

INDICE DE LOS PROYECTOS ZARAGOZA 1_2003

064_2003 “Mejora de la información a la población de la Zona de Salud sobre aspectos estructurales y organizativos del Centro de Salud Actur Sur” del C. Salud Actur Sur	Pág 2 a 7
104_2006 “Mejora de calidad en la Atención de Urgencias Vitales, Cardiorrespiratorias y traumatológica, en niños y adultos”	Pág 8 a 13
065_2003 “ Gestión por procesos en enfermería psiquiátrica: sistematización en la realización de diagnósticos e intervenciones y en la obtención de resultados en rehabilitación psiquiátrica” de la Residencia Rey Ardid	Pág 14 a 20
106_2003 “ Atención Psiquiátrica en un Centro Penitenciario” de C. Penitenciario de Zuera	Pág 21 a 24
005_2003 “Solicitud de certificación de calidad asistencial Hospital de Día. Unidad de Transtornos de Conducta Alimentaria (U.T.C.A.) del H. Royo Villanova	Pág 25 a 29
102_2003 “Mejora del registro de los pacientes, a través de la información parcial de la historia clínica, para el incremento de la calidad en los informes, seguimiento de los pacientes y valoración estadística de los resultados” del H. Royo Villanova	Pág 30 a 37

Anexo2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

1.- TITULO

Mejora de la Información a la población de la Zona de salud sobre aspectos estructurales y organizativos del Centro de Salud Actur Sur.

2-1 RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Carmen Sisamón Marco

Profesión: Médico Familia **Centro de trabajo:** C.S. Actur Sur

Dirección: Gertrudis Gómez de Avellaneda nº 2

Localidad: Zaragoza **Código Postal y provincia:** 50018 - Zaragoza

Teléfono: 976-73 23 19 **fax :**976-73 27 84 **Correo electrónico**

2.2-OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Angel Silvestre Orte	Aux. Admvo.	C.S. Actur Sur
Carmen Fernández Sánchez	Trab. Social	C.S. Actur Sur
Carlos Arruga Mombiola	Méd. Familia	C.S. Actur Sur
Sara María López Martínez	Enfermera	C.S. Actur Sur

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Atención Primaria y Especializada en Aragón (2003)**

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

Dadas las características de nuestro Centro de Salud en cuanto a diversidad de servicios (Salud Mental Infanto-juvenil y Adultos, Matrona, Odontología, Salud Buco-dental, Fisioterapia, Rehabilitación...); dos turnos de trabajo del Equipo básico de Salud, reciente desaparición del punto de atención Continuada, cambio continuo de profesionales en el Centro, ampliación de la Atención Continuada en casi todos los Centros de Salud de Zaragoza de 17:00 a 20:00h (especialmente conflictivo en nuestro Centro de Salud al tener que ser asimilado por los profesionales de tarde).

Todo esto unido a la informatización de nuestro Centro de Salud y a la incorporación de personal sustituto que no conoce el programa informático (OMI), especialmente en el Servicio de Admisión, nos ha hecho ver la necesidad de elaborar un programa que redunde en la mejora de la información del usuario y en la mejor organización y funcionamiento del Centro de Salud.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Detección mediante buzón de sugerencias de la morbilidad sentida por la población.
- Mejorar la utilización y accesibilidad a los servicios del Centro de salud, mediante información escrita (horarios, ubicación, unidades de apoyo..)

- Mejorar el funcionamiento en el área de Admisión por parte del personal que desconoce el sistema informático (sustitutos de la bolsa de trabajo), mediante la elaboración de un Manual Guía para estos profesionales.
- Hacer llegar a todos los centros de la margen izquierda incluido Ambulatorio Especialidades de Grande Covián, información sobre nuestra organización interna y utilización de nuestros servicios.
- Mejorar el funcionamiento y organización del Equipo de Salud.

Anexo2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)**

4.-PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTADA (Si es posible duración y calendario previstos)

- Puesta a punto en el Centro de Salud de buzón de sugerencias para detectar los problemas sentidos por los usuarios. Actualización cuatrimestral (Sept.02/Dic.02).
- Recogida de información y valoración de los problemas detectados así como posibles respuestas para aquellos que atañan al propio equipo, y derivación a quién corresponda de los que no pertenezcan (Enero 2003)
- Elaboración de tríptico informativo de los servicios y prestaciones de nuestro Centro de Salud con una continuidad en el tiempo con las modificaciones necesarias (Febrero 2003)

- Elaboración de un Manual Guía para profesionales sustitutos del Servicio de Admisión (ya en prensa).
- Monitorizar número de usuarios y motivos por los que solicitan asistencia los pacientes que acuden fuera de horario y fuera de la zona básica de Salud, utilizando indicadores cuantitativos que se recogerán por parte del Servicio de Admisión (de enero a septiembre):

Número de pacientes atendidos sin cita/ médico/ día.

Número de pacientes atendidos sin cita/ enfermería/ día.

Número de pacientes que acuden a nuestro de otras zonas básicas/día.

Representación mediante histograma de frecuencias y diagrama de Pareto antes-después.

- Elaboración de conclusiones y presentación a nuestro Equipo.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Gestión de Calidad en Atención Primaria (Guía Práctica).
- Encuesta de Satisfacción de usuarios de Atención Primaria.
- Manual de Ergonomía Aplicada.
- Información sobre “confidencialidad”, al comité de Bioética.
- Carta de Derechos y Deberes de los usuarios de la Sanidad
- Palmer H. Garantizar la calidad de la atención primaria de la Salud. Atención Primaria 1.999; es el volumen 6 (4): 209-212.
- Curso de mejora continua de la calidad. FMC. Ediciones Doyma, 2000; 7(7)

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD.(ENERO 2003)

TITULO DEL PROYECTO:

Mejora de la Información a la población de la Zona de salud sobre aspectos estructurales y organizativos del Centro de Salud Actur Sur.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Carmen Sisamón Marco.

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- Detección mediante buzón sugerencias morbilidad sentida por la población.
- Mejorar la utilización y accesibilidad a los servicios del Centro de Salud.
- Mejora funcionamiento personal sustituto en el Servicio de Admisión.
- Mejorar funcionamiento y organización del Equipo de Salud.
- Mejora de la información a todos los centros de salud y especializada de la margen izquierda.

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Puesta en marcha del buzón de sugerencias (Sep/02- Dic./02)
- Análisis de los problemas detectados por los usuarios a través del buzón (Enero/03)
- Elaboración del tríptico informativo (ya casi finalizado)
- Elaboración de un Manual Guía para profesionales sustitutos del Servicio de Admisión (ya en prensa).
- Monitorización número de usuarios que acuden al centro fuera del horario y fuera de la zona básica de Salud (de Enero/03 a Sept./03).

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

Se ha analizado el contenido de las hojas de sugerencias y uno de los problemas detectados ha sido evaluado por la coordinadora del centro, elaborando un proyecto que permita a través de Gerencia solucionar el problema.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

Fechas ya expuestas en apartados anteriores.

1.TITULO

**MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCION DE
URGENCIAS VITALES,
CARDIORESPIRATORIAS Y
TRAUMATOLOGICAS,
EN NIÑOS Y ADULTOS**

**CENTRO DE SALUD DE LUNA
AÑO 2003**

2.1 RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ana Isabel Echeverri Oyaga

Profesión: Médica Centro de trabajo: Centro de Salud de Luna

Dirección: Avda Goya 1.

Localidad Erla Código postal y provincia 50611 Zaragoza

Teléfono 976 694040 Fax: 976 689182

Correo electrónico: ana @ comz.org

2.2 OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y Apellidos	Profesion	Centro de Trabajo
Concepción de Perez Madorran	Médica	C.S. Luna
Silvia Gimenez Bescos	Enfermera	C.S. Luna
Elvira Jorda Reboll	Médica	C.S. Luna
Jesus Naudín Berduque	Médico	C.S. Luna
Luz Marina Valle Serrano	Médica	C.S. Luna
Juan Recio Garcia de la Torre	Medico	C.S. Luna
Ana Sumelzo Liso	Médica	C.S. Luna
Pilar Abadía Pardo	Médica	C.S. Luna
Ana Anguas Gracia	Enfermera	C.S. Luna

3.1 OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

-En los diversos cursos de formación se nos han proporcionado pautas distintas para atender urgencias vitales.

