entidades a fin de aportar un manejo más seguro de las mismas.

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

- Mayor seguridad diagnóstica en el S. de dolor abdominal recurrente del niño.
- Manejo más adecuado de entidades clínicas causantes del mismo.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Protocolo de asistencia al dolor abdominal recurrente:
 - Captación a nivel de consulta externa
 - Estudio escalonado según el protocolo
 - Realización en su caso del test de hidrógeno espirado
- Adecuación de las pautas de tratamiento.
- Seguimiento de los casos.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Control clínico del paciente.
- Encuesta familiar de síntomas y evolución.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo - 2007

Fecha de finalización: abril-2008

Calendario:

- Protocolizar el estudio del dolor abdominal.
- Captación progresiva de los casos.
- Aplicación del protocolo.
- Seguimiento posterior de los mismos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Acogida preoperatoria: Ingreso en el día. Análisis de datos para la mejora continua

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Pilar Lanao Senz

Profesión

Dirección de enfermería

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

Hospital San Jorge de Huesca

Correo electrónico:

planao@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

972 247 000

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Serrano Bitrián	Supervisora Qno	Hospital San Jorge
M ^a Jesús Castellón	Enfermera Qno	Hospital San Jorge
Carmen Tosat Mancho	Supervisora Calidad	Hospital San Jorge

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Una de las demandas de los usuarios es la máxima estancia en domicilio previa a la intervención quirúrgica. Según que tipo de intervenciones el ingreso debe efectuarse un día antes por la preparación necesaria, pero sí que en muchos casos es posible ingresar el mismo día de la intervención.

Para ello, y como objetivo de contrato de gestión de disminuir la estancia preoperatorio se puso en marcha la unidad de Acogida quirúrgica, situada en el bloque quirúrgico y en donde se reciben a los pacientes horas antes de ser intervenidos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la calidad percibida por los pacientes en la unidad de acogida quirúrgica.
Explotación de los datos recogidos en dicha unidad en el libro de registro.
Mejora continua de la unidad.

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%	20%
<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%	20%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Recogida in situ de los datos relacionados con actividad, actuaciones, cargas, sugerencias pacientes, familiares y profesionales, posibilidades de mejora.

Explotación de dichos datos de una forma rápida y eficaz.

Plantear estudios de "causa-raíz" de forma inmediata a la detección.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- % de intervenciones con ingreso en el día por especialidades y por proceso
- nº de sugerencias recogidas
- nº sugerencias implantadas

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

Fecha de finalización: diciembre

Calendario:

Informatizar los datos obtenidos de forma retrospectiva hasta la instalación informática en la unidad

Recogida diaria de los datos generados.

Cortes de datos: mensual los 3 primeros meses (enero-marzo)

Cortes de datos: trimestral.

Diciembre: tras explotación de datos obtenidos : análisis de la situación y planteamiento de mejoras 2008.

Anexo 2

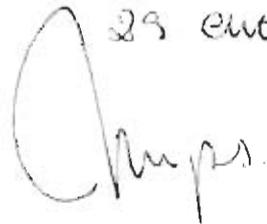
Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

La recogida de datos seguirá diariamente como en cualquier otra unidad o servicio.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador portátil en red para recogida y explotación de datos.</u>	<u>1500€</u>
<u>Pen driver</u>	<u>60</u>
TOTAL	1560€

Fecha y firma:

29 enero 07


PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Colaboración Hospital San Jorge en el reciclado de materiales como papel, pilas y toner dentro del Plan de protección del Medio Ambiente.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Carmen Tosat Mancho.

Profesión

Supervisora de Área

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

Hospital San Jorge. Huesca

Correo electrónico:

ctosat@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 24 70 00. Extensión 24459

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Martínez	Director de Gestión	Hospital San Jorge
Quintín Solano	Jefe de Archivos	Hospital San Jorge
M ^{ra} Jesús Fantova	Jefe de Admisión	Hospital San Jorge
Antonio Paraiso	Jefe De Informática	Hospital San Jorge
José Luis Serrano	Encargado Limpieza	Hospital San Jorge
José María Morera	Jefe Mantenimiento	Hospital San Jorge
José Ignacio Ezpeleta	Médico Salud Laboral	Hospital San Jorge
Julia Cano	Jefe Suministros	Hospital San Jorge
Marta Polo	Supervisora recursos materiales	Hospital San Jorge
Paz Gracia	Supervisora tardes/noches	Hospital San Jorge

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...

Actualmente existe conciencia social de maximización de recursos y utilización adecuada de los sistemas de eliminación de residuos, pero todavía falta en relación a materiales no sanitarios específicamente hablando, como el papel, los toners de impresoras y las pilas. Se ha observado desconocimiento de los mecanismos de eliminación y reciclado de dichos materiales.

