

INDICE PROYECTOS TERUEL_2007

091_2007 “Mejoras de procedimiento en las solicitudes de analíticas durante la captación de la embarazada” del CS Cedrillas	Pág. 2 a 6
092_2007 “Proyecto de acogida a inmigrantes y nuevos usuarios del sistema sanitario” del CS Teruel Urbano	Pág. 7 a 12
194_2007 “Implantación de la hidratación subcutánea en domicilio en el Centro de Salud de Monreal del Campo, Sector Teruel”	Pág. 13 a 18
195_2007 “Programa de psicoeducación en pacientes psicóticos en el Hospital Psiquiátrico de Teruel”	Pág. 19 a 22
005_2007 “Cuidando al que cuida” del H. San José	Pág. 23 a 26
196_2007 “Unidad de Memoria. Consulta específica para enfermos con demencia y sus cuidadores” del H. San José	Pág. 27 a 31
044_2007 “Iniciativa de mejora del nivel de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva” del H. Obispo Polanco	Pág. 32 a 35
045_2007 “Implantación de un programa de atención específica a los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) del Servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco”	Pág. 36 a 42
046_2007 “Protocolo de terapia electroconvulsiva. Estudio de eficacia terapéutica y minimización de efectos secundarios en UCE de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco”	Pág. 43 a 46
047_2007 “Implantación de Guía Clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis grave en la Unidad de Cuidados Intensivos del H. Obispo Polanco de Teruel”	Pág. 47 a 52
093_2007 “Sistemas informatizados de prescripción de medicamentos (SIPM) en el contexto de la distribución de medicamentos en dosis unitarias en el Hospital. Prescripción electrónica (PE)” del H. Obispo Polanco	Pág. 53 a 57
094_2007 “Infección de prótesis en el H. Obispo Polanco de Teruel. Situación actual. Detección de factores subsidiarios de mejora”	Pág. 58 a 63
159_2007 “Contribución del Equipo de Enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental, Sector Teruel. (Act 17-2006)” del H. Obispo Polanco	Pág. 64 a 67

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORAS DE PROCEDIMIENTO EN LAS SOLICITUDES DE ANALITICAS DURANTE LA CAPTACIÓN DE LA EMBARAZADA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE ANTONIO CRUZ GALAN

Profesión

MATRONA/O

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

CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Correo electrónico:

cruzgalan@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978774283

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Edo Gargallo	Administrativa	C.S. Cedrillas
Eduardo Comas Ribas	Médico	C.S. Cedrillas
Estrella Adrián Monforte	Médico	C.S. Cedrillas
Marta Hernández Rodríguez	Medico	C.S. Cedrillas
Concha Sánchez Rubio	Enfermera	C.S. Cedrillas
Angel Torres Benedicto	Enfermero	C.S. Cedrillas

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...

Se ha detectado una serie de importantes deficiencias en el proceso de solicitud de primera analítica, en la captación de la embarazada en Atención Primaria. Estos errores y omisiones inciden negativamente en las siguientes visitas seriadas, tanto en especializada como en primaria. Como causa se identifica un cierto grado de desconocimiento del perfil analítico requerido, por parte de algún profesional y la falta de comunicación con el servicio de especializada encargado de la continuación del proceso de atención de la embarazada.

Se propone la elaboración de un perfil analítico pre-impreso, compatible con los modelos normalizados y que impide de modo absoluto la omisión de cualquier variable analítica que debiera ser solicitada.

En el análisis de la situación de partida, el equipo se servirá de información reflejada en la historia clínica, de modo que pueden identificarse de modo pleno tanto los déficits actuales como las mejoras previstas.

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

Admitiendo la posibilidad de errores muy puntuales, se confía en la eliminación absoluta del problema, incrementando la fiabilidad de proceso y garantizando el acceso en plazo de los profesionales de especializada y primaria a los valores analíticos.

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%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Confección de una serie de impresos normalizados y con un importante número de ítems ya señalizados, que garanticen la integridad de las solicitudes requeridas por el protocolo y su puesta a disposición para los Médicos de Atención Primaria.

Se utilizará un modelo compatible con los protocolos de Atención especializada de modo que, la información llegará directamente a la consulta del especialista, y en forma de copia a la consulta del emisor, evitando usar al paciente como "transmisor de la información", y posibles pérdidas de esta, reduciéndose el consumo de recursos asistenciales.

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

- Número de solicitudes analíticas incompletas en la captación de la mujer embarazada / numero total de solicitudes en la captación.
- Numero variables analíticas omitidas en aquellas pacientes en las que se dé una solicitud incompleta.

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: 1/11/2006

Fecha de finalización: 30/10/2007

Calendario:

Hasta 1 de marzo de 2007. Análisis estadístico de la situación de partida, simultaneado con la confección material de los formularios.

Desde 1 de marzo de 2007 al 1 de octubre, puesta a disposición de los formularios, seguimiento y resolución de las incidencias iniciales y comienzo de la recogida de los datos post- intervención.

Hasta 30 de octubre de 2007, procesamiento de los datos recogidos, formulación y análisis de los resultados obtenidos con revisión del proceso.


SECTOR DE TERUEL
 30 ENE 2007
 Anexo 2
 CENTRO DE SALUD DE TERUEL
 RGTO. SALIDA Nº 54

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

Proyecto de acogida a inmigrantes y nuevos usuarios al Sistema Sanitario

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Teresa Marco

Profesión

Trabajadora Social

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

Centro Salud Teruel Urbano

Correo electrónico:

tmarcob@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978-609710

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Muñoz León	T. Social	Centro S. Teruel Urbano
Belén Plaza	T. Social	Hosp. Obispo Polanco
Dori Adivinación Herrero	Enfermera	C. Salud Teruel Urbano
Mercedes Montaner Cosa	Enfermera	C. S. Teruel Urbano
M ^a Angeles Montaner Cosa GARCIA IGUAL	Enfermera	C. S. Teruel Urbano
Jesús Félix de Vargas Pastor	Pediatra	C. S. Teruel Urbano
Fátima el hattab	Mediadora intercultural	CEPAIM
Isabel Pomar	Presid. A. inmigrantes	ATIS

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...

Este proyecto surge integrado en el programa de apoyo a iniciativas de mejora de calidad del SALUD.

Es una idea compartida, que vamos a procurar llevar a buen fin desde Atención Primaria y Especializada. Este compartir pretende ser el inicio de otros muchos esfuerzos que a partir de ahora esperamos acoger. Pretendemos con ello sentar bases de comunicación, interacción y futuros encuentros entre los dos niveles.

El ámbito de actuación será Teruel Capital, incluyendo a los individuos que, aunque no vivan en él, por razones de salud se desplacen a la Ciudad para hacer uso de alguno de nuestros servicios.

La iniciativa parte de la base de que los flujos migratorios constituyen un proceso social importante en la actualidad, apuntando a ser cada día más frecuentes y elevados. Este hecho se deja sentir en el sistema sanitario produciendo un mayor número de usuarios. En la mayoría de los casos desconocen "nuestra manera de hacer" y nosotros también "la suya"; enfrentarse a una novedad siempre conlleva un proceso de adaptación mutua donde ambas partes tienen mucho que aportar.