-Los cursos de formación, fundamentalmente teóricos no permiten adquirir habilidades prácticas imprescindibles para una buena atención.

-Las dosis de medicación, los medios técnicos, los cursos de formación... para atender urgencias en niños nos son casi desconocidos aun siendo un grupo de población de especial riesgo de accidentes y de especial trascendencia en cuanto a prevención de secuelas e incapacidades.

-La distancia al hospital, entre 60 y 90 km, o el tiempo de espera hasta la llegada de una UVI, 30 minutos mínimo de media según localidad, convierte

la actuación de los profesionales en especialmente importante para salvar la vida o evitar complicaciones.

- La exigencia de la normativa de Salud de que los profesionales colaboremos en el transporte urgente en unidades no medicalizadas, si no estuviera disponible la UVI. Incluso cuando no nos vemos capacitados ni nos parece adecuado. El sentir de los profesionales varía desde no sentirse responsables de esta medida a la preocupación intensa por sí mismos y por los pacientes.
- El equipamiento para atención de urgencias, incompleto en cada localidad.
- El traslado de los medios técnicos al lugar de la urgencia.
- El pequeño número de urgencias vitales por profesional que hace más difícil mantener la calidad de atención.
- La inexistencia de contacto con los servicios de especializada que nos corresponden.
- La actualización permanente en conocimientos y habilidades tanto de protocolos como de medios técnicos.
- El mantenimiento para uso inmediato de la medicación y los medios técnicos tanto en el Centro de Salud como en cada localidad.
- La falta de suministro normalizado por parte de Salud de algunos medios técnicos y medicamentos necesarios.
- La preocupación de la población de ser peor atendidos por carecer de medios, sobre todo en localidades pequeñas o alejadas.

3.2 OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la atención de las urgencias vitales cardiorespiratorias y traumatológicas en niños y adultos.
- Consensuar con todos los profesionales, incluidos los refuerzos, protocolos de actuación adaptados a nuestra situación.
- Contactar con los servicios de especializada que nos corresponden. Si fuera posible compartir y mejorar los protocolos.
- Completar equipamiento de urgencias en cada localidad
- Crear un procedimiento de mantenimiento de la actualización periódica de protocolos, medios técnicos, salas y botiquines de urgencia. Establecer indicadores y monitorizar.
- Mejorar la satisfacción de profesionales y usuarios
- Actualizar conocimientos y habilidades de los profesionales.

4. PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA

-Reuniones mensuales del grupo de Mejora de Calidad. Duración una hora. Los profesionales que son refuerzos asistirán cuando les sea posible por su discontinuidad en el trabajo

-Cada 5 semanas reunión de una hora, de todo el equipo en el centro de salud para revisión de protocolos, sala de urgencias, repaso de funcionamiento de equipos, etc.

-Formación de los profesionales en atención de urgencias, teórica y sobre todo práctica en hospital infantil, UVIS, cardiología y traumatología. Periodos suficientes aunque llegar a todos conlleve un tiempo importante. En algunos profesionales se podría cubrir por el equipo en otros es imprescindible su sustitución.

-Revisión del inventario de medios técnicos en cada localidad completando hasta donde sea posible por los medios económicos que se nos concedan o desde otras fuentes como plan de necesidades, ayuntamientos, etc. También dependemos de que se nos suministre o no el material solicitado en la convocatoria anterior y todavía pendiente de confirmar.

-Información a la población, sus asociaciones y ayuntamientos de medios y procedimientos disponibles y de los que consideremos pendientes.

-Elaboración de protocolos consensuados

-Seguimiento de los ciclos de mejora continua hasta la elaboración de los indicadores que nos permitan la monitorización de la atención de estas urgencias y su continua mejora a largo plazo.

-Revisión y comparación de los protocolos similares según medicina basada en la evidencia, si logramos acceder a ellos.

-Iniciaremos el proyecto en abril porque tenemos parte del anterior pendiente, se extenderá al resto del 2003 y posiblemente no será suficiente.

5. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

-Normas de Actuación en Urgencias. Manuel S. Moya Mir. IM&C, S.A. 2000

-Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. F. Javier Benito. Hospital de Cruces. 3ª edición 2002

-Taller de soporte Vital avanzado para adultos para atención primaria. Servicio de urgencias. Hospital Municipal de Badalona. 2002

-Curso práctico de reanimación cardiopulmonar en atención primaria. Opel España S.A. 2002

-Atención avanzada al politraumatizado en el medio laboral. 2002. FMC Foret

6. RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA

MATERIAL/SERVICIOS	EUROS
FERULAS DE VACIO PARA INMOVILIZACION	900.00-
MASCARILLA LARINGEA NIÑOS	481.00-
PEGAMENTO PARA HERIDAS	121.00-
TERMOMETRO INFRARROJOS	85.00-
KIT INMOVILIZADOR DE COLUMNA Y CADERA	197.00-
ELECTROCARDIOGRAFO PORTATIL CON INTERPRETACION Y TIRA DE RITMO	2127.00-
RESUCITADOR DE SILICONA CON MASCARILLAS PARA NIÑOS Y ADULTOS	105.00-
12 COLLARINES CERVICALES FILADELFIA PARA NIÑOS	480.00-
KIT PERFUSION OSEA ADULTOS Y NIÑOS	752.00-
SUSTITUCIONES PARA FORMACION 4 DIAS ENFERMERIA Y 4 DIAS MEDICINA	900.00-
TOTAL	6148.00-

TITULO DEL PROYECTO: ATENCION DE ENFERMOS TERMINALES. TESTAMENTO VITAL. CENTRO DE SALUD DE LUNA 2002.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO: Ana Isabel Echeverri Oyaga.

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- Mejorar la atención de los enfermos terminales
- Mejorar la satisfacción de enfermos, profesionales y familiares
- Posibilitar un ahorro del sistema evitando hospitalizaciones si los enfermos terminales deciden fallecer en su domicilio por sentirse bien cuidados.
- Continuar trabajo y formación en Mejora de Calidad
- Establecer indicadores de buen funcionamiento de los programas instaurados
- Mejorar los conocimientos técnicos de los profesionales sobre el tema

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Reuniones del Equipo de Mejora cada mes
- 3 Reuniones del Equipo del Centro de Salud
- Una sesión de formación y asesoramiento con el Dr. Flordelis por su experiencia en un programa similar en C.S. de Sadaba y en el Area II.
- Revisión y recopilación de información sobre atención clínica de terminales.
- Elaboración de propuesta de proceso de cuidado de enfermos terminales en atención continuada.
- Participación de la coordinadora en el curso de mejora de calidad organizado por SALUD
- Elección de indicadores del programa de uso de coaguchek
- Elaboración del borrador de documento para domicilio, centro de salud e historia clínica.
- Recogida de información, ocasional, sobre la opinión de los usuarios sobre el Testamento Vital.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Utilización de recursos técnicos, (colchones, cojines..) para la prevención de úlceras de decubito en el 100% de los enfermos.
- Discusión y clarificación del proceso de atención continuada en enfermos terminales
- Continuación del equipo de mejora y consolidación de su trabajo anterior
- Formación inicial de un miembro del equipo en mejora de calidad.
- Borradores de protocolos y documentos

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- Febrero: Reunión del equipo del centro incluyendo refuerzos para consenso sobre tratamiento de procesos clínicos en terminales: procedimientos y documentos.
- Marzo: Reunión del equipo de mejora para consenso del documento y procedimiento de testamento vital
- Abril: Reunión del equipo para consenso de introducción de procedimiento de testamento vital

1.- TITULO

"GESTION POR PROCESOS EN ENFERMERIA PSIQUIATRICA: SISTEMATIZACION EN LA REALIZACION DE DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES Y EN LA OBTENCION DE RESULTADOS EN REHABILITACION PSIQUIÁTRICA".

