

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 1_2006

029_2006 “Mejora de la atención psiquiátrica en un Centro Penitenciario” del C. Penitenciario de Zaragoza	Pág. 2 a 8
030_2006 “Encuesta de salud de un centro sanitario en prisión” del C. Penitenciario de Zuera	Pág. 9 a 13
073_2006 “Información a la comunidad. guía de usuario” del CS Actur Sur	Pág. 14 a 17
117_2006 “Mejora de la calidad de la atención de los problemas de salud relacionados con el uso de piscinas” del CS de Luna	Pág. 18 a 21
054_2006 “ 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 Media Estancia Profesor Rey Ardid” de la Residencia Rey Ardid	Pág. 22 a 27
021_2006 “ Implantación de un nuevo "registro de enfermería" en urgencias: aplicación de la valoración de necesidades y diagnósticos de enfermería” del H. Ntra Sra de Gracia	Pág. 28 a 31
036_2006 “Nuevos tratamientos de las úlceras por presión (UPP), revisión de resultados tras su inclusión en el protocolo de prevención y tratamiento de las UPP en la U.C.I. del Hospital Nuestra Señora de Gracia”	Pág. 32 a 39
057_2006 “Consultas ginecológicas de Atención Especializada hospitalarias y extrahospitalarias” del H. Ntra Sra de Gracia	Pág. 40 a 43
060_2006 “Confección de guía de procedimientos en el Servicio de Anatomía Patológica” del H. Ntra. Sra de Gracia	Pág. 44 a 47
064_2006 “Detección de las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en relación al entorno asistencial e información recibida”	Pág. 48 a 53
101_2006 “ Detección de pacientes con riesgo de broncoaspiración y disminución de incidencia de broncoaspiraciones en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del H. Nª Sª de Gracia de Zaragoza	Pág. 54 a 59
103_2006 “Mejora del control farmacoterapéutico de los pacientes de la Unidad de Salud Mental del H. Nª Sª de Gracia en tratamiento con sales de litio” del H. Nª Sª de Gracia	Pág. 60 a 63
127_2006 “Revisión y optimización de guía clínica de prevención , diagnóstico y tratamiento de la infección nosocomial por catéter intravascular en la U.C.I. del H. Ntra. Sra. de Gracia”	Pág. 64 a 72
026_2006 “ Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental. Sector de zaragoza I” H. Royo Villanova	Pág. 73 a 76
027_2006 “Estudio estadístico para determinar la efectividad de la educación sanitaria de enfermería a los pacientes con cardiopatías” del H. Royo Villanova	Pág. 77 a 80
028_2006 “Valoración de la calidad de vida de los supervivientes a un ACV y su repercusión sobre el cuidador principal y consumo de recursos” del H. Royo Villanova	Pág. 81 a 84
046_2006 “Mejora en la calidad de la realización de las interconsultas psiquiátricas en el Hospital Royo Villanova acorde al desarrollo y a los cambios que se están realizando en el mismo”	Pág. 85 a 89
061_2006 “Elaboración de un documento, orientado a la familia y al paciente, para realizar los pacientes con accidentes cerebrovasculares (ACV) la fisioterapia de forma ambulatoria” del H. R. Villanova	Pág. 90 a 94
161_2006 “Implantación de la solicitud de analítica en formato informático en el Hospital Royo Villanova”	Pág. 95 a 98
162_2006 “ Implantación de la norma UNE-EN ISO 15189:2003 como herramienta para mejorar la gestión de la calidad de la fase preanalítica en el laboratorio de bioquímica del H. R. Villanova”	Pág. 99 a 104
164_2006 “ Mejora de la gestión de la calidad en la fase postanalítica, en el laboratorio del H. R. Villanova, mediante la adecuación a la norma UNE-EN ISO 15189:2003”	Pág. 105 a 109
165_2006 “ Implementación en el Sector Zaragoza I del programa de prevención del cáncer colorrectal en Aragón y desarrollo de la Guía de práctica clínica "Prevención del cáncer colorrectal" del H. R. Villanova	Pág. 110 a 115
166_2006 “ Diseño e implantación de la contabilidad de costes en el laboratorio de bioquímica del Hospital Royo Villanova”	Pág. 116 a 119
167_2006 “ Elaboración de los protocolos de la Central de Esterilización” del H. R. Villanova	Pág. 120 a 123

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos [Jose Manuel Arroyo Cobo](#)

Profesión

[Médico](#)

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

[Centro Penitenciario de Zaragoza](#)

Correo electrónico:

josemarroyo@telefonica.net

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

[976698400 ext 513](#)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alberto Esteban Vicente	medico	CP Zuera
Elena Garces	enfermera	CP Zuera
Ana Duato	enfermera	CP Zuera
Eduardo Ortega Martinez	Psiquiatra	H Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Los objetivos generales desde el principio del proyecto, EN 2000 se mantienen:

- 1- Analizar los problemas observados en la atención de la salud mental en el Equipo de Atención Primaria del Centro Penitenciario de Zaragoza, los procesos que se realizan y los aspectos susceptibles de mejora.
- 2- La elaboración de protocolos consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario, el de Atención Especializada y cuantas otras Instituciones intervengan en el cuidado de la salud mental de los reclusos, priorizando el manejo de las patologías más frecuentes, más graves o más problemáticas.
- 3- Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales.
- 4-La formación en los temas propios de psiquiatría relacionados con la salud mental en las prisiones dirigida a médicos/as y enfermeros/as.
- 5- Elaborar indicadores de los niveles críticos de calidad de estos procesos que permitan su evaluación.

Cada año ha habido avances en determinadas líneas dentro de estos objetivos:

2001- Los trabajos del proyecto se centraron en los criterios de derivación a la consulta especializada y hospitalaria.

2002- A partir de un primer estudio de prevalencias de trastornos de salud mental en el centro, la actuación se focaliza en los problemas de patología dual, en concreto los relacionados con Trastornos de Personalidad.

2003- Estudiamos la relación evidenciada entre la presencia de Trastornos de Personalidad deficientemente tratados y el deterioro del clima social de la prisión.

2004- Se propone y se ensaya un modelo de equipo de atención psiquiátrica ambulatoria, basada en la figura del especialista consultor junto a un equipo específico encargado de los casos de trastornos mentales pero integrado dentro del propio equipo sanitario de atención primaria de la prisión.

2005- Se diseña un modelo de asistencia psiquiátrica para los enfermos agudos y crónicos más graves, los ingresados en el Módulo de la Enfermería del Centro

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- 1- Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar en el centro interesado en el análisis y tratamiento de los problemas de salud mental
- 2- Disponibilidad de datos epidemiológicos referidos a trastornos mentales más prevalentes
- 3- Desarrollo de un modelo de asistencia especializada ambulatoria y evaluación de resultados de la aplicación del modelo

Durante el pasado año 2005 el proyecto ha puesto en marcha actividades terapéuticas centradas en el efecto de la psicoterapia: El total de internos atendidos por módulos y programas son 47 personas:

Programa Salud Mental: Valoraciones 21

Tratamientos psicoterapéuticos:	18.
Programa Disminuidos Psíquicos: Valoraciones	3.
Drogadictos: Valoraciones para propuesta de estudio	10.
Propuestas continuar seguimiento individual	2.
Seguimientos individuales	11

A todos los internos atendidos se le preguntó sobre cómo se habían encontrado y cual era su valoración respecto al trabajo realizado.

Todos, aunque tendríamos que matizar caso por caso, valoraron que habían sido atendidos, marcaron las dificultades con las que se habían encontrado y señalaron que lo que les había permitido hablar de sus cosas personales, que en muchos casos jamás habían dicho, era la relación de confianza que habían establecido. También señalaban que haber hablado y haberse sentido escuchados les había ido bien, salían más tranquilos y se encontraban mejor.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La introducción de la psicoterapia entre las posibilidades terapéuticas que se han ofrecido dentro del modelo de asistencia, ha dado lugar a las siguientes conclusiones:

1- La valoración subjetiva general de los internos ha sido positiva. Han considerado que podían abordar y hablar de cuestiones privadas e íntimas, así como manifestarse de forma diferente. Valoraban positivamente poder hablar y sentirse escuchados, manifestaban que esto les tranquilizaba.

2- El periodo de intervención ha sido muy limitado, estando indicado la continuidad del tratamiento.

3- Existe demanda de ser atendidos, desde un servicio enmarcado en el ámbito de la salud mental, por parte de los internos. Sería recomendable establecer un Programa de Atención a la Salud Mental al que los internos pudieran acceder por medio de sus demandas particulares. Señalar que en esta experiencia se atendía a los internos derivados por otros profesionales.

4- Desde el Servicio Médico se valora la necesidad de establecer un Programa de Atención a la Salud Mental, en el que la terapia psicofarmacológica se vea complementada y apoyada por la atención psicoterapéutica y los cuidados psiquiátricos enfermeros. Es importante establecer Sesiones Clínicas, grupos de trabajo y formación para mejorar la calidad de la Atención en Salud Mental.

5- Desde la perspectiva diagnóstica, las patologías que predominan son las patologías del pasaje al acto, que pueden quedar enmarcadas en los trastornos límite de la personalidad. Entre las psicosis, predomina la esquizofrenia paranoide.

6-El trabajo realizado ha puesto en evidencia la necesidad de implantar un Programa de Atención a la Salud Mental multidisciplinar en el centro penitenciario.

7- Señalar que existe demanda, tanto desde la Institución Penitenciaria, por medio de sus profesionales, como por parte de los internos.