En Teruel capital en el año 2006 se contabilizaron 1605 nuevas entradas en el sistema Sanitario (TIS generadas). Hay que tener en cuenta que no todos ellos son nuevos usuarios; un porcentaje de estas TIS son debidas a cambios y/o desplazamientos por cortas temporadas a Teruel Ciudad, o a localidades vecinas para los que no representa ninguna novedad nuestro sistema sanitario. De ellas, 801 son de extranjeros y 804 cambios nacionales. En estas cifras, también debemos incluir todos los incontables: no empadronados, sin tarjeta sanitaria, pero que sin embargo hacen uso de nuestro sistema habitualmente a través de los servicios de urgencias.

Partimos de dos premisas importantes:

- A mayor conocimiento, mejor uso del recurso.
- Cuanto más nos acerquemos a otras realidades culturales, más capacidad de comprenderlas y apreciar sus singularidades.

Se puede comprobar como actualmente los profesionales del sector desarrollamos un esfuerzo añadido que resulta mal gestionado y poco usable si atendemos a su rentabilidad. Habría que buscar la optimización de los recursos y atenciones ofreciéndolos de forma que la población destinataria de este proyecto entienda e interprete adecuadamente su utilidad y objetivos.

Contamos ya con experiencia en la integración de colectivos. Pensemos por ejemplo en nuestros ancianos que raramente se acercaban al sistema de salud y para los que ha supuesto un gran cambio cultural y de costumbres. Se trataría de traspasar barreras culturales, si es necesario, buscando formas de comunicación novedosas y universales.

Una gran ayuda podría ser potenciar la figura del mediador instruyéndolo de forma que comprenda la organización de nuestro sistema sanitario y específicamente cómo implementa las acciones de prevención en salud.

Nos enfrentamos a un nuevo reto, recíproco, el esfuerzo de comprensión y de aceptación de la diferencia por nuestra parte y la necesidad del usuario de implicarse en el conocimiento y funcionamiento del sistema.

Con la creación de medidas favorecedoras de la atención a la población que sirvan de apoyo para la utilización adecuada de recursos que garanticen los derechos de los colectivos con dificultades específicas al acceso a los mismos, conseguiríamos la igualdad de oportunidades y el ejercicio pleno de nuestra función social. Y compartir experiencias con realidades culturales diferentes, que lejos de ser una carga nos enriquecerían creando dinámicas de relación más constructivas.

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 conocimiento del sistema sanitario
- * Mejor utilización de los servicios y recursos.
- * Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción del usuario.
- * Acercamiento enriquecimiento intercultural.

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%	15
<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%	30
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Estudiar las dudas y necesidades de los nuevos usuarios del SALUD en Teruel.
- Establecer protocolo de acogida de adultos donde incluyamos:
 - Entrevista individual informativa de acogida.
 - Soporte documental que contenga información sobre:
 - Dchos y deberes de los usuarios
 - Información sistema sanitario de la organización y funcionamiento (citación telefónica, horarios, ubicación de servicios, formas de acceso a los mismos...)
 - Información sobre los recursos de salud existentes.
- Establecer protocolo de acogida a menores.
 - Información sobre vacunaciones
 - Revisiones niño sano
 - Consejos pediátricos
- Elaborar el soporte documental con un grupo de personas de cada colectivo. Realizando un trabajo de traducción y adaptación de la información a su cultura que facilite su comprensión y que lo haga suyo.
- Dar a conocer el proyecto al personal de servicios utilizados como puerta de entrada al sistema y susceptibles de atención a este colectivo.
- Darlo a conocer a otros colectivos que por diferentes razones tienen mayor contacto y relación con la llegada de inmigrantes.
- Puesta en marcha del protocolo

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Nº de grupos de colectivos implicados en la elaboración de la guía.

Nº de sesiones informativas a profesionales sanitarios y otros agentes sociales.

Nº de usuarios a los que se realiza protocolo de acogida personalizada.

Nº de colectivos a los que van destinadas las guías.

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:

Contacto con agente sociales y colectivos implicados..... 1 feb-1 marzo
Realización de información base de la guía..... 1 marzo-abril
Creación de grupos de trabajo con cada colectivo..... 1 abril- 1 junio
Finalización del material documental..... 1 agosto
Presentación del proyecto15 sept-30 sept
Puesta en marchaOctubre 2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Implantación de la hidratación subcutánea en domicilio en el Centro de Salud de Monreal del Campo, sector Teruel.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: D^a Etel Carod Benedico

Profesión: Médico de Familia.

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Centro de Salud de Monreal del Campo, sector Teruel.

Correo electrónico: ecarod@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978-863467

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Ascoz Herrando	Médico	CS Monreal del Campo
Pedro Palomar Marzo	Médico	CS Monreal del Campo
Félix Peña Clemente	Médico	CS Monreal del Campo
Francisca Zafra Corella	Médico	CS Monreal del Campo
Ismael Sánchez Hernández	Médico	CS Monreal del Campo
Isabel Monreal Aliaga	Médico	CS Monreal del Campo
Julio Montesinos Morlanes	Médico	CS Monreal del Campo
Teresa Lainez Lorente	Médico	CS Monreal del Campo
Francisca Perales López	Médico	CS Monreal del Campo
Isabel Julve Villuendas.	Médico	CS Monreal del Campo
Alicia Muñoz Dolz	Auxiliar ADM.	CS Monreal del Campo
M ^a José Gómez Pérez	DUE	CS Monreal del Campo
Corina Escusa Anadón	DUE	CS Monreal del Campo
Concepción Gómez Cadenas	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a Angeles Escriche Aguilar	DUE	CS Monreal del Campo
Mercedes Lázaro Bella	DUE	CS Monreal del Campo
Belén Maicas Torres.	DUE	CS Monreal del Campo
Beatriz Izquierdo Allueva	DUE	CS Monreal del Campo
Inmaculada Gil Malo	DUE	CS Monreal del Campo