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos : ESTHER SAMANIEGO CORCUERA

Profesión: D.U.E. Centro de trabajo: Residencia profesor Rey Ardid

Dirección : C/ Castellar, s/n (Juslibol)

Localidad: ZARAGOZA Código postal y provincia 50.191 – ZARAGOZA

Teléfono: 976 73 10 00 Fax: 976 73 07 19 Correo electrónico: rjuslibol@reyardid.org

2.2.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sandra West Ortín	D.U.E.	Residencia Profesor Rey Ardid
Pilar Martínez Artiaga	D.U.E.	Residencia Profesor Rey Ardid
Tomás López Ibañez	D.U.E.	Residencia Profesor Rey Ardid
Francisco Caro Rebollo	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Aurora Sarasola Martínez	Médico	Fundación Ramón Rey Ardid
M ^a Victoria Escolar Castellón	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Cesar Paumar Oliván	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Avelina Cotaina García	Auxiliar de Clínica	Residencia Profesor Rey Ardid
M ^a Pilar Rived Artigas	Auxiliar de Clínica	Residencia Profesor Rey Ardid

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

La Fundación Ramón Rey Ardid (en adelante FRRA) tiene como referencia el Modelo Europeo de Calidad (EFQM). El objetivo de la FRRA es atender de manera excelente a quienes utilizan sus recursos, y para mejorar día a día su trabajo evalúa su actividad según el sistema de la (EFQM). La evaluación de la FRRA realizada en el año 2002 en el contexto del "Premio a la Excelencia Empresarial en Aragón", ha dado como resultado que nuestra entidad haya sido finalista junto a otras tres empresas aragonesas en el acceso a dicho premio.

La gestión de los procesos asistenciales parte de los Objetivos Estratégicos de la Fundación aprobados por su patronato para el periodo 1999 – 2003 en los que se planteó : " La mejora continua en la prestación de los servicios basada en la introducción en los procesos clave de la voz del usuario y sus familias y en los requisitos y expectativas de las Administraciones públicas".

La Residencia Profesor Rey Ardid (en adelante RPRA), Unidad Psiquiátrica de Media Estancia gestionada mediante convenio del Servicio Aragonés de Salud con la FRRA, tiene implantado desde el año 2000 un sistema de gestión por procesos que progresivamente va mejorando y desplegando a todos sus procesos. En el año 2001, en el marco de la realización del proyecto desarrollado por esta Residencia dentro del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud, se detectaron una serie problemas, concretamente que los procesos de enfermería precisan de una mayor definición para posteriormente implantarlos y sistematizar su control.

Las oportunidades de mejora detectadas fueron:

1. Definir los procesos enfermeros integrados en una estructura organizativa de trabajo interdisciplinar.
2. Diseñar un soporte informático para recoger la información y analizarla.
3. Tener los procesos bajo Control.

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

GENERALES (En referencia a los temas generales de la convocatoria) :

Mejorar los procesos asistenciales enfermeros que determinan la atención recibida por los pacientes (entrevista, exploración, registro, diagnóstico, control y seguimiento, intervenciones enfermeras y resultados) en Rehabilitación Psiquiátrica donde adquiere especial relevancia el objetivo rehabilitador de conseguir que el paciente entienda cómo cuidar mejor de sí mismo, e incorpore estrategias para saber qué hacer y cómo para sentirse mejor en su enfermedad.

Adaptar al ámbito de la enfermería en rehabilitación psiquiátrica procedimientos para la realización del diagnóstico enfermero (NANDA), las intervenciones enfermeras y los resultados .

ESPECIFICOS (En referencia a los temas específicos de la convocatoria):

Desplegar el sistema de Gestión por procesos implantado en la RPRA a los procesos enfermeros diseñando, implantando y monitorizando los de diagnóstico de enfermería , intervenciones y obtención y evaluación de resultados.

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

Para la realización del trabajo se va a seguir una *metodología* del tipo de los ciclos de mejora continua de la calidad (ciclo PDCA de Deming).

El *plan de acción* y las *actividades* que se realizarán siguiendo la metodología planteada se describen a continuación:

1.- Fase de Planificación:

Analizar procedimientos existentes de evaluación diagnóstica (NANDA), intervenciones y resultados enfermeros valorando su aplicabilidad a nuestro medio.

Adaptarlos para su utilización en Enfermería Psiquiátrica en Rehabilitación.

Diseñar los procesos enfermeros de diagnóstico, intervención y resultados y su representación mediante el flujograma. Para cada uno de ellos definición de su objeto y su estructura (designación del proceso y su definición funcional); establecimiento de los límites inicial y final del proceso .

Realizar una definición de su funcionamiento: propietario del proceso; entradas y salidas; actividades; características de calidad del proceso; recursos necesarios.

Definir los criterios, los estándares y los indicadores de cada proceso.

2.- Fase de Ejecución :

Una vez planificado el proceso se procederá a su ejecución estableciéndose como espacios de supervisión las reuniones del equipo de enfermería que se realizarán con una periodicidad semanal.

Una de las acciones de este periodo de ejecución es el diseño y la implantación de una base de datos en ACCES preparada por la RPRA, para recoger datos que, una vez informatizados, permitirán realizar el control en la fase siguiente. Se introducirá en la base de datos la información correspondiente, para proceder en la fase siguiente a un análisis de los resultados de los indicadores y su comparación con los objetivos planteados.

3.- Fase de Control:

En esta fase de *control* se recogerán los resultados de los indicadores y se procederá a contrastarlos con los objetivos fijados.

Análisis de las desviaciones y propuestas de mejora: Los resultados obtenidos, constituirán la base para analizar las desviaciones, lo que permitirá identificar y priorizar las oportunidades de mejora.

4.- Fase de Ajuste

Ya se ha podido observar cómo junto a la evaluación se han de definir las mejoras a realizar; se tratará en esta fase, de llevar a cabo los ajustes necesarios y una vez finalizada esta tarea se volverá a iniciar el ciclo: Planificar.....

También es importante pues "todos somos capaces de buscar soluciones cuando conocemos exactamente cuales son las acusas del problema", que los propietarios de los procesos se impliquen activamente en las 4 fases del ciclo, puesto que son ellos quienes tienen la responsabilidad de mantener el proceso en control.

El tiempo estimado para la realización de este trabajo es de un mínimo de dos años debido fundamentalmente a que va a requerir una cantidad de tiempo importante el análisis y adaptación a nuestro medio de los procedimientos de diagnóstico, de intervenciones y de resultados enfermeros, por lo que la previsión es que a lo largo de este año pueda llevarse a cabo la fase de planificación y se comience con la implantación.

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

Atamore Caruso G, Álvarez Rodríguez FR, Lorenzo Martínez S.. *Implantación de Gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital de Alcorcón. Rev de Calidad Asistencial* 1999; 14:307-311. Descripción del desarrollo del Sistema de Gestión del proceso Asistencial (SGPA).

Bobos García J. : *Salud mental: Enfermería Psiquiátrica*.. Madrid, Síntesis SA 1994. Texto que comprende los tratamientos de enfermería psiquiátrica, cuidados de enfermería, metodología terapéutica y asistencia psiquiátrica

Costa JM: *Gestió de la qualitat en un mon de serveis*. Barcelona: Gestió 2000, 1998. Se aportan en el libro recomendaciones para ayudar a las empresas en su evolución hacia una estructura organizativa que gestione procesos.

Fundación Avedis Donabedian : *Estándares internacionales de acreditación de Hospitales. Joint Commision Internacional Acreditación*. Barcelona: Joint Commision Internacional Acreditación, 2001. Se presentan en el libro una serie de estándares orientados a apoyar la mejora de la calidad de asistencia al paciente y a convertirse en base para la acreditación JCIA de centros sanitarios.