Lo que durante este año se pretende conseguir es:

1-Continuar con la elaboración de protocolos de derivación consensuados entre el Servicio de Atención Primaria del Centro Penitenciario y el de Atención Especializada Consolidación formal del modelo del consultor

Consenso de Criterios de Derivación al Equipo de Salud Mental de Atención Primaria Penitenciaria

- Derivación Interna

Coordinación entre el EAP del Centro y el Servicio de Atención Especializada (Protocolos de derivación)

- Derivación Externa

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.

3- Evaluar el modelo de intervención del equipo de mejora a la asistencia en salud mental en enfermos ingresados en el Módulo de la Enfermería del centro

4- Poner en marcha un modelo asistencial en ese módulo que incluya cuidados de enfermería psiquiátrica.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

A lo largo de estos años, sobre la base del ciclo de mejora de Deming, hemos utilizado metodología propia de la epidemiología clásica para plantear estudios de prevalencias, metodología cualitativa para explorar la efectividad de los modelos de asistencia ensayados basándonos en la opinión de los miembros del equipo y metodología y actividades propias de la clínica para desarrollar mejoras en la terapia.

Durante el pasado año 2005 hemos ensayado el modelo de asistencia psiquiátrica ambulatoria con introducción dentro del arsenal terapéutico, de un programa combinado de psicoterapia + farmacoterapia, centrado en los enfermos más graves, tanto crónicos como agudos, que se encontraban ingresados en el Módulo de Enfermería del centro.

El empleo de psicoterapia, se realizó por parte de una psicóloga clínica que se incluyó en el equipo asistencial del centro formado por el psiquiatra consultor y el médico responsable del interno, y un psicólogo clínico adscrito al equipo, con el que se coordinó.

Los criterios de derivación para psicoterapia fueron los siguientes

- Internos con diagnóstico psiquiátrico: Trastorno mental crónico, trastorno de personalidad, patología dual, psicosis (paranoia, esquizofrenia), depresión...
- Internos en un momento de desestabilización psicopatológica, con ingresos psiquiátricos anteriores.
- Internos que solicitan ayuda y hablan habitualmente de su historia, cuya labilidad emocional queda constatada en la necesidad de dirigir instancias que dan cuenta de su problemática psíquica. Son demandas excesivas dirigidas a otros.
- Internos en los que se detectan signos de sufrimiento y malestar psíquico (verbal, conductual o físico), que incluso se refugian porque la relación con los otros la viven como amenazante.
- Demanda excesiva de psicofarmacos sin estabilización.
- Internos primarios en los que se observa desestabilización emocional, confusión o están en situación de riesgo (ser agredidos, agredir o autoagredirse).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores:

- 1- Cambio en los datos epidemiológicos referidos a trastornos mentales más prevalentes (evolución en el tiempo)
- 2- Opinión de los usuarios del programa (encuesta sobre resultados)

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

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 2006	Fecha de finalización: diciembre 2006
Calendario: Enero – marzo: Diseño del programa de cuidados de enfermería psiquiátrica en el Módulo de Enfermería de la prisión de Zuera Abril-junio: puesta en marcha del programa Julio. Evaluación Agosto – diciembre: discusión del proceso y conclusiones	

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material de oficina</u> <u>CARTUCHOS DE IMPRESORA</u>	<u>50</u>
<u>LIBROS – Suscripción revistas técnicas</u>	<u>250</u>
TOTAL	300 €

Fecha y firma:

José Manuel Arroyo Cobo

13 de Enero de 2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Encuesta de salud de un centro sanitario en prisión

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Manuel Arroyo Cobo

Profesión

Medico

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

Centro Penitenciario de Zuera

Correo electrónico:

josemarroyo@telefonica.net

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976698400 ext 513

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alberto Esteban Vicente	medico	CP Zuera
Elena Garces	enfermera	CP Zuera
Ana Duato	enfermera	CP Zuera

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El Servicio Sanitario de la Prisión tiene la función de la prestación de la atención primaria a las personas ingresadas en prisión, así como la coordinación con los recursos extrapenitenciarios encargados de la asistencia especializada y hospitalaria de esta población.

La organización de este tipo de sanidad no ha encontrado una respuesta homogénea y válida en todos los casos, para satisfacer las necesidades de asistencia que presentan los reclusos¹⁻³. En parte debido a las características específicas que la diferencian de la asistencia que se presta fuera de prisión y que entre otras son las siguientes:

- La falta de homogeneidad de demandas dentro de cada prisión, debido a que hay módulos o prisiones de mujeres y de hombres, recintos de jóvenes y adultos, individuos a la espera de juicio que acaban de ingresar en prisión o saldrán pronto en libertad provisional o internos que ya están cumpliendo condena desde hace años en el mismo centro y van a seguir en él por mucho tiempo más. También hay módulos o prisiones,

según el grado mayor o menor de peligrosidad e inadaptación de la conducta del interno, lo que muy frecuentemente va asociado a mayor frecuencia de trastornos del comportamiento o enfermedades mentales graves.

- Además de las consultas comunes del nivel primario correspondientes a los grupos de edad hay una mayor prevalencia de patologías asociadas a conductas delictivas, como son los trastornos de personalidad o el abuso de drogas, de enfermedades vinculadas a la exclusión social y la pobreza, ambas frecuentes entre los reclusos, como por ejemplo la tuberculosis o los problemas buco-dentales¹. También pueden aparecer trastornos como consecuencia misma del encarcelamiento, sobre todo relacionados con la salud mental.

- Otro elemento que determina el tipo de atención sanitaria en prisión es el propio entorno penitenciario. Toda la vida del recluso está organizada sobre la base de la seguridad, la convivencia disciplinada, el horario, etc. En definitiva la institucionalización puede influir de manera importante en la atención médica⁴ y por tanto la prestación sanitaria dentro de las prisiones está generalmente reglamentada y supeditada al buen orden y la seguridad del establecimiento, lo que sin duda influye en la forma de trabajo del personal sanitario.

No hay uniformidad en las legislaciones de los distintos países, sobre la manera de prestar estos servicios. En la Unión Europea, ninguna directiva trata de este tema, solamente el Consejo de Europa a través de una recomendación, sin vinculación jurídica alguna, establece una serie de normas en materia de asistencia a los reclusos. Con frecuencia los gobiernos recurren al sector privado para cubrir determinados tipos de asistencia donde la medicina pública se ve desbordada, especialmente en materia de atención a la salud mental y odontológica.

Este Servicio está ya incluido en otro proyecto de calidad centrado en la mejora de la asistencia a los problemas de salud mental de la prisión desde hace 4 años, con resultados esperanzadores.

¹ Arroyo JM. Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. Rev Esp Sanid Penit 2000; 3: 77-89

² Lindquist CH & Lindquist CA Health behind bars: utilization and evaluation of medical care among inmates. Journal of Community Health. 1999; 24: 285-305.

³ Marshall T, Simpson S, Stevens A. Toolkit for health care needs assessment in prisons. Department of Public Health & Epidemiology. University of Birmingham Febrero 2000.

⁴ Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial en Prisiones. Informe CAPRI sobre la calidad asistencial sanitaria en centros penitenciarios españoles. . Rev Esp Sanid Penit 2003;5:38-48

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los trabajos sobre mejora de calidad asistencial en materia de sanidad penitenciaria son muy escasos¹, es difícil encontrar descripciones amplias y precisas de las actividades que el equipo de AP realiza en un centro de salud de una prisión. Tampoco hay información de las necesidades de salud específicas percibidas por la población penitenciaria. El objetivo de este proyecto es medir el impacto de los problemas de salud de nuestro servicio sanitario en la organización de sus actividades, midiéndolas

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

mediante una encuesta de salud durante un tiempo establecido.

Se utilizará para esta encuesta un formulario específico que incluya:

- 1- La medida cuantitativa de la demanda asistencial (frecuentación y cargas de trabajo de los profesionales), en forma de número de visitas por consulta y día.
- 2- La medida cualitativa de la asistencia mediante la recogida del tipo de procesos atendidos diariamente según la clasificación WONCA
- 3- Perfil epidemiológico de la población atendida
- 4- Morbimortalidad de los procesos más prevalentes
- 5- Consumo de fármacos

El objetivo final del proyecto es aportar datos para una mejor planificación y programación de los servicios y actividades del servicio sanitario del centro.

¹ Arroyo JM . Astier P. Calidad asistencial en sanidad penitenciaria. Análisis para un modelos de evaluación Rev Esp Sanid Penit.2003;5:60-76

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se partirá de un formulario tipo, empleando un modelo utilizado en las prisiones de Inglaterra y Gales¹ que con las correspondientes adaptaciones servirá para ir recogiendo todos los datos antes señalados en un periodo de tiempo, de tres meses.

¹ Marshall T, Simpson S, Stevens A. Toolkit for health care needs assessment in prisons. Department of Public Health & Epidemiology. University of Birmingham Febrero 2000.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1- Número de cuestionarios válidos recogidos en relación con las consultas totales realizadas en el centro durante el periodo de tiempo del estudio (validez del estudio)
- 2- Se redactará un artículo de investigación describiendo el estudio y se enviará a una revista técnica para su consideración como apto para publicarse
- 3- Comparación con encuestas de otros centros de salud no penitenciarios

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 2006**

Fecha de finalización: **diciembre 2006**

Calendario:

Enero – febrero: diseño de la metodología del estudio

Marzo – mayo. Recogida de encuestas

Julio – diciembre. Redacción del artículo y envío a una revista técnica

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material de oficina</u> <u>CARTUCHOS DE IMPRESORA</u>	<u>50</u>
<u>MATERIAL INFORMATCO (cd-dvd)</u>	<u>80</u>
<u>LIBROS y suscripción a revistas técnicas</u>	<u>200</u>
TOTAL	330 €

Fecha y firma: 13 de Enero de 2006



JM Arroyo Cobo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD

GUÍA DE USUARIO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: CARMEN SISAMÓN MARCO

Profesión: MÉDICO DE FAMILIA-OFTALMOLOGO -Centro de trabajo: C.S. ACTUR SUR

Correo electrónico: carmensisamón.tiscali.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carlos Arruga Mombiela	Médico	C.S. Actur Sur
Ramón Campos Reig	Médico	C.S. Actur Sur
Carmen Fernández Sánchez	T.Social	C.S. Actur Sur
Miguel Angel Silvestre Orte	Aux.Adv	C.S. Actur Sur

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Tras detectar de forma reiterada, preguntas informales con respecto a como utilizar los recursos del Centro de Salud, se plantea, por parte del equipo de calidad, la recogida de dichas preguntas, para analizarlas y plantear medidas correctoras si fuese posible.