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 hidratación subcutánea en domicilio es una técnica utilizada a nivel hospitalario y domiciliario por servicios especializados en paliativos y/o geriatría. En estos momentos no es una técnica desarrollada en la Atención Primaria de Teruel, pero dada la sencillez, tolerabilidad y factibilidad que ha demostrado en pacientes paliativos y geriátricos según la última bibliografía revisada, lo consideramos como una oportunidad de mejora de la atención en domicilio, de la satisfacción del paciente y su familia e incluso de la disminución de derivaciones/ingresos hospitalarios.
- El sector Teruel se caracteriza por una amplia dispersión geográfica, empobrecimiento demográfico y envejecimiento poblacional lo que supone una mayor proporción de enfermos inmovilizados, terminales y paliativos, que son los más susceptibles a la deshidratación y sus consecuencias.
- Según datos de TIS a 1 de enero de 2007 en el CS Monreal se atiende una población de aproximadamente 5163 habitantes, de los cuales 1709 son mayores de 65 años y **938 superan los 75 años**. Según criterios de Cartera de Servicios el **2%** sobre población de tarjeta cumplirán criterios de enfermo terminal susceptible de cuidados paliativos (10,326 pacientes). Pero teniendo en cuenta reflexiones de grupos de trabajo avanzados y abriendo el abanico de la atención paliativa a pacientes no oncológicos (demencias, insuficiencias respiratorias/cardíacas, patología reumatológica y/o neurodegenerativa, etc) la población susceptible de técnicas paliativas ascendería a un **3%** sobre población de tarjeta (**15,489 pacientes**). Además, diversos estudios geriátricos muestran un 25-35% de deshidratación en ancianos (281,4 de los 938 >75a.).
- Posibles causas de deshidratación:
 - Cáncer avanzado.
 - Neurotoxicidad por opioides.
 - Deterioro neurológico inducido por enfermedad, fármacos o problemas metabólicos.
 - Disfagia.
 - Obstrucción intestinal.
 - Vómitos.
 - Mal estado de la boca.
 - Petición de la familia.
 - Anorexia.
 - Otros.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejoría de síntomas y signos clínicos relacionados con la deshidratación (ojos hundidos, sequedad de boca y axila, signo del pliegue, deterioro neurológico...) con/sin confirmación bioquímica en el paciente geriátrico frágil/ inmobilizado/ terminal deshidratado.
- Prevención y/o mejoría de problemas del enfermo geriátrico frágil/ inmobilizado/ terminal deshidratado: sed, deterioro cognitivo, deterioro nivel conciencia, náuseas, debilidad, mioclonias, deterioro estado emocional del enfermo y familia...
- Escasos efectos secundarios de la técnica.
- Aumento de la satisfacción de pacientes y familia a un coste bajo.
- Tolerabilidad y factibilidad de la técnica en pacientes susceptibles.
- Estimación de la disminución de derivaciones a urgencias y del nº de ingresos hospitalarios. Favorecer la atención domiciliaria y la atención al enfermo dependiente.
- Cobertura de al menos el 30% de pacientes que sufran deshidratación y partan de un peor estado general según exploración general/Karnofsky/ECOG, es decir, nos centraremos en los correspondientes a ese 3‰ (15,5 pacientes).
- Planteamiento del desarrollo de esta técnica en pacientes dependientes deshidratados graves y sin criterios de terminalidad.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Se trata de instaurar y desarrollar la todavía inexistente técnica de la *hidratación subcutánea domiciliaria* en nuestro medio rural turolense.
- El proyecto tendrá lugar en el CS de Monreal del Campo que cuenta con 8 médicos titulares y 3 de refuerzo, 6 DUEs titulares y 2 de refuerzo y 1 auxiliar administrativo.
- Nuestro **objetivo** sería mejorar la deshidratación con la técnica subcutánea en aquellos pacientes con peor estado general, deshidratados según criterios clínicos +- bioquímicos y dificultad en la rehidratación oral. Por tanto, nos centraremos en esos 15,5 pacientes e intentaremos el tratamiento en al menos un 30% de los mismos (**4,65 casos**). Quedan excluidos los que conserven la vía oral.
- La hidratación subcutánea en cada paciente será llevada por su médico y DUE correspondientes, y supervisada en caso de necesidad por los refuerzos de atención continuada y fin de semana. El equipo consultor en caso de dudas corresponderá a la Dra. Etel Carod y DUE Concepción Gómez y para casos más graves se consultará con la Unidad Móvil de CP del Hospital S.José.
- Conocer la tolerabilidad y factibilidad de dicha técnica en nuestro medio.
- Desarrollar técnicas de cuidados paliativos relacionadas directamente con la hidratación subcutánea (ejm.: manejo de la vía subcutánea en general) adaptadas a nuestro entorno.
- Evaluar efectos secundarios de la técnica y la satisfacción del paciente.
- Evaluar zona de punción/ patrón de administración/ tipo de suero/ nº de punciones por paciente/ duración de cada palomilla/ duración de la hidratación/ volumen diario en ml por 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

Hoja de recogida de datos que incluyan los siguientes ítems:

1. Sexo, edad.
2. Enfermedad de base. Posibles desencadenantes.
3. Soporte familiar adecuado en domicilio: si/no. Cuidador principal.
4. Motivo principal para la hidratación:
 - i. Cáncer avanzado.
 - ii. Neurotoxicidad por opioides.
 - iii. Deterioro neurológico inducido por enfermedad, fármacos o problemas metabólicos.
 - iv. **Disfagia.**

- v. Obstrucción intestinal.
 - vi. Vómitos.
 - vii. Mal estado de la boca.
 - viii. Petición de la familia.
 - ix. Anorexia.
 - x. Otros (especificar).
5. Tratamiento farmacológico habitual. Toma de opioides: sí/no.
 6. Estado general: Karnofsky, ECOG.
 7. Constantes: TA, FREC card y resp, T^a.
 8. Supervivencia (días) desde el inicio de la infusión subcutánea.
 9. Patrón de administración de la hidratación: continua/intermitente.
 10. Tipo de suero: FS, glucosado 5%, glucosalino.
 11. Duración de la hidratación (días).
 12. Volumen diario infundido (ml).
 13. N° de punciones/paciente y sesión.
 14. Tipo palomilla (G).
 15. Duración de la palomilla (días).
 16. Posibles complicaciones, efectos secundarios:
 - a. *Leves*: Fuga/ induración/ edema/ sangrado/ eritema/ pérdida accidental/ molestias locales (pinchazo, dolor...)/ otros (especificar).
 - b. *Graves*: aquellas que el paciente refiere como tales o repercuten en su rutina diaria/ insuficiencia cardiaca/ reacciones alérgicas/ sangrado e infección severos/ otros (especificar).
 17. Motivo para cambio de palomilla.
 18. Localización de la punción (brazo, abdomen, infraclavicular, muslo, otros).
 19. Motivo de retirada de la hidratación.
 20. Satisfacción del paciente y familia (EVAs).
 21. Satisfacción de los profesionales sanitarios (EVAs).

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Caleandario:

- Enero, febrero, marzo: Elaboración de la hoja de recogida de datos. Organización del trabajo en equipo. Propuesta y valoración de posibles candidatos a hidratación subcutánea. Revisión del material necesario. Revisión bibliográfica completa y consulta de expertos.
- Abril, mayo, junio: Preparación de sesiones informativas y sesiones clínicas. Presentación de casos clínicos, si los hubiera, en revista y/o Jornadas científicas. Ampliar el proyecto e informar del mismo al Servicio Social de Base.
- Julio-Septiembre: Seguimiento, evaluación de los casos tratados con hoja de recogida de datos. Revisión con grupo de expertos de los casos atendidos: ESAD, hospital. Valorar la inclusión en el proyecto de pacientes graves deshidratados, dependientes y sin criterios de terminalidad.
- Octubre-Diciembre: Evaluación del proyecto y propuesta de actividades para mejorar la atención a la deshidratación en domicilio. Reunión final del grupo de trabajo y consulta de expertos.

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador portátil	
Días sustituidos para formación, desplazamientos, dietas, alojamientos en cursos formativos, participación en congresos y jornadas, publicaciones, etc.	
Sueros fisiológicos 0,9%, glucosados 5% y glucosalinos, de 250cc, 500cc y 1000cc.	
Palomillas subcutáneas de 21, 23 y 25 G.	
Conexiones de gotero. Soportes de gotero.	
Llaves de 3 vías.	
Tiras aproximación, betadine, gasas, apósitos transparentes adhesivos.	
Incentivación del aumento de los desplazamientos y las visitas en domicilio para supervisión de la técnica.	
TOTAL	

Fecha y firma:



29-01-2007

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...

La despersonalización y la falta de conciencia de enfermedad afecta a los pacientes psicóticos.

La falta de conocimiento e información acerca del cuerpo humano y su funcionamiento, de los síntomas y signos de su patología y los posibles tratamientos son factores de riesgo que propician recaídas, por no detectar el paciente indicios de su descompensación y desconfiar de los medicamento y de los profesionales de la salud mental.