La documentación confidencial se tritura mecánicamente (se centraliza en 2 trituradoras grandes localizadas en Suministros y en Admisión), y otra gran parte de tritura de forma manual antes de tirarla.

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:
Recordar o dar a conocer la importancia del uso racional de papel
Recordar o dar a conocer la importancia de la correcta eliminación de toners y pilas
Identificación de puntos de recogida de papel, toner y pilas.
Disminución del consumo de papel informando sobre buenas prácticas y reutilización
Aumento Kg papel recogido
Facilitar la destrucción de documentación confidencial

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	Ejempl o	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	20
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	20
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	30
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	30
TOTAL	100%	10'0%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Inclusión como objetivo dentro del contrato de gestión anual (Dirección)
- Formación grupo de trabajo (Responsable proyecto)
- Elaboración del programa "Uso racional" (grupo de trabajo)
- Difusión del programa a todos los profesionales (grupo de trabajo. Informática)
- Instalación de puntos de recogida
- Formalización del grupo de seguimiento.

Base de registro Sesiones informativas: nº sesiones, nº asistentes

Encuesta sensibilización y conocimientos del Programa

Control de pedidos de papel oficina por servicios y Unidades

Empresa recogida: peso papel: pilas; nº toners

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

Existencia de díptico de "Buenas prácticas" con consejo maximización de recursos, reutilización, consumo responsable.

Nº sesiones informativas

Nº puntos de recogida

% disminución del gasto en papel, sobres, etc

% aumento toneladas de papel recogido

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:

Diciembre 2006: Formalización grupo de trabajo

Enero 2007: elaboración díptico de "Buenas prácticas" y localización puntos de recogida.

Febrero: difusión del Proyecto de mejora (sesiones, página web...)

Reuniones periódicas del grupo de trabajo para seguimiento del Proyecto y sus resultados.

Al recibo de las destructoras se colocarán en los lugares estratégicos definidos por el grupo de trabajo.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>10 Destructoras de papel</u>	<u>200</u>
<u>Impresión de 1000 trípticos informativos</u>	<u>300€</u>
TOTAL	2300 €

Fecha y firma:

29. Enero 2007.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
MEJORA EN EL PROCESO DE APROVISIONAMIENTO Y GESTION DE STOCKS DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos: María del Pilar Amador Rodríguez
Profesión: Farmacéutica
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Servicio de Farmacia, Hospital San Jorge Huesca
Correo electrónico: pamador@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974211615, 974247023

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Abad Bañuelos, Beatriz	Farmacéutica	H. San Jorge (Huesca)
Amador Rodríguez, Pilar	Farmacéutica	H. San Jorge (Huesca)
García Marquez, Jose Manuel	Consultor	Asesor Externo
Viñuales Armengol, Carmen	Farmacéutica	H. San Jorge (Huesca)
Cavero Marínez, Lourdes	A.T.S	H. San Jorge (Huesca)
Albero Solanas, Carmen	Auxiliar farm.	H. San Jorge (Huesca)
Castan Pueyo, M ^a Pilar	Auxiliar farm.	H. San Jorge (Huesca)
De la Serna Añares, M ^a del Carmen	Auxiliar farm.	H. San Jorge (Huesca)
Eresue Eresue, Alicia	Auxiliar farm.	H. San Jorge (Huesca)
Herrera Romero, Virtudes	Auxiliar farm.	H. San Jorge (Huesca)
Palacin Berastegui, M ^a Teresa	Auxiliar farm.	H. San Jorge (Huesca)
Blasco Lalaguna, Elena	Auxiliar admin	H. 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...

Problemática detectada: Incidencias sistemáticas en la recepción de medicamentos, ocasionando situaciones de falta de disponibilidad del medicamento entregado con la consiguiente repercusión negativa al paciente.

Oportunidad de mejora:

- Reconsideración de los niveles de stock.
- Mejora en la generación de pedidos de medicación a laboratorios
- Mejora en la logística interna (manipulación de los medicamentos desde su llegada hasta su dispensación).

Todo ello sin perjudicar el nivel de servicio al paciente.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminución de la tasa de incidencias y/o gravedad de las mismas durante el proceso de aprovisionamiento de medicamentos.
- Mejora en el proceso asistencial al paciente como consecuencia en la disminución de incidencias.
- Aumento de la eficiencia económica en la gestión de stocks de medicamentos.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Definición y formalización de métodos y procedimientos en el aprovisionamiento de medicamentos en forma de instrucciones de trabajo.
2. Implicación de los laboratorios en los mencionados métodos.
3. Implementación y puesta en funcionamiento.
4. Análisis de gestión de stocks actual.
5. Propuesta de alternativas de mejora.
6. Establecimiento de indicadores.
7. Monitorización de resultados (medición)
8. Análisis y toma de decisiones (control. Ciclo de Deming).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Índice o tasa de rotación de stocks.
2. Tasa de regularización de inventario.
3. Tasa de incidencias en la recepción y/o manipulación interna de medicamentos.
4. Nivel de servicio al paciente.

