

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PROYECTO DE ACOGIDA DE NUEVOS USUARIOS AL SISTEMA SANITARIO
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Teresa Marco Bes.-
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 Baquedano	T. Social	Hosp. Obispo Polanco
Dori Adivinación Herrero	Enfermera	C. Salud Teruel Urbano
Mercedes Montaner Cosa	Enfermera	C. S. Teruel Urbano
M ^a Angeles Garcia Igual	Enfermera	C. S. Teruel Urbano
Jesús Félix de Vargas Pastor	Pediatra	C. S. Teruel Urbano
Fátima el hattab Montse	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...
El planteamiento expresado más ampliamente en la anterior convocatoria, manifiesta la necesidad de dar a conocer el funcionamiento de nuestro sistema sanitario en Teruel capital partiendo de las siguientes premisas:
<ul style="list-style-type: none"> - A mayor conocimiento, mejor uso del recurso. - Cuanto más nos acerquemos a otras realidades culturales, más capacidad de comprenderlas y apreciar sus singularidades.

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
Objetivo: "Solicitar información a los distintos colectivos sobre necesidades y problemas detectados"
nº entrevistas planteadas = 12 = 100%
nº entrevistas realizadas 12
Objetivo: "Implicar a colectivos de diferentes ambitos que enriquezcan la visión"
Nº colectivos convocados = 7 100%
nº colectivos implicados 7
Los resultados que hemos obtenido hasta ahora han sido la elaboración de una guía de utilización del sistema sanitario (en soporte papel) en dos idiomas diferentes. 500 ejemplares en Castellano y otros 500 en árabe.

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

Los indicadores que nos planteamos para evaluar a la finalización del proyecto son:

Respecto al grado de cumplimiento:

nº objetivos marcados
nº objetivos cumplidos

Respecto a la difusión del mismo:

nº colectivos/servicios previsto presentarlo
nº colectivos/servicios presentado

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con la ampliación del proyecto pretendemos elaborar otras guías en otros dos nuevos idiomas y dar a conocer dicho trabajo a las entidades sociales y servicios sanitarios y/o de acogida de personas susceptibles de precisar dicha información.

También pretendemos realizar talleres socio/educativos donde poder trabajar dicha información para beneficio tanto del usuario como del sistema sanitario.

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

- 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

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

Para evaluar la finalización del proyecto, nos planteamos:

*Respecto al grado de cumplimiento:
Nº objetivos marcados
Nº Objetivos cumplidos

*Respecto a la difusión del mismo:
Nº colectivos/servicios previsto presentarlo
Nº colectivos/servicios presentado

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

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

Calendario:
Mayo/ Junio Elaboración soporte documental traducción y adaptación cultural
Septiembre Dar a conocer el proyecto en Servicios y Colectivos

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA ZONA DE SALUD DE CEDRILLAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANGEL TORRES BENEDICTO

Profesión

ENFERMERO

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

CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Correo electrónico:

atorresb@salud.aragon.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
José Antonio Cruz Galan	Matron	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...

La valoración del estado nutricional consiste en la determinación del nivel de salud y bienestar de un individuo o población, desde el punto de vista de su nutrición. Supone examinar el grado en que las demandas fisiológicas, bioquímicas y metabólicas, están cubiertas por la ingestión de nutrientes. Este equilibrio entre demandas y requerimientos está afectado por diversos factores como pueden ser la edad, el sexo, la situación fisiológica, la situación patológica de cada individuo, educación cultural y la situación psicosocial.

Una nutrición equilibrada implica un aporte adecuado en nutrientes y energía, específico para cada individuo. La deficiencia prolongada de un determinado nutriente, conduce a su desaparición progresiva en los tejidos, con las consiguientes alteraciones bioquímicas, que más tarde se traducen en manifestaciones clínicas. Por otra parte, consumo excesivo de uno o varios nutrientes pueden desarrollar situaciones de toxicidad o de obesidad.

La evaluación del estado nutritivo tiene como finalidad la detección temprana de grupos de pacientes con riesgo de padecer malnutrición, el desarrollo de programas de salud y nutrición y para controlar la eficacia de distintos regímenes dietéticos.

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

Esperamos obtener datos reales del estado nutricional de la población mayor de 70 años en nuestra zona de salud, para en una segunda etapa, corregir los problemas detectados.

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%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	40%
<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

La valoración del estado nutricional debe reunir los siguientes aspectos:

- Composición corporal: estudio de las medidas antropométricas
- Situación del metabolismo: estudio de los parámetros analíticos
- Situación fisiopatológica: historia clínica y exploración física
- Informe psicosocial: educación y hábitos nutritivos
- Historia dietética

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

- Utilizaremos el test de valoración Mini Nutritional Assesment (MNA)
- Estudio de parámetros analíticos
- Estableceremos un registro de personas mediante una base de datos donde quedará reflejado todo el trabajo realizado

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01/04/2008

Fecha de finalización: 31/12/2008

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
Mejora de la calidad en la atención socio-sanitaria de la Residencia MONREAL de la Tercera edad (Monreal del Campo, sector Teruel).

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:
-Etel Carod Benedico (1).
-Teresa Lainez Lorente (1).
-Concepción Gómez Cadenas (2).

Profesión:
(1) Médico, (2) DUE.

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
Francisca Perales López	Médico	CS Monreal del Campo
Alfredo Morte Perez	Médico	CS Monreal del Campo
Isabel Julve Villuendas	Médico	CS Monreal del Campo
Corina Escusa Anadón	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a Jesús Almazán	T. Social	CS Monreal del Campo
M ^a José Gómez Pérez	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a Angeles Escriche Aguilar	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a Carmelo Adrián Cebrián	DUE	CS Monreal del Campo
Juan Carlos Soriano Martínez	DUE	CS Monreal del Campo
Beatriz Izquierdo Allueva	DUE	CS Monreal del Campo
Inmaculada Gil Malo	DUE	CS Monreal del Campo
M ^a José Julve Sebastian	DUE	Residencia3ªedad Monreal
Marta Montolio Gracia	DUE	Residencia3ªedad Monreal
Eva M ^a Beltran Escura	DUE	Residencia3ªedad Monreal
ALICIA MUÑOZ DOLZ	AUX. ADM.	CS MONREAL DEL CAMPO
M ^a JOSE BARGUENO BENITO	AUX. ADM.	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...

1.- SITUACIÓN DE PARTIDA, FUENTES DE INFORMACIÓN, IMPORTANCIA DEL PROYECTO, POSIBLES CAUSAS:

- La esperanza de vida al nacer ha pasado en España desde los 34 años para los hombres y los 36 para las mujeres al inicio de este siglo, hasta los 75 y 82

respectivamente a finales del siglo XX. En 1999 el índice de envejecimiento (proporción de individuos sobre el total de la población con más de 65 años) está en el 15%, con tendencia absoluta a seguir subiendo, por lo que se traduce en que son ya seis millones de personas mayores de 65 años en nuestro país. Quienes han rebasado los 80 superan el millón doscientos mil... La salud constituye de manera abrumadora la preocupación más importante de este grupo.

- Se entiende por envejecimiento de una población el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos (>65años/total de población), que habitualmente se expresa en forma de porcentaje. **En Aragón la pirámide de población se encuentra muy envejecida.** Según datos del IAE (Instituto Aragonés de Estadística) de Enero de 2005, existen en Aragón 325.313 personas mayores de 60 años, lo que supone un 25,63% de la población total aragonesa y por otro lado los mayores de 75 años suponen 133.781 personas lo que representa el 10,54% de la población total. Según los datos de tarjeta sanitaria, a finales del año 2005, la población mayor de 60 años en Aragón ascendía a 334.634, lo que se traduce en un 25,97% de la población total, siendo los mayores de 75 años 146.803 personas, lo que representa un 11,39% de la población total.
- En un mismo plano de importancia se sitúa la necesidad de una educación sanitaria, sobre lo que el anciano es y representa, dirigida a la población general. Educación que, junto a mensajes saludables de carácter preventivo y curativo, incluyera consideración más directamente encuadrada en el ámbito de la bioética, del respeto y de la no discriminación.
- El sector Teruel se caracteriza por una amplia dispersión geográfica, empobrecimiento demográfico y envejecimiento poblacional lo que supone una mayor proporción de enfermos inmovilizados, crónico-dependientes, terminales y paliativos.
- Según datos de TIS a 1 de enero de 2008 en el CS Monreal se atiende una población de aproximadamente 5203 habitantes, de los cuales **1736 son mayores de 65 años (33,36%) y 1110 superan los 75 años (21,33%).**
- Según datos oficiales de la Residencia de la tercera edad de Monreal del Campo el número total de residentes es de 71, siendo 12 de ellos de 60-75 años y 59 mayores de 75 años.
- Los grados de dependencia según el Índice de Barthel se clasifican en:
 - <20: Dependencia total.
 - 21-40: Dependencia severa.
 - 41-60: Dependencia moderada.
 - 61-99: Dependencia leve.
 - 100: Independiente
- En un corte realizado a los residentes el 15 de enero de 2008 se objetivaron los siguientes datos:
 - Total de ancianos >60 años y con Barthel <55 igual a 30.
 - Total de ancianos > 75 años y con un Barthel < 55 igual a 26.

2.- PROBLEMAS DETECTADOS:

- Aumento de las demandas urgentes de la Residencia al CS Monreal.
- Ansiedad de los profesionales que atienden a los ancianos en la Residencia ante determinadas situaciones sanitarias y psico-emocionales.

3.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

Colaboración entre profesionales (médicos, DUEs y administrativos) del Centro de Salud de Monreal y de la Residencia con el objetivo de mejorar la asistencia

de los residentes en situaciones complejas y de gravedad, optimizando la utilización de recursos existentes y aumentando la efectividad y eficiencia en la atención sanitaria.

4.- POBLACIÓN DIANA:

- Residentes de la Residencia 3ª edad Monreal.
- Profesionales (DUEs, Auxiliares) que atienden a dichos residentes en la Residencia.
- Familiares de los ancianos residentes, si los hubiera.

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 en el número de demandas urgentes que pueden solucionarse por los mismos trabajadores de la residencia.
- Estimación de la disminución de derivaciones a urgencias del Centro de Salud y del número de ingresos hospitalarios.
- Disminución de la ansiedad ante la demanda de situaciones percibidas por los trabajadores de la residencia como graves.
- Mejorar la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria a los residentes.
- Mejorar la satisfacción de los residentes.
- Aumentar la coordinación y colaboración entre los profesionales de la residencia y del centro de salud.
- Mejorar la satisfacción de los trabajadores de la residencia y centro de salud.
- Aumentar la calidad de vida y dignidad derivados de la Atención o Servicios proporcionados al anciano.
- Facilitar la participación de la familia en el proceso de atención sanitaria al anciano dependiente.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El proyecto tendrá lugar en el CS de Monreal del Campo que cuenta con 9 médicos titulares y 3 de refuerzo, 6 DUEs titulares y 2 de refuerzo y 2 auxiliares administrativos, en colaboración con el personal de enfermería y auxiliares/cuidadores de la residencia.

Según datos oficiales la Residencia de la tercera edad de Monreal del Campo es atendida por:

- Enfermería: 2 a jornada completa y una a media jornada. Con este personal se cubren turnos de mañana y tarde y festivos sólo por la mañana.
- El nº auxiliares/cuidadores encargados de la atención las 24h del día es de 16/17.
- La atención médica depende exclusivamente del centro de salud.

Se trata de realizar un diagnóstico de la situación sanitaria en la residencia de Monreal comenzando con un estudio descriptivo de las demandas atendidas por el servicio de urgencias del centro de salud durante el último cuatrimestre del 2007:

- Catalogar las patologías atendidas según la definición de los Grandes síndromes geriátricos (las "fes" de la geriatría).
- Posteriormente evaluaremos las patologías que más ansiedad han generado en las trabajadoras de la residencia con una hoja de recogida de datos.
- Descripción de las situaciones que fueron realmente urgencias y precisaban

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

atención a domicilio, en la residencia, o bien se podían atender acudiendo al centro de salud.

Otras actividades:

- Reuniones interdisciplinarias trimestrales entre miembros del CS y la Residencia.
 - Mejorar y facilitar la información relevante de los residentes así como los documentos con información sanitaria de interés a los profesionales del centro de salud ante la demanda urgente.
 - Difusión de información a la familia respecto de los servicios que ofrece el centro de salud con horarios y tipo de atención sanitaria según los días de la semana y horas del día.
- Sesiones científicas docentes a los profesionales de la Residencia y presentación de protocolos de actuación en situaciones más complejas.
- Registro de actividades.
- Análisis de los datos.

Cada paciente será llevada por su médico y DUE correspondientes así como por las profesionales de la residencia, 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, Dra. Teresa Lainez y DUE Concepción Gómez y para casos más graves se consultará con la Unidad Móvil de CP del Hospital S.José.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Hoja de recogida de datos que incluya nombre, apellidos, sexo, edad, motivo de la demanda urgente, atención en residencia/centro de salud, quién solicita la demanda -enfermería/auxiliar/familia-, documentación aportada por los demandantes (hoja de constantes vitales, ficha de tratamiento, hoja de evolución, hoja de antecedentes...) y tratamiento prescrito/derivación.
2. Hoja de recogida de datos/encuesta de valoración de ansiedad según los grandes síndromes geriátricos atendidos (7 íes) y según el tipo de demanda realmente urgente (IAM, síncope, hipoglucemia, hemorragia, agonía, agitación...).
3. Satisfacción del paciente y familia (EVAs).
4. Satisfacción de los profesionales de la residencia.
5. Satisfacción de los profesionales del centro de salud.

Indicadores:

- nº de residentes atendidos por servicio de urgencias CS (en residencia, en CS) último cuatrimestre 2007/ nº total de demandas atendidas.
- nº de residentes atendidos por servicio de urgencias CS (en residencia, en CS) último cuatrimestre 2008/ nº total de demandas atendidas.
- nº de profesionales incluidos en programa que refieren ansiedad grado moderado-severo en el transcurso de 2007.
- nº de profesionales incluidos en programa que refieren ansiedad grado moderado-severo en el transcurso de 2008.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2008

Fecha de finalización: Enero 2009

Caleandario:

Enero, febrero, marzo:

Elaboración de la hoja de recogida de datos para el análisis de la situación sanitaria en

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

la residencia de Monreal. Recogida de datos pertenecientes al último cuatrimestre del 2007.

Organización del trabajo en equipo. Revisión del material necesario.