El problema se plantea como importante por la frecuencia sentida del número de preguntas a los profesionales.

Lo prioriza el equipo de calidad por factibilidad en sus resultados en base al método corrector propuesto.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejora en la utilización de servicios y recursos por parte de la comunidad y profesionales.
- Mejora en la accesibilidad.

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

Tras la captación por el grupo de calidad de la existencia del problema de falta de información en la comunidad, se decide la puesta en marcha de un ciclo evaluativo para el estudio de dicha falta de información, sus causas, así como proponer medidas correctoras y evaluación posterior de resultados.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º- Captar de manera formal las preguntas informativas con registro de estas, en hoja elaborada.**
- 2º- Trabajo del equipo de calidad con recogida y análisis de dichas preguntas.**
- 3º- Trabajo del equipo de calidad con elaboración de guía de usuarios.**
- 4º- Distribución de la guía:**
 - **Profesionales del centro**
 - **Otros agentes de Salud (farmacias, Consejo de salud, etc..)**
- 5º- Segunda recogida formal de preguntas, por parte del personal del centro**
- 6º- Elaboración de resultados por el equipo de calidad y presentación al resto del equipo.**
- 7º- Reelaboración de guía de usuario si fuera necesario.**

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluación de Resultados:

Nº de preguntas de la 1ª hoja

Nº de preguntas 2ª hoja

Evaluación de proceso:

Nº de hojas dadas a los profesionales en 1ª recogida

Nº de hojas respondidas por los profesionales en 1ª recogida

Nº de hojas dadas a los profesionales en 2ª recogida

Nº de hojas respondidas por los profesionales en 2ª recogida

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 2006**

Fecha de finalización: **Enero 2007**

Calendario:

1ª- Recogida: Enero / Febrero

Elaboración Guía: Marzo

2ª- Recogida: Noviembre

3ª- Análisis de Resultados: Diciembre

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
PANEL INFORMATIVO CON LOS NOMBRES DE TODOS LOS PROFESIONALES DEL CENTRO Y SU UBICACIÓN.	2.000
2 IMPRESORAS LASER PARA ORDENADORES DE SALA REUNIONES Y ADMISIÓN, PARA PODER TRABAJAR BIEN LA COMISIÓN DE CALIDAD.	600
FOTOCOPIAS Y ENCUADERNACIÓN DE LOS FOLLETOS INFORMATIVOS.	200
CAÑÓN FIJO PARA SESIONES INFORMATIVAS SOBRE CALIDAD PARA COLOCAR EN EL TECHO SALA REUNIONES	1000
TOTAL	3.800 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL USO DE PISCINAS.

CENTRO DE SALUD DE LUNA

2006

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA

Profesión

MEDICA

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

CENTRO DE SALUD DE LUNA. (ZARAGOZA)

Correo electrónico:

NO DISPONGO EN CONSULTORIO NI EN CENTRO DE SALUD

Personal: ana@comz.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

CONSULTA ERLA: 976-69.40.40 CENTRO SALUD LUNA: 976-68.92.74

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

El equipo completo incluido personal de refuerzo

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Concepción de Perez Madorran	Médica	C.S. Luna
Silvia Gimenez Bescos	Enfermera	C.S. Luna
M ^a Teresa Gracia Peligero	Enfermera	C.S. Luna
Begoña Saiz Perez	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
Silvia Sarasa Aquilue	Enfermera	C.S. Luna
Isabel Romero Cumplido	Enfermera	C.S. Luna
Marta Diez Fle	Médica	C.S. Luna
Marisa Salafranca Naudín	Administrativa	C.S. Luna

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Hemos priorizado por consenso en función de nuestro interés, disponibilidad de tiempo, capacidad de actuación, interés mostrado por la población y utilidad del proyecto.

Los problemas de salud relacionados con el uso de las piscinas hemos observado, aunque no tenemos registros:

- Son frecuentes para todos los profesionales: otitis; dermatitis por uso de repelentes, herbicidas, desinfectantes insecticidas..; quemaduras, heridas..
- Algunos, poco frecuentes, son muy graves y la actuación podrá ser decisiva e incluso en algunos casos vital: traumatismos graves, ahogamientos, intoxicaciones por cloro u otros agentes químicos.
- Existe consenso sobre la importancia de la prevención del Melanoma e incluso se dispone de un programa de Educación para la salud, en Aragón: Solsano.
- La legislación, el equipamiento, las sustancias químicas y condiciones necesarias de agua e instalaciones nos son casi desconocidas.
- No disponen de socorrista y la primera actuación, de inmensa importancia ha de ser asumida por los propios usuarios, de habitual sin formación y sin conocimientos del equipamiento disponible.
- No conocemos al Farmacéutico Titular con quien se supone compartimos la responsabilidad de salud pública.
- La estacionalidad, coincidiendo con vacaciones del personal sanitario, la presencia de piscinas incluso en localidades que no tienen un consultorio mínimamente digno y su uso masivo, sobre todo por niños, son condiciones que requieren un trabajo programado y mantenido.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

NO PROCEDE

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Actualización de los conocimientos Técnicos
- Establecer relaciones de cooperación entre los diversos profesionales e instituciones implicados
- Mejorar la asistencia prestada
- Disminuir a largo plazo la incidencia de Melanoma y otras enfermedades derivadas del exceso de exposición al sol o cuando menos promover hábitos saludables.
- Complementar el equipamiento necesario en cada localidad

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

--

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Hemos identificado , seleccionado y analizado este problema. Los cambios programados son:

- Mejorar nuestra formación en todos los ámbitos relacionados: Legislación, calidad del agua, atención sanitaria de los problemas de salud
- Cooperar con el Farmaceutico Titular, Los Ayuntamientos, el 061 y demas especialistas
- Instaurar un programa de promoción de salud
- Completar e inventariar los equipamientos
- Informar a las instituciones responsables y a la población

El responsable es el equipo y no hemos distribuido tareas por ahora

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación será continuada y se basará en la valoración de

- Nº de profesionales participantes en las actividades
- Utilidad practica de la formación
- Aumento de los conocimientos y habilidades relacionados con el tema
- Mejora de la relación con los demás profesionales e instituciones implicadas
- Satisfaccion de profesionales y usuarios.

Como indicadores objetivables proponemos:

1. Nº de inventarios con equipamiento existente en consultorios y piscinas.
2. Nº de informes para asesoramiento de responsables de las instalaciones.

Actualmente partimos de su no existencia y nos parecería aceptable llegar al 50% en 2006.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

Fecha de inicio: Enero 2006	Fecha de finalización: Diciembre 2006
Calendario: Por confirmar - Enero: Contacto con Farmacéutico Titular - Febrero: Reunión conjunta, si fuera posible, para ver legislación, responsabilidades y normas. Condiciones de agua, instalaciones, botiquines... - Marzo: Reunión de formación con dermatólogo. - Abril: Reunión de formación con 061: traumatismos graves, ahogamientos, intoxicaciones graves - Mayo: Inventarios de equipamientos de consultorios y piscinas - Junio: Información a los Ayuntamientos u otros responsables de su funcionamiento. - Octubre: Reunión de formación con ORL - Noviembre: Reunión de formación Toxicología - Diciembre: Evaluación	

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Pulsioximetro portatil</u>	<u>400</u>
<u>Dermabond. 3 cajas de 6 unidades</u>	<u>360</u>
<u>Meroceel 15 unidades</u>	<u>300</u>
<u>6 bombonas portatiles de oxigeno para Fuencalderas, Biel, Lacorvilla, Marracos, Puendeluna y Las Peddrosas</u>	<u>600</u>
<u>2 ambus con reservorio y mascarillas transparentes para niño y adulto para Marracos y Puendeluna</u>	<u>100</u>
<u>5 sesiones de formacion. Para algunas solicitud colaboración a laboratorios Menarini y Astellas bien para material bien para desplazamientos del profesional</u>	<u>1400</u>
<u>Nota: Los costes son estimados. La necesidad de material podría ser modificada al realizar el inventario de equipamientos existentes en los próximos meses</u>	
TOTAL	3160

Fecha y firma: 15 de enero de 2006
 Ana Isabel Echeverri

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO

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 MEDIA ESTANCIA PROFESOR REY ARDID.

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M Esther Samaniego Díaz de Corcuera

Profesión

D.U.E., especialista en salud mental

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

Residencia Rey Ardid

Correo electrónico:

rjuslibol@reyardid.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 731000

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Tomás López	DUE	Rey Ardid
Begoña Muñoz	DUE	Rey Ardid
M Pilar Martínez	DUE	Rey Ardid
Yoanna Kirilova	DUE	Rey Ardid
Ramón Nadal	Psiquiatra	Rey Ardid
Patxi Galindo	Médico	Rey Ardid
Victoria Escolar	Psiquiatra	Rey Ardid
Jesús Varona	Psiquiatra	Rey ardid
Pilar Rived	Monitora	Rey Ardid
Avelina Cotaina	Monitora	Rey Ardid
Susana Giménez	D T Social	Rey Ardid

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La renovación del sistema informático del centro nos ha obligado a posponer el control informático de la Gestión por Procesos que habíamos previsto aunque hemos utilizado

el registro y análisis de indicadores en formato papel.