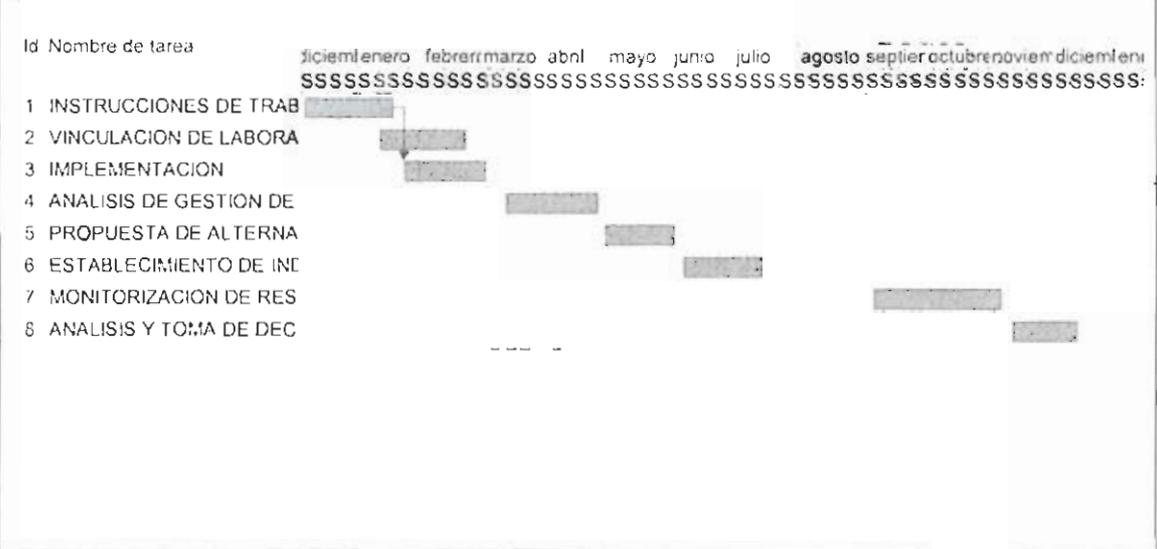
10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Diciembre 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Caleandario:



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 funcionamiento de la comisión de análisis de puestos se rige por la Instrucción 20 de enero de 2006 del Secretario General Técnico de Salud y Consumo y en materia de prevención de Riesgos Laborales y Ley 31/1995 de 8 de noviembre. Dando esta instrucción cauce de participación a agentes sociales y representantes de la administración teniendo que tomar decisiones sobre la base de informes técnicos y médicos. En el aspecto médico, la elaboración de e estos informes utilizando a los criterios, baremos, escalas de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo permite cumplir con lo establecido en el artículo 5.3 Procedimiento del RD 39/1999 Reglamento de los servicios de prevención disminuyendo la posibilidad de reclamaciones y aportando criterios de un organismo de prestigio dependiente del Instituto de Salud Carlos (Ministerio de sanidad y Consumo).

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 uso de criterios de referencia mediante una herramienta de trabajo avalada por una entidad de prestigio y de referencia a nivel estatal
Facilitar las decisiones a personas no especializadas en el tema y con conocimientos limitados.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-adquisición de las publicaciones de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo relacionada con la valoración de la capacidad laboral y diagnóstico de enfermedades profesionales .

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Nº reuniones celebradas de la Comisión de análisis de puestos
Informes emitidos.

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: 01.03.07

Fecha de finalización: 31.12.07

Calendario:

Continuo en función de la disponibilidad del recurso material y la demanda de solicitudes de adecuación/ cambio de puesto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

VIGILANCIA SANITARIA ESPECÍFICA: REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ignacio Ezpeleta Ascaso

Profesión

FEA Medicina del trabajo

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

Hospital San jorge Huesca, Unidad básica de prevención

Correo electrónico:

iezpeleta@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974247000 extensión 24129

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar López Sanjuán	ATS de empresa	Hospital San jorge Huesca, Unidad básica de prevención

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.

Realización por parte de la enfermera de un programa formativo Focuss sobre espirometría en febrero de 2007.

Mejorar la autonomía y eficiencia de la unidad básica sanitaria evitando derivaciones a otras especialidades para la realización de una prueba complementaria.