Johnson M, Maas M, Moorhead S: *Clasificación de Resultados en Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Barcelona, EdiDe,SL, 2002. En este trabajo se pretende estandarizar la identificación y definición de diferentes resultados de enfermería para ayudar a las enfermeras a evaluar y cuantificar el estado del paciente respecto a un resultado concreto.

Lorenzo S, Bacigalupe M y Arcelay A: *Aplicación de la Gestión por Procesos a las unidades de atención al usuario. Rev de Calidad Asistencial* 2002; 17 (1):353-7. Se describe la aplicación de la gestión de procesos en la unidad de atención al usuario de un Hospital.

Luis Rodrigo MT: *Los diagnósticos enfermeros. Revisión clínica y guía práctica* . Barcelona; Masson, 2002. La identificación de conceptos diagnósticos en enfermería ha permitido elaborar un lenguaje común a los cuidados de enfermería y guiar la práctica profesional.

May Ann Boyd: *Psychiatric Nursing. Contemporary Practice*. Philadelphia. Lippincott, 2002. Texto que aporta un examen y una exploración en profundidad de cada tópico de la enfermería con abundantes materiales de investigación incluidos .

McCloskey JC, Bulechek GM : *Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC)*. Barcelona, EdiDe, SL, 2001. Utilización de un lenguaje normalizado para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería

Rigol A y Ugalde M: *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Cuadernos de Enfermería*. Barcelona, Masson 2001. Vehículo de difusión de los factores clave del cuidado enfermero psiquiátrico desde el contexto histórico y las principales características de la enfermedad mental hasta los métodos de diagnóstico más eficaces.

Schultz Judith M, Videbeck Sheila L, Lippincott S: *Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing care plans*. Lippincott, 2001. Planes de cuidados que mejoran la ejecutividad del cuidado enfermero y mejoran las HHCC tanto con los pacientes como entre los miembros del equipo.

Ugalde M, Rigol A: *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA*. Barcelona, Masson SA, 1999. Redactado por un grupo de expertos ofrece la taxonomía NANDA traducida, revisada y comentada para favorecer a los profesionales de enfermería su aplicación práctica.

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO:

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR PROCESOS EN LA UNIDAD DE MEDAI
ESTANCIA RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

FRANCISCO CARO REBOLLO

OBJETIVOS PLANTEADOS:

Generales (en referencia a los temas generales de la convocatoria): Mejora de la Hª clínica y del manejo de la documentación clínico-administrativa, mediante mejora de los equipo informáticos que permitan el manejo adecuado de los datos.

Específicos (en referencia a los temas generales de la convocatoria): Gestionar los procesos de preingreso (coordinación externa con otros equipo de profesionales), Ingreso (Coordinación interna equipo), Atención Rehabilitación (coordinación interna - equipo, atención paciente y familia) y alta (coordinación externa y consecución de objetivos).

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- Rediseño de indicadores.
- Diseño y/o modificación de documentación
- Creación de un grupo de mejora para optimizar el sistema de coordinación multidisciplinar del equipo
- Coordinación con el informático para instaurar un sistema informático de registro y análisis de indicadores automatizado.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

- Se han rediseñado los indicadores clasificándose y cuantificados del modo siguiente: 15 indicadores de proceso, 10 indicadores de rendimiento y 6 indicadores de resultados
- Se está diseñando y/o modificando la documentación necesaria (consentimiento informado, informe de derivación de USM, hoja de registro de tutorías.....) para la gestión de los procesos y para el buen funcionamiento del trabajo asistencial
- Se ha mejorado el sistema de coordinación multidisciplinar del equipo diseñando e implantando, entre otros, un sistema de evaluación longitudinal de usuarios en talleres y actividades. La valoración de este sistema por parte de los profesionales que intervienen es muy positiva al conseguir que se optimicen de forma multidisciplinar las evaluaciones que realiza cada responsable de taller de cada uno de los pacientes incluidos en él.
- Se han definido las características del sistema informático de registro y análisis de indicadores automatizado.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- En el primer semestre de 2003, se habrá finalizado la elaboración y/o modificación de documentación y se habrá diseñado el "Sistema informático de registro y análisis de indicadores automatizado".
- Se comenzará la introducción de datos en el segundo semestre del 2003 y a finales del mismo se elaborará un documento en el que se aporten los resultados conseguidos (en relación con los indicadores) y su comparación con los estándares realizándose un análisis de las razones de las variaciones encontradas y una propuestas de mejora. La monitorización sistemática de los indicadores con una periodicidad anual, va a permitir planificar mejoras y valorar tendencias en la consecución de los objetivos.

Enero 2003

Proyecto

ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO

Responsable del Proyecto

José Manuel Arroyo Cobo

Objetivos Planteados

Manejo adecuado de los casos de salud mental más frecuentes en la consulta de atención primaria de un centro penitenciario

Evaluación de lo conseguido:

Los problemas de salud mental en prisión generan una carga asistencial que supone el 50% de la consulta diaria a demanda. Se ha estudiado la prevalencia de estos trastornos en la población reclusa y también la relación entre determinadas patologías y el clima social de la prisión para comprobar la hipótesis de que el número y el tipo de trastornos mentales, especialmente los Trastornos de Personalidad, influyen en la convivencia entre los internos y los funcionarios, alterando de manera significativa el clima social de la prisión.

Prevalencia de problemas mentales

Se han estudiado las patologías mentales presentes en un momento determinado utilizando por tanto un diseño transversal.

Se ha obtenido una muestra aleatoria de los internos ingresados el 9 de febrero de 2002 en el Centro Penitenciario de Zaragoza (n = 60).

Encontramos un 41% de internos sin patología mental (25/60), como diagnóstico principal, un 17% de toxicómanos (16/60), un 30% de Trastornos de Personalidad (TP) (18/60) y un 2% de otros tipos de patologías (1/60) (Figura 1), los TP se distribuyeron en: Trastorno Antisocial 11,6% (7), Trastorno Límite 11,6% (7), Trastorno Paranoide 3,3% (2), Trastorno Narcisista 1,6% (1), Trastorno Esquizoide 1,6% (1)

Predominan por tanto los TP del grupo B. (Figura 2)

Se recogió también en todos estos internos la existencia de partes disciplinarios por falta leve (L), grave (G) o muy grave (MG) relacionada con comportamientos interpersonales agresivos. Se vio mayor número de estos comportamientos entre los trastornados mentales. La hipótesis a comprobar es que el diseño de un tratamiento adecuado desde un punto de vista tanto farmacológico como

conductual, podría mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los recursos sanitarios del centro y disminuir los episodios de agresividad y frustración en la relación funcionario-interno.

Incidencia de problemas de salud mental

El número de pacientes atendidos y número de consultas realizadas en los internos durante los 22 meses revisados han sido los siguientes:

- **Nº de pacientes atendidos 177**
16% del total de internos (177/1093)
- **Nº de consultas de psiquiatría realizadas 412**
17% del total de consultas (412/2398)

La incidencia respecto a los procesos mentales tratados se ha obtenido analizando las historias clínicas de una muestra aleatoria de 30 sujetos de los atendidos durante el periodo estudiado.