Abril, mayo, junio:

Análisis de los datos recogidos y valoración de las patologías más demandadas por las profesionales de la residencia.

Elaboración de la encuesta de detección de ansiedad/stres en los profesionales que atienden/cuidan a los residentes según las demandas registradas.

Preparación de sesiones docentes a dichos profesionales en relación con las enfermedades más destacadas según hoja de recogida de datos.

Julio-Septiembre:

Preparación de casos clínicos más relevantes para presentación en sesiones clínicas del centro de salud, jornadas científicas, etc.

Formación a modo de seminarios, talleres y sesiones dirigidas a los profesionales de la residencia priorizando entre los procesos más demandados y que más ansiedad han generado:

- Cuidado en la agonía.
- Hipoglucemias.
- Etc.

Octubre-Diciembre:

Evaluación del proyecto y propuesta de actividades para mejorar la calidad de la atención sanitaria en la residencia.

Evaluación de la satisfacción en los residentes.

Evaluación de la satisfacción de los profesionales pertenecientes a la residencia y al centro de salud.

Recogida de datos pertenecientes al último cuatrimestre del 2008 para comprobar la disminución de las demandas y ansiedad.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador portátil	1200 e
Teléfono móvil para avisos de la residencia	100 e
Cursos, congresos, docencia, dietas, días sustituidos	600e
Libros, gastos imprenta	300e
Cámara de fotos digital	300e
TOTAL	2500e

Lugar y fecha: Monreal del Campo a 21 de febrero de 2008.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN DIABETICOS TIPO 2 ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos: RAFAEL GÓMEZ NAVARRO
Profesión:
MEDICO DE FAMILIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
CENTRO DE SALUD TERUEL RURAL
Correo electrónico:
rgomezn@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
978 607664

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JULIAN ALBIÑANA TARRAGO	DUE	C.S. Teruel Rural
NATIVIDAD BELENGUER ANDRES	DUE	C.S. Teruel Rural
Mª JOSE NAVARRO JULIAN	DUE	C.S. Teruel Rural

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...

Nuestro objetivo es analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes diabéticos tipo 2 mediante el cuestionario genérico COOP/WONCA (*) y estudiar la posible influencia que el nivel de control de la enfermedad y las patologías asociadas ejercen sobre la percepción que el paciente tiene sobre su calidad de vida.

La concepción global del concepto de salud con el que debemos trabajar en Atención Primaria exige un abordaje completo de nuestros pacientes. Limitarnos solamente a obtener resultados en parámetros clínicos o analíticos no debería ser suficiente para valorar nuestro trabajo especialmente en patologías crónicas como la diabetes.

El estudio de la CVRS nos permitirá aproximarnos a las necesidades y expectativas de nuestros pacientes y así poder mejorar nuestra atención y por otro lado nos pondrán de manifiesto posibles áreas de mejora en el seguimiento de los mismos.

(*) Lizán L, Reig A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: versión española de las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria. 1999;24: 75-82.

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 el proyecto no es estrictamente continuación de ninguno previo, se enmarca dentro de la línea de trabajo que con pacientes diabéticos tenemos en el Centro de Salud desde hace varios años.

Ya en convocatorias anteriores del Programa de Apoyo se incluyeron dos proyectos nuestros que tenían como objetivo la mejora del control de nuestros pacientes tomando como objetivos los propuestos por el Gedaps. Obtenido una importante mejoría en ese

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

aspecto, nos proponemos investigar en esta ocasión que percepción tienen nuestros pacientes de su calidad de vida y si esta está vinculada al grado de control de su enfermedad.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Evaluar de una manera metodológicamente correcta la CVRS de los diabéticos tipo 2
- Conocer mejor sus necesidades y expectativas
- Identificar posibles áreas de mejora futura

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Se valorará la CVRS mediante la aplicación del cuestionario genérico de calidad de vida adaptado y validado para nuestro idioma Viñetas COOP/WONCA en todos los pacientes DM tipo 2 (se especificarán las posibles causas de excepción)

Responsables: Enfermería del equipo de mejora

2.- Elaboración y análisis de los resultados

Responsable: Responsable del Proyecto

3.- Presentación de los resultados

Responsable: Responsable del Proyecto

4.- Conclusiones finales y posibles nuevas iniciativas derivadas de los resultados:

Responsable: Responsable del Proyecto

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1.- Valoración de la calidad de vida en los distintos ámbitos que contempla el cuestionario. Análisis descriptivo

2.- Valoración del grado de cumplimiento de los objetivos de control Gedaps

3.- Análisis descriptivo de la comorbilidad de los pacientes

4.- Análisis de posibles asociaciones entre calidad de vida, grado de control de la enfermedad y comorbilidad.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Julio 2007

Calendarario:

Julio-Septiembre 2007: Diseño y preparación del trabajo.

Septiembre 07- Marzo 08: Trabajo de campo. Realización de las encuestas de CVRS

Abril- Mayo 2008: Elaboración y análisis de los resultados

Junio 2008: Presentación de resultados preliminares en Jornadas de Calidad en Salud

Octubre 2008: Presentación de Resultados definitivos en Congreso de Calidad Asistencial

Noviembre- Diciembre 2008: Elaboración de trabajo para publicación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE FAMILIAS INMIGRANTES
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos MANUELA MARTIN CLEMENTE
Profesión ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD DE ALBARRACÍN
Correo electrónico: mmartinc@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978710127

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ISABEL MARTIN PASCUAL	ADMINISTRATIVO	C.S. ALBARRACÍN
ALEJANDRA BARRERA GOMEZ	ENFERMERA	C.S. ALBARRACÍN
MERCEDES LAORDEN ESTEBAN	ENFERMERA	C.S. ALBARRACÍN
GLORIA LORENZ LAPUENTE	ENFERMERA	C.S. ALBARRACÍN

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... <p>La vacunación universal ha sido una de las estrategias más efectivas en salud pública produciendo una disminución importante en la incidencia de muchas enfermedades infecto-contagiosas además de la erradicación de alguna como es el caso de la viruela y recientemente de la polio. Para continuar con esta estrategia es necesario ampliar la vacunación sistemática a los niños de familias de inmigrantes procedentes de comunidades socioeconómicas deprimidas. En estos colectivos existe la posibilidad de presentación de casos de enfermedades susceptibles de vacunación incluso de extensión al resto de la población, debido principalmente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un 80% de inmigrantes se encuentra insuficientemente vacunado. - Escasa cobertura vacunal existente en algunos países. - Están expuestos a infecciones comunes ante las cuales la mayoría de la población autóctona se encuentra inmunizada. - Su frecuente precariedad laboral y su movilidad geográfica son un obstáculo para su acceso a los servicios públicos sanitarios. <p>El objetivo es que los niños alcancen el mismo nivel de inmunizaciones que los demás niños de nuestro medio según su edad.</p> <p>A fecha de 20 de Febrero de 2008 en nuestra zona de salud en tarjeta sanitaria nos encontramos dados de alta 381 niños menores de 15 años, de los cuales 69 son niños de familias inmigrantes, un 18%.</p> <p>Al realizar las revisiones del niño sano en la zona de salud, existe un 25% de casos de niños de familias inmigrantes sin historia abierta y calendarios de vacunas no actualizados ni revisados. De ahí el interés por establecer un programa de mejora de captación y una cobertura vacunal mayor en este segmento de la población.</p>
--

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.- Que todos los niños inmigrantes o hijos de inmigrantes estén correctamente vacunados y dicho registro anotado en la Historia Clínica, mediante la captación de la población inmigrante para aplicar y actualizar un calendario de vacunación completo, de acuerdo con nuestro calendario vigente y con la edad del niño.

2.- Que el personal sanitario sepa adaptar el calendario de vacunación vigente a las necesidades de cada usuario en función de su edad, vacunación previa o no y lugar de procedencia.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- BUSQUEDA ACTIVA

-Captación activa de la población inmigrante: al ser dado de alta en tarjeta sanitaria todo niño menor de 15 años el personal administrativo del centro de salud le concertará una cita con la enfermera que tenga asignada, indicándole al responsable del menor que aporte los documentos de vacunación que tenga del niño. A la vez la administrativo le indicara por escrito a la enfermera los datos del niño (nombre, apellidos teléfono, fecha de nacimiento, localidad).

-Cada enfermera solicitará a los centros educativos de sus localidades los listados de alumnos escolarizados en los mismos, para posteriormente comprobar los niños inmigrantes que tienen historia clínica abierta y calendario de vacunas actualizado de acuerdo a su edad y calendario vigente en la Comunidad Autónoma de Aragón.

- Se solicitarán a través del centro de salud los datos de empadronamiento de inmigrantes menores de 15 años en los ayuntamientos de las localidades de la Zona de Salud de Albarracín, para captar posibles menores empadronados y sin T.I.S.

- Se realizará cruzado de datos de los diferentes listados para elaborar un listado único.

- Aquellos niños en los que no haya constancia documental o no este el calendario actualizado la enfermera de cada localidad les concertará una visita por vía telefónica o personándose en su domicilio. Además abrirá historia clínica, comprobará los calendarios de vacunas de los niños inmigrantes y les ofertará y administrará las vacunas que correspondan.

2.- Sesión clínica formativa

Destinada a los profesionales del centro de salud para explicar pautas a seguir para la actualización y corrección del calendario de vacunas en niños inmigrantes. Impartida por el responsable del proyecto.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1.- Los indicadores a utilizar serán:

$\frac{\text{niño} \leq 15 \text{ años inmigrante de la Z.S de Albarracín con calendario de vacunas correcto}}{\text{total de niños inmigrantes} \leq 15 \text{ años de la Z. S de Albarracín}}$

$\frac{\text{niño} \leq 15 \text{ años inmigrante de la Z.S de Albarracín con historia abierta}}{\text{total de niños inmigrantes} \leq 15 \text{ años de la Z. S de Albarracín}}$

2.- La evaluación consistirá al final del proceso en comprobar que **el 95%** de los niños de familias inmigrantes de la Zona de salud de Albarracín han sido captados y tienen historia abierta con registro por escrito de tener el calendario de vacunas completo, de acuerdo con el calendario vigente en la Comunidad Autónoma y con la edad del niño.

3.- Se realizará un seguimiento anual especial de la población infantil inmigrante, dentro del programa de vacunaciones infantiles, incluido en la Cartera de Servicios del SALUD.

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 marzo 2008 Fecha de finalización: 1 marzo 2009

Calendario previsto:

- 1.- Sesión clínica formativa: marzo 2008.
- 2.- Solicitar listados de alumnos a los centros educativos y a los Ayuntamientos: Marzo 2008.
- 3.- Listado niños inmigrantes con tarjeta sanitaria en Zona de Salud: Marzo 2008.
- 4.- Cruzado de datos de las bases de datos elaboradas para obtener una base de datos única: Abril 2008
- 5.- Comprobación de existencia de historia clínica y calendarios de vacunas correctos de esta población: Mayo/Agosto 2008.
- 6.- Concertar cita con niños susceptibles de realizar intervención y administración de vacunas: Mayo 2008/Diciembre 2008.
- 7.- Recogida de datos para evaluación y elaboración de resultados: enero/febrero 2009

10.- PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Ordenador portátil (Destinado a contener la base de datos y que se utilizará por los domicilios de los pacientes del estudio) MODELO HP COMPAQ 6710b (El más económico de Bienes Homologados)	<u>1060,50</u>
Material fungible	<u>100</u>
Manual de Vacunaciones	<u>140</u>
TOTAL	1300,50€

Lugar y fecha:

Albarracín, 22 de Febrero de 2008

Fdo. Manuela Martín Clemente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MANEJO , IMPLEMENTACIÓN Y PUESTA EN COMÚN DE LAS GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos: MARÍA ANTONIA UBIDE MARTÍNEZ Profesión : MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) C. S. SANTA EULALIA Correo electrónico: maubide@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978-861181

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M. CARMEN NAVARRO ROMÁN	MEDICO	C.S. SANTA EULALIA
M. DOLORES LANZUELA MARINA	MEDICO	C.S. SANTA EULALIA
JOSÉ LUIS LÓPEZ ESCUER	MEDICO	C.S. SANTA EULALIA
PILAR LATASA LATORRE	MEDICO	C.S. SANTA EULALIA
ANGEL FUSTER OMEDES	ENFERMERO	C.S. SANTA EULALIA
OSCAR ESTÉBAN NADAL	ENFERMERO	C.S. SANTA EULALIA
JOSÉ ANTONIO LÁZARO BELLA	ENFERMERO	C.S. SANTA EULALIA
M. ÁNGELES BUJEDA DOÑATE	AUX. ADMINISTRATIVO	C.S. SANTA EULALIA

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... <p style="text-align: center;">Las Guías de Práctica Clínica y Protocolos son un “ conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática, con el objetivo de ayudar a profesionales y a pacientes a decidir la intervención sanitaria más adecuada en una situación clínica concreta”.</p> <p>Deben estar elaboradas de forma multidisciplinar, ser claras, reproducibles, flexibles, aplicables, válidas y actualizadas.</p> <p>Suelen elaborarse sobre temas donde no existe acuerdo sobre la idoneidad en la aplicación de determinadas pruebas ó cuando hay variabilidad en los estilos de práctica clínica, donde exista un tratamiento efectivo y pueda esperarse una reducción de la morbimortalidad, sobre enfermedades iatrogénicas o intervenciones de alto riesgo y elevado coste económico, en áreas donde los Sistemas de Salud puedan considerar necesaria su elaboración y cuando aparecen nuevas tecnologías que compiten con las existentes previamente.</p>
--

Las GPC pueden estar basadas en:

1. Opinión de expertos.
2. Consenso.
3. Evidencia.

El EAP, al revisar las GPC y Protocolos de que disponemos actualmente en el Servicio Aragonés de Salud, podemos actualizar, de forma consensuada los conocimientos sobre los protocolos diagnósticos y como consecuencia, unificar las actuaciones sanitarias más adecuadas en cada situación clínica concreta.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la decisión final sobre el procedimiento clínico, preventivo, diagnóstico ó terapéutico estará siempre en manos del médico, del paciente y de las circunstancias específicas que rodean cada situación clínica.

Con este ciclo de mejora se pretende llegar a un mejor conocimiento de las GPC de que disponemos, unificar criterios de actuación ante determinadas situaciones clínicas y familiarizar a los distintos profesionales del EAP con el manejo de las mismas.

