

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 1_2004

001_2004 “Papel de la matrona en Atención Primaria” del CS Actur Sur	Pág. 2 a 7
052_2004 “Seguimiento odontológico de pacientes infantiles con minusvalía física o psíquica” del CS La Jota	Pág. 8 a 11
094_2004 “Mejora de calidad en la atención de urgencias vitales, cardio-respiratorias y traumatológicas en niños y adultos. Centro de Salud de Luna año 2004”	Pág. 12 a 19
059_2004 “Mejora de la calidad en la atención de los problemas de salud mental en un Centro Penitenciario” del C. Penitenciario de Zuera	Pág. 20 a 25
129_2004 “Gestión por procesos en enfermería psiquiátrica: ingreso, rehabilitación y alta; sistematización en la realización de diagnósticos e intervenciones y en la obtención de resultados en la Unidad de Media Estancia Residencia Profesor Rey Ardid”	Pág. 26 a 29
025_2004 “Desarrollo de una vía clínica para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones mamarias sospechosas palpables y no palpables en el área sanitaria” del H. Ntra. Sra. de Gracia	Pág. 30 a 33
030_2004 “Implantación de protocolos de prevención y tratamiento de úlceras por presión en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia”	Pág. 34 a 40
071_2004 “Plan de comunicación integral del Hospital Nuestra Señora de Gracia”	Pág. 41 a 45
009_2004 “Protocolos de actuación de Urgencias Hospital Royo Villanova”	Pág. 46 a 49
014_2004 “Mejorar la información que reciben nuestro pacientes al alta hospitalaria en materia de alimentación nutrición” del H. Royo Villanova	Pág. 50 a 54
027_2004 “Elaboración de documentos de información de los procesos neurológicos dirigidos a la familia y al paciente” del H. Royo Villanova	Pág. 55 a 59
028_2004 “Detección precoz, control, prevención y tratamiento de la desnutrición hospitalaria”	Pág. 60 a 64

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>Papel de la Matrona en Atención Primaria.</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos : Amelia Pascual Gonzalo</p> <p>Profesión : Matrona Centro de trabajo : C. Salud " Actur Sur"</p> <p>Correo electrónico:</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen García Rubio	Matrona	C. Salud "Sagasta"
Marta Isac Arrondo	Matrona	C. Salud "Sagasta"
M ^a Angeles López Pérez	Matrona	C.S. "San José Centro y Norte"
Sofía Martínez Carballo	Matrona	C. S. "Venecia y Hnos. Ibarra"
Belén Mora Greciet	Matrona	C. Salud "Almozara"
Lourdes Muñoz Domínguez	Matrona	C. S. "La Jota"
Carmen Urtubia Pastor	Matrona	C. S. "Sagasta"

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Las Matronas de Atención Primaria, hemos detectado déficit de información por parte de la población, sobre las funciones de la Matrona en Atención Primaria.

Importancia y utilidad:

La finalidad es conseguir que la población conozca mejor el rol de la Matrona en A. P. , consiguiendo :

- un mejor aprovechamiento de los servicios ofertados
- mejorando la comunicación
- que la población conozca las funciones de la Matrona en AP
- aumentar la satisfacción de los usuarios

Métodos de detección y Priorización empleados:

A finales de Noviembre 2003, se realizó una "tormenta de ideas", coincidiendo con una de las Reuniones mensuales de las Matronas de Atención Primaria, Sectores 1 y 2.

Se expusieron distintos problemas detectados y el Grupo de Calidad, determinó el Proyecto de mejora de los conocimientos de la población sobre las funciones de la Matrona en Atención Primaria.

Criterios de Priorización:

Consideramos un problema que nos preocupa a las Matronas , fácil de resolver, útil e interesante de realizar.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- ampliar la información que tiene la población sobre el papel de la Matrona en AP.
- mejorar la comunicación entre la población y las Matronas de AP.
- rentabilizar los servicios ofertados.
- optimizar los recursos humanos disponibles.
- fomentar los servicios que puede prestar la Matrona en AP
- aumentar la satisfacción de los usuarios
- mejorar la calidad asistencial

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

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

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

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)**

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Situación de partida

Hay un elevado porcentaje de la población, que tiene un concepto limitado del papel de la Matrona en Atención Primaria, asociando a la Matrona a la asistencia del parto y al seguimiento del embarazo. Esto se aprecia en las consultas de AP, cuando la mujer se sorprende al ver que la Matrona realiza otras funciones.

Con este proyecto, queremos dar a conocer las funciones de la Matrona en AP.

Posibles causas:

- déficit de información sobre el papel de la Matrona, cuando se ubicaron en los Equipos de Salud de Atención Primaria
- falta de conocimiento por parte de los miembros de AP, sobre las funciones de la Matrona
- indefinición de las funciones de la matrona

fuentes de información:

- contacto con las usuarias en la consulta de AP
- personal sanitario en formación (MIR, D.U.Enfermería...) que demuestran la falta de conocimientos sobre las funciones de la Matrona en AP.
- personal sanitario del Equipo de Salud.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Medidas previstas:

- estudio longitudinal retrospectivo, mediante encuestas semiestructuradas.
- elaboración de un folleto informativo, sobre las funciones de la Matrona en AP y su adecuada difusión entre la población

-responsables: Matronas de Atención Primaria, Sectores 1 y 2

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Posterior a la entrega de folletos, se realizará una nueva encuesta semiestructurada, comparándola con la encuesta inicial. Así podremos valorar, qué información se ha ampliado.

Indicadores:

- ❖ evaluación cuantitativa:
 - de estructura: N° profesionales participantes/ N° profesionales previstos
 - de proceso:
 - N° encuestas elaboradas/ N° encuestas cumplimentadas
 - N° encuestas iniciales/ N° encuestas finales
 - N° población/ N° encuestas realizadas
 - N° encuestas entregadas/ N° encuestas cumplimentadas correctamente
 - de resultado:
 - N° de personas que han mejorado su información/N° encuestas totales

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Diciembre 2003

Fecha finalización: Febrero 2005

Calendario:

- Diciembre 2003: diseño del Proyecto.
- Enero, Febrero 2004: elaboración de encuestas iniciales.
- De Marzo 04 a Abril 04, entrega de encuestas a la población y elaboración de folleto informativo por el Grupo de Calidad.
- De Mayo 04 a Octubre 04, entrega de folletos informativos.
- De Nov 04 a Febrero 05, entrega de encuestas finales a la población. Valoración de resultados del Proyecto de Calidad.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Seguimiento odontológico de pacientes infantiles con minusvalía física o psíquica.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ML VAZQUEZ ANDRE

**Profesión ODONTOESTOMATOLOGO Centro de trabajo
Consulta de odontotoestomatología. Atención Primaria. CS La Jota.**

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Una adecuada asistencia odontoestomatológica conlleva no sólo el aspecto propiamente médico sino también el formativo y fundamentalmente el preventivo.