Se obtuvo una incidencia por tipos de trastornos tal y como muestra la figura 3

La incidencia por tipo de sintomatología atendida se muestra en la fig 4 Respecto a la relación entre trastornos mentales y comportamientos interpersonales inadecuados y/o agresivos se observó una diferencia significativa entre las **sanciones recibidas** por episodios de ese tipo en el grupo de sujetos diagnosticados de Trastorno de Personalidad 90,9% (10/11) respecto del grupo control 9% (1/11).Figura 5

Calendario de acciones pendientes:

Es necesaria una coordinación entre profesionales de la sanidad penitenciaria y el Servicio de Atención Especializada encargado de atender los problemas mentales de los reclusos. Se pretende a lo largo del próximo año :

1-Elaborar protocolos consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario y el de Atención Especializada

2-Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales y mejora del clima social del Establecimiento. Sobre todo con funcionarios sanitarios y de vigilancia

Figura 5

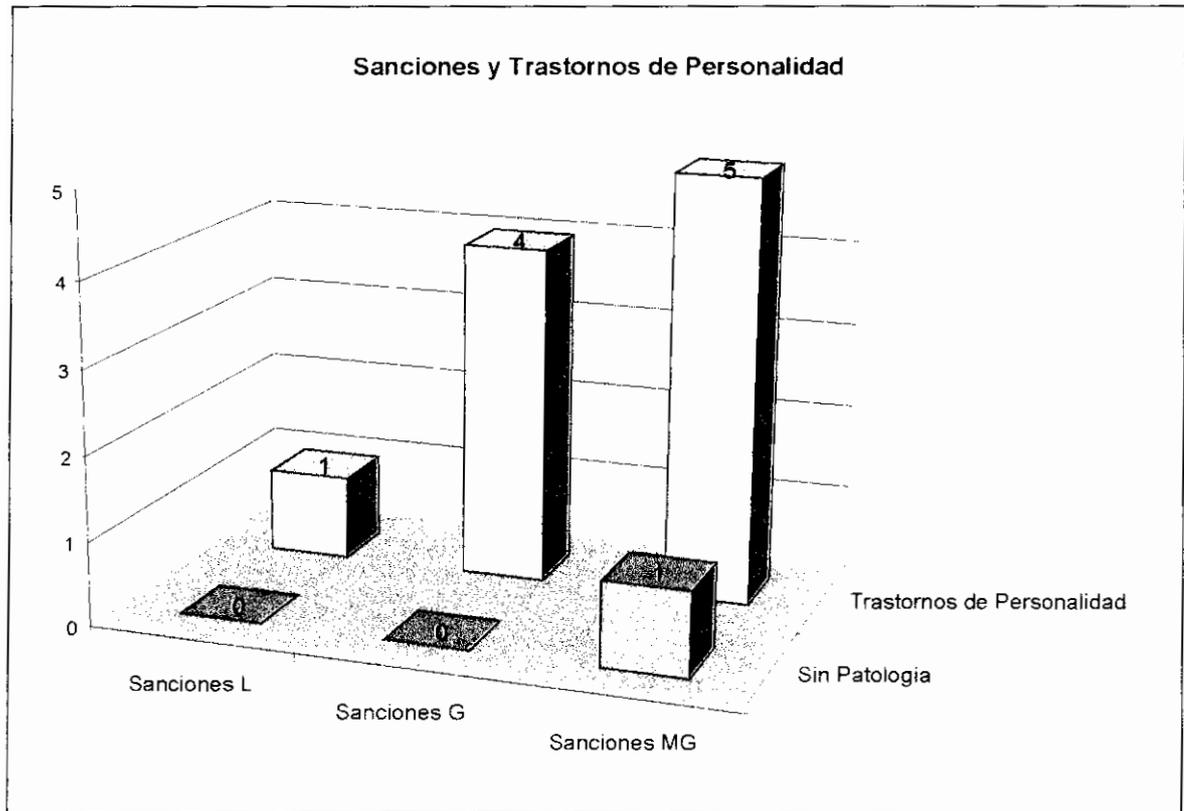


Figura 3

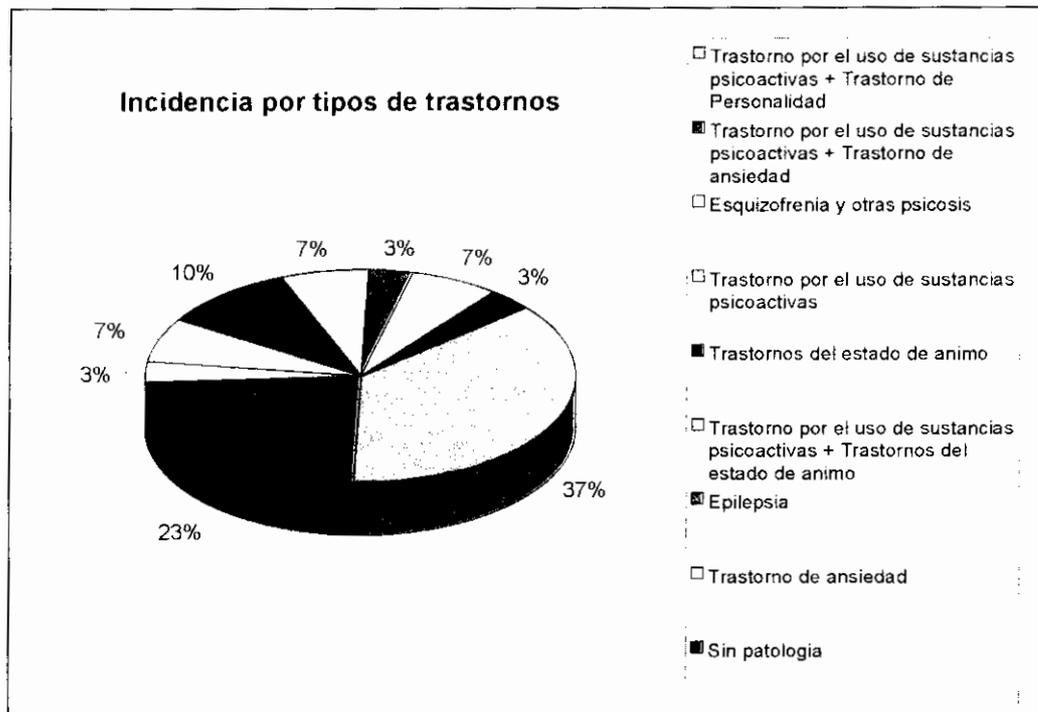
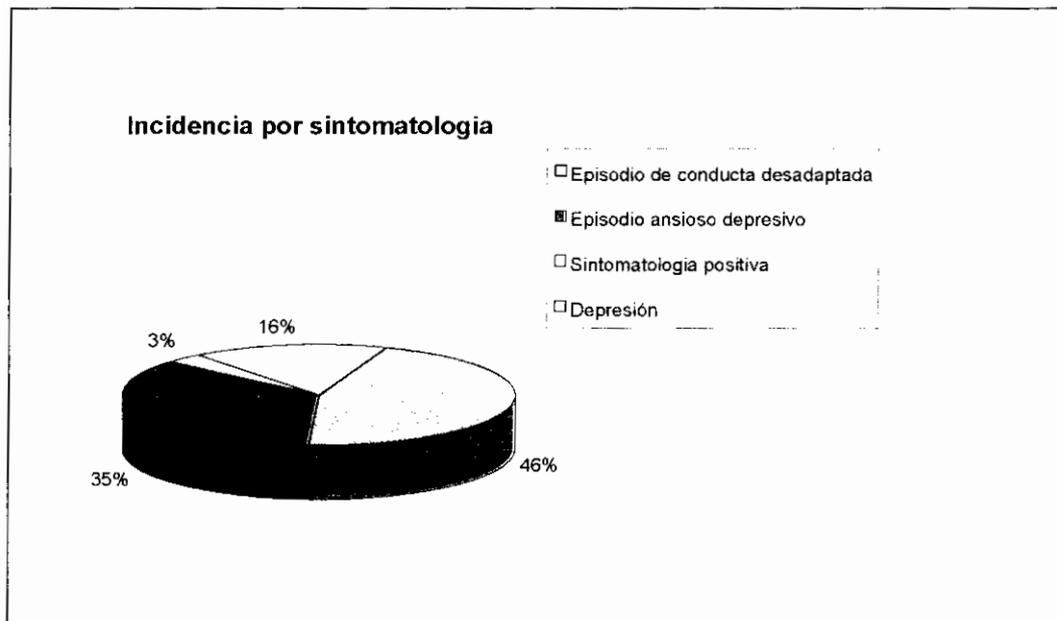