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS :

- GRUPO NOMINAL para detección del problema.
- Priorización a través de MATRIZ DECISIONAL.

SITUACIÓN DE PARTIDA :

La Zona Básica de Salud de Santa Eulalia del Campo forma parte del Sector 7 de Aragón (Sector Teruel).

El Equipo de Atención Primaria está formado por 5 Médicos, 3 Enfermeros y 1 Auxiliar Administrativo, así como 2 Médicos y 2 Enfermeras de Refuerzo.

El EAP dispone en la actualidad de una serie de GPC y Protocolos, proporcionados fundamentalmente por el Servicio Aragonés de Salud:

- Guía de Atención Sanitaria a las Mujeres Víctimas de **Violencia Doméstica**.
- Guía de Atención Sanitaria al **Maltrato Infantil**.
- Guía de prescripción de la **Píldora Postcoital**.
- Guía de Práctica clínica en el manejo de las **Rectorragias**.
- Guía de Práctica Clínica de Prevención del **Cáncer Colorrectal**.
- Guía de Práctica Clínica en el manejo de la **Dispepsia**.
- Guía de Práctica Clínica en el manejo de **Reflujo Gastroesofágico**.
- Protocolo de prevención primaria de las **Enfermedades Cardiovasculares**
- Protocolo para el Abordaje de la **Fibromialgia**.
- Potocolo para el Abordaje de la **Lumbalgia** en Atención Primaria.
- Protocolo de Atención al **Niño Asmático**.
- Protocolo de Atención al paciente con dependencia del **Tabaco**.
- Protocolo de Atención al Paciente en tratamiento con **Anticoagulación Oral** en Atención Primaria.

El EAP, tras elegir como proyecto, el “ **MANEJO , IMPLEMENTACIÓN Y PUESTA EN COMÚN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS** ”y para conocer la situación inicial, ha realizado una **encuesta** entre los profesionales del EAP sobre el conocimiento de la existencia y contenido de las GPC y Protocolos de que disponemos y sobre el manejo habitual en consulta clínica de los mismos. El resultado de dicha encuesta ha sido el siguiente:

- Porcentaje de profesionales que *conoce la existencia de todas* las GPC y Protocolos : 75%.
- Porcentaje de profesionales que *conoce en detalle el contenido de todas* las GPC y Protocolos : 0%.

- Porcentaje de profesionales que *conoce, al menos en parte, el contenido* de todas las GPC y Protocolos: 25%.
- Porcentaje de profesionales que *tiene a mano* las GPC y Protocolos: 25%.
- Porcentaje de profesionales que *utiliza de forma habitual* todas las GPC y Protocolo : 0%.
- Porcentaje de profesionales que *utiliza de forma habitual alguna* de las GPC y Protocolo : 75%.

Por otra parte, el equipo ha analizado los problemas detectados en cuanto al conocimiento, disponibilidad y manejo, así como las posibles causas. El **análisis de causas** ha sido representado mediante **diagrama de causa – efecto** .

FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADA :

- Guías de Práctica Clínica.
- Protocolos.

El EAP ha elegido para el presente proyecto las siguientes :

- Protocolo para el Abordaje de la **Fibromialgia**.
- GPC en el manejo de las **Rectorragias**.
- Protocolo para el Abordaje de la **Lumbalgia** en Atención Primaria.
- GPC en el **Maltrato Infantil**.
- Protocolo de prevención primaria de las **Enfermedades Cardiovasculares**.

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 el conocimiento** de las GPC y protocolos de que disponemos.
- Familiarización con el manejo** habitual de las Guías de práctica Clínica y Protocolos de actuación en Atención Primaria.
- Actualizar de forma consensuada** el conocimiento de los protocolos diagnósticos y como consecuencia, **unificar las actuaciones** sanitarias más adecuadas en cada situación clínica concreta.
- Fomentar** la participación de todos los profesionales del equipo en el programa de sesiones clínicas elaborado por el EAP. 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

Las GPC y Protocolos elegidos para su análisis y puesta en común se han repartido entre todos los miembros del equipo, médicos y enfermeros, formando para ello grupos de dos y asignándose a cada grupo, al azar, una de las guías ó protocolo.

A cada grupo se le ha asignado un tiempo para el estudio y una fecha para el inicio de la presentación.

Cada grupo podrá disponer de un mínimo de una y un máximo de tres sesiones para la presentación y puesta en común de cada guía ó protocolo.

Responsables de la presentación de cada guía :

- GPC sobre la detección e intervención en situaciones de Maltrato Infantil:
 - María Antonia Ubide Martínez : Médico.
 - Óscar Estéban Nadal : Enfermero.

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

- Protocolo de Abordaje de la Lumbalgia en Atención Primaria:
 - Carmen Navarro Román: Médico.
 - Pilar Latasa Latorre: Médico.
- GPC en el manejo de las Rectorragias:
 - José Luis López Escuer : Médico.
 - Óscar Estéban Nadal: Enfermero.
- Protocolo para el Abordaje de la Fibromialgia :
 - Dolores Lanzuela Marina: Médico.
 - Angel Fuster Omedes : Enfermero.
- Protocolo de prevención primaria de las Enfermedades Cardiovasculares:
 - María Antonia Ubide Martínez: Médico.
 - José Antonio Lázaro Bella: Enfermero.

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

Tras llevar a cabo la presentación y puesta en común de las GPC y Protocolos elegidos, se volverá a realizar una **nueva encuesta** a los profesionales del equipo, sobre el conocimiento, disponibilidad y manejo de las mismas.

Como **Indicadores de Calidad** se evaluarán, el porcentaje de profesionales que conocen en detalle las GPC y Protocolos elegidos para el proyecto y el porcentaje de profesionales que manejan de forma habitual en consulta dichas GPC y Protocolos, **estableciéndose un nivel de cumplimiento del 100%** para ambos indicadores.

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

Fecha de inicio :06-02-2008	Fecha de finalización :Diciembre de 2008
------------------------------------	---

Calendario:

06-02-2008 :Elección de la **Oportunidad de Mejora**.

13-02-2008 : Inicio del Proyecto y **reparto de tareas**.

12-03-2008 : 1ª presentación. GPC sobre **Maltrato Infantil**.

02-04-2008 : 2ª presentación. Protocolo de Abordaje de la **Lumbalgia** en Atención Primaria.

23-04-2008 : 3ª presentación. GPC en el manejo de las **Rectorragias**.

14-05-2008 : 4ª presentación. Protocolo de Abordaje de la **Fibromialgia**.

04-06-2008 : 5ª presentación. Protocolo de prevención primaria de las **enfermedades cardiovasculares**.

Diciembre de 2008 : **Encuesta ,evaluación y análisis de resultados**.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
USO ADECUADO Y CONTINUADO DE LOS RECURSOS SANITARIOS POR LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA ZONA DE SALUD DE UTRILLAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Benito Luis Luño García
Profesión
Médico de Atención Primaria
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Centro de Salud de Utrillas
Correo electrónico:
blunno@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
978758212

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Isabel Alegre Espada	Pediatra	Utrillas
Marta Mallén Edo	Enfermera	Utrillas
Alicia	Matrona	Utrillas/Andorra
Maria José	Matrona	Utrillas/Andorra
Pilar Alegre	Administrat	Utrillas
Marisol Igual Cercós	Administrat	Utrillas
Irene Igual Cercós	Celadora	Utrillas
Florencia	Trab.Social	Utrillas/Andorra

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La Zona de Salud de Utrillas acoge gran número de inmigrantes de diferentes países europeos comunitarios, africanos del Rif y otros de Medio Oriente. De entre todos , predominan los paquistaníes, que ya están asentados desde hace dos décadas. La afluencia constante de nuevos usuarios extranjeros exige conocer las características de esta población, como hábitos higiénicos, de ayuno, etc...

La mayor barrera es, en la mayoría de los casos, el idioma. Pero no es el único problema ya que el desconocimiento parcial del funcionamiento nuestro sistema sanitario se refleja en una mala utilización de los recursos, con frecuentación de urgencias, incumplimiento de tratamientos, impuntualidad a las revisiones pediátricas, o Vacunación incompleta y escasa participación en los Servicios específicos de atención a la mujer.

En nuestro Equipo hemos asistido a las sesiones informativas impartidas por el personal del Proyecto Hasalam en nuestro Centro con el fin de comprender y acercarnos a su realidad.

Este proyecto despierta gran interés entre quienes tienen más relación con estos usuarios, como son las matronas, pediatra, o personal de la recepción.

Hemos pasado de simples comentarios a ver la situación como una posibilidad de mejora que se puede abordar en colaboración con profesionales del Centro y de los Servicios Sociales de base.

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos Generales:

- Que las mujeres extranjeras, se conciencien de la necesidad de una medicina preventiva.
- Que los inmigrantes estén provistos de la documentación sanitaria precisa
- Implicación multidisciplinaria de profesionales en contacto con inmigrantes.

Objetivos específicos:

- Que las embarazadas inmigrantes sean captadas e incluidas en el programa de seguimiento de la embarazada.
- Que las que han parido sigan los cuidados postparto.
- Que los neonatos y, por extensión, todos los menores de 14 años estén vacunados.
- Que todos los niños tengan al día el cuaderno de salud infantil debidamente implementado.(revisiones y vacunación a tiempo)
- Que todo usuario tenga su tarjeta sanitaria
- Participación comprometida con los Centros Docentes en la Educación para la Salud

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1º.-Elaboración de un censo de inmigrantes de nuestra zona detrayendo datos a partir del programa de tarjetas de usuarios y de los ayuntamientos de la zona.

2º.-Comprobar datos de escolarización (listados)

3º.-Comprobar que los menores están incluidos en Registro de Vacunas del Centro. Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

4º.-Planificar una actividad o actividades para las mujeres y madres de los niños.

5º.-Elaborar una encuesta previa, durante la actividad para valorar aspectos sobre el conocimiento y habilidades sociales desarrolladas desde su llegada a la Zona Utrillas.

6º.-Desarrollar charlas formativas entre actividades lúdicas e interactivas.

7º.-Volver a pasar la encuesta al cabo de un curso completo para valorar los avances conseguidos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicadores:

Personas que conocen correctamente el funcionamiento de sistema sanitario/sobre el total de encuestadas

Personas que hablan español/ sobre el total de encuestados

Mujeres que siguen los programas de la Cartera de Servicios/ sobre el total de las que deberían seguirlos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 25 febrero 2008

Fecha de finalización: 15 junio 2009

Calendario:

- febrero 2008: valoración inicial
- marzo-junio: colaboraciones con ayuntamientos y escuelas
- septiembre 2008: empiezan las actividades educativas
- mayo 2009: se hace otra valoración comparativa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“ADAPTACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE UNIDADES REHABILITADORAS-RESIDENCIALES EN SALUD MENTAL”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

FERNANDO ROMERO MORALES

Profesión

ENFERMERO – SUPERVISOR DE ENFERMERIA

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

HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS - TERUEL

Correo electrónico:

fromerom@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 60 54 67

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Germán Gómez Bernal	Psiquiatra	H. Psiquiátrico Teruel
Alejandra Reboreda Amoedo	Psicologo	H. Psiquiátrico Teruel
Marcial Royuela Valero	Enfermero	H. Psiquiátrico 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...

A diferencia del ámbito ambulatorio de atención (Unidades de Salud Mental) y de la atención en Unidades de Corta Estancia, que disponen de encuestas de opinión de usuarios sobre la satisfacción percibida, los residentes en *Dispositivos de Rehabilitación de Larga Estancia de Salud Mental* **nunca** han sido requeridos para manifestar su grado de satisfacción, por lo que ésta no se ha podido evaluar ni analizar su tendencia.

Mediante la adaptación de una encuesta de opinión podremos:

- Identificar los indicadores de rendimiento de satisfacción de los clientes.
- Conocer las necesidades expresadas por este colectivo mediante un instrumento adaptado a su peculiaridades de institucionalización y psicopatología
- Recogida periódica y estructurada de datos que permita establecer indicadores y su evolución

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

- Garantizar derechos de los pacientes y un aumento de la satisfacción.
- Optimizar la utilización de los servicios y de los recursos.
- Conocer el grado de satisfacción expresado en la encuesta.
- Identificar indicadores de rendimiento de satisfacción de los residentes.
- Conocer y analizar las necesidades y carencias de los pacientes .

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Diseñar y definir los ítem de la encuesta de satisfacción adecuada a la tipología de pacientes de salud mental.
- Recogida periódica y estructurada de los Indicadores de rendimiento de satisfacción de los clientes.
- Análisis de los datos recogidos para definir nuevos objetivos de mejora.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

El procedimiento seguiría estas cuatro fases:

- 1.- Unificar y adaptar encuestas de opinión de las distintas áreas y dispositivos del Salud.
- 2.- Presentar la encuesta a los profesionales del ámbito de aplicación
- 3.- Pasar la encuesta
- 4.- Recoger y analizar los datos obtenidos

Los indicadores previstos son:

- Porcentaje de pacientes pertenecientes al ámbito de aplicación que contestan a la encuesta.
- Porcentaje de pacientes pertenecientes al ámbito de aplicación que contestan a la encuesta

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01/04/2008

Fecha de finalización: 31/03/2010

Caleandario:

Abril-Junio 2008: adaptación ítem de la encuesta

Julio-Septiembre 2008: presentación de le encuesta a los profesionales para su revisión

Octubre 2008: aplicación

Noviembre 2008: análisis de los datos

Enero- Septiembre 2009: Actuaciones en áreas susceptibles de mejora detectadas en la encuesta.

Octubre 2009: Nueva aplicación de la encuesta

Noviembre 2009-Marzo 2010: Análisis de los datos y conclusiones.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“ LA IMPORTANCIA DEL ORDEN EN LA HISTORIA HOSPITALARIA”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MILAGROS DIAZ GARCIA

Profesión

DIRECTORA DE ENFERMERIA.

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

HOSPITAL SAN JOSE DE TERUEL

Correo electrónico:

Mdiazg@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 60 53 68 ext. 224

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MARTA CORREA BALLESTER	FARMACEUTICA	HOSPITAL SAN JOSE (Resp Calidad del Centro)
RAQUEL MARTINEZ BLASCO	TECNICO DE GESTION	HOSPITAL SANJOSE
CARMEN AULA VALERO	SUPERVISORA DE UNIDAD	HOSPITAL SAN JOSE
PURIFICACION MONTERO CERCOS	SUPERVISORA DE UNIDAD	HOSPITAL SAN JOSE
Mª EUGENIA PEREZ COLON	TRABAJADORA SOCIAL	HOSPITAL SAN JOSE

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro.