Hemos detectado que los pacientes con determinadas minusvalías, físicas y psíquicas, no llevan una correcta higiene y seguimiento dental. Este problema es tanto por parte de su minusvalía como de formación por parte de los padres. Esto da lugar a una mayor morbilidad estomatológica y que cuando acudan a consulta sea en ocasiones ya demasiado tarde para tomar medidas conservadoras e incluso en algunos casos, debido a la patología de base, deben ser remitidos a las consultas hospitalarias de maxilofacial aumentando la lista de espera y los riesgos y gastos derivados de estas atenciones a nivel hospitalario. Además, no podemos olvidar que en muchos casos la patología odontoestomatológica es el inicio de problemas sépticos que complican otras patológicas (cardíacas, pulmonares, etc.) que también coexisten en estos pacientes.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Mantener un índice COD, CAOD y CAO en los niveles aceptables aconsejados por la OMS para prevenir la patología odontoestomatológica y facilitar la conservación de la salud bucodental.**
- **Disminuir la comorbilidad infecciosa asociada.**
- **Disminuir las derivaciones a consultas de maxilofacial.**

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Los pacientes con minusvalías, físicas y/o psíquicas, no llevan una correcta higiene y seguimiento dental debido tanto a su minusvalía como a la falta de formación por parte de los padres.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Implantar un día de consulta programada específica para este tipo de pacientes con la periodicidad que fuese preciso.**
- **Realizar control de placa dental en consultas periódicamente para conseguir una mayor colaboración del paciente en el mantenimiento de su higiene oral.**
- **Realizar charlas periódicas dirigidas a grupos pequeños de padres para que hagan el seguimiento a nivel familiar.**
- **Elaborar folletos explicativos adecuados a este tipo de pacientes.**
- **Adiestrar en técnicas de higiene oral individualizadas a cada caso y seguirlos hasta que confirmemos el dominio de dicha técnica.**

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Índice cod, CAOD y CAO en los niveles aceptables aconsejados por la OMS para prevenir la patología odontoestomatológica y facilitar la conservación de la salud bucodental.**
- **Índice de placa.**
- **Índice de sangrado gingival.**

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: JUNIO-04

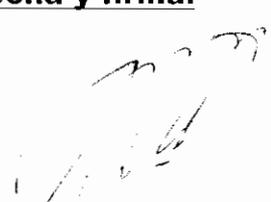
Fecha de finalización: DICIEMBRE-04

Calendario:

- MAYO-JUNIO. Recogida de pacientes.
- JULIO. Elaboración de folleto explicativo.
- SEPTIEMBRE. Charla a padres
- OCTUBRE-DICIEMBRE. Seguimiento y valoración resultados: elaboración guías definitivas.
- MAYO-05. Valoración al año comparativamente con los pacientes que no hayan seguido el proyecto.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Libros, fotocopias y material específico</u>	<u>600</u>
<u>Soporte y materal de informático para charlas</u>	<u>350</u>
<u>Material grafico (diapositivas) para charlas</u>	<u>250</u>
TOTAL	1200E Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:


16 de enero de 2004

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**MEJORA DE CALIDAD EN LA ATENCION DE URGENCIAS
VITALES, CARDIORESPIRATORIAS Y TRAUMATOLOGICAS, EN
NIÑOS Y ADULTOS
CENTRO DE SALUD DE LUNA
AÑO 2004**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ana Isabel Echeverri Oyaga

Profesión: Medica Centro de trabajo Centro Salud de Luna

Correo electrónico: Pendiente de que se dote al centro de este servicio. ana@comz.org

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concepción de Perez Madorran	Médica	C.S. Luna
Silvia Gimenez Bescos	Enfermera	C.S. Luna
Begoña Saiz Perez	Enfermera	C.S. Luna
M ^a Teresa Gracia Peligero	Enfermera	C.S. Luna
Isabel Romero Cumplido	Enfermera	C.S. Luna
Elvira Jorda Reboll	Médica	C.S. Luna

Jesus Naudin 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
Marta Diez Fle	Médica	C.S. Luna
Marisa Salafranca Naudin	Administrativa	C.S. Luna

Los componentes del equipo de mejora que son "refuerzos" del Equipo del Centro no se comprometen a participar en todas las reuniones del Equipo de Mejora, sí a colaborar activamente con sus propuestas y gestiones.

Todos los miembros del Equipo del Centro estan dispuestos a colaborar de forma puntual cuando las intervenciones así lo requieran. Tenemos el compromiso de llevar adelante la programación cualquiera sea el número de los asistentes

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Atención de urgencias vitales cardiorespiratorias y traumatológicas en niños y adultos Para el 2004 Consensuaremos con los especialistas que nos corresponden los protocolos elaborados en nuestro centro en el 2003 para arritmias, infarto, parada cardiorespiratoria, desfibrilación y uso de marcapasos externo. Elaboraremos los protocolos de actuación en urgencias traumatológicas en adultos y niños

El método de detección y priorización elegido ha sido el consenso entre todos los profesionales del equipo valorando la preocupación por la atención de estas situaciones que se producen con condiciones que no permiten aplazamiento ni dudas en las medidas a aplicar y en los medios a utilizar. Este año vamos a continuar con el trabajo iniciado en el 2003, ya que hemos modificado nuestra propia propuesta de protocolos y nos vemos incapaces de terminar este proyecto e iniciar uno nuevo.

La importancia y utilidad de atender mejor los pacientes críticos es evidente para población y profesionales: Podemos disminuir mortalidad, invalideces y limitaciones funcionales, disminuir su coste de atención y mejorar la satisfacción de todos.

Analizamos los componentes del problema en el apartado 7

5.- RESULTADOS 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 geografica, medicación disponible, medios tecnicos, formación del personal...
 - 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 periodica 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

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

- La fuente de información son los profesionales y el registro de urgencias.
- 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 110 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 es cuando menos complicado.

-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 es compleja.

-El mantenimiento para uso inmediato de la medicación y los medios técnicos tanto en el Centro de Salud como en cada localidad es costosa.

-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.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Reuniones mensuales del equipo de mejora. Los profesionales que son refuerzos asistirán cuando les sea posible por su discontinuidad en el trabajo. La reunión de una hora, de 9,30 a 10. 30 los segundos jueves de mes, para revisión de protocolos, sala de urgencias, repaso de funcionamiento de equipos, etc. Cualquier cambio en ubicación de materiales será comunicada al resto del equipo para su conocimiento y consenso si fuera necesario.

-Consideramos absolutamente necesario, prioritario e irrenunciable la formación de todos los profesionales en atención de urgencias, teórica y sobre todo práctica en servicios de urgencias de hospital infantil,

UVIS, cardiología y traumatología.. . Periodos suficientes y repetidos, 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 economicos que se nos concedan o desde otras fuentes como plan de necesidades, ayuntamientos, etc. .