Figura 4



Figuras y tablas

Figura 1

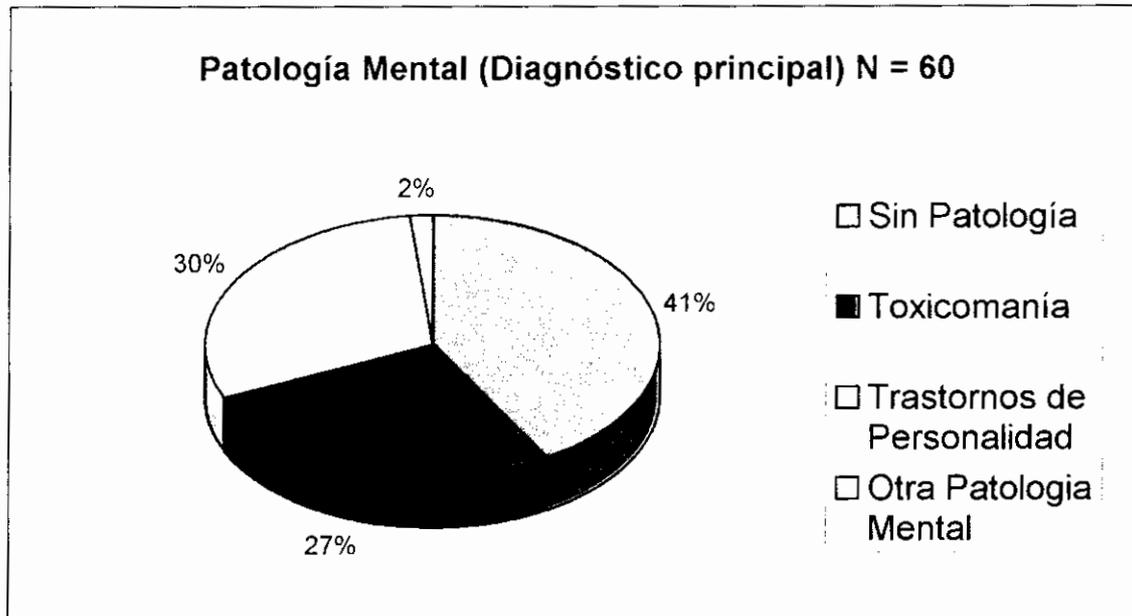
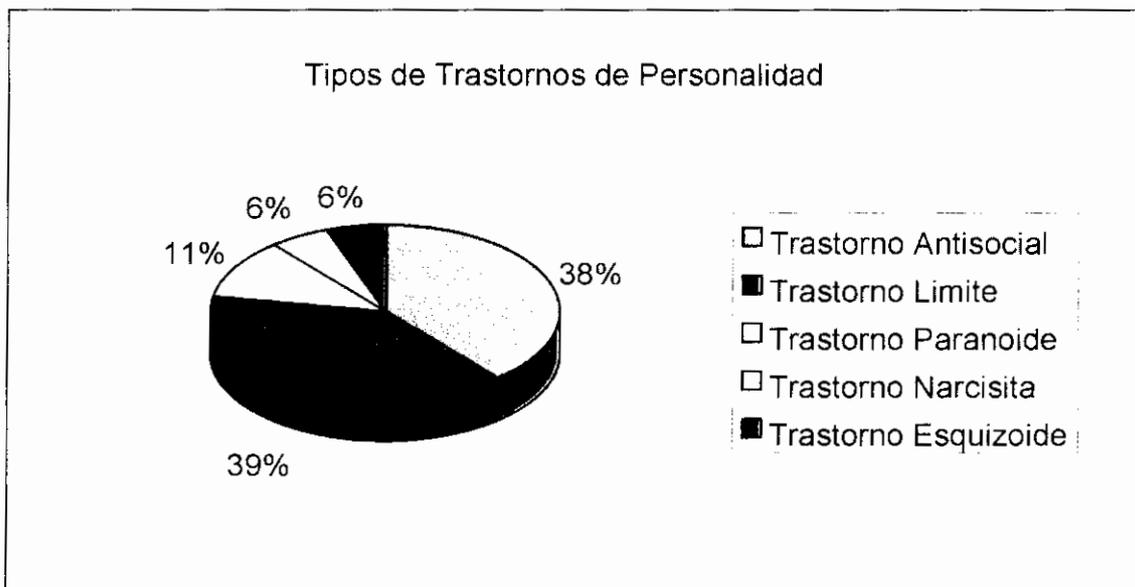


Figura 2



Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS

En el hospital de día se realizan diferentes actividades terapéuticas por lo que resulta necesario establecer unos objetivos claros que permitan conocer la efectividad y eficiencia de los programas propuestos; así como la articulación y guía de funcionamiento que estando ya elaborada, sería necesario contrastar para lo que solicitamos se realice una certificación de calidad por auditor externo.

Solicitamos certificación ISO-9000 por AENOR que conforme:

- 1) Análisis de Manual de Calidad y procedimientos
- 2) Auditoría y Certificación

3.2.- OBJETIVOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Avanzar en la mejora de la calidad asistencial de la U.T.C.A. con la finalidad de aplicar, posteriormente, procedimientos en el resto de estructuras de Salud Mental a fin de mejorar la calidad en la actividad asistencial global
- 2.- Crear grupos de trabajo interesados en la calidad asistencial
- 3.- Análisis de la demanda / oferta de servicios. Descripción del ciclo del paciente
- 4.- Continuar en el diseño de puestos de trabajo y las habilidades requeridas para ellos.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)
---------	--

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACION DETECTADA (Si es posible, duración y calendario previstos)

En el plan de mejora se contemplarán 3 Fases:

- Elaboración de Manual de Calidad y Procedimientos (Septiembre 2003)
- Auditoría interna (Octubre 2003)
- Solicitud concenón certificado (Noviembre 2003)
- Presentación Guía Clínica (Finales Febrero 2003)
- Presentación Tríptico (Resumen Guía) (Febrero 2003)

5.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA

- Plan Estratégico de Salud
- T.C.A. Criterio de ordenación de Recursos y actividades de Salud
- Curso Control de Actividad Asistencial ESADE Prof. Batallé
- Bowen: The Empowerment of service worker. Dado que se establecen nuevas de las condiciones que indican la conveniencia de establecimiento de trabajo personalizado, procesos complejos, relación con el cliente/paciente a largo plazo, entorno no predecible y de personal con necesidades de desarrollo y buenas habilidades interpersonales.

Anexo 3

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACION DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003)

TÍTULO DEL PROYECTO: Mejora de Calidad Asistencial U.T.C.A.
Certificación de la U.T.C.A. (Hospital de Día)

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Fernando Gómez Burgade

OBJETIVOS PLANTEADOS:

- 1) Avanzar en la mejora de Calidad Asistencial U.T.C.A.
- 2) Crear grupos de trabajo interesados en la calidad asistencial
- 3) Análisis / optimización de oferta - demanda, ciclos de pacientes
- 4) Diseño puestos de trabajo. Funciones y Habilidades

ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO:

- 1) Diseño ~~de~~ Manual de Funciones U.T.C.A.
- 2) Elaboración Tríptico Informativo
- 3) Elaboración de cuantificación actividad asistencial año 2002
- 4) Documentación de algunos procesos de la UTCA

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES:

- 1) Elaboración de Base de Datos de pacientes (Nov. 2002 : Pendiente por falta Administrativo)
- 2) Contacto con Unidades similares. Visita de UTCA (Barcelona) dirigida por Dr. Turón
- 3) Finalizar documentación del sistema de aseguramiento de calidad

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2003)
---------	--

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACION ECONOMICA

Material/Servicios	Euros
1. Analisis de Manual y Procedimientos por parte de AENDZ	1322,23 € +17% IVA
2. Gastos visitas y auditoria	1322 € +17% IVA
3. Concesión certificado	495 € +17% IVA
4. Gastos desplazamiento y dietas Barcelona (4 personas)	300.57 €
	17% IVA (533.77)

TOTAL euros	3.974,11 €
--------------------	------------

1.- TITULO:

Mejora del registro de los pacientes, a través de la informatización parcial de la historia clínica, para el incremento de la calidad en los informes, seguimiento de los pacientes y valoración estadística de los resultados.