Tiene como fin, facilitar la asistencia sanitaria dejando constancia de todos aquellos datos que permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

El contenido mínimo de la historia clínica es el siguiente:

- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- La evolución y planificación de los cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe de alta clínico.

La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, es responsable de los profesionales que intervienen en ella teniendo gran importancia tanto el orden de la misma como su ubicación, dentro de la práctica habitual “carro porta historias”, como su destino final en el archivo del hospital.

SITUACIÓN DE PARTIDA

1. Partimos de herramientas de trabajo rudimentarias. Contamos con carros auxiliares de administración móviles adaptados para la función de "porta historias" sin reunir las características técnicas propias, que deben tener dichos carros.
2. Cada día son más los datos que deben constar por escrito en la historia clínica, haciendo en ocasiones difícil la organización en un espacio tan reducido, llegando a producirse errores en el momento de guardar todos los documentos, sobre todo, teniendo en cuenta, que son repetidas las ocasiones que se manipulan las historias a lo largo del día.
3. Al ser una herramienta tanto fija (permanencia en los controles de enfermería), como móvil (desplazamiento por las alas de hospitalización), es fundamental que reúna las características técnicas propias de un elemento fundamental en la practica diaria, para que el profesional realice su trabajo de forma ergonómica, protegiendo su espalda, siendo imposible en la actualidad.

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**Proporcionar una atención más eficiente:**

- Tener una herramienta de trabajo fundamental.
- Minimizar los posibles errores ocasionados por la utilización de carros que han sido adaptados para hacer funciones a las que no estaban destinados.

Garantizar y mejorar los beneficios de la atención que presta tanto a pacientes como a los trabajadores:

- Mejorar el trabajo tanto de facultativos, como enfermeras como resto de profesionales que diariamente utilizan la historia clínica para dejar constancia de todos los datos relevantes a cerca del estado de salud del usuario.
- Aumentar la ergonomía en el puesto de trabajo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Proporcionar la herramienta de trabajo más segura.
2. Proporcionar una herramienta de trabajo más ergonómica.
3. Conseguir el rendimiento optimo en la practica diaria, con la mejor herramienta de trabajo.

ACTIVIDADES

Al alta hospitalaria de cualquier paciente, la supervisora de unidad revisará las historias clínicas para constatar que toda la información recogida sobre ese paciente a lo largo de su ingreso reúna el contenido mínimo exigido de forma ordenada garantizando unos criterios de calidad óptimos.

Con este ciclo de mejora, se pretende evaluar y mejorar el registro de estos datos; datos de gran importancia en el trabajo diario, en caso de reingresos programados, así como en ocasiones especiales.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- % (porcentaje) de trabajadores satisfechos con la herramienta de trabajo.
- % (porcentaje) de historias clínicas ordenadas con criterios adecuados de calidad.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:2008

Fecha de finalización: 31 de diciembre 2008

Caleandario:

Se iniciará con la herramienta de trabajo.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Optimización de la continuidad de cuidados del paciente anciano tras cirugía ortopédica o traumatológica

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Paloma González García
Profesión Jefe de sección Geriatría
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital San José, Unidad de Geriatría
Correo electrónico: pgonzalez@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:978605368, ext. 243

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Martín Hernández	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
José Carlos Roncal Boj	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Melchor Guillén Soriano	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Angel Castro Sauras	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Enrique Hernández Neila	Traumatólogo	Hospital Obispo Polanco
Concepción Esteban Silvestre	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
Pilara Marco Sánchez	Rehabilitadora	Hospital Obispo Polanco
José Fondevila Frutos	Rehabilitador	Hospital Obispo Polanco
Raquel Pérez Zuazo	Geriatra	Hospital San José
María Jesús Vicente Romero	Enfermera	Hospital San José
Purificación Montero Cercós	Enfermera	Hospital San José
Mercedes Forcano García	Geriatra	Hospital San José
Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera	Geriatra	Hospital San José
Pilar Herranz Andrés	Anestésista	Hospital Obispo Polanco
Vicente Conesa Marín	Anestésista	Hospital Obispo Polanco
Corona Gómez Sarasa	Fisioterapeuta	Hospital San José
Pilar Manzano Hernández	Fisioterapeuta	Hospital San José
Elena Lorente Sanz	Terapeuta ocupacional	Hospital San José
María Eugenia Pérez Colón	Trabajadora Social	Hospital San José
Pilar Cea Martín-Crespo	Trabajadora Social	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...

1. Atención al anciano ingresado en COT centrada exclusivamente en el problema quirúrgico, obviando comorbilidad y factores funcionales, psicológicos y sociales.
2. Seguimiento de comorbilidad únicamente en caso de complicaciones (ausencia de intervención profiláctica).
3. Prolongación de la estancia hospitalaria por complicaciones médicas.
4. Prolongación de la estancia hospitalaria por problemática social.
5. Utilización insuficiente de los recursos especializados para la población geriátrica actualmente disponibles en Teruel.
6. Déficit de control postoperatorio del paciente postquirúrgico en centros sociosanitarios.
7. Dificultad de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales.

Población diana:

Sujetos mayores de 64 años ingresados en el Servicio de COT que, tras valoración integral, sean candidatos a continuidad de cuidados en el Hospital de Media Estancia

Análisis del problema:

La colaboración entre traumatólogos y geriatras tiene 40 años de historia. En numerosos estudios ha demostrado ser una colaboración coste-efectiva y con beneficios para el paciente y el sistema sanitario. Actualmente en el Sector de Teruel el paciente anciano intervenido por el Servicio de COT se beneficia en escasas ocasiones de la asistencia integral que podría proporcionar una mayor colaboración entre diferentes servicios y niveles asistenciales.

Partimos de la base de que:

- ✓ Los Servicios de COT, Rehabilitación, Geriátrica y Anestesia intervendrían de forma conjunta en el proyecto de mejora.
- ✓ En Teruel se dispone de una Unidad de Geriátrica que podría realizar una valoración perioperatoria de los ancianos ingresados en COT, seleccionando a la población diana, sobre la que se actuará de forma profiláctica, realizando:

- Valoración geriátrica integral (médica, funcional, mental, social).
- Prevención, detección y tratamiento de complicaciones.
- Detección y orientación precoz de problemática social.
- Plan de cuidados y seguimiento.
- Trabajo en equipo multidisciplinario.
- Derivación a niveles asistenciales de la Unidad de Geriátrica para continuación del proceso rehabilitador en caso de necesidad.
- Planificación precoz del alta.
- Coordinación con el nivel asistencial posterior al alta

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. Disminución de complicaciones intrahospitalarias.
2. Mejoría en los resultados funcionales de la intervención.
3. Aumento de las altas al domicilio previo.
4. Disminución de la demanda de otras interconsultas.
5. Disminución de la estancia hospitalaria.
6. Disminución en los costes.
7. Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.
8. Colaboración en la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre.
9. Mejora cualitativa del informe de alta del hospital de agudos.

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Coordinación entre los Servicios implicados en el proyecto, plasmada en:

1. Interconsulta precoz (tanto solicitud como respuesta).
2. Pase de visita conjunto entre COT y Geriatría en el Hospital General (pendiente concretar periodicidad).
3. Sesión interdisciplinaria entre COT, RHB y Geriatría en el Hospital General (pendiente concretar periodicidad).
4. Participación de COT y RHB en el control postoperatorio del paciente en el Hospital de Convalecencia.
5. Implicación de enfermería, fisioterapia y trabajo social en el protocolo (trabajo multidisciplinario).
6. Continuidad a lo largo del proceso asistencial.
7. Cambio del paradigma de asistencia vertical por un modelo transversal.
8. Aplicación práctica de la gestión clínica y de los nuevos modelos de unidades funcionales.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluación por método EFQM anual

Indicadores:

- √ Nº de pacientes >64 años incluidos en programa / nº total de pacientes >64 años intervenidos en el servicio de COT.
- √ Estancia media en hospital de agudos de los pacientes incluidos en programa.
- √ Estancia media en el Hospital de Convalecencia.
- √ Nº de diagnósticos al alta de los pacientes incluidos.
- √ Índice de Barthel al alta.
- √ Índice de Barthel a los 3 meses (entrevista telefónica).
- √ Nº de reingresos en hospital de agudos en las dos primeras semanas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2008 Fecha de finalización:

Calendario:

Reuniones de evaluación cada 2 meses.
Remisión mensual de cuadro de mandos a las direcciones hospitalarias y a los miembros del equipo.
Elaboración de memoria EFQM al final del año.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Media jornada de geriatra 5 días a la semana.	
Media jornada de traumatólogo semanal	
Una jornada de rehabilitador semanal.	
Artromotor	4500
TOTAL	4500

Lugar y fecha: Teruel 24 de enero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
 LA UNIDAD DE MEMORIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ: ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO CON DEMENCIA Y SU ENTORNO FAMILIAR.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Nombre y apellidos
 PALOMA GONZÁLEZ GARCÍA
 Profesión
 JEFE UNIDAD GERIATRÍA. MÉDICO ESPECIALISTA EN GERIATRÍA.
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
 UNIDAD DE GERIATRÍA. HOSPITAL SAN JOSÉ. TERUEL.
 Correo electrónico:
 pgonzalez@aragon.es
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:
 978 60 53 68, extensiones 241 y 243

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
BEATRIZ FUERTES DE GILBERT RIVERA	Médico	Hospital San José
MARÍA JESÚS VICENTE ROMERO	Enfermera	Hospital San José
PURIFICACIÓN MONTERO CERCÓS	Enfermera	Hospital San José
M ^a CRUZ HERNANDO VICENTE	Aux. admin	Hospital San José
MONTSERRAT GARCÍA SANZ	Psicóloga	ESAD 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...

Situación de partida:

Desde la apertura de la CCEE de Geriatria se ha objetivado una demanda creciente de consultas de Atención Especializada por demencia, debido a:

1. La demencia es una patología de incidencia creciente con la edad, y el envejecimiento poblacional determina una prevalencia elevada de casos en nuestro Sector Sanitario;
2. Existe cada vez más información sobre la enfermedad a disposición de facultativos y público en general, y las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer han ayudado en este sentido con su labor de difusión;
3. El médico de Atención Primaria puede realizar un diagnóstico sindrómico, pero no dispone de herramientas ni de tiempo para realizar el etiológico;
4. Los recursos terapéuticos están en manos del especialista, que se ve sobrepasado por el aluvión asistencial.
5. En el caso de la demencia es preciso atender no sólo al paciente, sino también al cuidador.

Importancia del proyecto: se trata de un proyecto asistencial que está cumpliendo los objetivos de:

- **Informar** sobre enfermedad y evolución, sobre cuidados y manejo del paciente en domicilio, sobre recursos asistenciales y sociales.
- **Prevenir**, en lo posible, complicaciones y dependencia.
- **Tratar** el déficit cognitivo y la sintomatología acompañante.
- **Tranquilizar** a paciente y familiares.
- **Acompañar** al paciente y sus cuidadores a lo largo del proceso.
- Ayudar en la **planificación del futuro**.

Actividades:

- **Consulta Especializada de Atención a las Demencias** en horario de tarde en el Hospital San José orientada al diagnóstico etiológico de la demencia y al seguimiento de pacientes con deterioro de funciones superiores.
- **Consulta de Apoyo al Cuidador** gestionada por enfermería.

Oportunidad de mejora:

- **Rentabilización de los recursos** disponibles en el Hospital San José, tanto físicos como humanos, en beneficio de la población geriátrica afecta de demencia de Teruel y de sus cuidadores.

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

Aumentar beneficios de la atención:

1. diagnóstico y tipificación de la demencia
2. tratamiento precoz de la demencia
3. intervención con el cuidador.
 - En este sentido, han sido diagnosticados y tratados **114 pacientes**, se han realizado **396 visitas** y se abierto una Consulta de enfermería de Apoyo al Cuidador, donde se han atendido **40 cuidadores principales**.
 - Se ha iniciado un **servicio de préstamo de ejemplares del libro "Vivir con... la enfermedad de Alzheimer** (Ed. Meditor) a los cuidadores interesados.
 - Se encuentra en proceso de elaboración una **Guía para cuidadores**, adaptada al perfil de nuestra población diana.

Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas:

Reducción de la ansiedad de paciente y familia

- En este aspecto, la valoración de las consultas (médica y de apoyo al cuidador) ha sido **positiva en el 100%** de los casos, lo que a nuestro parecer demuestra que la información (diagnóstico de demencia) proporcionada de forma adecuada y empática no hiere al paciente ni a su cuidador.

Garantizar los derechos y aumentar satisfacción de los usuarios:

1. Información y formación a familiares/cuidadores
2. Control sintomático
3. Ayuda en la planificación del futuro
4. Garantía de seguimiento

Para cubrir estos aspectos, con cada paciente se ha realizado:

- historia clínica completa,
- historia del deterioro,
- exploración física, neuropsicológica y funcional,
- diagnóstico etiológico,
- pautas de tratamiento,
- información sobre diagnóstico a paciente y familia,
- formación personalizada a cuidadores por parte de médico y enfermera,
- información sobre evolución y pronóstico, información sobre gestiones para planificación de futuro,
- disponibilidad para consulta telefónica
- gestión de citas.