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

-Elaboración de protocolos consensuados

-Iniciamos el proyecto en abril del 2003, se extendera en 2004 y no sabemos si será suficiente. Seguramente cada grupo de protocolos requeriria un proyecto separado por su complejidad, pero la formacion y atencion son conjuntas por lo que parece razonable abordarlos globalmente, economizando gastos

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La elaboracion de los indicadores que nos permitan la monitorización de la atención de estas urgencias y su continua mejora a largo plazo no sabemos como hacerlos.:Los que de inicio vemos son, en su mayoría, de proceso o de estructura:

- Nº Reuniones realizadas con asistentes y acta
- Nº de protocolos realizados
- Nº Revisiones sala urgencias y modificaciones introducidas
- Nº cursos realizados de actualización y número de profesionales implicados
- Equipamientos tecnicos o medicamentos incorporados
- Nº Contactos con especialistas
- Valoración de la población tanto del proyecto como de las actuaciones concretas

-Especial interes tendria la revisión y comparación de protocolos similares, según medicina basada en la evidencia, si logramos acceder a ellos

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2003. Fecha de finalización: Diciembre
Actualización 1/2004 2004

Calendario:

- Programación proyecto: enero-abril 2003. Actualización enero 2004
- Cursos formación y actualización: Todo el año
- Reuniones mensuales del equipo de mejora
- Consenso de Protocolos cardiología adultos con especialistas: febrero 2004.
- Adaptación de protocolos cardiología a los niños y consenso especialistas: marzo a mayo
- Creación de nuestros protocolos de traumatología en adultos septiembre a noviembre
- Revisiones de sala de urgencias y dotación de cada localidad cada mes
- Valoración de situación del proyecto en junio y diciembre

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

Material/Servicios	Euros
<small>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo</small>	
MATERIAL/SERVICIOS	EUROS
FERULAS DE VACIO PARA INMOVILIZACION	900.00-
18 unidades adhesivo tisular dermabond	372.00-
TERMOMETRO INFRARROJOS	85.00-
KIT INMOVILIZADOR DE COLUMNA Y CADERA	161.00-
ELECTROCARDIOGRAFO PORTATIL CON INTERPRETACION Y TIRA DE RITMO	2127.00-
ACCESORIOS CONSUMIBLES: PARCHES PARA NUESTRO DESFIBRILADOR Y MARCAPASOS	480.00-
6 MASCARILLAS ANTIREFLUJO CON ESTUCHE. "MASCARILLA DE BOLSILLO CON ESTUCHE MERLIN E-MASK WITH O2 PORT"	80.00-
LIBROS, VIDEOS, REVISTAS	600.00-
DESPLAZAMIENTOS Y DOCENCIA DE PROFESIONALES ESPECIALISTAS PARA TODO EL EQUIPO	900.00-
SUSTITUCIONES PARA FORMACION PRACTICA EN SERVICIOS ESPECIALIZADOS. 4 DIAS ENFERMERIA Y 4 DIAS MEDICINA	900.00-
TOTAL	6785.00-

PENDIENTE DEL GLOBAL DE LA CONCESION DE AYUDA ECONOMICA Y DE REVALORACION SEGÚN VAYAMOS REALIZANDO LOS CURSOS, CONSIGUIENDO MATERIALES O FORMACION DESDE OTROS PROGRAMAS.

NUESTRA PRIORIDAD ABSOLUTA SERIA LA FORMACION PRACTICA TANTO DE LOS ESPECIALISTAS EN LUNA PARA QUE SEA ACCESIBLE A TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y PODAMOS SACAR EL MAXIMO RENDIMIENTO A LOS MATERIALES INCORPORADOS EN EL

**PROYECTO 2003 COMO DE LA ASISTENCIA A SERVICIOS
ESPECIALIZADOS**

Fecha y firma:

15/1/2004

15 enero de 2004

ANA ISABEL ECHEVERRI

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN UN CENTRO PENITENCIARIO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos *José Manuel Arroyo Cobo*

Profesión

Medico

Centro de trabajo Centro Penitenciario de Zaragoza

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: 11/12/2000

Fecha de actualización: 1/10/03

4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO y 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS

Durante el año 2001, ante la negativa de la DGIIPP de dar permiso para estudiar la prevalencia de los trastornos de salud mental en nuestra prisión, se ha **estudiado 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.**

Utilizando un diseño transversal, se han analizado **las patologías mentales presentes** en un momento determinado en dos módulos de la prisión.

Se ha obtenido una muestra aleatoria de los internos ingresados el 9 de febrero de 2001 en el Centro Penitenciario de Zaragoza (n = 60). Se ha analizado la prevalencia de TP en dos muestras de 30 internos cada una. La primera muestra se obtuvo de un módulo con internos de los clasificados como mejor adaptados al régimen del centro (edad media 35,5 años) y la segunda de un módulo con internos de los clasificados como mal adaptados, debido a sus dificultades de convivencia y a su perfil criminal (edad media 31,3 años).

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 6), 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 7)

Se recogió también en todos estos internos la existencia de sanciones disciplinarias por falta leve (L), grave (G) o muy grave (MG) relacionada con comportamientos interpersonales agresivos en los últimos tres meses. **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 8

Esperábamos encontrar diferencias respecto al número de internos con TP entre el grupo de sujetos del módulo considerado de inadaptados y el del considerado como de adaptados, sin embargo esto no ocurrió, probablemente porque entre las razones para clasificar a un interno en uno u otro módulo, no solamente se tiene en cuenta su perfil de personalidad, sino por ejemplo, su pronóstico criminal, el tipo de delito cometido o el tiempo de condena que le resta. Estos factores no tienen porqué correlacionar con el grado de adaptabilidad del sujeto.

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.

Durante el año 2002 estudiamos:

Incidencia de problemas de salud mental a partir de datos de la derivación al psiquiatra.

El número de pacientes atendidos y número de consultas realizadas en los internos durante 22 meses revisados, que 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 9)

Los resultados demuestran que se han derivado un 37% de sujetos con TP + Trastorno por el uso de sustancias psicoactivas, un 23% por trastornos de Ansiedad + Trastorno por el uso de sustancias psicoactivas, un 7% por trastornos del estado de ánimo + Trastorno por el uso de sustancias psicoactivas, un 7% por Trastorno por el uso de sustancias psicoactivas, lo que indica que **hay una patología dual del 67% en las derivaciones y un 74% de adictos a drogas entre los atendidos por el especialista en prisión**. Los trastornos de ansiedad 7% , del estado de ánimo 10% . epilepsia 3% , esquizofrenia y otras psicosis 3% e internos sin patología apreciable 3%, completan los diagnósticos observados.

La incidencia por tipo de sintomatología atendida demuestra que el síntoma que más veces determinó la derivación fueron los episodios de conducta inadecuada 46%, un episodio ansioso depresivo 35%, signos de depresión 18% y sintomatología positiva en el 3% de los casos. (figura 10)

A lo largo del pasado año 2003 se ha diseñado la estrategia para consensuar protocolos de derivación y guías de actuación ante los principales cuadros de patología mental que deben atenderse en prisiones.

Respecto a una de las mejoras puestas en marcha, la asesoría del psiquiatra consultor al equipo de Ap sobre indicaciones y dosificación de psicofármacos, se ha estudiado el consumo de este tipo de tratamientos en el centro. En un corte transversal, (n=1462) se observó que **un 54% de los internos tomaban o habían tomado en el último año algún tipo de psicofármaco.** (Figura 11)

Las benzodiacepinas fueron los psicofármacos más administrados (Figura 12), en especial los que tienen una absorción rápida.

Para reducir la variabilidad, tanto en las indicaciones como en el tipo de presentaciones y moléculas empleadas, en definitiva de mejorar el tratamiento psicofarmacológico de los cuadros, se han adoptado dos medidas complementarias, por un lado se ha consensuado un vademécum cerrado de psicofarmacoterapia, en especial de benzodiacepinas y por otro lado se han iniciado sesiones de formación monográficas sobre las indicaciones de los distintos grupos de psicotrópicos, tanto de los tranquilizantes como de los antidepresivos, los antipsicóticos o los antipsicóticos atípicos.