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

- Promover conciencia corporal positiva.
- Promover una autoimagen realista y positiva.
- Reconocer síntomas y signos de su enfermedad.
- Valorar la medicación como factor de prevención.
- Valorar a los profesionales de salud mental.
- Aprender a reconocer estados de humor y signos de enfermedad.
- Evitar recaídas.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Evaluar mediante escalas y cuestionarios el estado actual del paciente y su actitud hacia la enfermedad.
- Charlas semanales de 45' a grupos de entre 6-12 pacientes.
- Se han elegido 3 módulos de dos meses para repartir estas charlas.
- Módulo I: Conocimiento/cuidado corporal
- Módulo II: Conciencia de enfermedad, vulnerabilidad y autoestima.
- Módulo III: Adherencia al tratamiento y autocontrol.

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

- Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (CGI-SCH)
- Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI)
- Escala de evaluación de Insight (SUMD)
- Cuestionario de autoadministración de medicación.
- Cuestionario de actitud

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: JUNIO 2007

Calendario:

Se seleccionará a los pacientes susceptibles y se evaluarán con las escalas y cuestionarios.

Todos los martes de 13'45 a 14'30 h. en la sala multiusos de la tercera planta de la ULE del Hospital Psiquiátrico.

- MODULO I: Enero-Febrero
- MODULO II: Marzo-Abril
- MODULO III: Mayo- Junio

Finalizados los módulos se evaluarán de nuevo con las escalas y cuestionarios para valorar cambios de actitud hacia la enfermedad y la medicación.

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...

Debemos considerar que el cuidador no es sólo el que cuida al paciente sino que también es un elemento sanitario vital ya que desarrolla una función activa que incluye mantener funcionalmente al paciente el mayor tiempo posible.

La carga del los cuidados y la labor de cubrir las necesidades de las pacientes geriátricos se asume en la mayor parte de los casos por medio del cuidado informal que es aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte mayoritariamente de la familia, amigos, vecinos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

El síndrome del cuidador se caracteriza por ser una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico. Por ello en centros como es el nuestro " Hospital Socio-sanitario" donde ingresan pacientes de larga estancia, cuyo cuidador principal habitualmente es una persona mayor, es fundamental proporcionar al mismo el ambiente mas adecuado para realizar dichos cuidados, haciendo su estancia lo más agradable posible en ambas direcciones.

5.-RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL 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

- Aportar una herramienta lúdica fundamental , que les proporciona un descanso psicológico favoreciendo su autocuidado y haciendoles su permanencia en el hospital, más entretenida.
- Lograr la distensión, relajación y el escape frente al estrés provocado por el entorno.
- Fomentar la interrelación, la comunicación y la amistad frente al aislamiento y la soledad.

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%			15%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%			45%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%			10%

8.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos las medidas previstas, los responsables

Las acciones y los procedimientos para alcanzar los objetivos estarán definidas por:

- Formativo educativos: lectura de libros.
- Difusión de la cultura: proyección de películas y/o documentales en Salas de estar.
- Lúdicas: tiempo libre para ver la T.V en la habitación.

El equipo de trabajo estará formado por los profesionales del centro.

Metodología:

- . Activa y participativa, de implicación en el proceso y que favorezca la relación y responda a los intereses.
- . Flexible, adaptada a los ritmos de cada persona y que responda a sus intereses fomentando el respeto y la dignidad humana.
- . Programada, para que se lleve a cabo dentro de un horario previsto.

9.- INDICADORES, EVALUACION 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.

- Satisfacción de los destinatarios.
- Grado de participación en las proyecciones.
- Mejora del estado psicológico de los cuidadores.

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: 2007

Fecha de finalización: diciembre 2007

Caleandario:

- SE INICIARA EL PROYECTO UNA VEZ CONTEMOS CON TODAS LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA LA REALIZACION DEL MISMO.
- El horario de acceso a la biblioteca, será en turno de mañanas.
- El horario de proyección de películas se hará en turno de tardes ya que es cuando menos se interfiere en la dinámica de las actividades médicas y asistenciales que los pacientes precisan y no coincidiendo con el horario de las diferentes comidas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“UNIDAD DE MEMORIA.
Consulta específica para enfermos con demencia y sus cuidadores”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA

Profesión: FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA. GERIATRÍA Centro de trabajo: HOSPITAL SAN JOSE. TERUEL

Correo electrónico: pgonzalez@aragon.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Jesús Vicente Romero	Enfermera	Hospital San José. Teruel. Unidad de Valoración Sociosanitaria.
Purificación Montero Cercós	Enfermera	Hospital San José. Teruel. Hospital de día.
Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera	F.E.A. Geriatria	Hospital San José. Teruel
María Cruz Hernando Vicente	Auxiliar administrativo	Hospital San José. Teruel
Yolanda Vellisca González	Psicóloga clínica	

4 - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Desde la apertura de la consulta externa (CCEE) de Geriatria se ha objetivado una demanda creciente de consultas de Atención Especializada por deterioro cognitivo. Un análisis somero de los factores que influyen en este hecho sería:

1. se trata de una patología de incidencia creciente con la edad, y el envejecimiento poblacional determina una elevada prevalencia de casos;
2. existe cada vez más información sobre la enfermedad, tanto a disposición de los facultativos como del público en general, y las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer han ayudado enormemente en este sentido con su labor de difusión;
3. el médico de Atención Primaria tiene las herramientas para hacer un diagnóstico sindrómico, pero probablemente no dispone de las herramientas ni, desde luego, del tiempo, para realizar un diagnóstico etiológico;
4. los recursos terapéuticos están en manos únicamente del especialista, que se ve sobrepasado por el aluvión asistencial.

En el caso de esta patología es preciso, además, dedicar un tiempo extra de consulta a la atención del cuidador, que se convierte invariablemente en paciente, si no de forma evidente, sí oculta. Este hecho tiene una repercusión social indudable.

El objetivo del presente proyecto sería la rentabilización de los recursos actualmente disponibles en el Hospital San José de Teruel, tanto físicos como humanos, en beneficio de la población geriátrica afecta de demencia y de sus cuidadores.

5.-RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL 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 intención por nuestra parte es desarrollar un proyecto asistencial

1. Que dé servicio a la población turolense (ancianos con demencia y cuidadores), al cumplir los objetivos del diagnóstico etiológico de la demencia;
 - tranquilizar a paciente y familia
 - ayudar en la planificación del futuro
 - tratar el déficit cognitivo y la sintomatología acompañante a lo largo de todo el proceso
2. Que tenga continuidad;
3. Que se caracterice por la calidad, manifiesta tanto en la satisfacción de los usuarios y sus cuidadores como en la repercusión científica (intención de desarrollar trabajos de investigación y contacto con sociedades científicas);
4. Que sea de referencia al menos a nivel de la Comunidad Autónoma.

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	Diagnóstico y tipificación de la demencia. Tratamiento precoz. Intervención con el cuidador.	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	Tranquilizar paciente y familia	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	Informar y formar a la familia. Ayudar en la planificación del futuro. Garantizar el seguimiento y procurar el control sintomático.	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	Rentabilizar los recursos físicos y personales disponibles actualmente en el Hospital San José de Teruel.	30%

8.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos las medidas previstas, los responsables

Población diana:

- Pacientes derivados a Geriátrica por el Médico de Atención Primaria para estudio de deterioro cognitivo.
- Pacientes a los que se detecta demencia tras ser valorados en Geriátrica por otros motivos.
- Pacientes derivados por otros especialistas para seguimiento.
- Cuidadores principales de los ancianos con demencia.