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado:

Rentabilización de los recursos físicos y personales disponibles en el Hospital San José:

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

- Se utilizan las dependencias de Consulta Externa y Hospital de Día de la Unidad de Geriatria en horario de tarde 2 días/semana;
- Colaboran 2 facultativos especialistas en Geriatria, 2 enfermeras especializadas y 1 administrativo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la calidad de vida del enfermo con demencia y de sus cuidadores en nuestro Sector.
- Garantizar la continuidad de cuidados del enfermo con demencia en nuestro Sector.
- Mejorar la calidad y la cantidad de información que reciben paciente y familiares.
- Constituirnos en referente para los cuidadores
 - ~ edición de impresión de la Guía para cuidadores
 - ~ programación de seminarios orientados al cuidador no profesional
 - ~ desarrollo de la Consulta de Apoyo al Cuidador
 - ~ estudio de la posibilidad de implementar una Consulta Telefónica
- Actuar como nexo con otros dispositivos asistenciales y con los Servicios Sociales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Se recibe la solicitud de valoración (p-10 u otro tipo de informe)
- 2º **Enfermería** incluye al paciente en Unidad de Memoria o en CCEE de Geriatria
- 3º Primera visita del paciente:
 - **enfermería** recoge datos sociodemográficos, administra escalas básicas y realiza valoración inicial
 - **geriatra** realiza anamnesis del deterioro, hª clínica, exploración física, escalas avanzadas y solicita exploraciones complementarias pertinentes.
- 4º Segunda visita del paciente:
 - **enfermería** recibe a paciente y familiares
 - **geriatra** revisa estado de salud y exploraciones complementarias
 - **psicóloga** profundiza en la evaluación neuropsicológica del deterioro.
- 5º Tras una valoración interdisciplinar
 - el **geriatra** proporciona las indicaciones terapéuticas
 - la **enfermera** trabaja con los cuidadores, programando entrevistas personalizadas
- 6º Seguimiento periódico de pacientes y cuidadores.
- 7º El **auxiliar administrativo** realiza la recogida de datos
- 8º **Análisis de los datos.**
- 8º **Adaptación del protocolo** asistencial a las necesidades de la población.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se recogen mensualmente los siguientes datos:

- Número de pacientes incluidos en la Unidad de Memoria.
- Número de cuidadores incluidos en la Consulta de Apoyo al Cuidador.
- Número de visitas médicas (nuevas y de seguimiento).
- Número de visitas de enfermería (nuevas y de seguimiento).
- Número de consultas telefónicas.

Se enviará cuestionario postal para análisis del grado de satisfacción de usuarios y cuidadores.

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: marzo 2007	Fecha de finalización: ¿?
Calendario:	
Pretendemos que sea un Proyecto con continuidad. Actualmente:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se están realizando trámites para conseguir profundizar en la valoración neuropsicológica (primer-segundo trimestre). 2. Se editará la guía para cuidadores (segundo-tercer trimestre). 3. Se aumentará el número de ejemplares del libro "Vivir con... la enfermedad de Alzheimer" para dinamizar el servicio de préstamo a cuidadores interesados (segundo trimestre). 4. Se iniciarán los seminarios para cuidadores, a los que se pretende dar difusión a través de los medios de comunicación. 5. Se profundizará en el análisis de datos para continuar adaptando la Unidad de Memoria a nuestra población (tercer y cuarto trimestres). 	

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Impresora HP Business Inkjet 2800</u>	<u>467'50</u>
<u>Test neuropsicológicos</u>	<u>500</u>
<u>Copistería e imprenta</u>	<u>1000</u>
<u>Ejemplares "Vivir con... la enfermedad de Alzheimer"</u>	<u>500</u>
TOTAL	2467'50

Lugar y fecha:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Proyecto de mejora de la atención al paciente geriátrico en Urgencias.
Derivación de pacientes desde el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco al Hospital San José

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Beatriz Fuertes de Gilbert Rivera

Profesión

FEA Geriatria.

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

Hospital San José, Unidad de Geriatria

Correo electrónico:

beafuertes2004@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978605368, ext 241-243.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Paloma González García	Geriatra	Hospital San José.
Mercedes Forcano Garcia	Geriatra	Hospital San José.
Raquel Pérez Zuazo	Geriatra	Hospital San José.
María Jesús Vicente Romero	Enfermera	Hospital San José.
Fernando Tomás Rueda	Médico	Hospital San José
Carmen Navarro Marco	Médico	Hospital San José
Victoriano Paz Malagón	M.Interna	Hospital San José
Jose Castaño Marques	Médico	Hospital San José
Fernando Galve Royo	Medico Urgencias	Hospital Obispo Polanco
María José Calpe Gil	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Ana Garzarán Teijeiro	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Ramón Fernández Madruga	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Enrique Alonso Formento	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Carmen Ros Triptan	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Fernando Rodero Alvarez	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Antonio Martínez Oviedo	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Francisco Jose Esteban Fuentes	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
Jesús Martín Burgui	M.Urgencias	Hospital Obispo Polanco
María Eugenia Pérez Colón	T.social	Hospital San José.

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...

A. Objetivo de proyecto:

- Utilización adecuada de los recursos de que disponemos en el Hospital San José para valoración específica integral de pacientes geriátricos con enfermedad aguda.
- Aumento de número de camas hospitalarias disponibles para ingreso de paciente anciano con patología aguda. Disminuir número de ingresos en el Hospital Obispo Polanco.
- Disminución del tiempo material en urgencias que pasa el paciente en espera de cama

para ingreso.

- Disminuir estancia media de pacientes geriátricos.
- Valoración geriátrica integral (médica, funcional, mental y social) de pacientes ancianos frágiles con enfermedad aguda y comorbilidad importante para evitar complicaciones, con el apoyo del equipo multidisciplinar.
- Prevención y tratamiento de deterioro funcional secundario a enfermedad aguda.
- Detección y orientación precoz de problemática social. Gestión de ubicación idónea al alta.
- Seguimiento de pacientes frágiles al alta para evitar reingreso precoz en el hospital y mal uso de recursos sanitarios y sociales.

B. Población diana:

- Pacientes geriátricos con enfermedad aguda tributarios de atención en la Unidad de Geriátrica, considerando como geriátrico al paciente que cumpla al menos dos de los siguientes criterios:
 - Edad > 80 años (no es *conditio sine qua non*).
 - Pluripatología relevante.
 - Tendencia a la invalidez, tanto por enfermedad aguda que causa una dependencia intensa como por patología crónica progresivamente incapacitante.
 - Pacientes con reingresos hospitalarios repetidos y/o frecuentadores de servicios de urgencias.
 - Situaciones de riesgo familiar y/o social que repercute en el estado de salud.
- Pacientes tributarios de ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos.

C. Procesos susceptibles de derivación al Hospital San José:

- ACV (considerar situación funcional basal)
 - Insuficiencia cardiaca
 - EPOC descompensado
 - Infecciones respiratorias
 - Deshidratación
 - Deterioro funcional de causa no orgánica
 - Delirium en contexto de demencia
 - Síndromes febriles....
- SIEMPRE EN EL CONTEXTO DE PACIENTE GERIÁTRICO
- Enfermedad terminal (oncológica o no, geriátrico o no) con necesidad de control de síntomas o en situación de claudicación familiar.

D. Criterios de exclusión:

- Tributarios de tecnología terapéutica compleja (como ejemplo, sujetos candidatos a ventilación mecánica o a ingreso en UCI en caso de empeoramiento).
- Inestabilidad hemodinámica.
- Urgencia quirúrgica.
- Negativa al traslado.
- Situaciones en que el problema social sea el problema de mayor relevancia.

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

- Perspectiva integral e integradora del enfoque del paciente.
- Disminución del número de ingresos en el Hospital Obispo Polanco.
- Disminución de la estancia media de pacientes geriátricos en ambos hospitales.
- Disminución del número de interconsultas a otros especialistas.
- Agilización de recursos sociales y protésicos para pacientes dependientes.
- Optimización de manejo del paciente con pluripatología y polifarmacia.
- Prevención del deterioro funcional o, si ocurriese, recuperación precoz del deterioro asociado a inmovilidad hospitalaria.
- Aumento de altas a domicilio previo al ingreso.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Coordinación de Servicio de Urgencias de H.Obispo Polanco y de Servicio de Geriatria. Definición de criterios de derivación de pacientes. Valoración por Unidad de valoración socio-sanitario o gestión telefónica de traslado.
- Valoración geriátrica integral precoz. Detección y manejo precoces de pacientes ancianos frágiles.
- Disminución del tiempo material en urgencias que pasa el paciente en espera de cama para ingreso.
- Disminuir estancia media hospitalaria con intervención precoz y manejo interdisciplinar, disminuyendo complicaciones y necesidad recursos sociales.
- Agilizar las exploraciones complementarias y las interconsultas que se soliciten desde el Hospital S. José a los servicios de especialidades médico-quirúrgicas del Hospital Obispo Polanco (que se considere a los pacientes agudos como a los ingresados en una planta del Hospital Obispo Polanco).
- Trabajo multidisciplinar: Sesiones periódicas conjuntas (médicos, enfermería, trabajadora social, terapeuta ocupacional, fisioterapia y rehabilitador).
- Continuidad de cuidados en los distintos niveles asistenciales de Geriatria, tanto hospitalarios como ambulatorios.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Evaluación por método EFQM
- Registro de pacientes y elaboración de listado mensual por parte del Servicio de Admisión de Urgencias del Hospital Obispo Polanco y de la Unidad de Geriatria del Hospital San José.
- Indicadores:
 - Número total de pacientes ingresados en Hospital San José desde Urgencias de Hospital Obispo Polanco.
 - Índice de Barthel (ABVD) previo o basal, índice de Barthel al ingreso e índice de Barthel al alta.
 - Estancia media en Hospital San José.
 - Número de pacientes que requieren traslado de nuevo a Hospital Obispo Polanco en menos de una semana.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 marzo 2008

Fecha de finalización:

Calendario:

Se realizarán reuniones de evaluación y seguimiento el primer mes y posteriormente con periodicidad trimensual

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos ALFONSO YUBERO
Profesión Responsable Unidad Oncología
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc.) HOSPITAL OBISPO POLANCO. TERUEL.
Correo electrónico: ayubero@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marta Agudo Rodrigo	Médico	ESAD Teruel
Paloma González García	Médico	Hospital San José
Montse García Sanz	Psicóloga	ESAD Teruel
Rosa Alegre Martín	Enfermera	ESAD Teruel
M ^a Jesús Vicente Romero	Enfermera	Hospital San José
Raquel Pérez Zuazo	Médico	Hospital San José
José Castaño Marqués	Médico	Hospital San José
Ricardo Lara López- Dóriga	Médico	Hospital Obispo Polanco
M ^a José Goded García	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
Rosario Escartín	Médico	U Dolor H Obispo Polanco
M ^a Jesús Castellote García	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
Isabel Rílova Fernández	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
Etel Carod	Médico	CS de Monreal
Carmen Gallardo	Médico	CS Teruel Urbano

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...

PROBLEMAS DETECTADOS:

- Ocupación de más del 10% de las camas hospitalarias de agudos por enfermos en fase terminal.
- Más del 90% de los exitus ocurren en medio hospitalario.
- Se somete a los enfermos terminales a ingresos, consultas, exploraciones y tratamientos innecesarios.
- Existe una ruptura de la continuidad de cuidados del enfermo terminal.
- No se considera a la familia/cuidador del enfermo terminal como un objetivo asistencial.
- Las necesidades de los enfermos terminales y sus familias pueden cubrirse de manera más eficiente en niveles asistenciales como Atención Primaria con ayuda del Equipo de Soporte y Ayuda a Domicilio (ESAD), o en la Unidad de Cuidados

Paliativos (UCP) del Hospital de Media Estancia.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD:

Colaboración entre los profesionales sanitarios de diferentes servicios del Sector de Teruel con el objetivo de mejorar la asistencia del paciente terminal, optimizando la utilización de los recursos disponibles, y favoreciendo la continuidad de cuidados.

POBLACIÓN DIANA:**1. Enfermos en situación terminal.**

- Pacientes **oncológicos** terminales (criterios de la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*):
 - ~ Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva y avanzada
 - ~ Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento específico
 - ~ Pronóstico de vida limitado.
- Pacientes con **enfermedad crónica avanzada no oncológica**, que cumplen criterios de terminalidad de órgano, nutricional y funcional (criterios de la *National Hospice Organization*).

2. Familiares/cuidadores de los enfermos en situación terminal.**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO**

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la dignidad y la calidad de vida del enfermo en situación terminal mediante el control de los síntomas y alivio del sufrimiento.
- Facilitar la participación de la familia en los cuidados a través del soporte sanitario y psicológico.
- Favorecer la accesibilidad de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos al circuito asistencial.
- Aumentar el porcentaje de fallecimientos en domicilio, evitando asistencia sanitaria innecesaria.
- Favorecer la comunicación interdisciplinar de los profesionales implicados en la atención del paciente terminal.
- Divulgación entre los profesionales sanitarios del Sector de Teruel de los criterios de inclusión del enfermo en situación terminal en los diferentes dispositivos asistenciales.
- Optimización de los recursos asistenciales y de los costes económicos y sociales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Trabajo en equipo de las Unidades de Oncología, Geriátrica, Unidad del Dolor, ESAD y Atención Primaria para el desarrollo del protocolo asistencial del paciente terminal en el Sector de Teruel (enero-febrero 2008).
- Difusión de los criterios de ingreso en los diferentes dispositivos asistenciales entre los profesionales sanitarios del Sector (marzo 2008).
- Reuniones interdisciplinarias semanales entre los miembros de los equipos implicados en el proyecto.
- Registro de las actividades realizadas.

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

- Análisis de los datos.
- Adaptación del protocolo según los resultados del análisis.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluación por método EFQM anual.