Se está consensuando una estrategia para protocolizar las derivaciones de los internos con trastornos mentales, que intenta conjugar la promoción de la salud y la formación de los equipos de AP en prisión junto con la calidad de la atención.

De los datos disponibles respecto a la derivación hacia el psiquiatra consultor en 22 meses, se observa que, analizando las historias de los internos presentes en el centro en un día concreto, se derivan el 20.8%, (228/1093). Sin embargo habitualmente un 54% de los internos toman o han tomado psicofármacos, las preguntas que nos hacemos son: **¿El criterio de derivación principal ha sido simplemente la intensidad de la sintomatología? ¿Se están derivando solamente los casos más graves o agudos? ¿Hay posibilidad de hacer una consulta especializada que incluya un adecuado seguimiento de los internos con una patología psiquiátrica que requiera atención especializada? En definitiva, ¿es posible establecer en prisión unos criterios de derivación y unos procesos de calidad en la atención a la salud mental?**

Los criterios que consigan una adecuada derivación aseguran:

-Idéntica accesibilidad del servicio a todos los internos que lo necesiten, no solo a los que presentan síntomas más graves o llamativos

-Una atención adecuada a las necesidades, con continuidad y eficacia, evitando la presión de una exagerada demanda, y permitiendo el correcto seguimiento de los casos.

Se ha puesto en marcha un proceso de derivación que incluye tres niveles interconectados (Figura 13). El primer nivel se abre con una derivación interna, al apreciar el médico de un módulo, patología psiquiátrica en un interno. El caso será consultado en sesión clínica conjunta entre el equipo de Ap y el psiquiatra, que se celebrará periódicamente, en esta sesión se comenta y se dan indicaciones de manejo del paciente. Este primer nivel se cierra con la puesta en marcha de la terapia indicada en la sesión y el seguimiento posterior del interno por su médico de módulo. Si el caso se considera suficientemente complejo, se abrirá el segundo circuito, dentro del que se deriva (derivación interna) al paciente al dispositivo de atención especializada intrapenitenciaria, siendo visto en consulta por el psiquiatra, que le administra un tratamiento y fija una pauta de segundas visitas y controles adecuados al caso, lo que cierra este nivel. Si el paciente tiene criterios de ingreso hospitalario, entrará en el tercer circuito, realizándose una derivación externa a un recurso asistencial extrapenitenciario.

Para avanzar en los protocolos de derivación interna, **se recoge en un formulario, entre otros datos, información del tipo de dificultad personal que cada médico encuentra en el caso derivado** (Anexo 2).

2- Las actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales y mejora del clima social del Establecimiento **se han realizado este año dentro de una actividad formativa ofrecida a los funcionarios de vigilancia para el desarrollo de habilidades sociales en su relación interpersonal con los internos**. Se ha informado de las características de la patología mental de los internos y de cómo esta patología influye en el clima social de la prisión y en el estrés laboral de los trabajadores que están en contacto con estos enfermos.

7. 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-Continuar con la elaboración de protocolos de derivación consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario y el de Atención Especializada

- A) Consolidación formal del modelo del consultor
- B) Consenso de Criterios de Derivación al Equipo de Salud Mental de Atención Primaria Penitenciaria
 - Derivación Interna
- C) Coordinación entre el EAP del Centro y el Servicio de Atención Especializada (Protocolos de derivación)
 - Derivación Externa
- D) Evaluación del modelo de derivación de los 3 niveles

Queda pendiente el desarrollo de los protocolos de derivación y su evaluación

2-Continuar con las 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 , con estos últimos, se prepara una exploración de pautas de actuación en relaciones interpersonales que den lugar a un clima estable, en módulos con alto índice de internos conflictivos. Se ha detectado que en este tipo de módulos, los funcionarios se comportan en sus relaciones con los internos de una manera más empática, aunque a la vez igualmente firme, lo que da como consecuencia un clima social más estable. Durante este año se proyecta investigar estas pautas de comportamiento, que se consideran ideales para el manejo de internos conflictivos. El objetivo será la operativización de las variables que influyen en estos comportamientos, que pueden considerarse como verdaderas terapias psicoeducativas, la intención final es exportarlas y difundirlas a otros módulos donde hay internos conflictivos para que puedan ser conocidas y practicadas por todos los funcionarios. Hay que recordar que la conflictividad de los internos esta relacionada con la incapacidad de adaptación al entorno, muy frecuentemente causada por TP.

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

<p>8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de motivación del equipo - Falta de formación en materia de Calidad Asistencial - Falta de apoyo institucional

9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>Material Fungible de oficina</i>	<u>150</u>
<i>Inscripciones a revistas técnicas por un año</i>	<u>75</u>
Atención Primaria	
La Revista de Calidad Asistencial	<u>60</u>
Actas Españolas de Psiquiatría	<u>80</u>
TOTAL	365 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Diciembre 2003



JM Arroyo

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD
ACTUALIZACIÓN**

1. - TÍTULO

GESTION POR PROCESOS EN ENFERMERIA PSIQUIATRICA: INGRESO, REHABILITACIÓN Y ALTA; SISTEMATIZACION EN LA REALIZACION DE DIAGNOSTICOS E INTERVENCIONES Y EN LA OBTENCION DE RESULTADOS EN LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA "RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID".

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: ESTHER SAMANIEGO CORCUERA

Profesión: D.U.E.

Centro de trabajo: Residencia Profesor Rey Ardid

3. - FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: 25-01-2003

Fecha de actualización: 12-01-04

4. - AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar las variaciones que se hayan producido en cuanto al responsable, componentes del equipo de mejora, fechas previstas, resultados esperados, relación con las líneas de intervención, indicadores, etc.

Respecto a los componentes del equipo actual de mejora se han incorporado Dña. Aurora Querol Nasarre y D. Ramón Nadal en lugar de D. Francisco Caro y Dña. Aurora Sarasola.

El tiempo estimado para la realización de este trabajo es de entre dos y tres años (2003 – 2005) 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 () y comenzaremos con la implantación en los años posteriores.

Respecto al abordaje de OBJETIVOS:

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

Mejorar las acciones de enfermería a través de los procesos asistenciales enfermeros que determinan la atención recibida por los pacientes (HISTORIA DE ENFERMERIA: entrevista, exploración, registro, diagnóstico, control y seguimiento, intervenciones enfermeras y resultados en Rehabilitación Psiquiátrica. Dentro de éste cobra 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 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 al departamento de enfermería diseñando, implantando y monitorizando los procesos de INGRESO (acogida y valoración de cuidados de enfermería), REHABILITACION (planificación, ejecución y evaluación de cuidados en un marco multidisciplinar), ALTA (continuidad de cuidados comunitaria).

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

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

Diseño de la gestión por procesos en enfermería en la Residencia Rey Ardid: definir procesos, características de calidad, diagramas de flujo, criterios, indicadores y estándares del proceso de ingreso, rehabilitación y alta (hemos concluido las dos primeras fases del ciclo PDCA).

Revisión bibliográfica de metodología diagnóstica de enfermería.