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

Aplicar el contenido del protocolo de vigilancia sanitaria específica : Asma laboral, Alveolitis alérgicas extrínseca, agentes anestésicos, oxido de etileno, radiaciones ionizantes editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con la encomienda recogida en el Artículo 5.3 de la ley 39/1997 Reglamento de los servicios de prevención

Dotar a la unidad básica con un recurso propio contemplado en el documento "Actualización del acuerdo de criterios básicos sobre la organización de recursos para la actividad sanitaria de los servicios de prevención" aprobado por la Comisión de Salud Pública el 17 de febrero de 2000 e informado favorablemente por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para conseguir una mayor eficiencia.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión y aplicación de los protocolos específicos. Responsable unidad básica
- Adquisición de espirómetro.
- Vigilancia de la salud: individual y colectiva. Responsable Unidad básica

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Protocolos específicos realizados

Espirometrías realizadas

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:01.03.07

Fecha de finalización:31.12.07

Calendario:

Continuo en función de la disponibilidad del recurso material, los riesgos específicos y la demanda de vigilancia de la salud, a realizar en los términos establecidos en el Artículo 22 de la ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales.

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 especialistas en Medicina Interna y los médicos de familia de Atención Primaria compartimos una visión global e integradora de las personas enfermas. Aunque durante un tiempo ambas especialidades mantuvieron posiciones distantes, hoy existe el convencimiento por ambas partes de que una comunicación fluida y una colaboración estrecha supone clara ventaja para el paciente y para el Sistema de Salud, facilitando la continuidad en la actividad asistencial y optimizando la utilización de los recursos disponibles. Se trata de desarrollar un programa de colaboración entre el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Jorge de Huesca y Centros de Salud del 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

Aunque es la primera vez que el proyecto se presenta a la convocatoria de ayudas de SALUD, comienza a mediados de 2004 con el Centro de Salud de Grañén, progresivamente se ha ido extendiendo a otros Centros de salud del sector.

Actualmente se visitan los C.S. de Grañén, Ayerbe, Pirineos, Huesca Rural y Santo Grial . A partir de enero de 2007 se incluirán también los C.S. de Almudévar y Perpetuo Socorro.

Durante el año 2006 se realizaron 117 consultas desde Atención Primaria, de las cuales 100 (83%) se resolvieron durante la sesión, 11 (12%) fueron citadas a la Consulta Externa de Medicina Interna de forma preferente y 7 (5%) se resolvieron mediante la solicitud de por parte del internista de una prueba complementaria a la que no tiene acceso el médico de Atención Primaria.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Descongestionar Consultas Externas y Urgencias Hospitalarias, evitar demoras en la asistencia prioritaria, evitar la multiplicidad de consultas de diversos especialistas para un mismo paciente y aumentar la calidad de la asistencia.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD		
Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD		
Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	20%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	40%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Los doctores del Servicio de Medicina Interna Jesús Cebollada, Miguel Ángel Berdún y Juan Blas Pérez Lorenz se desplazarán los Centros de Salud del Área de Huesca en calidad de consultores, para intentar solucionar in situ los problemas consultados o derivar de forma prioritaria a Consultas Externas o indicando ingreso hospitalario de los pacientes que lo requieran.

Continuarán realizándose visitas periódicas a los Centros de Salud (Dr Cebollada a C.S. de Grañén, Ayerbe, Pirineos y Santo Grial; Dr. Pérez-Lorenz a C.S. Huesca Rural y Dr Berdún iniciará visitas a los C. S. de Almudévar y Perpetuo Socorro)

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se lleva un registro de todos los pacientes por los que se consulta desde Atención Primaria, determinando los pacientes remitidos a Consultas Externas de Medicina Interna, los casos que se resuelven en el propio Centro de Salud, aquellos a los que se les solicitan pruebas complementarias a las que no tienen acceso los médicos de Atención Primaria y las cuestiones de índole teórico-práctica que se exponen en dichas reuniones.

Indicadores: Número de pacientes que no se derivan a Atención Especializada ni a Urgencias, número de pacientes propuestos y vistos en Consultas Externas en menos de 15 días, número de pacientes con buen enfoque inicial y derivación a la especialidad más adecuada para su patología, número de pacientes que dejan de acudir a varios especialistas y son seguidos por un internista.

Se tiene previsto realizar encuesta de satisfacción a los profesionales de Atención Primaria de los centros de salud.

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:

Caleandario:

1. incorporación de nuevos Centros en enero de 2007
2. recogida de datos indicadores (continuo)
3. Análisis de Indicadores (anual)

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 medición de la hemoglobina glicosilada (HbA1C) supone el principal marcador del control metabólico en los pacientes afectos de diabetes mellitus infantojuvenil. El mantenimiento de una HbA1C por debajo de los límites aconsejados previene la aparición de complicaciones crónicas microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía), principal causa de la morbimortalidad de estos pacientes.