Indicadores:

- Número de pacientes fallecidos en domicilio / nº total de pacientes fallecidos incluidos en programa.
- Número de pacientes fallecidos en UCP / Nº total de pacientes fallecidos incluidos en programa.
- % de pacientes incluidos en programa que acuden a Urgencias.
- % de pacientes incluidos en programa que ingresan en el Hospital de Agudos.
- % de pacientes ingresados en UCP que son dados de alta a domicilio.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: enero 2008

Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

- Enero 2008: desarrollo del protocolo asistencial.
- Febrero-marzo 2008: difusión del protocolo entre los profesionales sanitarios del Sector.
- Semanalmente: reuniones interdisciplinarias.
- Trimestralmente: reunión entre los responsables de las Unidades para evaluación y revisión del protocolo.
- Diciembre 2008: análisis de datos y posterior adaptación del protocolo.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador portátil</u>	<u>1200 €</u>
<u>Costes copistería</u>	<u>400 €</u>
<u>Desplazamiento a Centros de Salud</u>	<u>400 €</u>
TOTAL	<u>2000 €</u>

Lugar y fecha:

Teruel, 11 de Febrero del 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Implantación de guía clínica de prevención y diagnóstico de la neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos M ^a Concepción Valdovinos Mahave
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital "Obispo Polanco". Teruel
Correo electrónico: mcvaldovinos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978621150 ext. 1780

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José María Montón Dito	Médico	Cuidados Intensivos
Carlos Sánchez Polo	Médico	Cuidados Intensivos
Encarna Monforte Soriano	Supervisora enfermería	Cuidados Intensivos
María Luisa Pérez Lahuerta	Enfermera	Cuidados Intensivos
Rosa Giménez Mora	Enfermera	Cuidados Intensivos
María Dolores Martín	Auxiliar Clínica	Cuidados Intensivos

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Importancia y Utilidad del proyecto: <ul style="list-style-type: none"> - La incidencia de neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica (NAVVM) es uno de los indicadores más representativos de la calidad asistencial en la UCI - La NAVVM es un problema de alta incidencia y prevalencia en la UCI. (22.34 episodios de NAVVM por mil días de ventilación mecánica, cuando la tasa de incidencia en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas según el ENVIN 2006 es de 14,66 episodios por mil días de ventilación mecánica) - La incidencia de NAVVM puede disminuirse implantando un protocolo de prevención - La NAVVM es un grave problema debido a: <ul style="list-style-type: none"> • La morbi-mortalidad que conlleva • El aumento del gasto hospitalario • La prolongación de la estancia hospitalaria - La identificación precoz de la NAVVM conlleva la instauración de un tratamiento temprano que mejora la morbi-mortalidad de los pacientes - La instauración de un sistema de vigilancia y control de la neumonía asociada a ventilación mecánica es un aspecto muy importante en el control de la infección nosocomial y de la calidad asistencial de los pacientes ingresados en UCI. Métodos de detección y priorización empleados:

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

- La técnica de grupo usada para **identificar las oportunidades** de mejora ha sido Brainstorming:
 - Implantación de guía clínica de NAVM
 - 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 NEUMONÍA ASOCIADA VENTILACIÓN MECÁNICA	LIMITACIÓN ESFUERZO TERAPEÚTICO	DETECCIÓN ALTAS PRECOCES	ESTUDIO MORTALIDAD
Fácil medición	2	1	2	3
Usuarios afectados	2	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	16	8	13	11

Situación de partida

- Ausencia de uniformidad en las medidas de prevención y diagnóstico de la neumonía asociada a ventilación mecánica

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

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

- 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 prevención y diagnóstico de la NAVM
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la prevención y diagnóstico de la NAVM.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las infecciones nosocomiales por NAVM.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas y de diagnóstico de la NAVM

- Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos una guía de práctica clínica de la neumonía asociada a ventilación mecánica, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Española de Medicina Intensiva y de la Sociedad Americana de Tórax y de Enfermedades Infecciosas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Medidas previstas

- Elaborar un protocolo de prevención de la NAVM
- Sistematizar y registrar las medidas de prevención de la NAVM
- Estandarizar los criterios diagnósticos de la NAVM
- Creación de un grupo de trabajo sobre la NAVM

Responsables

- Equipo médico
- Equipo de enfermería

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

De proceso asistencial

- Porcentaje de cumplimiento de las medidas de prevención (standares calidad)
- 1.-
$$\frac{\text{Nº pacientes intubados en posición semiincorporada}}{\text{Nº total de pacientes intubados}} \quad (97\%)$$
 - 2.-
$$\frac{\text{Nº pacientes intubados cumplimiento protocolo Nutrición enteral}}{\text{Nº total de pacientes intubados}} \quad (100\%)$$
 - 3.-
$$\frac{\text{Nº pacientes intubados con aspiración subglótica}}{\text{Nº total de pacientes intubados}} \quad (>90\%)$$
 - 4.-
$$\frac{\text{Nº pacientes intubados con presión neumotaponamiento > 20 cm H2O}}{\text{Nº total de pacientes intubados}} \quad (95\%)$$
 - 5.-
$$\frac{\text{Nº pacientes cumplimiento protocolo sedación}}{\text{Nº total de pacientes intubados}} \quad (80\%)$$
 - 6.-
$$\frac{\text{Nº pacientes cumplimiento protocolo hemorragia stress}}{\text{Nº total de pacientes intubados}} \quad (95\%)$$
 - 7.-
$$\frac{\text{Nº pacientes con control de glucemia}}{\text{Nº total de pacientes intubados}} \quad (80\%)$$

- Tasa de incidencia de NAVM

$$\frac{\text{episodios de neumonía asociada a ventilación mecánica}}{1000 \text{ días de ventilación mecánica}}$$

Estandar: 18 NAVM / 1000 días de ventilación mecánica

Fuente de datos: Hoja de registro

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: Marzo 2008	Fecha de finalización: Marzo 2009
<p>Calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marzo – Abril 2008: Elaboración y difusión del protocolo - Mayo 2008 – Febrero 2009: Puesta en marcha y recogida de datos - Reuniones cada 3 meses del grupo de mejora para evaluar el desarrollo del proceso - Marzo 2009: Análisis de resultados 	

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Material informático: 4 PDA	3.000
TOTAL	3.000

Teruel 18 de febrero de 2008

Fdo: M^a Concepción Valdovinos Mahave

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: MEJORA EN EL APRENDIZAJE DE TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EN LA MEDICINA DE URGENCIAS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Antonio Martínez Oviedo

Profesión FEA de Urgencias

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

Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco

Correo electrónico: amartinezo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978621150 ext 1688

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María José Calpe Gil	FEA	Urgencias H Obispo Polanco
Jesús Angel Martínez Burgui	FEA	Urgencias H Obispo Polanco
Carmen Ros Tristán	FEA	Urgencias H Obispo Polanco
Fernando Roderó Álvarez	FEA	Urgencias H Obispo Polanco
Pilar Benedicto Torres	DUE	Urgencias H Obispo Polanco
Inmaculada Burgues Dalmau	DUE	Urgencias H Obispo Polanco
Isabel Castellote Escriche	TCAE	Urgencias H Obispo Polanco

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La medicina de emergencias dispone de muy buenos tratados de estudio y consulta así como manuales de protocolos de diagnóstico diferencial y tratamiento. Sin embargo no abundan los manuales o métodos que se dedican a las habilidades técnicas, las cuales son muy importantes para el médico de urgencias ya que bien aplicadas, ayudan a un diagnóstico certero, ahorran tiempo, molestias, dolor y evitan complicaciones iatrogénicas.

Se ha constatado que uno de los aspectos que más estrés genera a las jóvenes generaciones de médicos es el desconocimiento y/o falta de habilidad técnica, que se agrava cuando el paciente requiere "inmediatez" para solucionar una situación más o menos crítica, que pone en compromiso su vida. El aprendizaje de un procedimiento técnico se basa en el principio de ensayo y error y a veces es muy complicado transmitir algo eminentemente práctico en un texto escrito. Este problema se agrava en los hospitales pequeños que atienden un menor volumen de urgencias, ya que la oportunidad para aplicar estas técnicas es más reducida, requiriendo un reciclaje continuo para no perder habilidad.

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

Con la realización de grabaciones en nuestro servicio de las técnicas de urgencias de mayor dificultad o que requieran una actuación inmediata ajustada a un protocolo (ej RCP avanzada, intubación orotraqueal...), y su posterior proyección al personal que trabaja en urgencias (FEA, DUE, TCAE y MIR) se pretende optimizar los recursos materiales y disminuir el tiempo de actuación. Todo ello da como resultado una mejor preparación, fomentando una mayor confianza y seguridad que pensamos repercutirá positivamente en los pacientes al obtener una actuación más rápida, eficaz y organizada.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Preparación del consentimiento informada para videograbación-----S. Urgencias
- Realización de las grabaciones de la siguientes técnicas: punción lumbar, vías centrales, toracocentesis, tubo de tórax, paracentesis, intubación orotraqueal, maniobras de RCP, cardioversión eléctrica, suturas complicadas.----- S Urgencias
- Montaje en DVD de la grabación----- S Urgencias
- Exposición en seminarios y sesiones del Servicio, para el aprendizaje e identificar deficiencias en la ejecución----- S Urgencias
- Recogida y monitorización del numero de técnicas realizadas----- S urgencias.
- Realización de encuestas de evaluación y satisfacción----- S Urgencias
- Incorporación a una base de datos----- Surgencias
- Análisis de los datos recogidos----- Surgencias.

8.- 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.

- Recogida del número de técnicas realizado en el año actual y la incidencia de complicaciones.
- Se realizará una encuesta de satisfacción y evaluación de la utilidad del trabajo con los siguientes ítems:
 - Grado de Conocimiento previo de los procedimientos de urgencias
 - Utilidad del método de grabación practica en el aprendizaje y mejora.
 - Satisfacción y aportación personal de este método.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **MARZO 2008**Fecha de finalización: **FEBRERO 2009**

Calendario:

- Preparación del consentimiento informado para videograbación-----Marzo de 2008
- Realización de las grabaciones de las técnicas de urgencias--- Abril a Octubre 2008
- Montaje en DVD de la grabación-----Noviembre 2008
- Exposición en seminarios y sesiones del Servicio, para el aprendizaje e identificar deficiencias-----Diciembre 2008 y enero 2009
- Recogida y monitorización del numero de técnicas realizadas----- Año 2008.
- Realización de encuestas de evaluación y satisfacción----- Enero 2009
- Incorporación a una base de datos----- Enero-feb 2009
- Análisis de los datos recogidos----- Enero-feb 2009.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Protocolo de antibioterapia empírica combinada en pacientes ancianos, institucionalizados, con diagnóstico clínico de infección de vías respiratorias inferiores, ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel. Aplicación y análisis de su impacto en la estancia hospitalaria, reingresos y mortalidad.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Maria Coloma Juyol Rodrigo

Profesión

Médico Especialista en Medicina Interna

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

Hospital "Obispo Polanco", Servicio de Medicina Interna, Teruel

Correo electrónico:

mcjuyol@gmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978621150, extensión 1789

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gloria Pérez Vázquez	Médico	S. Medicina Interna, HOP
Amalia I. Fernández Alamán	Médico	S. Medicina Interna, HOP

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 pacientes ancianos e institucionalizados cuando son ingresados con diagnóstico de infección respiratoria de vías inferiores (IVRI) son tratados con antibioterapia empírica simple, según protocolo de neumonía adquirida en la comunidad (*Protocolo SEPAR 2007*). Sin embargo los gérmenes causantes de la IVRI en estos pacientes suelen ser multirresistentes (*Guía de Terapéutica Antimicrobiana, 2008. Neumonía en el paciente anciano o con enfermedad de base*), bien por el nicho ecológico del que proceden o por el empleo de múltiples antibióticos previos, esto hace que en muchos casos la pauta antibiótica sea insuficiente, exigiendo la ampliación tardía de la cobertura antibiótica, que conlleva, en muchos casos, un aumento de la estancia hospitalaria y de la morbimortalidad.

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

PRIMARIOS:

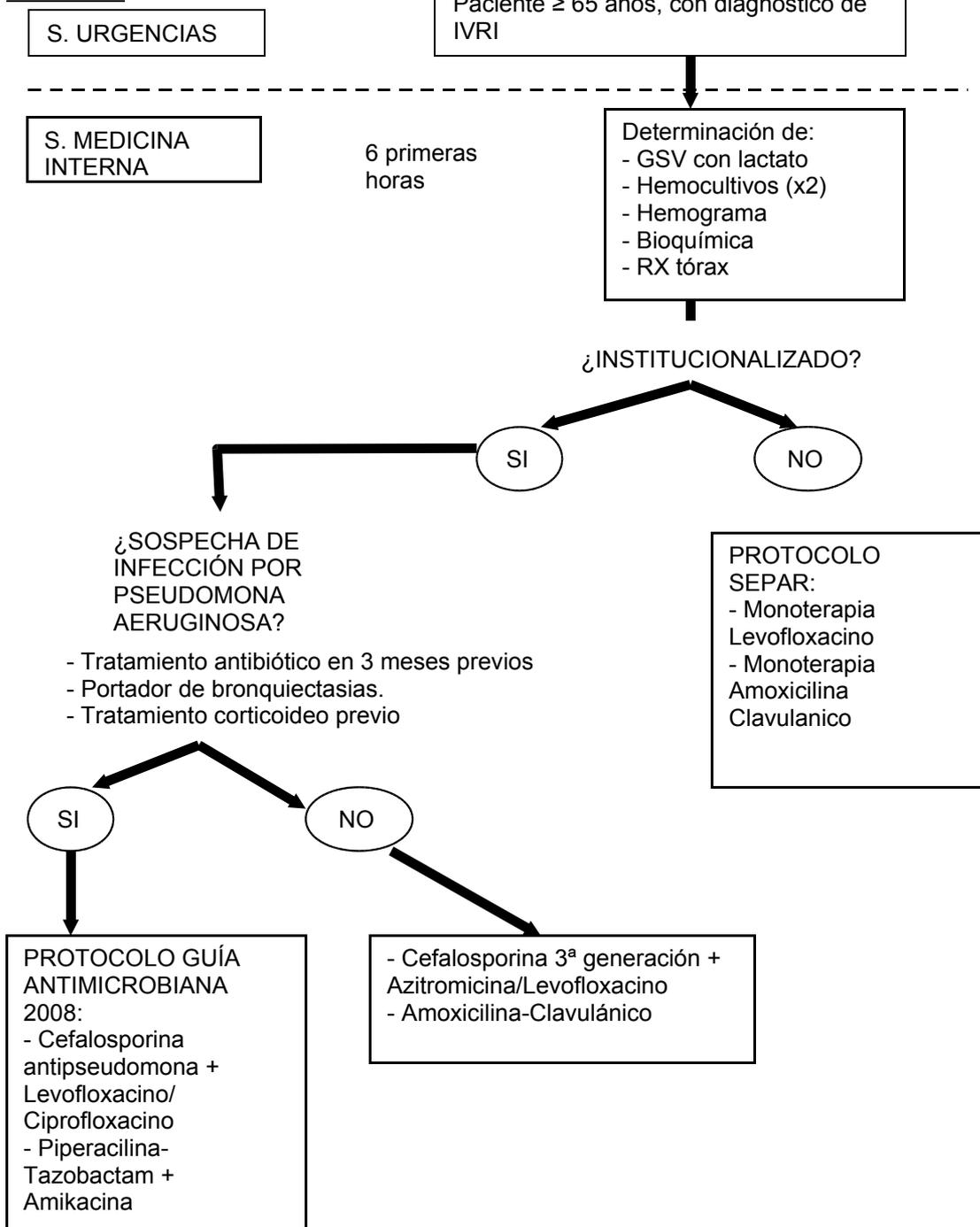
1. Disminuir la estancia hospitalaria (10%, con respecto a la estancia media del Servicio de Medicina Interna del HOP).
2. Disminuir la mortalidad (5%, con respecto a la previa del S. MI del HOP).
3. Disminuir el índice de reingresos, en los 3 primeros meses (5%).