La dificultad de diseñar indicadores de resultados que queremos conseguir con nuestras intervenciones y como medirlos en nuestra actividad asistencial de enfermería en habilitación psiquiátrica. Hemos priorizado sobre la selección de indicadores que destacaríamos para el cumplimiento de buenas prácticas de enfermería en salud mental y como método de organizar los cuidados enfermeros en un equipo interdisciplinar de rehabilitación.

Nos planteamos intentar investigar cómo medir resultados enfermeros en rehabilitación psiquiátrica más allá cubrir objetivos terapéuticos diseñados por el equipo referente y con la participación del usuario y de su familia en un proceso individualizado de habilitación psiquiátrica en salud mental. 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.

5. - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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 revisar, consensuar y mejorar la actividad asistencial de enfermería en el ingreso rehabilitación y alta del usuario durante todo el proceso de rehabilitación.

Nuestro objetivo es mantener el cumplimiento sistemático de indicadores e ir integrando progresivamente nuevos indicadores para la mejora continua de la atención directa a usuarios y familiares. La aplicación directa al trabajo diario de enfermería del ciclo de Deming y equipos de mejora ha permitido mejorarla actividad asistencial.

Hemos seleccionado 17 diagnósticos NANDA de enfermería extraídos de la práctica asistencial a lo largo de 14 años desempeño profesional en una Media Estancia de salud Mental; además estamos trabajando en su relación con intervenciones y resultados según metodología científica enfermera NIC y NOC.

Hemos consultado bibliografía científica sobre diagnósticos de enfermería, NIC, NOC para ver su aplicación a nuestra unidad de Media Estancia de salud mental.

Hemos incluido la valoración por diagnósticos enfermeros en el plan individualizado de rehabilitación y de inserción interdisciplinar.

Hemos avanzado en el análisis y aproximación de intervenciones de enfermería en nuestra unidad y la bibliografía Nic. procedimiento enfermero.

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Seguir participando en la actualización de metodología enfermera aplicable a nuestro campo de intervención de enfermería en salud mental.

Puesta en marcha de nuevos grupos de mejora para la resolución de problemas en la aplicación de metodología enfermera a nuestra unidad asistencial y para el cumplimiento de indicadores derivados de plan individualizado de rehabilitación y de reinserción psicosocial interdisciplinar.

El resultado que perseguimos mientras dure la implantación informática de indicadores es:

la elaboración de un Manual de Procedimientos específicos de enfermería en salud mental y la elaboración de indicadores específicos para cada procedimiento enfermero.

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

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

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

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Respecto al abordaje del proyecto que estábamos desarrollando desde el 2005:

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 desde el abordaje individual y grupal.

Adaptar al ámbito de la rehabilitación psiquiátrica procedimientos para la realización de diagnósticos enfermeros (NANDA), las intervenciones enfermeras NIC y los resultados NOC.

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).

El registro en formato papel y cumplimiento de los 11 indicadores del proceso de ingreso, rehabilitación y alta en salud mental ha servido para ver el grado de cumplimiento de nuestra práctica asistencial siendo destacables los estándares del 90% conseguidos en indicadores de ingreso y de rehabilitación; mientras que hemos tenido que crear grupos de mejora para aumentar el estándar de los indicadores correspondientes al alta 50%

9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

• INDICADORES DE CALIDAD

PACIENTE:

FECHA DE INGRESO:

• INGRESO

1. ¿Se asigna EQUIPO REFERENTE (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero y monitores) previamente al ingreso?

SÍ

NO

2. ¿Enfermería entrega al paciente la AGENDA PROVISIONAL el día del ingreso?

SÍ

NO

3. ¿Se cumplimenta la hoja de registro de actividades de AVDS?

SÍ

NO

4. ¿Se administra la primera toma de TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO tras el ingreso?

SÍ

NO

5. ¿Se aporta (el psiquiatra en caso de que esté o la enfermera referente en caso contrario) el día del ingreso al cambio de turno la HOJA DE INFORMACIÓN del paciente?

SÍ

NO

6. ¿Se deriva al paciente al MONITOR DE AVDS de tardes?

SÍ

NO

• REHABILITACIÓN

7. ¿Está cumplimentada la HISTORIA DE ENFERMERÍA en la sesión clínica?

SÍ

NO

Para los años 2005-2007:

Indagar y analizar quien trabaja con resultados enfermeros 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. Dicha acción la posponemos para cuando se resuelvan los problemas informáticos actuales del centro; mientras tanto durante éste año 2006 esperamos concluir el despliegue de indicadores en formato papel y el diseño de medidas de control en formato papel y el diseño del Manual de Procedimientos de enfermería.

A lo largo del 2005 hemos recogido en formato papel la cumplimentación los 11 indicadores en todos los usuarios ingresados desde enero hasta diciembre 2005.

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.

11. -PREVISIÓN DE RECURSOS

Material/Servicios	Euros
Material bibliográfico sobre metodología científica enfermera y sobre calidad asistencial.	1.600,00 €
Asistencia a Congreso de Calidad.	2.000,00 €
Material informático. Base de datos en acces para recoger datos sobre resultados de indicadores. Implementar equipo informático	1.000,00 €
Otro material fungible	600, 00 €
TOTAL	5.200,00 €

Fecha y firma: en Zaragoza a 16 de enero de 2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Implantación de un nuevo "Registro de Enfermería" en Urgencias: Aplicación de la Valoración de Necesidades y Diagnósticos de Enfermería.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Gema López-Menchero Minguez

Profesión

Enfermera

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

Hospital Ntra. Sra. de Gracia. Servicio de Urgencias

Correo electrónico:

glopezm@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-440022 ext. 558

976-716587

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jesús Falces García	DUE	Servicio de Urgencias
Teresa Egido Martínez	DUE	Servicio de Urgencias
M ^a Ángeles Pérez Milla	DUE	Servicio de Urgencias
Elena Sarasa Leri	DUE	Servicio de Urgencias
Juan Carlos Oviedo Alfaro	DUE	Servicio de Urgencias
José Manuel Loban Iza	DUE	Servicio de Urgencias

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Partimos de que Enfermería en Urgencias ha estado trabajando con un registro propio muy medicalizado, que no se corresponde con las necesidades y cuidados que el paciente demanda de forma global en su asistencia.

Para mejorar la calidad de las actuaciones y cuidados, hay que mejorar la valoración inicial que se le realiza a un paciente a su llegada a urgencias y aprender por medio del razonamiento clínico a emitir un diagnóstico de enfermería (DxE) que nos conduzca a un resultado esperado como consecución del objetivo

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. **Mayor satisfacción del usuario en la atención recibida**
2. **Mejor utilización de los DxE**
3. **Unificación de criterios e intervenciones en la práctica enfermera**
4. **Mejora de la calidad en la realización de actividades**
5. **Normalización del lenguaje y registros comunes**
6. **Mayor motivación del personal de Enfermería**

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se ha creado un registro de enfermería que recoge mas información del paciente, donde se valoran las necesidades básicas, se emite un juicio o diagnóstico de enfermería y según este se planifican unos cuidados o intervenciones, encaminadas a obtener unos resultados del paciente en salud, lo que es mas valioso y coste/efectivo.

Este registro se cumplimentara a todos los pacientes que acudan a nuestro Servicio de Urgencias, incidiendo en realizar el Diagnostico de Enfermería (DxE)

Todos los meses se realizara una reunión de trabajo, para formalizar un seguimiento del registro, observar su efectividad y grado de cumplimentación, aclarar puntos oscuros e introducir áreas de mejora, si lo necesitase...

El responsable del proyecto tendrá como misión, preparar las reuniones mensuales, aportar los registros, consensuar y trabajar los DxE, controlar los indicadores...

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se evaluara:

1. **Grado de cumplimentación de los registros**
2. **Satisfacción del personal de enfermería en la utilización del nuevo registro:**
Estudio comparativo de encuesta anterior y posterior a la implantación del registro.

Se trabajara con estos dos indicadores:

1. **Nº de pacientes con registro de enfermería**
Nº Total de pacientes que acuden a Urgencias
2. **Nº de pacientes con DxE**
Nº Total de pacientes con registro de enfermería

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **1 de Marzo de 2006**

Fecha de finalización: **28 de Febrero de 2007**

Calendario:

Reuniones de trabajo en grupo, todos los meses, para el control de cumplimentación del registro y seguimiento de los indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Nuevos tratamientos de las úlceras por presión (UPP), revisión de resultados tras su inclusión en el protocolo de prevención y tratamiento de las UPP en la U.C.I. del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Luisa Martínez López

Profesión: Supervisora de Enfermería

Lugar de trabajo: U.C.I. del Hospital Nuestra Señora de Gracia

Correo electrónico: mmartinezlo@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 44 00 22 Ext. 505

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Ignacio Corchero Martín	Médico	H. Ntra. Sra. de Gracia
Javier González Cortijo	Médico	H. Ntra. Sra. de Gracia
Francisco Ruiz Valero	Médico	H. Ntra. Sra. de Gracia
Genoveva Labari Sanz	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Elena Pamplona Calejero	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
Ana Pilar Sánchez Vallespín	Enfermera	H. Ntra. Sra. de Gracia
M ^a Carmen Tarrero Lozano	Auxiliar Enfermería	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, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información.