Los protocolos recomiendan su medición cada tres meses. Actualmente, el tratamiento intensivo de los pacientes diabéticos incluye la inyección de 3-6 inyecciones subcutáneas diarias, además de la realización de un mínimo de 4 determinaciones diarias de glucemia capilar. Los pacientes son controlados clínica y analíticamente (Hb A1C en sangre venosa) cada tres meses, para lo cual los pacientes deben realizarse la extracción sanguínea una semana antes, con la consiguiente pérdida de horas escolares para ellos y laborales para sus padres. Esto a veces no es posible por la gran dispersión geográfica de nuestra población (todos los niños y adolescentes diabéticos de la provincia de Huesca), por lo que en algunos casos la extracción se realiza el mismo día de la consulta y el resultado no se conoce hasta unos días más tarde, lo que dificulta el manejo de estos pacientes.

Hoy en día, la gran mayoría de consultas que atienden a niños y adolescentes diabéticos cuentan con un aparato de medición de HbA1C capilar, de resultado inmediato, indoloro, sencillo de utilizar y concordante en un 99% con los de HbA1C medida por HPLC, técnica utilizada en el laboratorio. Esto ha supuesto una importante mejora en la calidad de asistencia a estos pacientes.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes diabéticos, evitando la molestia de la extracción venosa trimestral.

Disminuir la pérdida de horas escolares (niños) y laborales (padres) de estos pacientes y sus familiares.

Lograr que en el 100% de las visitas se tenga un resultado inmediato de la HbA1C que permita hacer las modificaciones necesarias en la pauta de tratamiento de estos pacientes.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
<i>TOTAL</i>	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Control clínico de los pacientes diabéticos cada tres meses

Realización de una medición de HbA1C capilar en cada visita programada (cada tres meses) de los pacientes con diabetes mellitus infanto juvenil.

Adecuación de la pauta de tratamiento insulínico en cada visita según los resultados del autocontrol y de la HbA1C capilar.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Disminución del número de visitas al hospital del paciente diabético y de sus familiares.

Disminución de la pérdida de horas laborales y escolares.

Mejora del control metabólico de los pacientes (disminución de la HbA1C) debido a la mejora en la asistencia.

Encuesta de satisfacción a los pacientes y sus familiares.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo de 2007

Fecha de finalización: Abril de 2008

Caleandario:

Marzo de 2007: Inicio de medición de HbA1C en sangre capilar en cada consulta programada

Septiembre de 2007: Inicio de análisis del control metabólico mediante la comparación estadística de medias de HbA1C antes y después de la puesta en marcha del programa.

Anexo 2

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

Marzo de 2008: Encuesta de satisfacción familiar y análisis del número de visitas /año antes y después del programa

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Siguiendo el ciclo de mejora de la calidad (círculo Deming – PDCA), en febrero de 2006, se presentó a nuestro Gerente de Sector, D. Vicente Salillas, en informe del *Grupo de Mejora de Enfermería en Salud Mental* del Sector de Huesca. El grupo estuvo formado por enfermeros de distintos niveles asistenciales de Salud Mental del sector de Huesca, y en él se detectaron y analizaron mediante la Técnica de Grupo Nominal y Diagrama de Ishikawa, las dificultades que encontramos los enfermeros de Salud Mental del sector en la prestación de cuidados. A continuación se realizó una priorización y posteriormente se estudiaron posibles soluciones de cada dificultad / área de mejora.

La coordinación entre diferentes niveles asistenciales y la continuidad de los cuidados enfermeros en Salud Mental supone la oportunidad de mejora en la que se quiere trabajar, al dar continuidad al esfuerzo realizado.

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

- Eliminar / reducir las dificultades detectadas en relación a la prestación de los cuidados enfermeros de Salud Mental en el Sector de Huesca,
- Priorizar, implementar y evaluar las acciones de mejora estudiadas

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>	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%
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mediante la realización de reuniones, con enfermeros de los distintos niveles asistenciales, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Priorizar las acciones de mejora estudiadas
- Analizar las estrategias de implementación más adecuadas
- Implementar de dichas acciones
- Evaluar de resultados obtenidos

Cada uno de los miembros del grupo, se responsabilizará de trasladar los resultados obtenidos en las reuniones a su centro de trabajo y de colaborar en la implementación y evaluación de las acciones de mejora

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 reuniones realizadas
- Nº de acciones de mejora implementadas
- Nº de acciones de mejora evaluadas

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: abril de 2007

Fecha de finalización: diciembre de 2007

Calendario: 1 reunión cada mes

- Abril 2007- Reunión inicial: Presentación y organización del calendario de reuniones y del programa de trabajo. Priorización de acciones de mejora.
- A partir de mayo 2007 hasta diciembre- Implementación de acciones de mejora por orden de prioridad.
- A partir de septiembre 2007 hasta diciembre - Evaluación de resultados

Entre cada reunión, se realizará seguimiento y aportación de documentación por correo electrónico y FAX.