SECUNDARIOS:

1. Disminuir el requerimiento de oxígeno domiciliario al alta.
2. Disminuir el grado de dependencia al alta.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Protocolo:**Variables:**

A.- MUESTRALES: Edad/Fecha nacimiento; Sexo; Antecedentes Personales; Institución (si procede);

B.- MOMENTO INGRESO: Tipo IVRI (neumonía vs bronquitis aguda); Puntuación clasificación FINE; Localización radiológica (si procede); GSA (pH, pCO₂, pO₂, Bicarbonato sangre, Exceso bases, Lactato); Bioquímica (función renal e monograma); Hemograma (fórmula completa); Hemocultivos (previos antibioterapia); Serología Neumonías Atípicas y Antígeno Legionella y Neumococo en orina; Criterio tratamiento antipseudomona. Aplicación escalas geriatría (Miniexamen del Examen Mental (MMSE)); Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD); Valoración del Estado Nutricional (MNA)).

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

C.- SEGUIMIENTO: A 24 horas (excepto fin de semana) y al alta: GSA (mismos parámetros); Bioquímica y Hemograma; Rx tórax de control (7+/- 2 días evolución); días totales de ingreso; necesidad de recambio antibiótico; exitus; reingreso en 21 días posteriores (si procede).

Análisis estadístico: programa SPSS.

Médicos Responsables: María C. Juyol Rodrigo (Médico Especialista en Medicina Interna; Gloria Pérez Vázquez (Médico Residente Medicina Interna); Amalia I. Fernández Alamán (Médico Residente Medicina Interna).

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Estancia hospitalaria (días)
- Mortalidad (proporción)
- Reingresos (proporción)
- Requerimiento oxígeno domiciliario (proporción)
- Realización de seguimiento de estado mental (puntuación de MMSE)
- Mantenimiento independencia para AVD (puntuación AIVD)
- Mejoría/mantenimiento estado nutricional (puntuación MNA)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Calendario:	
A.- Implantación de protocolo y periodo de información:	
Inicio Marzo 2008	Finalización Mayo 2008
B.- Aplicación de protocolo y recogida de datos:	
Inicio Marzo 2008	Finalización Enero 2010
C.- Análisis de datos y emisión de resultados:	
Inicio Enero 2010	Finalización Febrero 2010

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador Portátil HP Compaq 6710b	1000 euros
Proyector Epson/Fujitsu	500 euros
TOTAL	1500 euros

Lugar y fecha: Teruel, 20 de Febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
CONTROL DE LA OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA, METODOLOGÍA Y RESULTADOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
Francisca Berisa Losantos
Profesión
Facultativa Especialista de Área. Coordinadora de Calidad del Sector Teruel
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital Obispo Polanco. Teruel
Correo electrónico:
fberisa@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
978-621150. Extensión 1762

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo

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: el tratamiento con oxígeno domiciliario ha demostrado mejorar la supervivencia en los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Las indicaciones y el seguimiento están claramente establecidas por distintas sociedades científicas a nivel nacional e internacional.

En el estudio llevado a cabo en nuestra Área Sanitaria (AS) en el 2005 encontramos que solamente en un 45% de los pacientes constaban datos que justificaran una buena indicación de esta terapia, lo que nos motivó a realizar diferentes intervenciones para mejorar estos resultados.

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

Con el **Objetivo** de mejorar la cumplimentación del tratamiento con Oxígeno Domiciliario en nuestra AS, de acuerdo a las normativas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), se solicitó ayuda al Programa de apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad del SALUD para el año 2006, que nos fue concedida.

Los resultados obtenidos en el año 2006 fueron presentados en las Jornadas de Calidad del Salud en Zaragoza en Octubre de 2007. A la vista de la eficacia de la intervención se continuo durante el año 2007 y en la actualidad.

Creemos que esta experiencia, su metodología y resultados podría ser de utilidad para otros equipos y deseamos exponerlos en el Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, que tendrá lugar el próximo Octubre en Zaragoza

La responsable del proyecto fue, y continua llevando a cabo esta línea de mejora, la Dra. María Luz Mateo Lázaro, neumóloga del Hospital O. Polanco.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (200
-------	--

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Material y Método:

Se han realizado las siguientes intervenciones:

- Primera fase: charlas informativas en los principales centros de salud y en el Servicio de Medicina Interna (MI) del Hospital O. Polanco de Teruel.
- Recepción en la Secretaria de MI de todos los informes de solicitud de este tratamiento.
- Información diaria de las altas y bajas mediante correo electrónico y emisión de listados de pacientes de forma periódica, por la casa suministradora GASMEDI.
- Evaluación por un neumólogo de los informes o búsqueda de datos analíticos del paciente a través de INTRALAB.
- Llamadas a los médicos responsables cuando las prescripción no esta clara, para que informen o envíen al paciente a consulta de Neumología.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Resultados: de marzo a diciembre del año 2006 se evaluaron 557 pacientes y 940 a lo largo del 2007. En este último periodo se produjeron 354 nuevas altas (38%). En el 2006 más del 30% de los casos fue preciso contactar con el médico que solicitaba la terapia para que justifique el tratamiento frente al 9.4% en el 2007. La falta de criterios pasó del 55% en el 2005, al 7.3% en el 2006 y al 5.3% en el 2007. En 31 pacientes siguen sin conocer los criterios de indicación de esta terapia, que atribuimos a una edad elevada, dispersión geográfica y dificultades de movilización.

Se valora la influencia en el número de días de tratamiento y consecuentemente en el gasto.

Conclusiones: el control realizado sobre este tipo de terapia ha demostrado un descenso en el número total de días de terapia de forma significativa, y una mejora en los criterios médicos en la indicación y seguimiento en la oxigenoterapia domiciliaria.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Junio 2005

Fecha de finalización: Abril 2008

Calendario: recogida y evaluación de los últimos datos. Marzo- Abril 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
“GUÍA PRÁCTICA DE CONSULTA PARA TRABAJADORES DE HOSPITAL”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
RAFAEL FERNÁNDEZ SANTOS
Profesión
MÉDICO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
HOSPITAL OBISPO POLANCO (UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA)
Correo electrónico:
rfernandezsa@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
978 / 621150 Ext. 1785

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mª JOSÉ LOMA-OSORIO JIMENO	Médico	Hospital Obispo Polanco
BEGOÑA MOYA VICENTE	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
PILAR MARTÍN VILLARROYA	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
Mª ÁNGELES CAMACHO BALLANO	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
AURORA ANDRÉS SALIENTE	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
CARMEN PÉREZ MARTÍNEZ	Enfermera	Hospital Obispo Polanco
CONCHA THOMSON LLISTERRI	Médico	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...

En la actividad asistencial, diariamente se presentan situaciones que generan dudas sobre la actuación a seguir.

Atendiendo a los criterios formalmente establecidos, y con el objetivo de disminuir la variabilidad en la práctica asistencial ante aspectos que se consideran básicos para la prevención de infecciones, la gestión de residuos y la seguridad de pacientes y trabajadores, es importante que se definan unas pautas de actuación homogéneas.

En estos momentos en el Hospital no se dispone de una herramienta que permita una consulta rápida para la resolución de dudas que puedan generarse en relación a los temas anteriormente mencionados. Dicha herramienta podría resultar útil para conseguir homogeneizar criterios de actuación.

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

➤ **Que los trabajadores dispongan de una herramienta de consulta que les permita obtener de forma inmediata pautas de actuación ante determinadas situaciones**

de riesgo.

- Que los trabajadores dispongan de un recordatorio sobre acciones encaminadas a disminuir la transmisión de infecciones, en el que se proporcionen recomendaciones básicas para interrumpir la cadena epidemiológica.
- Que los trabajadores dispongan de la información necesaria para prevenir accidentes biológicos y, en caso de que se produzcan, sean notificados por el cauce adecuado con el fin de proceder a una actuación sanitaria precoz.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de una documentación de bolsillo que sirva como herramienta de consulta rápida.
- Difusión de la Guía a través de sesiones clínicas y presentación in situ en los distintos servicios.
- Colocación de la documentación en la Intranet del Hospital.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Para valorar la utilización de la documentación proporcionada y evaluar la utilidad de la misma se realizará:

- Encuesta a los trabajadores para conocer el grado de utilización de la Guía en situaciones de duda, y la efectividad en la resolución de las citadas dudas.
- Incidencia de colonización o infección por gérmenes multirresistentes en pacientes ingresados.
- Porcentaje de declaraciones de accidente biológico por el cauce adecuado.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **ABRIL DE 2008**

Fecha de finalización: **DICIEMBRE DE 2009**

Calendario:

- Elaboración de las fichas de la Guía Abril-Mayo de 2008
- Realización del estudio piloto Junio-Julio 2008
- Introducción de las posibles modificaciones Septiembre 2008
- Maquetación e impresión de las fichas Septiembre 2008
- Difusión e implementación Octubre 2008
- Encuesta de valoración Diciembre 2008

En función de los resultados obtenidos del análisis de la encuesta se procederá a introducir las modificaciones oportunas en la Guía.

En el 2009 se medirán los indicadores de resultado relacionados con los gérmenes multirresistentes y con la declaración de accidentes biológicos.

En el 2009 se volverá a distribuir la encuesta entre los trabajadores.

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

10.- PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
ORDENADOR PORTÁTIL	1.200 €
MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	1.500 €
TOTAL	2.700 €

Lugar y fecha: **TERUEL, 21 de febrero de 2008**

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO CONTINUACIÓN DEL PROYECTO 045 DE 2007: IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTEMICAS (EAIS) DE LAS SECCIONES DE MEDICINA INTERNA Y REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO DE TERUEL</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos: M^a PILAR GRACIA SÁNCHEZ</p>
<p>Profesión JEFE DE SECCIÓN DE MEDICINA INTERNA</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL GENERAL OBISPO POLANCO. TERUEL</p>
<p>Correo electrónico:pgracias@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978 621150 ext 1792</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LORETO HORCADA RUBIO	F.E.A REUMAT.	H. OBISPO POLANCO
SERGIO ZABLA LÓPEZ	J. Sec. MI	H. OBISPO POLANCO
AMALIA FERNANDEZ ALAMÁN	MIR MI	H. OBISPO POLANCO
CHERPENTIER FONSECA LÓPEZ	MIR MI	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, Enfermedad mixta del tejido conjuntivo, Enfermedad de Wegener, PAN... y las diversas Vasculitis Sistémicas) constituyen un grupo de patologías relativamente raras, pero especialmente complejas y con frecuencia con gravedad extrema y urgencia, 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, en 2007 iniciamos el **proyecto de mejora de la calidad 045** del Sector de Teruel basado en la agrupación y unificación de la atención de los pacientes atendidos en las secciones de Medicina Interna y Reumatología de nuestro Hospital.

Esta Unidad ha continuado 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.

También estamos conectados con el Centro de Salud: "Teruel Urbano" que atiende al 30% de la población del Sector, a través de la Consulta de Coordinación que dirigen las Dras. Gracia (Coordinadora de este proyecto) y Gallardo de dicho Centro de Salud, donde hemos podido comprobar la gran preocupación que crea este grupo de patologías, por su dificultad de diagnóstico, en ocasiones durante largos periodos de tiempo.

Consideramos que los trabajos actuales deben ser continuados para incrementar la mejora de la atención a nuestros pacientes y difundirlos entre los profesionales de Atención Primaria.

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

- Elaboración del **protocolo** de atención a pacientes con **Lupus Eritematoso Sistémico**..
- Cuantificación de la gravedad de los brotes lúdicos con los criterios SLEDAI.
- Elaboración del protocolo de tratamiento con tracleer (Bosentan^R) en pacientes con **Hipertensión pulmonar, Fenómeno de Raynaud y úlceras digitales en esclerodermia**, en colaboración con la Unidad del H. Miguel Server.
- Realización de la **base de datos** de seguimiento con el programa Access relacionada con la utilizada en H. Miguel Server, que en la actualidad hemos substituido por la base de Datos **Reumaval** realizada por el Dr. Jose Manuel Martin del Hospital Universitario del Río Hortera de Valladolid editada en 2007, que ha sido instalada en Reumatología y Medicina interna por el Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco.
- Introducción de los datos de 6 pacientes con LES y 1 con esclerodermia en tratamiento con Bosentan.

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

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

7. 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducir en la Base de Datos Reumaval los casos que se vayan incorporando. 2. Elaboración de nuevos 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 4 3. Elaboración de documentos informativos específicos a los pacientes y a los profesionales implicados en su continuo asistencial (MFyC., etc) 4. Realización de capilaroscopias diagnósticas y de control en pacientes con esclerodermia, Fenómeno de Raynaud, y úlceras en manos. 5. 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 Secciones de MI y Reumatología contando 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de Protocolos diagnóstico terapéuticos de otras 4 entidades (ESCLERODERMIA, SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO, TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINAS. Y TRATAMIENTO CON RITUXIMAB). Objetivo > 75%. 2. Elaboración de Hojas Informativas para los pacientes de cada uno de estos protocolos. (Objetivo: > 75%. 3. Realización del Consentimiento Informado para todos los casos de terapias biológicas (Objetivo: 100%). 4. Inclusión de 10 pacientes en la base de datos. Objetivo > 75%.

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 abril 2008	Fecha de finalización:31 de marzo de 2009
Calendario: <u>Segundo trimestre 2008:</u> Divulgación del programa entre los médicos del Servicio y Centro de Salud "Teruel Urbano". Elaboración de fichas de protocolos, clínico terapéuticos, consentimientos Informados y hojas informativas para pacientes <u>Tercer y cuarto trimestre 2008:</u> 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. <u>Primer trimestre 2009:</u> Implantar protocolos y documentos informativos definitivos. . Evaluación de resultados y plantear propuestas de mejora.	

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
CAPILAROSCOPIO: compuesto por	
1. ESTEREOMICROSCOPIO TRINOCULAR	1. 900 Eur.
2. ILUMINADOR DE LUZ FRIA DOBLE BRAZO 20	2. 550 Eur.
3. OCULAR DE 15X	3. 100 Eur.
4. OBJETIVO DE 2X	4. 160 Eur.
	1500 Eur.
ASISTENCIA A CURSOS FORMATIVOS	
MATERIAL FUNGIBLE Y RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS	500 Eur.
TOTAL	2.710 Eur.