♦ 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:
 - * Nuevos tratamientos de las UPP, influencia en los resultados tras su inclusión en el protocolo.
 - * Revisión y adecuación de la documentación clínica.
 - * Evaluación del grado de satisfacción en la recepción e información de los familiares de los pacientes.
 - * Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

- Método de priorización empleado:

♦ Parrilla de análisis

	Evaluación satisfacción familiares	Nuevos tt ^{os} de las UPP. Influencia en resultados	Revisión y adecuación de la documentación clínica	Formación específica del personal de enfermería
Fácil medición	1	1	3	3
Usuarios afectados	3	3	3	3
Riesgo para el paciente	0	3	0	3
Coste del programa de mejora	1	3	3	0
Necesidad de influencia externa para la solución del problema	1	2	3	0
Profesionales implicados en el problema	3	3	2	3
TOTAL	9	15	14	12

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- Unificación de los criterios de actuación de todos los trabajadores de la unidad.
- Identificación de los pacientes con factores de riesgo de desarrollar UPP a su ingreso, con evaluaciones periódicas.
- Aplicación de medidas para intentar reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP.
- Estandarización de todas las medidas y actividades de enfermería en la prevención y localización de las UPP.
- Registro y descripción correcta de los estadios de las UPP en los pacientes que ingresan con ellas o las desarrollan a su ingreso.
- Sistematización de la información y facilitación de los registros de las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Reducción y optimización del gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las UPP.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitación del cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas y de tratamiento de las UPP.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir la incidencia de las UPP con la introducción de nuevos tratamientos en el protocolo de la unidad y controlar su efectividad.
- Garantizar la aplicación del protocolo de tratamiento en los pacientes con UPP.
- Garantizar la cumplimentación de la hoja de registro de detección de paciente de riesgo.
- Evitar la aparición de UPP y en caso de no poder evitarlo iniciar el tratamiento óptimo.
- Evaluar la eficiencia de la introducción de nuevas terapéuticas.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

◆ **MEDIDAS PREVISTAS.**

- Definir nuevos tratamientos e introducirlos en el protocolo de la unidad.
- Definir subgrupo de pacientes tratados con nuevas alternativas para poder comparar:
 - * Incidencia de UPP.
 - * Evolución tras el tratamiento.
 - * Estancia tras diagnóstico con / sin nuevos tratamientos.
 - * Porcentaje de curaciones.
- Revisión y modificación de las hojas de registro.
- Estudio estadístico comparativo entre ambos grupos de pacientes.

◆ **RESPONSABLES**

- Equipo médico.
- Equipo de enfermería.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La obtención de datos se realizará de las hojas de registro y datos de pacientes con UPP obtenidos tras la implantación del protocolo de prevención y tratamiento de UPP instauradas en la unidad desde el año 2004.

Identificación de los pacientes tratados con nuevas terapias para conformar el subgrupo a estudiar.

Estudio estadístico comparativo de los pacientes con \ sin nuevo tratamiento para valorar:

- Incidencia y grado de UPP.
- Porcentaje de curaciones.

◆ INDICADORES

De resultado $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que curan la UPP}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que desarrollan UPP}} \times 100$

Estándar: Próximo al 0%

De proceso $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que desarrollan UPP}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes de riesgo de desarrollar UPP que ingresan en la UCI}} \times 100$

Estándar: Próximo al 0%

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que desarrollan UPP}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes de NO riesgo de desarrollar UPP que ingresan en la UCI}} \times 100$

Estándar: Próximo al 90%

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01-Marzo-2006

Fecha de finalización: 28-Febrero-2007

Calendario:

Primer trimestre identificar problemática, dificultades y realizar las correcciones precisas.

Trimestralmente revisión de la cumplimentación de hojas de registro e identificación de subgrupo de pacientes.

3^{er} trimestre: inicio del estudio estadístico.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material fungible	1.000
Material inventariable	2.000
TOTAL	3.000

Fecha y firma: 12-enero-2006

Carlos Kertel

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los pacientes deben acudir hasta el momento a la Consulta de Ginecología para la recepción de los resultados de la citología. Con este programa se pretende evitar la pérdida de tiempo por parte de las pacientes (desplazamiento y horas laborales), así como optimizar los recursos en Consultas. También se pretende evitar la masificación de los pacientes en las Salas de Espera.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Programa de nueva creación.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño de informe clínico (Dra. del Tiempo)

Elaborar código informático para seleccionar las historias que sean citadas como "correo" en consulta para revisar los resultados, realizar el informe y remitirlo al correo (Dr. Ramón y Cajal, junto con el Servicio de Admisión)

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se manejarán datos estadísticos habituales proporcionados por el Servicio de Admisión del Hospital Nuestra Sra de Gracia y del Centro de Especialidades Grande Covián obteniendo los indicadores anteriormente citados cada tres meses.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: marzo de 2006

Fecha de finalización: marzo de 2007

Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Confeción de guía de procedimientos en el Servicio de Anatomía Patológica.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Francisco Javier Mateos Barrionuevo

Profesión: Médico, Jefe de Anatomía Patológica

Lugar de trabajo :
Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.
Servicio de Anatomía Patológica

Correo electrónico:
jmateos@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976-440022 ; Extensiones 441 y 442

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Almajano Martínez	Médico	H. N.S. Gracia
Lourdes Bengochea Martínez	Médico	H. N.S. Gracia
Beatriz Luque Siles	Técnico AP	H. N.S. Gracia
Inmaculada Ruiz Romero	Técnico AP	H. N.S. Gracia
Begoña Carballo Torres	Técnico AP	H. N.S. Gracia
Pedro Muñoz González	Técnico AP	H. N. S. Gracia
Vanessa Vázquez Álvarez	Técnico AP	H. N.S. Gracia
Rosa Ana Cortés Gil	Auxiliar Enfermería	H. N.S. Gracia
Cristina Rincón Gormedino	Auxiliar Enfermería	H. N.S. Gracia
Rosalía Gaspar Ochoa	Auxiliar Administ.	H. N.S. Gracia
Pilar Vidal Peña	Auxiliar Administ.	H. N.S. Gracia

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

I

Mejorar los procedimientos del servicio, estandarizándolos y elaborando una guía de procedimientos.

La detección se ha realizado mediante exposición de ideas, y la priorización , mediante parrilla de análisis.

La consecuencia esencial será la disminución de la variabilidad temporal o interpersonal y la posibilidad de establecer indicadores de calidad en cada fase del procedimiento.

Se usará la bibliografía existente sobre técnicas de trabajo en Patología.

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

Estandarizar los procedimientos de diagnóstico de las principales localizaciones neoplásicas.

Estandarizar los procedimientos de procesamiento de las muestras.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Establecimiento de la relación de procedimientos afectados.
- Revisión de los protocolos existentes por parte de todo el personal implicado en cada proceso.
- Reuniones periódicas para revisión.
- Aplicación y comprobación

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Medida de los indicadores siguientes:

- Número de tipos neoplásicos con diagnóstico estandarizados (Objetivo: al menos 8)
- Porcentaje de procedimientos de procesamiento estandarizados, sobre el total de procedimientos listados previamente (al menos 80 % de los procedimientos)

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de enero de 2006

Fecha de finalización: 30 de noviembre

Calendario:

- Antes de 31 de enero: Relación de procedimientos (totales)
- 1-7 de febrero: Selección de procedimientos para revisar
- Hasta 30 de junio: Redacción inicial de los procedimientos
- Hasta 30 de noviembre: Aplicación, comprobación y modificaciones necesarias.
- Hasta 30 de noviembre: Medida de los indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA EN RELACIÓN AL ENTORNO ASISTENCIAL E INFORMACIÓN RECIBIDA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Elena Pamplona Calejero

Profesión:

Enfermera

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

UCI -Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza

Correo electrónico:

ele_pamplo@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976440022. Extensión: 505

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Luisa Martínez López	Supervisora	Hospital Ntra. Sra. de Gracia
Genoveva Labari Sanz	Enfermera	Hospital Ntra. Sra. de Gracia
M ^a Carmen Barrero Lozano	Aux. Enfermería	Hospital Ntra. Sra. de Gracia
José Ignacio Corchero Martín	Médico	Hospital Ntra. Sra. de Gracia
Javier González Cortijo	Médico	Hospital Ntra. Sra. de Gracia
Francisco Ruiz Valero	Médico	Hospital 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, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

4.1. Importancia y utilidad del proyecto.

- El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil que provoca ansiedad y preocupación.
- La capacidad de relación y comunicación por parte del personal sanitario con los familiares no llega a ser óptimo en determinadas ocasiones.
- Resulta relevante el papel de la enfermería en cuanto a la atención a familiares por la continua permanencia junto a los pacientes. Los familiares tienen una gran importancia durante el proceso de enfermedad y hospitalización.
- Las unidades de cuidados intensivos suelen ser lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan en ocasiones sobre las relaciones personales y la calidad humana.
- Un adecuado enfoque de las necesidades de los familiares disminuirá la demanda asistencial y las consultas innecesarias.
- El correcto abordaje de las necesidades de los familiares aumentará la confianza en el equipo cuidador disminuyendo la posible aparición de conflictos.

4.2. Métodos de detección y priorización empleados.

El método utilizado es el "método Hanlon", obteniendo como resultados finales los siguientes:

Oportunidades de mejora:

- 1) Detectar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI.
- 2) Mejorar la calidad de la comida hospitalaria.
- 3) Mejorar el registro de tratamientos.
- 4) Mejorar la comunicación interprofesional.