2.1.- RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Nombre y apellidos: **José Joaquín Resa Bienzobas.**

Profesión: Cirujano. Centro de trabajo: **Hospital Royo Villanova.**

Dirección: Avda. San Gregorio, 30

Localidad: Zaragoza. 50015.

Teléfono: 976466910 ext. 508, 2219. Correo electrónico: jjresa@aragob.es

2.2.- OTROS COMPONENTES DEÑ EQUIPO DE MEJORA:

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jorge Escartín Valderrama	Cirujano	Hospital Royo Villanova
José Antonio Fatás Cabeza	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Juan Luis Blas Laina	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Alejandro García García	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Andrés Monzón Abad	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Jorge Solano Murillo	Cirujano	Hospital Royo Villanova
Javier Lagos Lizán	Cirujano	Hospital Royo Villanova

3.1.- OPORTUNIDADES DE MEJORA O PROBLEMAS DETECTADOS:

Nos referiremos a los problemas que encontramos al administrar nuestra carta de alta, Conjunto Mínimo de Datos Básicos e Historia Clínica mediante un tratamiento minimamente informatizado:

1. Administración defectuosa de la historia clínica, en especial la carta de alta y en particular del Conjunto Mínimo de Datos Básicos.
2. Insuficiencia de recogida de datos. Escasa recogida de segundos diagnósticos o complicaciones.
3. Insuficiente cultura de codificación.
4. Diferente lenguaje entre profesionales al hablar de diagnósticos, complicaciones o procedimientos.
5. Dificultad para transmitir información entre Servicios.
6. Escasa información transmitida a Primaria.
7. Información deficiente al paciente.
8. Dificil comunicación con Farmacia. Comunicación indirecta.
9. Dificultad para comprender la grafía de algunos escritos.
10. El médico que realiza la carta de alta e introduce el CMDB no siempre es el más implicado en el caso clínico. Puede no conocer toda la realidad.
11. Imposibilidad de auto-evaluación. Dificil identificación de problemas, muertes no esperables, etc.
12. Dificil identificar variabilidad entre profesionales.
13. Valoración de gravedad al alta, a través de datos probablemente insuficientes, realizada por otro Servicio (Admisión). Desconocimiento del método y del significado.
14. Valoración de la gravedad tardía, cuando se ha resuelto el problema o es irreparable.

Problemas priorizados:

Desde el año pasado, y gracias a la ayuda recibida del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de Calidad, hemos estado mejorando en el Servicio de Cirugía del Hospital Royo Villanova una carta de alta informatizada que solventaría muchos de los problemas detectados si la hiciéramos extensible a una "historia clínica" informatizada más completa y con nexos a cuidados y tratamientos, tanto médicos como de enfermería.

Tiene especial interés para nosotros reducir las complicaciones y mortalidad postoperatoria, sobre lo que ya hemos estado trabajando dentro del proyecto mencionado. No obstante, dado el crecimiento de nuestra casuística y el volumen de trabajo, precisamos un conocimiento más inmediato de nuestros resultados, a través de un acceso a la información más rápido, para poner en marcha medidas de máximo cuidado y dirigir nuestra actividad hacia los grupos de pacientes más desfavorecidos. Del mismo modo, entendemos que precisamos un mejor intercambio de registros con enfermería y con Atención Primaria.

Los problemas priorizados y objetivo de nuestro trabajo son los siguientes:

1. Dificultad de auto evaluación.

2. Dificil valoración de gravedad de los pacientes, a través de datos probablemente insuficientes.
3. Agilizar la detección de problemas y protocolizar los tratamientos y cuidados de los mismos.
4. Necesidad de mejorar la comunicación entre el personal evitando errores en la actividad.
5. Dificultad para clasificar los pacientes al alta en relación a su gravedad, los procedimientos realizados y los problemas detectados. Desconocimiento del método y del significado.

3.2.- OBJETIVOS QUE ESPERA CONSEGUIR:

Tratamos de solventar los problemas de gestión de la carta de alta, extensible a gran parte de la historia clínica (Tratamiento, cuidados, registro de actividades, evolución etc), mediante su informatización. Dicha informatización ha sido diseñada por nosotros y está siendo aplicada en pasos sucesivos de adaptación, lo que va a permitirnos trabajar en nuestros objetivos en un breve espacio de tiempo.

Nuestro objetivo principal es disponer de un registro informatizado de los contenidos de la carta de alta (con diagnósticos, procedimientos y complicaciones codificados según CIE-9) de cada paciente desde el inicio del episodio por el que lo ingresamos hasta el alta, además de su tratamiento, plan de cuidados de enfermería y evolución diario y en tiempo real. El sistema diseñado, además, dispone de estadística inmediata de numerosos aspectos de la actividad, lo que nos permite nuestra **auto-evaluación** continua e inmediata. En otro sentido, la mayoría de los tratamientos y cuidados que nosotros pautamos estarán protocolizados en diferentes entradas de sus respectivas tablas. Esto nos permitiría monitorizar, en primer lugar todas nuestras actividades clínicas y en segundo nuestra acción de calidad, como veremos más adelante. Dicha monitorización nos conducirá a una **eliminación de variabilidad** entre cirujanos consiguiendo una homogeneidad en los tratamientos muy alta y un cumplimiento de los protocolos casi absoluto.

4.- PLAN DE MEJORA. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DETECTATA.

El proyecto consta de tres fases:

- La primera consiste en diseñar las tablas y formularios de tratamiento, planes de cuidados y evolución de los pacientes (El resto de los contenidos de la carta de alta, con sus correspondientes tablas y formularios ya están elaborados).
- La segunda consiste e introducir dichos formularios en el trabajo diario y lograr la adaptación del personal.
- La tercera fase consiste en evaluar el uso de las tablas y formularios creados.
- La cuarta consiste en un estudio de investigación evaluativa en el que se analizará la "efectividad" de nuestro plan de calidad.

1) Fase de diseño:

El coordinador del proyecto con otros dos miembros del equipo de mejora tomarán las opiniones de todos los miembros del Servicio en una puesta en común. Por supuesto, en las tablas a usar se recogen todos los datos administrativos y la información clínica (procedimientos quirúrgicos, terapéuticos, diagnóstico principal, secundarios, complicaciones etc, todo ello codificado y siempre en el lenguaje de la codificación) que una carta de alta requiere legalmente. A estos elementos imprescindibles para disponer del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) se añadirán todos aquellos que se consideren oportunos para evaluar nuestra actividad a través de un sistema estadístico aplicado a cada variable tanto cualitativa como cuantitativa.

El resultado se plasmará en tablas y formularios de Microsoft Access como primer paso. Si la segunda y tercera fase del proyecto son valoradas positivamente, posteriormente se diseñaría un programa más sólido a través de Oracle o se adaptaría el que el Salud decida emplear en el futuro para dar respuesta a los objetivos que planteamos.

Tiempo estimado dos meses. A lo que habrá que sumar las modificaciones que veamos oportunas al realizar nuestra auto-evaluación periódica.

2) Fase de adaptación:

Después de un periodo de fomento del uso informático entre médicos y enfermeras como ayuda en nuestro trabajo, que ya se está realizando y se incrementará durante la fase 1, se iniciará la fase 2 consiste en utilizar las tablas y formularios diseñados en el trabajo diario.

Tiempo estimado 3 meses. Si en tres meses no hemos conseguido la adaptación o no se han encontrado ventajas del sistema informatizado sobre el tradicional daremos el trabajo por terminado. Esto es poco probable ya que nuestro sistema estará diseñado a nuestra medida, y solo en las áreas de trabajo que veamos oportuna la necesidad de mejora.