Definición y selección de diagnósticos de enfermería (NANDA) de aplicación en rehabilitación psiquiátrica (hemos concluido las dos primeras fases del ciclo PDCA).

Selección de intervenciones de enfermería en rehabilitación psiquiátrica.

Diseño o modificación de la documentación.

Hemos iniciado el diseño en soporte papel y el estudio de necesidades informático para el registro y análisis de indicadores.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Al implantar en el trabajo diario de enfermería la gestión por procesos, con el soporte de la documentación generada (diagramas de flujo, iniciadores, etc.) hemos conseguido redefinir y mejorar la actividad asistencial de enfermería en el ingreso rehabilitación y alta.

La aplicación directa al trabajo diario de enfermería del ciclo Deming y grupos de mejora ha permitido mejorar la actividad asistencial en la resolución de problemas. Esto nos ha dado la posibilidad de detectar y mejorar.

Hemos hecho una selección inicial, tras la revisión y análisis de la bibliografía, de 14 diagnósticos NANDA de enfermería aplicables a la rehabilitación psiquiátrica.

La implicación de los distintos profesionales en la realización del proyecto ha permitido mejorar el trabajo en equipo.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Para el año 2004

Indagar y analizar quien trabaja con resultados enfermero en la rehabilitación psiquiátrica

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 FRRA, para recoger datos. 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 terapéuticos de enfermería planteados.

Abordar las dos últimas fases del ciclo PDCA de análisis, ajuste, detección de problemas y propuestas de mejora de la gestión por procesos en enfermería del ingreso, rehabilitación y alta y de los diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros.

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

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

La dificultad de diseñar indicadores de resultados que queremos conseguir con nuestras intervenciones y como medirlos en nuestra actividad asistencial de enfermería en rehabilitación psiquiátrica.

Nos planteamos intentar investigar cómo medir resultados enfermeros en rehabilitación psiquiátrica.

Compatibilizar la actividad asistencial diaria con la realización del proyecto.

Al estar implicados distintos departamentos asistenciales en un mismo programa de rehabilitación nos resulta difícil medir solo la especificidad de la intervención de enfermería y establecer indicadores de resultados.

La necesidad de formar a más personas del equipo en el modelo EFQM para una mejor aplicación en el trabajo diario.

Conseguir que no se convierta en una burocratización del trabajo.

9. -PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>FORMACIÓN en el Modelo EFQM, en el ciclo PDCA.</i>	600 €
<i>Elaboración de base de datos para la recogida de indicadores....</i>	1.600 €
<i>Asistencia a jornadas, cursos y congresos</i>	300 €
TOTAL	2.500 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]



Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DESARROLLO DE UNA VIA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MAMARIAS SOSPECHOSAS PALPABLES Y NO PALPABLES EN EL AREA V SANITARIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Pedro J. RODRÍGUEZ ABAD

Nombre y apellidos

Médico adjunto

HOSPITAL PROVINCIAL

Profesión Ginecología Centro de trabajo

Correo electrónico: ginehpz@aragob.es ó pjrabad@able.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
---------------------------	------------------	--------------------------

Ernesto LOSADA MENES	Jefe Servicio Ginecología	Hospital Provincial
Manuel ARNAL MONREAL	Jefe Servicio Radiología	Hospital Provincial
Javier MATEOS BARRIONUEVO	Jefe Servicio Anatomía Patológica	Hospital Provincial
Concepción BLASCO GIMENO	Adjunta Ginecología	Hospital Provincial
Consuelo CASALLO MANTECON	Adjunta Ginecología	Hospital Provincial
Antonio ADIEGO SANCHO	Adjunto Ginecología	Hospital Provincial
Carlos LOZANO HORNA	Adjunto Ginecología	Hospital Provincial
Juan RAMON Y CAJAL AGÜERAS	Adjunto Ginecología	Hospital Provincial

Y Resto del equipo de Radiología de los Hospitales Provincial, Royo Villanova y Centro M.E. Grande Covián. Servicios de Anatomía Patológica de los Hospitales Provincial y Royo Villanova.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Es prioritario un rápido diagnóstico y tratamiento de todas las lesiones mamarias sobre las que hay sospecha de asentar en ellas un cáncer de mama.
- La rapidez en la conducción de la patología mamaria redundará en un beneficio claro, tanto desde el punto de vista clínico, como de satisfacción para la paciente
- La detección del problema se realiza mediante los programas de clivaje clínicos y mamográficos.
- Se utilizarán procedimientos rápidos y sistemáticos de derivación de las pacientes.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Implantación progresiva de una VIA CLINICA rápida en la que los casos susceptibles puedan ser vehiculizados de forma protocolizada.
- Homogeneización y estandarización de todos los casos mediante un seguimiento multidisciplinar. Coordinación mediante la UNIDAD DE MAMA actualmente en funcionamiento en el Hospital Provincial.
- Mejora en la calidad de la asistencia. Mayor rapidez en la resolución de los casos y sistematicidad de los procedimientos.
- Mejora a los facultativos a la hora de abordar cada caso.

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

- En el Area V el diagnóstico del cáncer de mama se realiza fundamentalmente en los programas de "screening" desarrollados en las consultas de ginecología y en el programa de Prevención del Cáncer de mama de la D.G.A. Los casos son conducidos por el facultativo encargado del caso para discutirlo en el "Comité de mama" multidisciplinar. Se requiere una mejor coordinación y sistematización de los procedimientos entre todos los profesionales que intervienen: Servicios de Ginecología, Radiología y Anatomía Patológica del Hospital Provincial, Servicios de Radiología y Anatomía Patológica de H. Royo Villanova, Radiología del Centro M.E. Grande Covián y Oncología Médica de referencia en H. M. Servet.
- El hecho de intervenir tantos profesionales dificulta la actuación por duplicidad de actuaciones, diversificación de criterios, adelantamiento de los procedimientos...

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Coordinación de todos los eslabones que intervienen en el proceso:

- Diagnóstico Clínico
- Diagnóstico Radiológico
- Diagnóstico Anatomopatológico
- Indicación de la actuación quirúrgica médica
- Derivación oncológica

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se pretende poner en marcha el proyecto a lo largo de 2004

Se utilizarán variables a controlar: número de casos, tiempo de demora entre diagnóstico clínico, radiológico, anatomopatológico, tratamiento quirúrgico y derivación a oncología médica

Encuestas de satisfacción.

No podrá monitorizarse el programa en relación a resultados hasta principios de 2005, pensando en iniciarlo al final del verano de 2004

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: **Fin del verano 2004** Fecha de finalización: **Final del 2005**

Calendario:

Si el proyecto se desarrolla con la satisfacción de todos los profesionales que intervienen en el proceso, anualmente se analizarán las oportunidades de mejora y se ajustarán los cambios necesarios. Se analizarán los resultados para comparar con años posteriores. Implantación definitiva.