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 DE 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 GENERAL SAN JORGE. HUESCA

Correo electrónico: crubio@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
974 247 000 Ext. 24472

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Arturo Biarge Ruiz	Enfermero	CRP "Stº Cº de los Milagros". Huesca.
Carmen Cinca Monterde	Enfermera	CSM Jaca. Huesca
Carmen Yacer Navarro	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Ana García Pardos	Enfermera	UME. Huesca
Cristina Lalaguna López de Medrano	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Concepción Latapia López	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Mª Carmen Marcén Seral	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Lourdes Nogués Sen	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Cristina Pardo Solana	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Gemma Pardos Ballestín	Enfermera	CSM Pirineos. Huesca
Mª 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

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 2007 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 y 2006, siendo necesario la continuación del trabajo a largo del año 2007.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2007 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.

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave de "especial seguimiento" atendiendo a indicadores como reingresos hospitalarios y baja adherencia asistencial.

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%
TOTAL	100%

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:

Febrero 2007 coordinación y análisis de datos del pasado año.

Septiembre 2007 reunión de seguimiento del Proyecto.

Diciembre de 2007 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: DESINTOXICACIÓN ALCOHÓLICA"

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
Mercedes Guiseris Colás	Psicóloga	Unidad de Drogodependencias. Huesca
Cristina Lalaguna López de Medrano	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Concepción Latapia López	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
M ^a Carmen Marcén Seral	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Lourdes Nogués Sen	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
Carmelo Pelegrín Valero	Psiquiatra	Hospital San Jorge. Huesca
Cristina Pardo Solana	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca
M ^a 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
Carmen Yacer Navarro	Enfermera	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...

En el proyecto "Mejora de los procesos de hospitalización en la unidad de corta estancia de psiquiatría de Huesca – programas / talleres", incluido en el programa de Apoyo en la convocatoria anterior, nos planteamos como posibilidad de mejora la realización de nuevos programas de cuidados, dirigidos a pacientes con patologías y necesidades terapéuticas concretas. Uno de ellos va dirigido a pacientes que ingresan para desintoxicación alcohólica, y surge la necesidad de elaborar un programa conjunto con otros servicios externos al hospital, que permita continuar con la deshabitación y proporcione seguimiento al alta del paciente, a la vez que colabore con nosotros en la realización del programa en la unidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- Se ha recibido formación, desde octubre de 2006 hasta enero de 2007, en terapia de grupo para la prevención de recaídas en el alcoholismo, a través de un programa FOCUS. A partir de aquí, se han elaborado las sesiones con pacientes en desintoxicación, para realizarlas durante los días de su ingreso.
- Se han realizado también programas / talleres con otros grupos de pacientes, dirigidos a aumentar la autoestima y mejorar las habilidades sociales.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Pretendemos dirigir las actividades de enfermería con los pacientes alcohólicos a aumentar la motivación, prevenir las recaídas y dar continuidad a la atención hospitalaria 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 y a disminuir los reingresos

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

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
TOTAL	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

A través de reuniones de profesionales de la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría (psiquiatra y enfermeras) y de la Unidad de Drogodependencias (psicóloga y enfermera) se realizará:

- Revisión de las sesiones planificadas y de la documentación (FOCUS)
- Elaboración deL programa conjunto de desintoxicación / deshabituación
- Puesta en marcha
- Evaluación

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

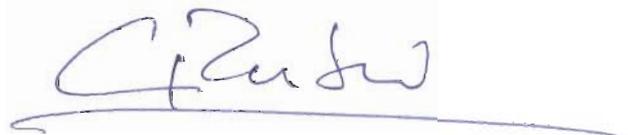
Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar

- Nº de pacientes ingresados incluidos en el programa de desintoxicación
- Nº de pacientes ingresados incluidos en el programa de desintoxicación que realizan seguimiento al alta hospitalaria

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: marzo-2007	Fecha de finalización: diciembre-2007
Calendario:	
<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de las sesiones planificadas y de la documentación (FOCUS)..... marzo de 2007 - Elaboración del programa conjunto de desintoxicación / deshabitación..... abril de 2007 - Puesta en marcha..... mayo de 2007 - Evaluación.....septiembre de 2007 	

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material de apoyo y reuniones de coordinación	500
TOTAL	500 €

Fecha y firma: Huesca, a 31 de enero de 2007



Fdo.: Concepción Rubio Soriano

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la gestión de recursos de SM a través del registro y evaluación de la demanda en la UCE y su puesta en común con los responsables de las demás unidades de Huesca.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Alvaro Monzón Montes