Recursos humanos:

- 2 médicos especialistas en Geriátrica,

- 1 neuropsicóloga,
- 2 enfermeras especialmente entrenadas en la valoración de enfermería de ancianos demenciados y en el soporte a las familias,
- 1 auxiliar administrativo.

Espacio físico (amplio, aclimatado y libre de barreras arquitectónicas, bien señalizado y con acceso para ambulancias y usuarios ambulatorios):

- Consulta 1 de Geriátría
- Consulta 2 de Geriátría
- Consulta de Enfermería
- Sala de espera de la CCEE de Geriátría.
- Sala de actividades del Hospital de Día (que se utilizaría como sala de espera o de descarga en casos de comportamientos disruptivos, y para la realización de talleres y seminarios con los cuidadores).

Horario:

- De tarde

Recursos económicos:

- Complementos B por mayor dedicación horaria en el caso de los 2 geriatras, las 2 enfermeras y el auxiliar administrativo.
- La psicóloga se encuentra actualmente realizando un doctorado en neuropsicología y ha sido remitida a la Unidad de Geriátría por investigadores en este campo.

ITINERARIO DEL PACIENTE :

ADJUNTO EN ANEXO.

9.- INDICADORES, EVALUACION 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. Análisis de los datos sociodemográficos y clínicos recogidos.
- 2.- Impacto de la consulta de cuidadores sobre la calidad de vida de los usuarios (pacientes y cuidadores) medido a través de las escalas:
 - Zaritt, Yesavage, que se administrarán al cuidador.
 - Barthel, Lawton, NPI, que se administrarán referidas al paciente.
- 3.- Impacto del diagnóstico, tratamiento precoz y control sintomático sobre la evolución cognitiva y funcional del paciente, medido a través de escalas neuropsicológicas.
- 4.- Desarrollo de trabajos de investigación y contacto con sociedades científicas.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

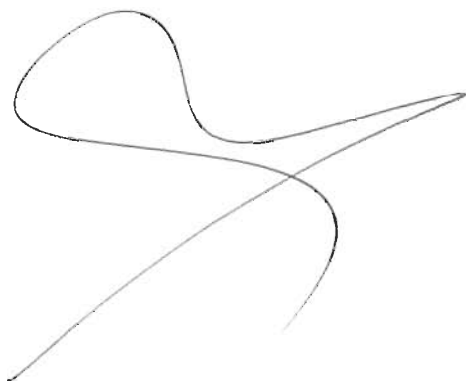
Fecha de inicio: marzo 2007

Fecha de finalización: diciembre 2007

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
ELABORACIÓN E IMPRESIÓN DE GUÍA PARA CUIDADORES	<u>1200 Euros</u>
ORDENADOR PORTÁTIL	<u>1500 Euros</u>
TEST NEUROPSICOLÓGICOS	<u>700 Euros</u>
Gastos de copistería y material fungible	<u>700 Euros</u>
COMPRA EJEMPLARES "Vivir con... la enfermedad de Alzheimer" para préstamo a cuidadores (4 ejemplares)	<u>100 Euros</u>
Costes valoración neuropsicológica	<u>4800 Euros</u>
TOTAL	<u>9000 Euros</u>

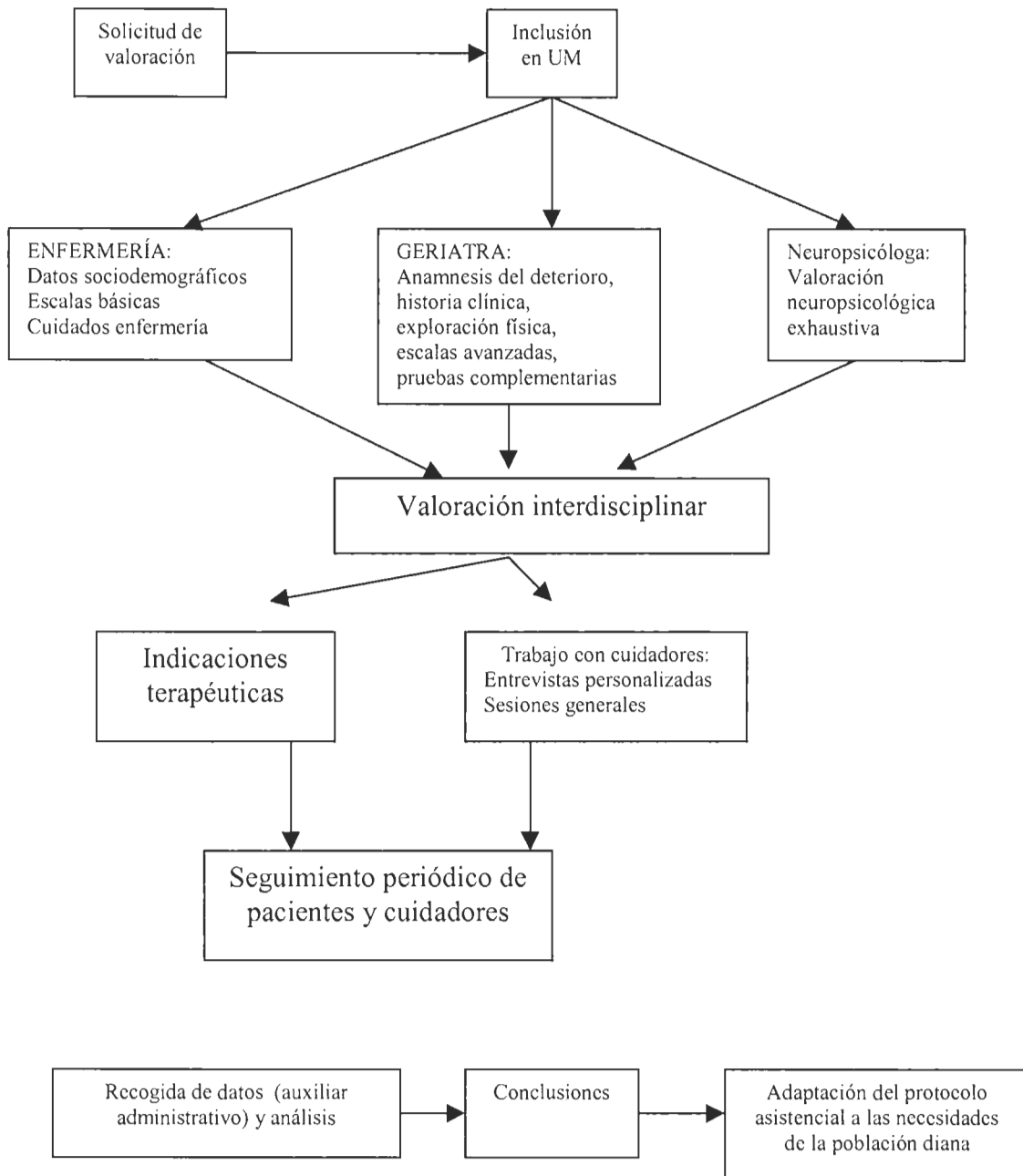
Fecha y firma: 30 de ENERO de 2007

Fdo: Paloma González García (F.E.A. Geriatria y coordinadora del proyecto)