Departamento de Salud y Consumo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Material de imprenta, impresos, fotocopias, archivos, ficheros	1.800€
TOTAL	1.800€ Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>Implantación de protocolos de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la U.C.I. del Hospital Nuestra Señora de Gracia.</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos M^a Concepción VALDOVINOS MAHAVE</p> <p>Profesión Médico Centro de trabajo Hospital Nuestra Señora de Gracia.</p> <p>Correo electrónico: mmartinezlo@aragob.es</p>

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Luisa Martínez López	Supervisora	H. Ntra. Sra. de Gracia
Jose Ignacio Corchero Martín	Médico	H. Ntra. Sra. de Gracia
Francisco Ruiz Valero	Médico	H. Ntra. Sra. de Gracia
M ^a Paz Gracia Lobera	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Elena Pamplona Calejero	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Sonia Iriarte Ramos	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Ana Pilar Sánchez Vallespin	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

♦ IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

- El índice de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad más representativo de los cuidados que presta enfermería.
- Las UPP son un problema de alta incidencia y prevalencia en las UCI acusado por el incremento de la media de edad de los pacientes que ingresan.
- Las UPP son potencialmente evitables aumentando la calidad de los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes.
- Las UPP son un grave problema debido a:
 - * Las importantes repercusiones que generan en la calidad de vida de los pacientes.
 - * El aumento de la posibilidad de las complicaciones en la evolución (dolor, infección local, sepsis, aumento de la mortalidad).
- Aumento de las estancias hospitalarias.
- Aumento del gasto hospitalario.
- Aumento de la carga de trabajo de enfermería.

♦ MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS

- La técnica de grupo usada para **identificar las oportunidades** de mejora ha sido Brainstorming:
 - * Implantación de protocolo de UPP.
 - * Prevención de infecciones asociadas a catéter venoso central.
 - * Grado de satisfacción de los familiares de los pacientes.
 - * Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

- **Método de priorización** empleado:

Parrilla de análisis:

	UPP	CATÉTER CENTRAL	SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS	FORMACIÓN ESPECIFICA DEL PERSONAL
Fácil medición.	3	2	3	3
Usuarios afectados.	3	2	3	3
Riesgo para el paciente.	3	3	0	3
Coste del programa de mejora.	3	3	3	0
Necesidad de influencia externa para la solución del problema.	3	3	3	0
Profesionales implicados en el problema.	3	2	3	3
TOTAL	18	15	15	12

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la unidad.
- Valoración sistemática de una manera efectiva y fiable del riesgo que presentan los pacientes que ingresan en la UCI de desarrollar una UPP.
- Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP.
- Estandarizar todas las medidas y actividades de enfermería en la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Identificar y describir correctamente los estadios de las UPP.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las UPP.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas y de tratamiento de las UPP.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

<u>6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</u>					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto					
Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	X				
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	X				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	X				
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	X				

<u>7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA</u>
Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información
<p>♦ SITUACIÓN DE PARTIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de uniformidad en las medidas de prevención y tratamiento de las UPP.
<p>♦ CAUSAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de protocolos de actuación: - Falta de identificación de los pacientes de riesgo. - Ausencia de registros de UPP. - Rotación excesiva de personal.
<p>♦ FUENTES DE INFORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historias clínicas. - Revisión de las publicaciones relacionadas con el tema.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

♦ **MEDIDAS PREVISTAS**

- Identificar los pacientes con factores de riesgo de desarrollar UPP a su ingreso, con evaluaciones periódicas.
- Aplicar medidas para intentar reducir o eliminar los factores de riesgo de desarrollar UPP.
- Sistematizar y registrar todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención.
- Hoja de registro y descripción correcta de los estadios de las UPP en los pacientes que ingresan con ellas o las desarrollan a su ingreso.
- Protocolizar y registrar el tratamiento de las UPP.

♦ **RESPONSABLES**

- Equipo médico.
- Equipo de enfermería.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

♦ **INDICADORES**

$$\frac{\text{(De proceso) N}^\circ \text{ de pacientes que desarrollan UPP}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes de riesgo de desarrollar UPP que ingresan en la U.C.I.}} \times 100$$

La clasificación de paciente de riesgo se hará según la escala de Norton modificada por el Insalud (ENM). Quedando excluidos los pacientes con riesgo

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

<p>mínimo/ no riesgo, puntuación en la ENM > 14.</p> <p><i>Fuente de datos:</i> Hoja de registro de úlceras.</p> <p><i>Estándar:</i> Próximo al 0 %.</p> <p><u>(De proceso)</u> N° de pacientes que desarrollan UPP ----- X 100 N° total de pacientes de NO riesgo de desarrollar UPP que ingresan en la U.C.I.</p> <p>Este indicador se basa en un suceso centinela.</p> <p><i>Estandar:</i> 0%</p> <p><i>Fuente de datos:</i> Hoja de registro de úlceras.</p> <p><u>(De resultado)</u> N° de pacientes que curan la UPP ----- X 100 N° total de pacientes que desarrollan UPP</p> <p><i>Estandar:</i> 90%</p> <p><i>Fuente de datos:</i> Hoja de registro de úlceras.</p>

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: 2 Febrero 2004.	Fecha de finalización: 1 Febrero 2005.
<p>Calendario:</p> <p>Se realizará una primera reunión a los 15 días de la implantación de los protocolos para detectar posibles dificultades. Y posteriormente se realizaran reuniones trimestrales para control, seguimiento y evaluación.</p>	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PLAN DE COMUNICACIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Isabel Castillo Zaforas

Profesión: Administrativa

Centro de trabajo: Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza

Correo electrónico: mcastilloz@aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	--

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La comunicación ha adquirido en la actualidad un papel fundamental en el entorno de las organizaciones modernas como herramienta clave para el logro de los mejores resultados.

La mejora en la comunicación incidirá positivamente en los objetivos del centro.

Se establecerá un Plan Estratégico de Mejora de Comunicación para la implantación del Plan de Comunicación Integral del Centro.

Se trabajará en tres aspectos fundamentales:

1. Estableciendo una misión que confiera sentido a nuestro plan estratégico
2. Fijando unos objetivos concretos
3. Marcando las líneas estratégicas o actitudes básicas que nos ayuden a conseguir los objetivos marcados.

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

El desarrollo de políticas de calidad dentro de las empresas (y dentro de ellas en los hospitales), implica proyectos de mejora en diferentes ámbitos de su organización y gestión.

La comunicación en las organizaciones no es un elemento aleatorio, sino gestionable y planificable que si se gestiona correctamente produce resultados beneficiosos para la empresa. La comunicación no resuelve, al menos a corto plazo, los problemas de calidad, pero añade un valor diferencial en la obtención de los objetivos previstos, sobre todo teniendo en cuenta que hoy en día, cada vez más, la clave del éxito se basa en la implicación de las personas que trabajan en la organización.

La participación del personal y el trabajo en equipo mejora la satisfacción de los trabajadores, incrementando su motivación y compromiso.

Ello solo es posible a través de una buena comunicación corporativa.

La observación de las formas de comunicación, tanto internas como externas, que se llevan a cabo en el Hospital Nuestra Señora de Gracia y su análisis, nos permitirán valorar las carencias o fallos que se producen con el fin de subsanarlos.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

Se realizará el siguiente esquema del plan:

1. Realización de la fase de diagnóstico:
 - ✓ Recogida de datos y descripción de la situación
 - ✓ Detección de los problemas y barreras de la comunicación
 - ✓ Descripción crítica de los sistemas de comunicación existentes, tanto internos como externos
 - ✓ Descripción de los sujetos implicados en dichos procesos de comunicación
2. Establecimiento de objetivos de mejora
3. Acciones que deben llevarse a cabo para la mejora de la información y la comunicación. Dichas acciones son inicialmente orientativas y susceptibles de posterior ampliación y mejora.
4. Fase de seguimiento, mediante la realización del seguimiento y evaluación de las diferentes acciones puestas en marcha.