	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Total
1)	3	2	3	3	45
2)	2	0	1	0	0
3)	3	2	1	2	10
4)	2	2	3	2	24

Puntuación cada criterio entre 0-3.

La fórmula utilizada: Priorización = (M+S) x E x F

4.3. Situación de partida.

- Falta de unificación de criterios en la actuación asistencial e información del personal sanitario.
- Ausencia de registro y valoración de las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.

4.4 Causas.

- Falta de un protocolo de acogida a los familiares de pacientes ingresados en la UCI.

4.5. Fuentes de información.

- Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.
- Encuestas de detección de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la UCI.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Unificar criterios de actuación de los trabajadores de la unidad.
- Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la unidad.
- Conocer la percepción de los familiares acerca de la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes.

- Valorar las deficiencias o carencias actuales en la atención prestada a los familiares.
- Identificar los factores relacionados con las necesidades descubiertas.
- Planificar y personalizar adecuadamente los cuidados.
- Aumentar el grado de satisfacción y disminuir los niveles de ansiedad que genera el ambiente de UCI.

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

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

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

7.1 Medidas previstas.

- Creación de un grupo de trabajo.
- Elaboración y puesta en marcha de una encuesta para valorar las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la UCI. En la misma, se recogerán:
 - Datos demográficos.
 - Motivo de ingreso y complicaciones si las hubiera.
 - Condiciones medioambientales.
 - Relación con el personal médico: calidad de la información recibida.

- Relación con el personal de enfermería: información sobre cuidados y normas de la UCI.
- Organización y tiempos de visita.
- Registro y análisis de los datos obtenidos en la encuesta.
- Implantación de un protocolo de acogida a los familiares de pacientes ingresados en UCI.
- Planificar y personalizar adecuadamente los cuidados.

7.2. Responsables.

- Equipo médico.
- Equipo de enfermería.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La obtención de los datos se realizará de las encuestas facilitadas a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad.

Se realizará un estudio descriptivo durante un año.

Indicadores:

- Porcentaje de familiares satisfechos de pacientes ingresados en la UCI.
- Grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI de la información proporcionada.
- Grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI con el entorno asistencial.

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: 1/03/06

Fecha de finalización: 28/02/07

Caleario:

- 1^{er} trimestre: Implantación de las encuestas. Identificar problemática, dificultades y realizar las correcciones precisas.
- Trimestralmente: Revisión de las encuestas.
- 3^{er} trimestre: Inicio del análisis de los datos.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Detección de pacientes con riesgo de broncoaspiración y disminución de incidencia de broncoaspiraciones en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital N^a S^a de Gracia de Zaragoza.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Juan Jiménez-Muro Pérez-Cistué

Profesión Médico

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital de N^a S^a de Gracia. Zaragoza.

Correo electrónico:
jjimenezmuro@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976 44 00 22 (ext. 477, 483,)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pablo García de Paso y Remón	Médico	Hosp. N ^a S ^a de Gracia
Juana Jiménez Sáenz	Médico	Hosp. N ^a S ^a de Gracia
Ángel López Lancis	Médico	Hosp. N ^a S ^a de Gracia
Ana Cristina Marín Villar	D.U.E.	Hosp. N ^a S ^a de Gracia
María Armillas Molinos	D.U.E.	Hosp. N ^a S ^a de Gracia
Sofía Dieste Albás	D.U.E.	Hosp. N ^a S ^a de Gracia
Carmen Lezcano Fernández	D.U.E.	Hosp. N ^a S ^a de Gracia
Patricia Laguna Martínez	Aux.Sanita rio	Hosp. N ^a S ^a de Gracia

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La broncoaspiración supone un hecho frecuente en el tipo de pacientes que atendemos habitualmente en nuestro Servicio de Medicina Interna. Como consecuencia de ella se produce riesgo vital para el paciente, necesidad de utilizar mayor número de recursos diagnósticos y terapéuticos, probable incremento de la estancia media en este grupo de pacientes, y, en definitiva, sufrimiento para el enfermo y sus familiares.

Reunidos los profesionales que componen el Servicio de Medicina Interna consideran que puede iniciarse un proyecto de mejora consistente en la detección, cuantificación y, en su caso, reducción de la incidencia de broncoaspiraciones (BCA) en pacientes hospitalizados con mayor riesgo de presentarlas.

Con este programa se pretende conocer la incidencia real del problema y los factores de riesgo que lo favorecen. Posteriormente se aplicarán las medidas correctoras más adecuadas para minimizarlo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conocimiento de la situación real del problema de la broncoaspiración en el paciente ingresado en el Servicio de Medicina Interna y disminución de la incidencia de estos casos en la medida de lo posible.

Implantación de metodología de trabajo con protocolos de actuación multidisciplinares.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD		
Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD		
Líneas de intervención	<i>Ejemplo</i>	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	10
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	50
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Como método de trabajo se va a utilizar: actualización bibliográfica, elaboración de ficha de recogida de datos, y diferentes reuniones informativas y formativas en grupos de trabajo multidisciplinares conformados por todos los profesionales implicados en el problema.

Posteriormente diseño y aplicación de protocolos diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de los casos.

1-Reunión de Jefe de Servicio y Supervisora de Enfermería de Medicina Interna y transmisión a sus colaboradores.

2-Revision de bibliografía.

3-Diseño participativo de fichas de recogida de datos.

Evaluación de riesgos

Protocolo diagnóstico

Protocolo terapéutico y seguimiento.

4-Procedimiento de alimentación en pacientes de riesgo.

Formación del personal

Aplicación del protocolo.

5-Reunión conjunta de presentación del proyecto.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

-Reuniones periódicas de los reponsables con el resto de los profesionales implicados.

-Ficha de recogida de datos informatizada con los siguientes indicadores:

-nº de broncoaspiraciones (BCA) / nº de ingresos.

-nº de neumonias por BCA / nº ingresos.

-nº de fallecimientos por BCA / nº de ingresos.

-nº de fallecidos por BCA / nº total de fallecidos.

-nº de pacientes evaluados/ nº de ingresos.

-nº de pacientes supervisados / nº de pacientes con riesgo de BCA.

-nº de pacientes con protocolo de tratamiento / nº de pacientes con BCA.

-nº de pacientes con protocolo diagnostico / nº de pacientes con BCA.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<u>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</u>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 1-1-2006	Fecha de finalización: 31-12-2006
Calendario:	
15 de diciembre 2005 – Primera reunión.	
15 de diciembre 2005 al 31 de enero 2006 – Revisión bibliográfica.	
1 de febrero 2006 al 28 de febrero 2006 – Diseño de fichas y programa informático.	
1 de febrero 2006 al 28 de febrero 2006 – Formación del personal.	
1 de marzo 2006- Comienzo de recogida de datos y aplicación de protocolos.	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL N^a S^a DE GRACIA EN TRATAMIENTO CON SALES DE LITIO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ROBERTO LOZANO ORTIZ

Profesión

FARMACEUTICO DE HOSPITAL

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

SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL N^a S^a DE GRACIA DE ZARAGOZA

Correo electrónico:

rlozano@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976444300

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Reyes Marín	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental
Ignacio Andrés	Farmacéutico	Hospital N ^a S ^a Gracia
Cristina Pardo	Bioquímica	Hospital N ^a S ^a Gracia
M ^a Jesús Santacruz	Enfermera	Unidad de Salud Mental
Asunción Pascual	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental
Segundo de Miguel	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- **IMPORTANCIA:** Las sales de litio, solas o en combinación con otros fármacos siguen siendo el tratamiento de elección en los trastornos del humor (afectivos) y en otras alteraciones psiquiátricas. El margen terapéutico del carbonato de litio (Plenur®) es sumamente estrecho, por lo que cualquier alteración producida por incumplimiento o por interacciones con otros medicamentos, da lugar a disminución de su actividad terapéutica en el caso de infradosificación, y por sobredosificación importantes efectos secundarios.
- **UTILIDAD:** El control farmacocinético y farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con litio supone una herramienta que aumenta considerablemente la escasa información aportada por los datos analíticos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.
- **MÉTODOS:** análisis farmacocinético de las concentraciones plasmáticas de litio y el estudio exhaustivo de las posibles interacciones que puedan ocurrir con otros medicamentos que se administre el paciente
- **SITUACION DE PARTIDA:** En la actualidad el seguimiento de pacientes de la Unidad de Salud Mental en tratamiento con carbonato de litio se realiza únicamente a través de litemias periódicas

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la seguridad en los tratamientos con litio por inadecuada dosificación debida a variaciones inter. e intraindividuales y/o a la interacción con los medicamentos que se administran a los pacientes en tratamiento con litio.
- Aumentar la eficacia y control sobre las patologías en las que se utiliza este medicamento.
- Creación de un equipo multidisciplinar entre los Servicios de Farmacia Psiquiatría y Laboratorio para la mejora en el seguimiento de medicamentos con bajo índice terapéutico utilizados en patologías psiquiátricas

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación del equipo multidisciplinar para la realización del protocolo a desarrollar para el seguimiento de los pacientes tratados con litio entre los Servicios de Farmacia, Psiquiatría y Laboratorio.
- Implantación de un modelo de petición normalizado, consensuado entre los Servicios integrantes del equipo, donde figuren todos los datos necesarios del paciente y donde se incluyan los informes farmacocinéticos y farmacoterapéuticos.
- Reuniones periódicas entre los tres Servicios para determinar posibles problemas o posibles áreas de mejora.