Anexo

ITINERARIO DEL PACIENTE



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 satisfacción del paciente se ha convertido en una de las piedras angulares de los sistemas de mejora progresiva de la calidad en los hospitales. La satisfacción influye en la elección que este paciente, u otros próximos a él, harán en el futuro cuando presenten un nuevo problema de salud o en el cumplimiento de las medidas terapéuticas prescritas. La adopción de indicadores de calidad en satisfacción puede contribuir a una mejora progresiva de la misma

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

Análisis global del grado de satisfacción de los pacientes en la endoscopia digestiva utilizando la versión al castellano del cuestionario GHAA-9m recomendado por la ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy) que recientemente ha sido validado. Se trata de un cuestionario sencillo y flexible al que añadiremos alguna pregunta que consideramos importante en nuestra unidad de endoscopia. Nos interesa especialmente conocer el grado de información sobre las exploraciones (gastroscopias y colonoscopias) que tienen los pacientes previo a la realización de las mismas y el grado de tolerabilidad del procedimiento con el fin de facilitar, en un futuro y si es necesario, mayor nivel de sedación.

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%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	50%
<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

- Realización de la entrevista a cada paciente tras la endoscopia – Enfermería
- Incorporación en una base de datos – Sección de Digestivo
- Análisis de los datos – Sección de Digestivo

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

A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:

- Nivel de información acerca del procedimiento ofrecido por el médico solicitante
- Nivel de información sobre el procedimiento ofrecido por el personal de endoscopias
- Confort y tolerabilidad durante la endoscopia y en su preparación (en el caso de las colonoscopias)
- Trato recibido del personal de la Unidad de Endoscopias Digestivas
- Retrasos en las citaciones de las exploraciones y en la sala de espera previo a su realización
- Satisfacción global del 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: Marzo 07

Fecha de finalización: Febrero 2008

Calendario:

Realización de la base de datos.....	mes de marzo 2007
Realización de las entrevistas.....	meses de abril a julio de 2007
Incorporación a la base de datos.....	meses de agosto a octubre de 2007
Análisis de los datos obtenidos.....	meses de noviembre y diciembre de 2007
Propuestas de cambio en base a los datos..	meses de enero y febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS (EAIS) DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a PILAR GRACIA SÁNCHEZ

Profesión

JEFE DE SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA

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

HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. TERUEL

Correo electrónico:pgracias@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 621150 ext 1792

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SERGIO ZABALA LÓPEZ	J.S.M. INT	H. OBISPO POLANCO
LORETO HORCADA RUBIO	F.E.A REUMA.	H. OBISPO POLANCO

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 EAIS (en las que se incluyen el Lupus Eritematoso Sistémico, el Síndrome Antifosfolípido, la Esclerodermia, el Síndrome de Sjögren y las diversas Vasculitis Sistémicas) constituyen un grupo de patologías relativamente raras, pero especialmente complejas y con frecuencia con gravedad extrema y urgencia, por lo que habitualmente son atendidas por diversos especialistas, muchas veces de forma parcelar y dispersa.

Para mejorar la calidad de la atención ofrecida a nuestros pacientes y en consonancia con experiencias similares en otros Centros de nuestra Comunidad y país, se hace necesario agrupar y unificar la atención prestada mediante el desarrollo de un Programa Asistencial específico, a cargo de un reducido nº de profesionales cualificados que se responsabilicen directamente de la atención clínica de los pacientes, de su coordinación asistencial y/o de la elaboración y en su caso consenso de protocolos y guías de actuación comunes. Consideramos que los internistas somos los especialistas mejor posicionados para desarrollar dicha labor de coordinación asistencial

Proponemos un proyecto de mejora de la calidad basado en la agrupación y unificación de la atención de los pacientes atendidos por nuestro Servicio, ofertando una coordinación con los diversos profesionales implicados que posibiliten en el futuro la constitución de una Unidad Funcional y Multidisciplinaria de EAIS.

Esta Unidad estará relacionada con la del Hospital U. Miguel Servet dirigida por el Dr J. Velilla Marco, con cuya colaboración contamos y que a su vez está respaldada por un proyecto de mejora de la Calidad aceptado en 2006.

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. Mejorar la atención de los pacientes con EAIS atendidos en nuestro Servicio mediante la elaboración de protocolos comunes y guías de actuación.
2. Protocolizar y optimizar los tratamientos minimizando los riesgos derivados de los mismos (corticoides, inmunosupresores, anticoagulantes, etc)

3. Mejorar la información proporcionada al paciente y a los profesionales responsables del continuo asistencial (fundamentalmente Atención Primaria)
4. Ofertar, coordinar y consolidar un grupo de trabajo multidisciplinario con profesionales de otros Servicios y niveles que permita avanzar en aspectos asistenciales, de docencia e investigación en estas enfermedades

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. Elaboración de una Base de Datos en la que se documente de forma uniforme los criterios diagnósticos utilizados (clínicos e inmunológicos) y las actuaciones terapéuticas empleadas.
2. Elaboración de Protocolos clínicos, Guías de actuación y en su caso, Vías Clínicas, de forma coordinada y consensuada con todos los especialistas implicados en la atención de estos grupos de pacientes del Sector II.
3. Elaboración de documentos informativos específicos a los pacientes y a los profesionales implicados en su continuo asistencial (MAP, etc)
4. Reunión con periodicidad mínima quincenal de puesta en común de los integrantes del grupo para evaluación de los logros y resolución de problemas.

Queremos destacar que estas actividades se enmarcan dentro de los objetivos de la Sección de MI y cuenta con el apoyo decidido del Coordinador de Área médica.

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. Desarrollo de Protocolos diagnóstico terapéuticos de las 3 entidades más frecuentes (LES, SAF y Arteritis Temporal). Objetivo > 75%.
2. Elaboración de Hojas Informativas para los pacientes de cada una de las principales enfermedades y sus tratamientos más habituales (Objetivo: > 75%), generalizando el Consentimiento Informado para todos los casos de tratamientos inmunosupresores y terapias biológicas (Objetivo: 100%).

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

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)

Fecha de inicio: 1 de abril 2007

Fecha de finalización: 31 de marzo de 2008

Calendario:

Segundo trimestre 2007: Divulgación del programa entre los médicos del Servicio. Elaboración de fichas de documentación de pacientes (criterios diagnósticos, tratamientos) Consentimientos Informados y hojas informativas para pacientes

Tercer y cuarto trimestre 2007: Entregar los documentos informativos. Completar recogida de datos y análisis de los mismos, detectando áreas de mejora y elaborar protocolos y guías de actuación propias.

Primer trimestre 2008: Implantar protocolos y documentos informativos definitivos. . Evaluación de resultados y plantear propuestas de mejora.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Dada la controversia suscitada con la TEC en la literatura científica, y dados los estudios realizados que avalan los efectos terapéuticos beneficiosos de la misma en diferentes patologías resistentes al tratamiento psicofarmacológico, queremos realizar un estudio que nos permita medir el efecto terapéutico del mismo y minimizar al máximo las posibles complicaciones y efectos secundarios derivados de su aplicación.