Algunos de los productos comunicativos seleccionados son:

- Elaboración de un boletín informativo del centro
- Encuesta de satisfacción de usuarios
- Manual de acogida de personal nuevo.
- Intranet del Hospital Nuestra Señora de Gracia

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

El control de los resultados se realizará mediante tres tipos de indicadores de control básicos:

1. Indicadores de control de gestión, dentro de los parámetros de calidad, tiempo y costes establecidos
2. Indicadores cuantitativos, marcadores de uso del producto comunicativo diseñado
3. Indicadores cualitativos: mediante valoración del público objetivo una vez implantado el nuevo producto comunicativo.

Estos indicadores nos permitirán el establecimiento de una valoración global sobre el éxito del Plan de Comunicación Integral.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: febrero de 2004

Fecha de finalización: diciembre de 2004

Calendario:

Las diferentes acciones de que consta el Plan de Comunicación tendrán su propio calendario de realización.

Las fechas previstas son:

1. Elaboración de un boletín informativo del Centro: elaboración (de marzo a junio de 2003), posterior publicación semestral, pudiendo aumentar la frecuencia a trimestral.
2. Encuesta de satisfacción de usuarios: elaboración (de marzo a junio de 2003), posterior realización continua, con análisis de datos de periodicidad a elegir.
3. Manual de acogida de personal nuevo: elaboración (de febrero a marzo de 2003), actualización permanente del mismo durante todo el año.
4. Intranet: elaboración (junio a diciembre de 2003)

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Los recursos materiales y humanos son los del propio centro, por lo que no requieren coste adicional alguno.	
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza, 16 de enero de 2003

Fdo.: M^a Isabel Castillo Zaforas

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Protocolización de actuaciones en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento e ingreso de los problemas urgentes de salud más frecuentes atendidos en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza. Se adjunta índice del proyecto y la guía editorial para su confección.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La protocolización, constituye una herramienta eficaz de trabajo, especialmente cuando la atención es multidisciplinar, disminuyendo los tiempos de atención, el porcentaje y disminución de ingresos hospitalarios, la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y aumentando la satisfacción del usuario que percibe una continuidad y organización de la atención que no esta presente cuando dichas actividades no se encuentran protocolizadas.

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Aunque existen gran numero de guías y protocolos de actuación Urgente, la mayor parte de ellas, al proceder de Centros con características y recursos dispares, se adaptan mal a nuestro medio concreto, el Hospital G. Royo Villanova de Zaragoza. Por ello se plantea la confección de una guía propia, efectuada por los facultativos del Centro, que aúne los criterios de los mismos y se adapte a los recursos y formas específicas de funcionamiento de nuestro Centro.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Febrero de 2004

Fecha de finalización: 31 de Mayo de 2004

Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejorar la información que reciben nuestros pacientes al alta hospitalaria en materia de alimentación-nutrición.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Inmaculada Bolinaga Moral

Profesión Dietista Centro de trabajo Hospital Royo Villanova

Correo electrónico: ibolinaga@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Angel Pueyo	Supervisor Departamento de Calidad	Hospital Royo Villanova
Implicará puntualmente a Medicina Interna ...		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La importancia de la dieta como parte del tratamiento integral del paciente en determinadas patologías de amplia prevalencia en la población.

Ej. Obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares ...

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar los conocimientos en materia de alimentación de nuestros pacientes y/o sus familiares
- Realización y/o recopilación de dietas adaptadas a cada patología
- Seguimiento de la dieta por parte del paciente
- Prevenir complicaciones derivadas de la patología y posibles agravamientos
- Concienciar de la importancia de la modificación de hábitos de alimentación de nuestros pacientes y/o sus familiares
- Mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes
- Mejorar la calidad asistencial que se ofrece actualmente (al incorporar un nuevo servicio al ya existente)

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Situación de partida:

- **No existe una “cultura” a nivel hospitalario de la importancia que supone estar bien nutrido en la recuperación del paciente ...**
- **No ha existido o no existe personal sanitario especializado en nutrición y dietética**

Posibles causas:

- **Falta de personal especializado en nutrición y dietética**
- **Poca importancia que se le da habitualmente**

Fuentes de información:**Según estudios:**

- **Los expertos en nutrición apenas atienden al 10% de los pacientes que requerirían su asistencia.**
- **Entre en 30-55% de los pacientes hospitalizados presentan desnutrición**
- **Obesidad en España está presente en el 13% de la población (y casi el 50% tienen sobrepeso.)**
- **La diabetes aumentará en un 20% en Europa en el 2025**
- **La diabetes tipo 2 está muy ligada a la obesidad**
- **El coste de las complicaciones dobla al control de la glucemia**

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Elaboración de Protocolo de Funcionamiento (ATS Y DIETISTA + CONSENSUAR CON LA DIRECCION DEL HOSPITAL)**
- **Elaboración y/o recopilación de documentación y/o dietas al alta hospitalaria (DIETISTA)**
- **Elaboración y realización de talleres sobre conceptos básicos de nutrición y especificaciones en función del grupo de pacientes a asistir (diabéticos, hipertensos, sobrepeso ...) (DIETISTA)**

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación se llevará a cabo básicamente a través de encuestas al paciente.

En función de la patología tratada, se podrán evaluar parámetros bioquímicos. Por ejemplo:

- **Sobrepeso: IMC y Peso... Mensualmente en Consultas Externas**
- **Enf. Cardiovasculares: Niveles de TG en sangre, Tasa de colesterol total, HDL_ colesterol, LDL-colesterol Cada 3 meses en Consultas externas**
- **Diabetes: Glucemias**

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: **Junio 2004**

Fecha de finalización: **Diciembre 2004**

Calendario:

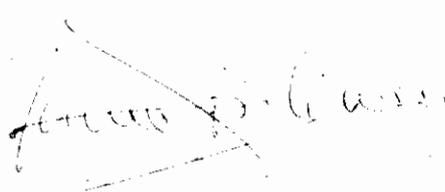
- **Elaboración de Protocolo..... 6 meses**
- **Elaboración de Información Al Paciente.....6 meses**
- **Talleres3-4 al año**
- **Puesta en marchaA partir de Junio**

NOTA: Durante el primer año se comenzará con una patología o grupo de patologías asociadas. EJ. Sobrepeso, enfermedades cardiovasculares ...

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Re llenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Asistencia a congresos, cursos ...	1000 e
Material de Oficina	
Material para Talleres	600 e
Libros, suscripción a revistas	300 e
TOTAL	1900 euros Relienar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

11/01/04


4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Una adecuada asistencia neurológica conlleva no sólo el aspecto propiamente médico sino también debe incluir una adecuada, sencilla y veraz información a familiares y pacientes sobre el proceso del paciente de modo que en todo momento sepa cuales son las características del proceso del cual se le ha diagnosticado.