NETÓDICA:

- ✓ En la consulta de la Unidad de Salud Mental se realizan las peticiones de control analítico de litio. Responsable en la Unidad Salud Mental: de Psiquiatría: Reyes Marín
- ✓ La ATS de la Unidad de Salud Mental realiza las peticiones periódicas al Laboratorio y Farmacia. Responsable: M^a Jesús Santacruz
- ✓ El laboratorio realiza la extracción y el informe de las litemias y los distintos parámetros bioquímicos. Responsable: Cristina Pardo
- ✓ El farmacéutico toma los antecedentes necesarios del paciente y con los datos analíticos realiza el informe farmacocinético y farmacoterapéutico con las recomendaciones de posibles cambios de pauta que fueran necesarios. Responsable: Roberto Lozano

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Nº de pacientes en tratamiento con Plenur® controlados con litemia

Nº de pacientes en tratamiento con Plenur® con control farmacoterapéutico

Nº de pacientes con litemia dentro del margen terapéutico

Nº de pacientes en tratamiento con Plenur® controlados con litemia

Nº de pacientes en tratamiento con Plenur® con interacciones detectadas

Nº de pacientes en tratamiento con Plenur® controlados

Nº de interacciones corregidas

Nº de interacciones detectadas

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 2005												
	D	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N
Creación Equipo Multidisciplinar	X											
Propuesta de modelo de petición	X											
Modelo de petición	X											
Primeros informes	X	X										
Reuniones de mejora		X			X					X		

El proyecto se ha iniciado en diciembre del 2005 y se incluye como propuesta de actividad clínica de los Servicios de Farmacia y Psiquiatría

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Curso de ampliación de conocimientos en farmacocinética clínica	1250€
Material fungible (impresos de información al paciente, mejoras en la realización de toma de muestras)	1000€
Curso de formación en trastornos afectivos	1250
TOTAL	3500€

Fecha y firma:

14 de enero de 2006

R. Lomenie
24309414

H
Medico - Psiquiatra
DNI 17138216

[Signature]
Fdo. Antonio Roca
C. Jerez
DNI: 17711743 H.

[Signature]
DNI: 17711736

[Signature]
DNI: 50145488 H.

[Signature]
Ignacio Ancheres
DNI 50145488 H.

[Signature]
Medico Psiquiatra
DNI: 17143688

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

REVISIÓN Y OPTIMIZACION DE GUÍA CLÍNICA DE PREVENCIÓN,
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR
CATÉTER INTRAVASCULAR EN LA U.C.I. DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA
DE GRACIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN

Profesión MEDICO

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA. SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Correo electrónico:
joseignacio.corchero@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976 440022 Ext 504 ó 506

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
FRANCISCO RUIZ VALERO	MEDICO	H PROVINCIAL
JAVIER GONZALEZ CORTIJO	MEDICO	H. PROVINCIAL
MARISA MARTINEZ LOPEZ	SUPERVISORA	H. PROVINCIAL
GENOVEVA LABARI	D.U.E.	H. PROVINCIAL
ANA PILAR SÁNCHEZ	D.U.E.	H. PROVINCIAL
SUSANA MARTINEZ	D.U.E.	H. PROVINCIAL
ELENA PAMPLONA	D.U.E.	H. PROVINCIAL
NURIA GAGO	D.U.E.	H. PROVINCIAL

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

♦ IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

➤ La incidencia de infección nosocomial por catéter intravascular es uno de los indicadores más representativo de la calidad asistencial.

➤ Las infecciones nosocomiales por catéter intravascular son un problema de alta incidencia y prevalencia en las UCI.

➤ Las infecciones nosocomiales por catéter intravascular son potencialmente evitables implantando protocolos de inserción y mantenimiento.

➤ Las infecciones nosocomiales por catéter intravascular son un grave problema debido a:

★ La morbilidad y mortalidad que conllevan.

★ El aumento del gasto hospitalario (por el tratamiento antimicrobiano, las pruebas diagnósticas,...).

★ La prolongación de la estancia hospitalaria.

➤ La identificación precoz de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular conllevan la instauración de un tratamiento temprano que mejora la morbimortalidad de los pacientes.

➤ La instauración de un sistema de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular es un aspecto muy importante en el control de la infección nosocomial y de la calidad asistencial de los pacientes ingresados en UCI. Con la conclusión de la implantación del protocolo pretendemos aumentar la calidad de la asistencia prestada.

♦ MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS

La técnica de grupo usada para **identificar las oportunidades** de mejora ha sido Brainstorming:

- ★ Revisión de guía clínica del catéter intravascular.
- ★ Evaluación de la satisfacción de los usuarios en cuanto a la recepción e información a los familiares.
- ★ Revisión y adecuación de la documentación clínica de la unidad de Medicina Intensiva.
- ★ Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

- **Método de priorización** empleado:

Parrilla de análisis:

	EVALUACIÓN SATISFACCIÓN EN RECEPCIÓN E INFORMACIÓN, A FAMILIARES	REVISION GUÍA CLÍNICA CATÉTER INTRAVASCULAR	REVISIÓN Y ADECUACION DOCUMENTACIÓN CLINICA	FORMACIÓN ESPECIFICA PERSONAL
Fácil medición	1	2	3	3
Usuarios afectados.	3	3	3	3
Riesgo para el paciente.	0	3	0	3
Coste del programa de mejora	1	3	3	0
Necesidad de influencia externa para la solución del problema	1	2	3	0
Profesionales implicados en el problema.	3	3	2	3
TOTAL	9	16	14	12

- **SITUACIÓN DE PARTIDA**

- Ausencia de uniformidad en las medidas de prevención y tratamiento de las de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Desconocimiento de los datos epidemiológicos de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.

- **CAUSAS**

- Falta de protocolos de actuación.
- Insuficiencia de cumplimentación de los registros diseñados.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN**

- Historias clínicas.
- Revisión de las publicaciones relacionadas con el tema.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO:

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

- Unificación de criterios de actuación y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Estandarizar las medidas y actividades en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Reducir el coste económico y asistencial derivado de la aparición de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas, de diagnóstico y tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.

- Instaurar un sistema de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Instaurar en la unidad una guía de práctica clínica de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular siguiendo las recomendaciones de las sociedades española y americana de medicina intensiva.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

En relación a:	Objetivos:	Indicadores:
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados.</i>	Disminuir incidencia de infección relacionada con cateter. Estudio FR desarrollo infección, bacteriemia por cateter.	* % catéteres infectados. * Infecciones relacionadas con catéter/ 1000 días cateterización. * % bacteriemias. * Bacteriemia /1000 dias cateterizacion. * Estudio estadístico variables recogidas.
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	Mejorar registros optimizando la recogida de datos.	Modificaciones de hoja de registro. Tto estadístico variables recogidas.
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios pacientes con los servicios recibidos</i>	Evitar en lo posible la incidencia de infección nosocomial por cateter en UCI, optimizando la atención.	Revisión de la guía clínica elaborada en 2005 y modificación si es necesario tras su implantación en la práctica clínica.
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	Evitar aumento de gasto y estancia innecesaria derivada de la infección relacionada con catéter.	Estancia media en paciente con/ sin sepsis relacionada con catéter.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Implantación guía clínica y hoja de registro en todos los pacientes de la unidad.
- Revisión y modificación de hojas de registro de cuidados de catéteres .
- Estudio de factores de riesgo para el desarrollo de infección de catéter, los relacionados con el paciente, con el lugar de inserción, medicaciones empleadas, etc para la identificación de pacientes de riesgo .
- Revisión protocolo de inserción de vías, diagnóstico y tratamiento de la sepsis por catéter.
- Conocer y analizar la incidencia y prevalencia de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia para comparar con estándares de calidad, mediante el estudio de los registros obtenidos.

MEDIDAS PREVISTAS

- Evaluar la metodología de inserción de catéter intravascular.
- Sistematizar y registrar las medidas de mantenimiento de los catéteres intravasculares.
- Estandarizar los criterios diagnósticos de las infecciones nosocomiales por

catéter intravascular.

- Protocolizar y registrar el tratamiento de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Registro de la epidemiología de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Monitorizar los indicadores de las infecciones nosocomiales por catéter intravascular.
- Formación inicial y continuada del personal en las técnicas de inserción, mantenimiento del catéter y tratamiento de las infecciones.

RESPONSABLES

- Equipo médico.
- Equipo de enfermería.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Monitorización y evaluación con la GUIA CLINICA DE PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CATETER EN UCI, HOJAS DE REGISTRO IMPLANTADAS EN 2005, modificadas para obtener los nuevos parámetros a estudiar, finalizar su implantación, modificación y conclusión de la guía clínica.