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 eficacia de la indicación de la terapia electroconvulsiva y de los beneficios de la misma, estudiar y minimizar los déficit cognitivos post TEC temporales y valorar la existencia de posibles déficit cognitivos permanentes.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se valora añadir al protocolo de tratamiento con TEC:

- Una hoja demográfica: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, núcleo de convivencia...
- Un Registro de patología psiquiátrica: diagnóstico, inicio del trastorno, ingresos previos, tratamiento con TEC previo, TEC de mantenimiento...
- Pruebas previas: analítica general, coagulación, ECG, radiografía de tórax, TAC craneal, acetil colin esterasa...
- Consentimiento informado.
- Registro de anestesia y de realización TEC: localización de electrodos, constantes, tipo de convulsión, duración, posibles complicaciones...
- Registro de efectos secundarios inmediatos tras TEC.
- Medición por test psicométricos de parámetros de descompensación psicopatológica (BECK, BAI, PANNS...) pre TEC y tras terminar las sesiones necesarias, y mejoría de los mismos.
- Medición a través de test psicométricos de posibles déficit cognitivos: atención, concentración, memoria verbal, funciones ejecutivas... medidas antes de la primera sesión de TEC, en la sexta sesión y al terminar las sesiones establecidas.

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.

Para la medida de la eficacia terapéutica de la Terapia electroconvulsiva se utilizarán test psicométricos antes de la primera sesión de TEC y al finalizar las sesiones necesarias.

Para medir los posibles efectos cognitivos del tratamiento se realizarán mediciones psicométricas antes, durante y tras el tratamiento.

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 del 2007

Fecha de finalización:

Calendario:

Recogida continuada de los datos y reunión en junio de este año para coordinación y análisis de los datos recogidos hasta la fecha.

Segunda reunión en enero del 2008 para realizar la evaluación general y publicación del trabajo.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**Importancia y Utilidad del proyecto:**

En la actualidad se ha conseguido un consenso internacional sobre las medidas de actuación en la sepsis grave a través de la campaña “*Sobrevivir a la sepsis*”, que se ha traducido en la creación y mantenimiento de unas guías de práctica clínica elaboradas en el año 2004 (Declaración de Barcelona) y la propuesta de promover cambios en el proceso asistencial en cada uno de los centros, con el objetivo de disminuir la mortalidad de hasta 3000 vidas al año en España..

El Hospital “Obispo Polanco” de Teruel, pretende con la ayuda de este proyecto de calidad, poner en marcha las medidas contempladas en las guías de práctica clínica.

- La incidencia de sepsis grave es uno de los indicadores más representativos de la calidad asistencial.
- La sepsis grave es un problema de alta incidencia y prevalencia en las UCIs.
- La mortalidad de la sepsis grave es potencialmente evitable, implantando protocolos de detección y tratamiento precoces.
- La sepsis grave es un grave problema debido a:
 - La morbi-mortalidad que conlleva
 - El aumento del gasto hospitalario
 - La prolongación de la estancia hospitalaria
- La identificación precoz de la sepsis grave conlleva la instauración de un tratamiento temprano que mejora la morbi-mortalidad de los pacientes.

Métodos de detección y priorización empleados:

- La técnica de grupo usada para **identificar las oportunidades** de mejora ha sido *Brainstorming*:
 - Implantación de guía clínica de sepsis grave
 - Protocolo de limitación del esfuerzo terapéutico
 - Plan de detección de altas de UCI precoces o inadecuadas
 - Estudio de mortalidad en UCI
- **Método de priorización** empleado:

Parrilla de análisis

	GUIA CLÍNICA SEPSIS GRAVE	LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPEÚTICO	DETECCIÓN ALTAS PRECOCES	ESTUDIO MORTALIDAD
Fácil medición	2	1	2	3
Usuarios afectados	3	1	1	1
Riesgo para paciente	3	0	3	0
Coste programa mejora	3	3	3	3
Necesidad influencia externa para la solución del problema	3	0	3	3
Profesionales implicados en el programa	3	3	1	1
TOTAL	17	8	13	11

Situación de partida

- Ausencia de uniformidad en las medidas de detección y tratamiento de la sepsis grave.
- Variabilidad de los datos epidemiológicos recogidos de la sepsis grave.

Causas

- Falta de protocolos de actuación
- Falta de registros sistematizados

Fuentes de información

- Historias clínicas
- Revisión de publicaciones relacionadas con el tema

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

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Estandarizar todas las medidas y actividades en la detección y tratamiento de la sepsis grave.
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la detección y tratamiento de la sepsis grave.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la sepsis grave.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas de detección y tratamiento de la sepsis grave.
- Conocer y analizar la incidencia y prevalencia de la sepsis grave en la UCI del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel, para comparar con estándares de calidad.
- Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos una guía de práctica clínica de la detección y tratamiento de la sepsis grave, siguiendo las recomendaciones de la campaña internacional "*Sobrevivir con la sepsis*".

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

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

- Estandarizar los criterios diagnósticos de la sepsis grave.
- Instaurar una metodología de detección y tratamiento de la sepsis grave.
- Desarrollar unos **paquetes de medidas** a cumplimentar en las primeras 6 horas y en las siguientes 24 horas de la presencia de sepsis grave.
- Sistematizar y registrar el cumplimiento de los paquetes de medidas de detección y tratamiento de la sepsis grave.
- Registro de la epidemiología de la sepsis grave.
- Monitorizar los indicadores de la sepsis grave.

Responsables

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**De proceso asistencial**

Porcentaje de diagnósticos precoces (conseguir detectar todos los casos de sepsis grave en las dos primeras horas

$$\frac{\text{nº de sepsis graves detectadas en 2 primeras horas}}{\text{nº total de sepsis graves}}$$

Porcentaje de cumplimiento del 100%

Porcentaje de cumplimiento de los paquetes de medidas

$$\frac{\text{nº de sepsis graves con cumplimiento medidas}}{\text{nº total de sepsis graves}}$$

Porcentaje de cumplimiento del 100%

De resultado

Reducción de la mortalidad de la sepsis grave atendida en UCI en un 25%

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

Caleandario:

- Enero - Febrero 2007: Elaboración y difusión de protocolo
- Marzo – Diciembre 2007: Puesta en marcha de guía clínica y recogida de datos
- Reuniones cada tres meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del protocolo
- Enero 2008: Análisis de resultados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"Sistemas informatizados de prescripción de medicamentos (SIPM) en el contexto de la distribución de medicamentos en dosis unitarias en el hospital. Prescripción electrónica (PE)".

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos. Irene Valle Giner

Profesión: Farmacéutica (F.E.A. Farmacia)

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Hospital Obispo Polanco. Servicio de Farmacia. Avda. Ruiz Jarabo S/N. 44002 Teruel .

Correo electrónico: ivalle@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978 621150 ext 1650

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concha Thomson Llisterri	Directora	Hospital Obispo Polanco
Carmen Pérez Martínez	Supervisora	Hospital Obispo Polanco
Francisco Rodilla Calvelo	Farmacéutico	Hospital Obispo Polanco
Teresa Agustín Moreno	ATS-DUE	Hospital Obispo Polanco
Anabel Gimeno Mora	ATS-DUE	Hospital Obispo Polanco
Luis Angel Abellá Pérez	Informático	Hospital Obispo Polanco
María Maudos Clemente	Auxiliar	Hospital Obispo Polanco
Pilar Gracia Ibañez	Auxiliar	Hospital Obispo Polanco
Rosa Sanchís Motilla	Auxiliar	Hospital Obispo Polanco
Dolores Conde Pérez	Auxiliar	Hospital Obispo Polanco
Emma Doñate Linares	Auxiliar	Hospital Obispo Polanco

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 desarrollo de los sistemas de PE ha sido defendido por muchos autores como uno de los puntos clave para aumentar la seguridad en la utilización de los medicamentos.