Hemos detectado que en ocasiones la información que damos al paciente no cumple el objetivo para el cual se la damos que es proporcionarle una explicación sencilla, completa y asequible de las características de su enfermedad. Esto se debe a la brevedad del tiempo disponible en consultas, a la falta de comprensión del paciente y que no solicita aclaración y sobre todo a la situación de paciente y familiares en consulta que creen comprender el proceso pero tan pronto llegan a casa descubren un mar de dudas en las cuales no habían pensado o lo que es peor, que todo lo que aparentemente habían comprendido con nuestras explicaciones ya no lo recuerdan o no lo comprenden tan bien. Esta falta de información genera ansiedad y repercute en la atención al paciente tanto por parte de familiares como de los médicos generando aumento de demanda de consulta en Atención Primaria y Especializada. Por otro lado, las asociaciones de familiares de determinadas enfermedades consideran que no existen a nivel hospitalario unas guías básicas donde se incluya la información dirigida a ellos.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Facilitar el conocimiento y comprensión de las principales entidades neurológicas por parte de pacientes y familiares.
- Recibir información por parte del paciente, que tras conocer las características de su enfermedad, nos pueda expresar de forma más concreta y precisa determinados síntomas en los que con anterioridad no hubiese reparado o distinguir precozmente síntomas o signos que puedan requerir una valoración preferente o urgente.
- Intentar acercarnos al otro lado de la enfermedad, el más personal y humano así como al problema sociofamiliar.
- Proporcionar a familiares y pacientes unos conocimientos mínimos necesarios para un mejor cumplimiento terapéutico y asistencial en el contexto familiar.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)
---------	---

- Facilitar la formación del cuidador.
- Garantizar el derecho del paciente y de su familia a una información eficaz y adecuada sobre la enfermedad.

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Algunas de las consultas realizadas a nuestros pacientes son simplemente para aclarar características de la enfermedad. También hemos detectado errores en el seguimiento facilitar (supresión medicación, incumplimientos normas prevención, etc.) que aunque se les había informado previamente en consulta no lo recordaban o simplemente no lo entendieron. Al darle una explicación sencilla, completa y asequible de las características de su enfermedad queremos evitar o al menos reducir estos problemas.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaborar unas guías completas dirigidas a los familiares y pacientes donde en cada una de ellas se aborde desde esa perspectiva pero de forma detallada cada una de las principales patologías neurológicas que vemos a diario. En ellas daremos una descripción del proceso (definición, etiología, diagnóstico, medidas de prevención, tratamientos, seguimientos, síntomas a observar, etc.). Se acompañará de diagramas explicativos, dibujos o fotos de problemas y direcciones de Asociaciones de Familiares o Internet donde puedan

ampliar la información. Los temas que hemos seleccionado son:

- La migraña.
- La enfermedad cerebrovascular.
- La demencia
- El insomnio.
- El síndrome epiléptico.
- El síndrome parkinsoniano.
- El síndrome vertiginoso.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

En cada una de las patologías que hemos seleccionado pasaremos una encuesta a los familiares y pacientes para que nos informen de lo que ellos precisan o necesitan que esté incluido en los folletos. Inicialmente hemos preparado 7 patologías que por su mayor incidencia deben ser las primeras en analizar. Elaboraremos unas guías provisionales con posterior crítica de familiares y Asociaciones para una de vez recogida esta información y valoración de las mismas elaborar las definitivas. Pretendemos contar con apoyo de familiares, pacientes y Asociaciones para que la información les sea más valiosa y sobre todo práctica.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo-abril-04

Fecha de finalización: Noviembre-04

Calendario:

- Marzo-mayo: elaboración guías y recogida encuestas.
- Junio-septiembre: revisión crítica.
- Octubre-Noviembre: elaboración guías definitivas.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Detección precoz, control, prevención y tratamiento de la desnutrición en el Hospital Royo Villanova

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Inmaculada Bolinaga Moral

Profesión Dietista Centro de trabajo Hospital Royo Villanova

Correo electrónico: ibolinaga@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA IMPLICARA A:

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Angel Pueyo	Supervisor Dpto. Calidad	Hospital Royo Villanova (H.R.V.)
Dpto. de Preventiva		H.R.V.
Medicina Interna		H.R.V.
Dpto. de Informática		H.R.V.
Endocrino		H.R.V. o centro de especialidades
Enfermería		H.R.V.
Comisión de Dietética		H.R.V.
Farmacia		H.R.V.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La desnutrición hospitalaria es un hecho, tal y como lo demuestran distintos estudios, lo que supone un aumento de: la morbi-mortalidad, estancia media, reingresos y del gasto asistencial

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Establecer un sistema de prevención, detección y control de la desnutrición hospitalaria:**
 - Detectar los pacientes ingresados desnutridos o en riesgo de desnutrición a través de unos análisis básicos**
 - Conocer el grado de desnutrición de los pacientes y su evolución**
 - Posibilitar la intervención precoz, mediante el soporte nutricional idóneo**
 - Comunicar a los servicios responsables del paciente la existencia de desnutrición**
 - Aplicar precozmente el protocolo de nutrición**
- **Reducir la prevalencia e incidencia de la D.H. y sus consecuencias**
- **Centralizar el control de la D.H. en el departamento de Dietética y Nutrición**
- **Analizar las repercusiones de la desnutrición sobre aspectos como la morbilidad, estancia media, mortalidad, reingresos, gasto añadido ...**
- **Análisis periódico de los resultados**

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

▪ Situación de Partida

- **Desconocimiento de datos referentes a la DH en el hospital**
- **La existencia de casos de desnutrición que pasan desapercibidos**
- ...

▪ Causas

- **La enfermedad en sí**
- **Procedimientos terapéuticos: cirugía, quimioterapia ...**
- **Falta de preparación y concienciación por parte del personal de la importancia de la alimentación y nutrición de paciente como parte de su tratamiento**

▪ Fuentes de Información

Según estudios:

- **La prevalencia de la desnutrición entre los pacientes ingresados en los hospitales españoles oscila entre el 30 y el 55 %**
- **Está demostrado que su incidencia aumenta durante el ingreso**

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Implementar un sistema informático para la detección de D.H.**
- **Elaboración de protocolos de intervención nutricional**
- **Formación específica del personal**
- **Análisis periódicos de los datos: estadística y epidemiología**

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Parametros bioquímicos**
- **Estadística**
- **Estudios epidemiológicos**
- ...

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **Septiembre 2004**

Fecha de finalización: **No hay**

Calendario:

1ª Fase: Recopilación de datos útiles disponibles en las BBDD existentes en el hospital → listados (a partir de septiembre 2004)

Implementar el sistema informático

2ª Fase: Documentación: establecer protocolos de actuación para los distintos grados de desnutrición, ... (6 meses)

Formación específica

3ª Fase: Intervención: (6 meses)

4ª Fase: Control epidemiológico y reevaluación

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Suscripción a SENPE (sociedad española de nutrición enteral y parenteral)	50 e
Suscripción a SENBA (sociedad española de nutrición básica aplicada)	60 e
Asistencia a congresos	600 e
Visita a la unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario de la Princesa - Madrid	600 e
Programa Informático	<ul style="list-style-type: none"> — Financiación Pública — Sociedades científicas — Industrias relacionadas — ¿?
	<p>TOTAL</p> <p>1310 euros (mínimo)</p> <p>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo</p>

Fecha y firma:

10/1/04

[Firma manuscrita]