Fecha y firma:

P. Gracia

Teruel 21 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL "OBISPO POLANCO" DE TERUEL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

SYLVIA CARRASCO BONILLA

Profesión

Enfermera

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

Servicio Medicina Interna Hospital "Obispo Polanco". Teruel

Correo electrónico:

scarrascob@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

978 621150 Ext. 1789

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Enrique Orea Castellano	DUE	Hospital "Obispo Polanco"
Alicia Hernández López	DUE	Hospital "Obispo Polanco"
Concha Esteban Silvestre	DUE	Hospital "Obispo Polanco"
Pilar Florez Ariño	DUE	Hospital "Obispo Polanco"
Rafael Gómez Navarro	Médico	C.S. Teruel Rural
Encarna Monforte Zafón	DUE	Hospital "Obispo Polanco"
Alicia Lacasa Sanchez	DUE	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...

La experiencia en la puesta en marcha de un protocolo de prevención de UPP (*Protocolo de prevención de lesiones por presión en atención hospitalaria, SALUD*) con el que se ha obtenido mejora en esta actividad, nos ha permitido analizar cual es la actitud de enfermería cuando estas lesiones están establecidas, identificando una importante **variabilidad** en el manejo y tratamiento de las mismas.

La causa de esta variabilidad podemos atribuirle entre otros factores a la inexistencia de una herramienta actualizada y consensuada por todos los profesionales afectados por este problema. (Ver Anexo I- Diagrama de Isikawa)

La adaptación e implementación de una Guía de Práctica Clínica para la prevención y tratamiento de las UPP *, se convierte pues en una herramienta indispensable para minimizar los efectos adversos de la estancia hospitalaria de nuestros pacientes, aumentando la seguridad de los mismos y la calidad en los cuidados que les prestamos

(*) López Alonso SR, García Aguilar RA, Lacida Baro M, Pérez Hernández RM. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2007.

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con este proyecto pretendemos como objetivos fundamentales:

- Mantener o aumentar la mejora conseguida en la prevención de UPP.
- Disminuir la variabilidad y la incertidumbre en la toma de decisiones mediante prácticas basadas en la evidencia científica para el manejo y tratamiento que los profesionales de enfermería hacemos de las UPP.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El proyecto tiene dos apartados:

1.- Monitorización de la mejora conseguida en la prevención de UPP, utilizando la metodología de LQAS.

2.- Ciclo de mejora en el manejo y tratamiento de las UPP: Se utilizará la metodología clásica del Ciclo de Mejora. (Evaluación-Intervención-Reevaluación)

La intervención fundamental será la adaptación, difusión e implementación de una Guía de Práctica Clínica para la prevención y tratamiento de las UPP.

Responsables:

Monitorización y Ciclo de Mejora: Sylvia Carrasco Bonilla

Adaptación de la Guía: Enrique Orea Castellano

Apoyo metodológico en mejora de calidad: Rafael Gómez Navarro

Ver Anexo III. Diseño del estudio

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Monitorización Prevención:

Criterio: "Todo paciente ingresado en MI del HOP tendrán realizado en las 24 horas siguientes a su ingreso valoración mediante la Escala de Norton"

Criterios de Calidad en Ciclo de mejora

Se detallan en Anexo II

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización Junio : 2009

Calendarlo:

Marzo – Mayo 08: Evaluación de la situación de partida

Junio 08: Análisis y presentación de resultados

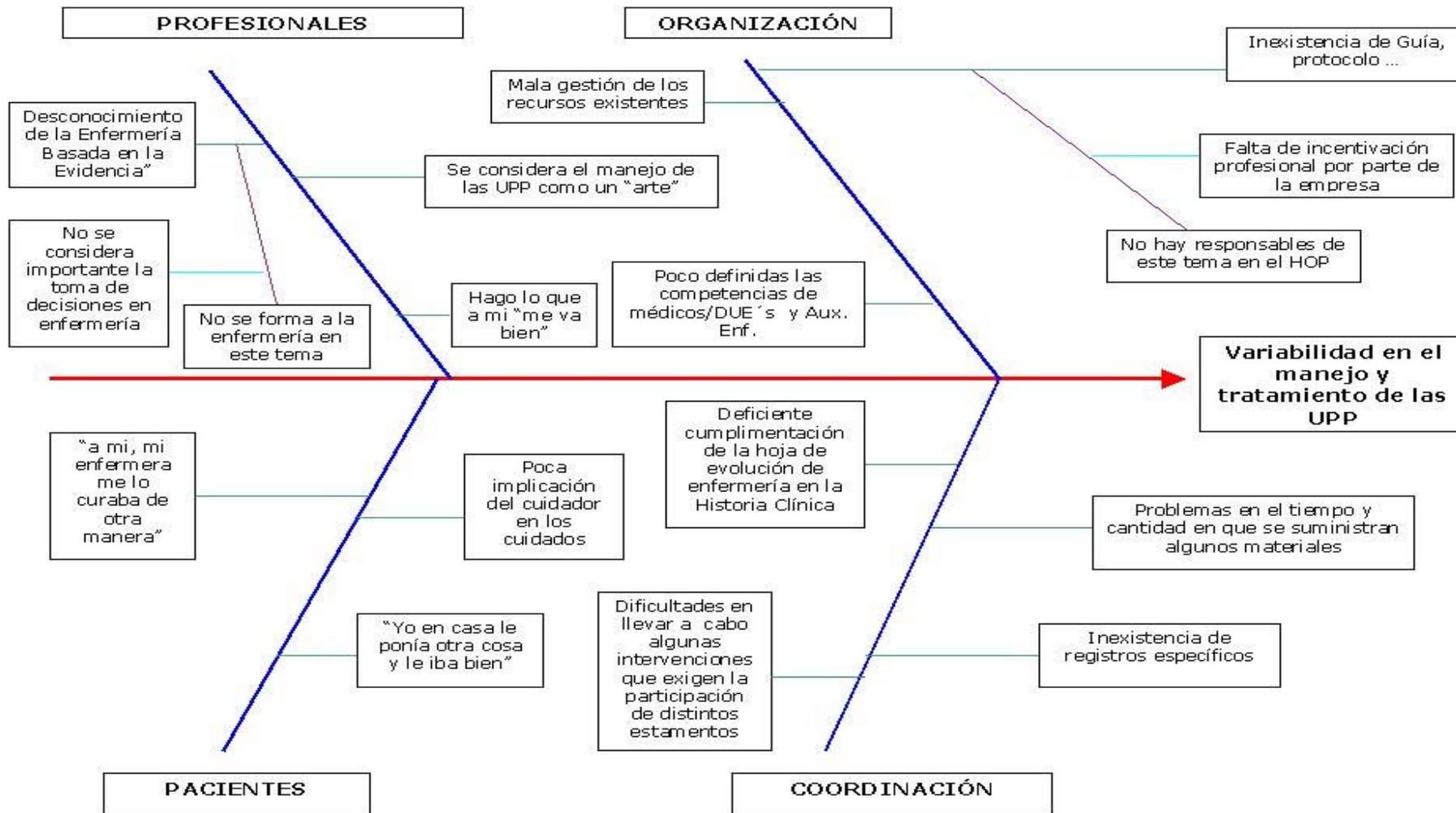
Junio- Diciembre 08: elaboración, difusión e implementación del Protocolo

Abril-Mayo 09: Reevaluación

Junio 09: Conclusiones finales. Presentación de resultados.

Monitorización de prevención: Cuatro cortes realizados en Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre de 2008.

ANEXO I – DIAGRAMA DE ISIKAWA



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

ANEXO II - CRITERIOS PARA MEDIR LA CALIDAD

CRITERIO	ACLARACIONES	EXCEPCIONES	
FASE DE MONITORIZACION DE PREVENCION UPP			
1	<ul style="list-style-type: none"> En la historia clínica (HC) de todo paciente ingresado en el Servicio de MI del HOP constará en las siguientes 24 h. a su ingreso una valoración del riesgo de UPP. 	<p>Se considerará que consta si figura el registro específico en el que se utiliza la escala de Norton modificada. ⁽¹⁾</p> <p><i>(1).-Instrumento que posibilita valorar el riesgo de desarrollar UPP. Norton, Mc Claren, Exton Edimburg: 1975.Modificada por el INSALUD.</i></p>	Ninguna
CICLO DE MEJORA DE MANEJO Y TRATAMIENTO UPP			
1	<ul style="list-style-type: none"> En toda HC del paciente que presente UPP's se registrará la fecha de aparición de cada una. 	La fecha puede ser aproximada. Si no se puede determinar la fecha de origen de la UPP se registrará como "desconocida."	Ninguna.
2	<ul style="list-style-type: none"> En toda HC del paciente con UPP aparecerá reflejada la localización de cada una. 	Se especificará la localización anatómica. A efectos de evaluación, cada localización se considerará un proceso independiente	Ninguna.
3	<ul style="list-style-type: none"> En toda HC del paciente con UPP aparecerá reflejado el estadio en el que se encuentra la lesión. 	Se utilizará el sistema de clasificación-estadiaje de las úlceras por presión del GNEAUPP*	Ninguna.
4	<ul style="list-style-type: none"> En toda HC del paciente aparecerá reflejado el método y material utilizado en la limpieza, cura y desbridamiento de la UPP. 		Pronóstico de vida del paciente muy limitado. (inferior a 24 h)
5	<ul style="list-style-type: none"> En toda HC del paciente con UPP aparecerán reflejadas las fechas de las diferentes curas. 		Pronóstico de vida del paciente muy limitado. (inferior a 24 h)
6	<ul style="list-style-type: none"> En toda HC del paciente con UPP se registrará la fecha y el motivo de finalización de la cura de la lesión. 	Constará el motivo de finalización como alta, curación de la lesión o éxitus.	En todos los pacientes que estén dentro de las excepciones anteriores y no se hayan hecho curas

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

ANEXO III - METODOLOGÍA DEL CICLO DE MEJORA

1.- Criterios : Se evaluará la calidad utilizando los criterios establecidos en el Anexo II

2.- Dimensiones

- a) Calidad científico-técnica: en lo relativo al manejo y tratamiento de las UPP conforme a la evidencia científica disponible.
- b) No estudiaremos ninguna dimensión de satisfacción ni de accesibilidad.

3.- Tipos de datos: Datos de proceso.

4.- Definición de Unidades de Estudio:

- α) Características del paciente o población que entra en la evaluación: todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Obispo Polanco" de Teruel que presenten UPP.
- b) Características de los profesionales y nivel asistencial evaluado: Todos el personal implicado en el manejo de estos pacientes en el Servicio de Medicina Interna del HOP.
- c) Periodo de tiempo evaluado: Tiempo transcurrido desde la aparición de la UPP hasta el alta, curación de la UPP o exitus.

5.- Fuentes de Datos: Se utilizarán:

- Libro de registro de ingresos.
- Registro de pacientes que presenten UPP, se creará al efecto.
- Historia clínica del paciente.
- Hoja de seguimiento del paciente que se creará al efecto.

6.- Identificación y muestreo de las Unidades de Estudio:

Considerando el número de pacientes no se realizará ningún muestreo estudiándose todos los casos.

Se identificarán según el Libro de Registro de pacientes con UPP.

7.- Tipo de evaluación:

- a) Según relación temporal: Retrospectiva. Nos proponemos evaluar todas las unidades de estudio en el periodo comprendido entre el 1 de Marzo y 31 de Mayo de 2008, llevando a cabo el proceso de reevaluación durante el segundo trimestre de 2009.
- b) Según quien toma la iniciativa: Interna
- c) Obtención de datos: Interna. La llevara a cabo el Equipo de Mejora .Si se cuenta con el apoyo necesario, éste no se opone a que la realice algún elemento externo al Servicio de Medicina Interna.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>“Diferentes tipos de contención del paciente en crisis, en la inidad de corta estancia en psiquiatría.”</p> <p>Uso adecuado de los mecanismos de contención en el paciente agudo ingresado en la UCE,y protocolización de los mismos.</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Milagros Escusa Julián</p> <p>Profesión Responsable de enfermería</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UCE (Hospital Obispo Polanco)</p> <p>Correo electrónico: mescusa@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 978-621150 Ext 1816</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Lorena Pereyra	Psiquiatra	H.Obispo Polanco
Ana Mont	MIR Psiquiatría	H.Obispo Polanco
Ana Cristina Navarro	Enfermera	H,Obispo Polanco
Consuelo Simón	Enfermera	H.Obispo Polanco
Dolores Serrano	Enfermera	H.Obispo Polanco
Pilar Alonso	Enfermera	H.Obispo Polanco
Pilar Mallen	Enfermera	H.Obispo Polanco
Paquita Peyró	Enfermera	H.Obispo Polanco

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>Existen pacientes ingresados en la UCE que en situaciones agudas, pueden poner en riesgo su propia integridad, la de otros pacientes,la del personal de la unidad o bien la del propio entorno que les rodea.Precisando de contención externa (física,psíquica, química, o varias de ellas simultáneamente).</p> <p>De ahí la importancia de valorar la posibilidad de protocolizar cada una de estos mecanismos de ayuda, con el fin de formar al personal en la importancia de su uso adecuado.</p>

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

<p>6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</p> <p>Aumentar el % en contención psíquica ,disminuyendo así el % del resto de contenciones. Y en caso de precisar de algún otro tipo de contención , hacerlo de manera adecuada según protocolos.</p>
--

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

Evaluar las situaciones de riesgo de los pacientes tanto cualitativa como cuantitativamente, relacionándolas con el diagnóstico, pronóstico y situación de riesgo social.
Protocolizar el uso de los diferentes tipos de contención en la UCE .

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Recogida distemática de la información sobre los usuarios de la unidad que precisan de diferentes métodos de contención.
- Reuniones de los miembros del equipo para revisar los datos y valorar las situaciones.
- Crear un borrador sobre las situaciones de riesgo que precisen contención. Evaluar como se actúa en estas situaciones.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Nª de clientes con contención Física / Nª total de pacientes.
- Nª de clientes con contención Psíquica / Nª total de pacientes.
- Nª de clientes con contención Química / Nª total de pacientes.
- Nª de clientes con suma de dos o más contenciones / Nª total de pacientes.
- Nª Total de contenciones psíquicas / Nª total de contenciones aplicadas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008

Calendario:

- 1ª reunion (Marzo 08): Diseño de ficha de recogida de datos.
- 2ª reunión (Junio 08): Revisión de datos y objetivos propuestos.
- 3ª reunión (Diciembre 08): Evaluación de los indicadores marcados.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Material didáctico para la unidad y necesidades de clientes Homtles</i>	<i>1000 euros.</i>
TOTAL	

Lugar y fecha