3) Fase de evaluación de uso:

Mediante una encuesta y una reunión mensual trataremos de identificar los defectos del sistema y realizaremos las correcciones oportunas. Cada tres meses se evaluará la cumplimentación de campos del sistema, con especial atención al conjunto mínimo básico de datos que deberá de ser superior al 95% con todos los criterios y superior al 98% con al menos el 95% de los criterios.

Tiempo estimado un año. Cuatro evaluaciones.

4) Fase de evaluación de plan calidad:

Consistirá en:

1. Detectar la satisfacción por el diseño del sistema informático de historia, a los 2 meses de iniciar el proyecto.

2. Detectar la adaptación conseguida, a los 3 meses de iniciar su uso.
3. Detectar el adecuado uso, cada 3 meses desde el inicio de su uso.
4. Determinar si el sistema sirve para nuestra auto-evaluación y para **el incremento de la calidad en los informes, seguimiento de los pacientes y valoración estadística de los resultados**, cada 5 meses desde el inicio de su uso.

5.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y COMENTARIO DE LA MISMA:

Enriquez F. Martínez D. Metodología para la Informatización de la Historia Clínica. Enero 1991. Rústica. Madrid. El libro realiza una profunda reflexión, desde un enfoque multidisciplinar, acerca de la confección informatizada de la historia clínica en medicina. Los autores parten de una posición privilegiada en tanto que son expertos en ambas materias: la medicina y la informática.

Salvador Peiró. Utilidad del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) en Gestión Clínica. Texto de la ponencia presentada en las Jornadas "Gestión Clínica. Experiencias e instrumentos", organizadas por la Asociación de Economía de la Salud, Palma de Mallorca, 12 de febrero de 1999.

Este artículo nos ofrece las nociones básicas sobre utilización de datos de la historia clínica como predictores de resultados o monitorizadores del proceso de salud. Insiste en la estrecha relación entre los elementos de la triada estructura, proceso y resultados, así como su importancia en el ejercicio de medición de calidad. Incidiendo directamente en nuestro tema, advierte que la evaluación de tecnologías o proveedores en función de los resultados se encuentra con el problema de que los resultados se ven también influenciados por las características de los pacientes, esto es, por el riesgo previo. A este riesgo le llamaremos gravedad, concepto debemos identificar como la probabilidad previa (derivada de las características de los pacientes y no de la atención recibida) de obtener el resultado que se quiera medir, mortalidad, complicación, estancia etc. Nuestro trabajo trata precisamente de a través del cálculo de la gravedad del paciente al ingreso y durante el proceso, obtener una probabilidad previa que nos induzca a plantear medidas frente a los posibles resultados negativos, en un sentido amplio, antes de que estos sucedan.

Elliott B. To computerize or not to computerize the patient care record: that is the question. Del Med J 2002 Nov;74(11):435-41.

El autor plantea el dilema entre informatizar y no informatizar, inclinándose por la segunda opción siempre y cuando el sistema sea suficientemente sencillo y amigable como para conseguir una buena adaptación.

Willey CJ, Struckhoff B. Physicians use EMR to improve quality. Esse Health takes lead in primary care technology, quality. Med Group Manage J. 1999 Nov-Dec;46(6):18-21, 24-7.

Los autores hacen una referencia de como la mejora en los registros y su accesibilidad pueden incrementar la calidad de la atención.

Nelson R. Computerized patient records improve practice efficiency and patient care. Healthc Financ Manage 1998 Apr;52(4):86, 88

El autor manifiesta con rotundidad como la historia en papel es inferior a la informatizada para proporcionar el mejor cuidado a los pacientes y como además los registros en papel son insuficientes para el control de la calidad de los cuidados.

Brennan TA, Localian AR, Leape LL, et al. Identification of adverse events occurring during hospitalization: a cross-sectional study of litigation, quality assurance, and medical records at two teaching hospitals. Ann Intern Med 1990; 112: 221-26.

Los autores analizan la importancia del registro de datos que hacen los médicos en relación con la calidad del proceso y la posibilidad de identificar procesos adversos.

Saturnino Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad asistencial 1998; 13: 437-47.

El autor nos ofrece las bases para enmarcar nuestro proyecto en un sistema de actuación lógico, concreto y científico. El paso previo a gestión de calidad es definir que indicadores se van a monitorizar y cómo van a medirse.

6.- RECURSOS SOLICITADOS Y VALORACIÓN ECONOMICA:

<i>Material inventariable</i>	<i>Euros</i>
PDA	600
<i>Material fungible</i>	<i>Euros</i>
Programas y licencias	400
<i>Otros gastos</i>	<i>Euros</i>
Formación, viajes y dietas	1300
	<u>Toal:</u> 2300

Anexo 3

MEMORIA RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE PROYECTOS INCLUIDOS ANTERIORMENTE EN EL PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO ARAGONES DE SALUD. (ENERO 2003).

TITULO DEL PORYECTO:

Mejora del pronóstico de pacientes quirúrgicos a través del cálculo de su gravedad y probabilidad de resultado negativo al ingreso y su consecuente intensificación de cuidados.

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO:

José Joaquín Resa Bienzobas.

OBJETIVOS PLANTEADOS:

Nuestro objetivo principal es prever el grado de gravedad y por consiguiente el porcentaje de posibilidad de complicación de los pacientes en el mismo momento de su ingreso. De este modo, podremos mediante la previsión adelantar mediadas terapéuticas con objeto de disminuir el porcentaje de complicaciones. Esto deberá ser monitorizado, primero mediante nuestra **auto-evaluación** y segundo mediante la auto-evaluación de nuestra acción de calidad. Dicha monitorización nos conducirá a una **eliminación de variabilidad** entre cirujanos consiguiendo una homogeneidad en los tratamientos muy alta y un cumplimiento de los protocolos casi absoluto.

ACTIVIDAD REALIZADA HASTA EL MOMENTO:

Validar parcialmente un instrumento de predicción de resultados sanitarios en cirugía general para un hospital de área.

Se ha iniciado el estudio de investigación evaluativa en el que se analizará la "efectividad" del incremento de la intensidad de los cuidados en el cambio pronóstico de los pacientes sometidos a intervención de cirugía general.

RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO:

El proyecto consta de dos fases:

- La primera consiste en validar un instrumento de predicción de resultados sanitarios en cirugía general para un hospital de área. En esta fase hemos detectado que nuestra distribución de patologías es muy diferente a la del hospital de origen con el que nos queríamos comparar, existiendo mayor peso en cuanto a gravedad en nuestros casos. No obstante, priorizadas nuestras patologías y las complicaciones detectadas, observamos que se precisaba una acción inmediata en los pacientes tratados por neoplasia de colon. Este grupo,

era similar al del hospital que nos presta sus porcentajes de complicación, por lo que podemos trabajar con el dentro del objetivo global del proyecto.

- La segunda consiste en un estudio de investigación evaluativa en el que se analizará la “efectividad” del incremento de la intensidad de los cuidados en el cambio pronóstico de los pacientes sometidos a intervención de cirugía general. Sobre el grupo de cáncer de colon se incrementó el cuidado ingresando a los pacientes dos días antes de la cirugía, en lugar de uno como se venía haciendo, para poder realizar una limpieza de colon más adecuada y prolongada. Esto ha hecho disminuir nuestras fugas de anastomosis.

CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Validar en su totalidad y con los datos del año pasado el instrumento de predicción de resultados sanitarios en cirugía general para un hospital de área del que disponemos.

Detectar las patologías que sean validadas y por lo tanto valorables.

Aplicar el estudio de investigación evaluativa en el que se analizará la “efectividad” del incremento de la intensidad de los cuidados en el cambio pronóstico de los pacientes sometidos a intervención de cirugía general a las patologías validadas durante el año 2003. Para lo cual puede ser de gran utilidad la aplicación del plan de calidad para el que se solicita ayuda este año.