Nombre y apellidos

Psiquiatra UCE Psiq. del Hospital G. San Jorge

Profesión Centro de trabajo

Correo electrónico: amonzonm@salud.aragon.es

974 247170 47170 ó 24373

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmelo Pelegrin	psiquiatr	UCE H. S Jorge
Javier Olivera	“	Coordinador SM
Concha Corral	“	UCE
Fernando Cordoba	“	UCE
Concha Rubio	Enfermer	Supervisora UCE

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. Se intenta caracterizar los diferentes grupos de usuarios del sistema, los cuales no lo son con el sistema del simple diagnóstico o por los GRD al uso.**
- 2. Para cada grupo se intentará detectar sus patrones de uso de los recursos y necesidades.**

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

Partimos de los datos que suministra el sistema de información del hospital (Grd, etc) y los conocidos de las consultas ambulatorias. Carecemos de una visión de conjunto de los grupos de pacientes con los datos actuales.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Una primera visión de conjunto**
- Un esbozo de "registro de casos"**
- Una definición de las necesidades y de los errores de utilización de recursos en cada grupo**

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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	10
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	40
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%	40
total	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Recogida de la información de pacientes en ingreso y alta en base de datos Access o en Excel.**
- Resumen estadístico mensual (se procurará aumentar la frecuencia)**
- Análisis de los datos y propuestas de cambios, modificaciones de procedimientos existentes.**
- El Coordinador de SM, Dr. Olivera, irá generalizando el método a otras unidades en cuanto esté rodado en la UCE.**

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)

- **Número de resúmenes estadísticos analizados**
- **Al menos completadas el 95% de las observaciones**
- **Número de propuestas de modificación de procedimientos emanadas**

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: febrero 2007

Fecha de finalización: enero de 2008

Calendario:

- Febrero: Diseño de la Base de datos
- Marzo: Comienzo de recogida de datos
- Abril, 1ª semana : Transferencia a la Comisión Técnico Asistencial de SM del Sector, 2ª semana, Primera evaluación análisis en Comisión, propuestas de modificación en la BD.
- Antes del verano: Intento de utilización de este procedimiento adaptado en otras unidades.

- Otoño, primeras estadísticas comunes, y propuestas de modificación de procesos clínicos
- Fin de año, boceto de registro general, con centralización de la información

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. Hay una desconexión de dos centros teóricamente muy vinculados en su funcionalidad
2. Actualmente hay una infrautilización del HD
3. Hay exceso de estancias en Uce susceptibles de derivación a HD
4. Exceso de situaciones de crisis en pacientes del HD susceptibles de ingreso en UCE.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. flexibilización, accesibilidad mejorada
2. concienciación del personal de ambos centros sobre los problemas comunes y la mejor forma de solucionarlos eficientemente
3. sentar las premisas teóricas para una integración funcional entre unidades de SM

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%	

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. intercambio mutuo diario programado de la situación, tasa de ocupación, casos susceptibles de derivación, etc., via email
2. protocolización de solicitud de derivación, via email
3. transferencia de los pacientes de forma ágil.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. tasa de derivación mutua incrementada un 30% respecto al año precedente
2. incremento de la tasa de ocupación en el HD
3. espera máxima de 1 semana para ingreso, desde su propuesta por el otro centro

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: marzo 2007

Fecha de finalización: marzo 2008

Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Programa para la difusión e implantación de la intubación traqueal fibro – óptica en anestesiología y reanimación.

2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Juan Carlos Carrión Pareja y Gonzalo Ramos Moreno.

Profesión: Anestesióloga.

Centro de trabajo (Hospital y Servicio): hospital General San Jorge (HGSJHu). Huesca. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor (SARyTD).

**Correo electrónico: jccarrion@salud.aragon.es
gramos@salud.aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 974 247000. Ext. 47123.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Emilio Morros Díaz	J. Servicio	HGSJHu. SARyTD.
Alfredo Bondía Jimeno	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Pilar Mur Campos	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Enrique Sánchez Jiménez	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Jesús Antón Quiroga	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Juan López Cebollada	F.E.A.	HGSJHu. SARyTD.
Rosa Cirac Pérez	D. enferm.	HGSJHu. Bloq. quir.
Belen Hernando Hernando	Aux. enfer.	HGSJHu. Bloq. quir.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Introducción.

La intubación de la tráquea (IT) es una técnica rutinaria en la práctica de la anestesia general necesaria, entre otras cosas, para la seguridad del paciente. Por otro lado y aunque de forma poco frecuente pueden presentarse situaciones de dificultad para la IT. La importancia de ello no es tanto por la frecuencia de presentación- incidencia de imposibilidad de intubar la tráquea ente 0.05 - 0.5%¹ como por la importancia de los resultados adversos². La vía aérea difícil (VAD) constituye la principal causa de morbi – mortalidad directamente relacionada con la administración de la anestesia². La intubación traqueal fibro – óptica (ITF) se considera la técnica de referencia³ para el manejo de la VAD, pero tiene el inconveniente de las restricciones que se dan para adquirir las habilidades necesarias para su práctica.