Con la introducción de ayudas sencillas, como la de seleccionar por defecto los datos habituales de dosis, frecuencia y vía de administración, se puede mejorar de forma importante la calidad de la prescripción.

La prescripción de medicamentos es la fase en la que se comenten la mayoría de los errores considerados prevenibles. La PE estandariza las órdenes de tratamiento asegurándonos su legibilidad y la inclusión en las mismas de todos los datos necesarios para su adecuado cumplimiento, evitando su incorrecta interpretación y por lo tanto, disminuyendo la posibilidad de error. Además, al evitar la transcripción de la orden de tratamiento, tanto por parte del Servicio de Farmacia como del personal de enfermería de planta, se evitan los errores resultantes de estos subprocesos, necesarios en el caso de prescripción médica manual.

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

Las ventajas potenciales que pueden aportar los SIPM respecto al sistema tradicional de prescripción sobre soporte papel son:

- 1- Se elimina el proceso de transcripción de órdenes médicas y, consecuentemente, se minimiza el riesgo de originar errores de medicación durante este proceso (interpretación errónea, uso de abreviaturas, ilegibilidad y otros). Además, suprimir la necesidad de transcripción facilita el circuito de prescripción-dispensación-administración. Se eliminan procesos intermedios y los servicios implicados pueden acceder más rápidamente a la información del tratamiento. El servicio de Farmacia se ve liberado de tareas rutinarias de registro informático, obteniendo tiempo adicional para poder incrementar las actividades dirigidas para la optimización del tratamiento farmacológico adecuado para cada paciente, a través de la monitorización de la prescripción y la intervención farmacéutica.
- 2- Se elimina el circuito de recogida y recepción de prescripciones médicas.
- 3- Se dispone de la información relacionada con el tratamiento farmacológico de cada paciente en el Servicio de Farmacia a tiempo real.
- 4- Pueden conectarse sistemas de prescripción asistida para facilitar la toma de decisiones al prescriptor (guía farmacoterapéutica informatizada, datos de laboratorio, protocolos asistenciales, guías clínicas, alertas...).
- 5- Reducir la incidencia del número de medicamentos prescritos no incluidos en la guía farmacoterapéutica.
- 6- Reducción de costes (eliminación de procesos intermedios y reducción de material auxiliar...).

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%	15
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	50
<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%	25
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La estrategia de implantación es fundamental. El resultado de instaurar un sistema que no cubra las necesidades de los usuarios puede generar su rechazo y la necesidad de regresar a fórmulas anteriores. Algunas recomendaciones son:

- 1- La experiencia del Servicio de Farmacia en la implantación de sistemas de dispensación en dosis unitarias debe ser útil para poder liderar la implementación de un sistema SIPM. A pesar de ello, es imprescindible contar con el soporte de un equipo multidisciplinar (médicos informáticos, enfermería) que se implique en el proyecto y que ofrezca sus aportaciones durante el diseño de SIPM.
- 2- Identificar y explicar los principales objetivos a conseguir con la implantación del SIPM.
- 3- Conocer experiencias similares en otros centros hospitalarios y prever las posibilidades de adaptación a las características de cada centro.
- 4- Proceso formativo tutelado por la empresa informática DOMINON.
- 5- Una vez establecido el SIPM, monitorizar su funcionamiento para corregir posibles errores y para poder incorporar elementos de mejora.

Es recomendable, no pretender alcanzar la totalidad de adhesión por parte de todos los médicos desde el inicio del proyecto. Debemos ser conscientes de que los factores personales concurrentes (edad, formación, sensibilización y hábito de empleo de sistemas informáticos) no son homogéneos en todos los facultativos y se trata de un cambio cultural importante en el que es más interesante asegurar éxitos por etapas sucesivas que pretender alcanzar objetivos excesivamente ambiciosos para las posibilidades reales. Los resultados favorables obtenidos en una etapa pueden facilitar la implantación de la siguiente.

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- Incidencia de errores de medicación clínicamente relevantes. La posibilidad de disponer de un SIMP en el que sea imprescindible informar de la vía de administración y de la dosis del fármaco prescrito ofrece la posibilidad de reducir significativamente a incidencia de errores de medicación.
- 2- Incidencia de efectos adversos en los pacientes ingresados en el hospital. Este indicador es más difícil de demostrar.
- 3- Calidad de la prescripción. Evitar o disminuir el número de prescripciones incompletas.
- 4- Impacto sobre las cargas y sistemática de trabajo de los usuarios.

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 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Calendario: Implementación sucesiva y gradual a todos los servicios a lo largo del este periodo de tiempo.

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 infección de una prótesis articular conlleva un importante gasto económico y humano, tanto para el paciente como para la Administración. Sólo monetariamente un recambio de prótesis supera los 65.000 euros. Adicionalmente supone la imposibilidad de ingreso y tratamiento quirúrgico de otros 3 pacientes.

Determinar la incidencia real en nuestro Centro, compararla con la bibliografía reciente y valorar los factores directamente implicados en su aparición.

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

- Incidencia de la infección protésica en nuestro medio.
- Seguimiento de las medidas de profilaxis antibiótica.
- Detección de factores implicados en el desarrollo de complicaciones infecciosas
 - Relacionados con el paciente
 - Relacionados con el personal sanitario
 - Relacionados con el entorno

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%	35%
<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%	15%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Registro de todas las prótesis realizadas.

Evaluación de las prótesis infectadas:

Tipo de intervención realizada.

Tiempo empleado.

Nº y tolerancia de transfusiones

Personal que presente en la intervención. Seguimiento medidas asepsia

Cumplimiento de la profilaxis antibiótica

Preparación del paciente asepsia, rasurado, valoración clínica previa, control enfermedades asociadas, estado nutricional.

Control posterior, fisioterapia respiratoria

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

- Porcentaje de prótesis infectadas.
- Porcentaje de pacientes infectados que han seguido correctamente la profilaxis antibiótica.
- Relación de infecciones protésicas y las medidas de asepsia del paciente.
- Porcentaje de infecciones en pacientes con patologías previas no estabilizadas.

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 marzo 2007

Fecha de finalización: 1 marzo 2008

Calendarlo:

1 marzo –10 abril: elaboración del protocolo.

12 abril – 30 enero 2008 recogida de datos.

31 enero –28 febrero valoración de los datos obtenidos y elaboración de conclusiones.

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>
---------	---

--

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 TERUEL"

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: MILAGROS ESCUSA JULIAN

Profesión: ENFERMERA

Lugar de trabajo ENFERMERA. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA.
HOSPITAL OBISPO POLANCO

Correo electrónico: mescusa@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978.6211.50 Ext: 1816

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Dolores Serrano Torres	Enfermera	H. Obispo Polanco. Teruel
Ana Cristina Navarro Martínez	Enfermera	H. Obispo Polanco. Teruel
Consuelo Simón Simón	Enfermera	H. Obispo Polanco. Teruel
Rosa Lopez Hernandez	Enfermera	H.Obispo Polanco .Teruel

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.