Detección del problema.

En reiteradas ocasiones surgen dificultades, incluso previstas, para la IT sin disponibilidad en el momento de un profesional con experiencia con la técnica de ITF.

Hay una opinión unánime entre los miembros del servicio sobre la necesidad de implantar de forma extensa la técnica de ITF en el SAR y TD.

Situación inicial.

Menos del 25% de los anestesiólogos del SAR y TD del HSH tienen una experiencia mínima para poder realizar la técnica de ITF con garantías de eficacia.

Causas.

La baja incidencia de VAD hace que se presenten pocas ocasiones para la práctica de ITF, tanto durante el periodo de formación como durante el periodo profesional de los anestesiólogos.

Las características de la técnica de ITF tampoco la hacen adecuada para practicarla sin más preparaciones de manera rutinaria.

Importancia de la mejora.

Disponer en cualquier momento de la ITF para hacer frente a situaciones clínicas que comprometen la seguridad de los pacientes.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Extender la práctica de ITF a la totalidad o casi totalidad de los anestesiólogos (as) del SAR yTD del HSH.

Extender la práctica de asistencia a la ITF a la totalidad o casi totalidad del personal de enfermería.

Extender la práctica en el manejo, limpieza y desinfección del fibrobroncoscopio a la totalidad o casi totalidad del personal auxiliar de enfermería.

Aportar la experiencia adquirida en programas de formación destinados a otros profesionales de la 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>	60%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%
total	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1- Revisión y análisis bibliográfico para actualizar los conocimientos.

1.1- Implantación en el SAR y TD de una guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de la vía aérea difícil y sus consecuencias basada en la Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway de la American Society of Anesthesiologists².

1.2- Implantación de un protocolo para la anestesia loco – regional de la vía aérea.

1.3- Implementación de normas de trabajo con respecto a las actividades para la preparación y asistencia para la ITF y para el manejo, limpieza y desinfección del fibrobroncoscopio.

2- Implementación de actividades para la transmisión y difusión de conocimientos y habilidades sobre la ITF para los profesionales del SAR y TD y bloque quirúrgico del HSH.

2.1- Transmisión y difusión de conocimientos.

2.2- Transmisión y difusión de habilidades.

2.2.1- Habilidades en simuladores.

2.2.2- Habilidades en pacientes.

3- Implementación de actividades para la transmisión y difusión de conocimientos y habilidades sobre la VAD e ITF destinados a profesionales de la salud fuera del SAR y TD. Curso al final con expertos invitados, otros programas que realiza periódicamente el SAR y TD del HSH para residentes y otros profesionales, FOCUSS sobre la vía aérea etc.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1- Medición del cumplimiento / realización del 80% de los objetivos / actividades programadas.

2- Proporción de profesionales que son capaces de aplicar las habilidades

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Años 2007 - 09

Fecha de inicio: 01/01/2007

Fecha de finalización: 05/2009

Calendario: Año 2007.

Act.	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Medición 2			X									
Implant. GPC 1.1									X			
Implant. Prot. 1.2									X			
Implant. Normas de trab. 1.3									X			
Sesión Teor. 2.1						X						
Sesión Prac. Simul. 2.2.1						X	X	X	X	X	X	X
Sesión Prac. Paciente 2.2.2									X	X	X	X
Medición 1						X						X

Calendario: Año 2008

Act.	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Sesión Prac. Simul. 2.2.1	X	X	X	X	X							
Sesión Prac. Paciente 2.2.2	X	X	X	X	X							
Curso 3						X						
Medición 1 y 2	X					X						

Calendario: Año 2009

Act.	Enero	Febre.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Evaluación del programa.		X										
Medición 1 y 2		X										

Act.; Actividad.

Bibliografía.

- 1- Voyagis GS, Kiriakis KP, Roussaki-Danou K et al. Evaluating the difficult airway. An epidemiological study. *Minerva Anestesiol* 1995; 61: 483 – 9.
- 2- Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 2003; 98:1269–77 .
- 3- Ovassapian A y Mesnick PS. El arte de la intubación fibróptica. En problemas de vías respiratorias parte I. Clínicas de anestesiología de Norteamérica. Benumof JL. Interamericana.McGraw-Hill, 1995; 2:375 – 396.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Cabeza intubacion adultos	€1.712,00
Dos memorias extraíbles de 1 G.	€80
TOTAL	€1792

Fecha y firma:

En Huesca a 25/01/07

Gonzalo Ramos Moreno


Juan Carlos Carrión Pareja