♦ INDICADORES

Infección relacionada con el catéter:

(De proceso) N° de catéteres infectados
 ----- X 100
 N° total de catéteres

(De proceso) N° de infecciones relacionadas con catéter

 1000 días de cateterización

Bacteriemias:

(De proceso) N° de catéteres que presentan bacteriemias
 ----- X 100

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<p>Nº total de catéteres</p> <p><u>(De proceso)</u> Nº de bacteriemias relacionadas con catéter</p> <p>-----</p> <p>1000 días de cateterización</p> <p>Evaluación mediante el estudio estadístico para las variables que se desean estudiar (FR para el desarrollo de infección relacionada con el cateter, localización, nº de luces, medicaciones de riesgo) estancia media en pacientes con/ sin infección cateter,... datos obtenidos de las hojas de registro elaboradas.</p>

<u>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</u>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas:	
Fecha de inicio: Enero 2006	Fecha de finalización: 1er trimestre 2007.
<p>Calendario:</p> <p>DICIEMBRE 2005 ENERO 2006: Modificación de hoja de registro .</p> <p>PRIMER TRIMESTRE 2006, FINALIZACION DE IMPLANTACIÓN GUIA CLINICA ELABORADA EN 2005.</p> <p>TRIMESTRAL: REVISIÓN CUMPLIMENTACION DE HOJAS DE REGISTRO Y MODIFICACIÓN SI SE ESTIMA NECESARIO.</p> <p>ESTUDIO ESTADÍSTICO PARA DETERMINAR INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE INFECCIÓN, FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN Y BACTERIEMIA (características clínicas del paciente, medicaciones empleadas, nº de luces, localización.....).</p> <p>REVISIÓN Y EN SU CASO MODIFICACIÓN DE LA GUIA DE PREVENCIÓN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR CATETER EN UCI.</p>	

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador portátil</u>	<u>2500</u>
<u>Inscripciones congresos científicos para personal del equipo de mejora</u>	<u>500</u>
TOTAL	3500

Zaragoza a 16 de Enero de 2006

Fdo. JI Corchero Martín.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"CONTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL, SECTOR DE ZARAGOZA I"

Proyecto Multicéntrico (continuación) a desarrollar de manera coordinada en los Sectores de: Zaragoza I, II y III, Huesca y Teruel.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: GUADALUPE JIMÉNEZ MARQUÉS

Profesión: ENFERMERA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL

Lugar de trabajo ENFERMERA. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ZARAGOZA

Correo electrónico: gjjimenez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976466910 EXT: 17574

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Helena González Asenjo	Enfermera	CSM Actur Sur. Zaragoza.
José Manuel Granada López	Enfermero	CSM Hospital Provincial. Zaragoza.
Ana Solans García	Enfermera	CSM Hospital Provincial. Zaragoza.
Myriam Acín Navarro	Enfermera	CSM Actur Sur. Zaragoza.
Arsenio Ruiz Martorell	Enfermero	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Ramiro Ariño	Enfermero	Hospital Ntra Sra de Gracia
Ana Ortiz Ávila	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Ismael Mediel Chueca	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
M ^ª Carmen Zueco Pola	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Rogelio Serrano Lázaro	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
M ^ª Pilar Gimeno Giral	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Lourdes Berné Bordonada	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Juan Carlos Martínez Retuerta	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
M ^ª Antonia Bernad Usón	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
M ^ª Jesús Bernad Usón	Enfermera	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Un grupo de pacientes, que se denominan Trastorno Mental Grave, realizan un alto número de estancias hospitalarias en Unidades de Corta Estancia de Psiquiatría, con una mala vinculación, entre sus ingresos, al Centro de Salud Mental Comunitario. Como consecuencia de ello, sus núcleos familiares sufren una importante sobrecarga como cuidadores principales, sin recibir apoyo en estos cuidados.

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2005 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

A partir de un proyecto de mejora que incluía profesionales de distintos Sectores de Salud se han generado 5 Proyectos idénticos que de manera multicéntrica han comenzado a trabajar a lo largo del año 2005, siendo necesario la continuación del trabajo a lo largo del año 2006.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2006 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

Datos de utilización del Centro de Salud Mental Comunitario y otros recursos por estos pacientes.

Diseño preliminar de un sistema de preparación al alta en coordinación con el C.S.M con correspondiente

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Recogida sistemática de información de usuarios de Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica con T.M.G.

Reuniones de coordinación de los responsables del proyecto para análisis de los datos.

Intervención preliminar de preparación al alta.

Responsables enfermeras supervisoras de las Unidades de Corta Estancia Psiquiátrica.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Total de pacientes revisados según criterios TMG/ Total de pacientes ingresados
Total de pacientes TMG con cita al alta/Total de pacientes clasificados como TMG

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:continuación

Fecha de finalización:

Calendario: Abril 2006 primera coordinación y análisis de datos

Septiembre 2006 segunda reunión de coordinación y diseño de intervención preliminar

Diciembre sesión de trabajo de todos los participantes para evaluación general y publicación del trabajo realizado

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

CONTINUAR CON EL PROYECTO ANTERIOR, FAVORECIENDO LA MOTIVACIÓN Y PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE CON CARDIOPATÍAS EN EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- SE DISEÑÓ Y ELABORÓ UNA HOJA EDUCATIVA CON INDICACIONES DE ENFERMERÍA, DIRIGIDA AL PACIENTE CON CARDIOPATÍAS AL ALTA HOSPITALARIA
- SE REALIZARON 2.200 FOLLETOS Y SE INICIÓ EL REPARTO A LOS PACIENTES INDICADOS, PERSONALIZÁNDOLO SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO DE CADA PACIENTE
- SE REALIZÓ UN POSTER CON LOS CONSEJOS DE ENFERMERÍA, COLOCADO EN LA PLANTA DE CARDIOLOGÍA, PARA FAVORECER QUE LA INFORMACIÓN LLEGUE AL PACIENTE Y SU FAMILIA

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

CONTINUAR CON LOS RESULTADOS POSITIVOS DEL PROYECTO INCLUIDO EN LA CONVOCATORIA ANTERIOR.

DESPUÉS DE OBTENER UNA MUESTRA ALEATORIA DE PACIENTES QUE HAN RECIBIDO EL FOLLETO EDUCATIVO Y REALIZAR UN ESTUDIO, SE ESPERA CONSEGUIR RESULTADOS POSITIVOS DE PACIENTES QUE SE MUESTREN SATISFECHOS Y/O QUE HAYAN MODIFICADO ALGÚN FACTOR DE RIESGO GRACIAS AL FOLLETO O AL POSTER EDUCATIVO.

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

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

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

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- CONTINUAR CON EL REPARTO DE FOLLETOS EDUCATIVOS A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS, EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA, ABORDANDO LOS FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTE CADA INDIVIDUO, TENIENDO EN CUENTA LA PERSONALIZACIÓN DEL FOLLETO EDUCATIVO
- RECOPIACIÓN DE DATOS PARA OBTENER UNA MUESTRA ALEATORIA DE 120 PACIENTES QUE HAYAN RECIBIDO EL FOLLETO
- TRABAJAR CON LA MUESTRA, REALIZANDO UNA ENCUESTA A LOS PACIENTES, PARA ELABORAR UN ESTUDIO CON DICHA MUESTRA. REALIZAR LA EVALUACIÓN TOTAL DEL PROYECTO
- LOS RESPONSABLES DEL PROYECTO SERÁN LOS TRES MIEMBROS DEL EQUIPO DE MEJORA

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

SE REALIZARÁ UN ESTUDIO ESTADÍSTICO COMPARATIVO CON UNA MUESTRA ALEATORIA DE PACIENTES QUE HAYAN RECIBIDO EL FOLLETO EDUCATIVO Y SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN TOTAL DEL PROYECTO. INDICADORES A UTILIZAR:

- 1.- PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE MUESTRAN SATISFECHOS CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA MEDIANTE EL FOLLETO O EL POSTER EDUCATIVO
- 2.-PORCENTAJE DE PACIENTES QUE HAN MODIFICADO ALGÚN FACTOR DE RIESGO GRACIAS AL FOLLETO O AL POSTER EDUCATIVOS

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 2006 Fecha de finalización: DICIEMBRE 2006

Calendario:

ENERO – DICIEMBRE 2006: CONTINUAR REPARTIENDO EL FOLLETO EDUCATIVO REALIZADO EN EL 2005 CON LA CONVOCATORIA ANTERIOR DEL PROGRAMA DE APOYO, A PACIENTES CON CARDIOPATIAS EN EL MOMENTO DEL ALTA.

ENERO – JUNIO: RECOPIAR DATOS PARA OBTENER UNA MUESTRA DE 120 PACIENTES.

SEPTIEMBRE – DICIEMBRE: TRABAJAR CON LA MUESTRA PARA ELABORAR ESTUDIO Y REALIZAR LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Valoración de la calidad de vida de los supervivientes a un ACV y su repercusión sobre el cuidador principal y consumo de recursos.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos J.M. Perez Trullén

Profesión Neurólogo Centro de trabajo Hosp. Royo Villanova

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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 existe una problemática familiar derivada de la situación extrahospitalaria de estos pacientes que conlleva un aumento de la demanda y del consumo de recursos sanitarios.

El ACV es la patología neurológica más frecuente después de la migraña, la primera causa neurológica de invalidez y la tercera en fallecimiento. En España se producen cada año 106000 nuevos casos (1 cada 6 min. y cada 15 min. un fallecimiento por ACV, 36560 muertos en España cada año, 1300 muertes en Aragón) de los que 7610 casos fueron atendidos hospitalariamente en Aragón (5.08% de las altas hospitalarias). Al año de sufrir un ACV el 28% ha fallecido, el 24% son dependientes y un 48% independientes. Un 3% acabará institucionalizado.

Pretendemos disminuir la repercusión de los ACV sobre el cuidador a partir del conocimiento y prevención de los problemas reales a nivel del entorno familiar que genera la atención de estos pacientes.

Desarrollaremos una Escala de repercusión sobre el cuidador principal que

valoraremos al alta, a los 3 meses y al año y correlacionaremos con los problemas asociados en cada momento y el consumo sanitario del periodo de análisis.

Nuestro objetivo en el análisis y detección del problema estará no sólo en detectar la situación real al alta de estos pacientes y como se modifica respecto al seguimiento a lo largo del año siguiente sino también cuales son las preocupaciones primarias del paciente y en que medida repercuten en la asistencia sanitaria al alta y en el desarrollo del síndrome del cuidador.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Facilitar el conocimiento de la repercusión real de este proceso en el entorno familiar.
- Disminuir o racionalizar el consumo de recursos sanitarios (fármacos y asistencia) por parte de estos pacientes.
- Proporcionar a familiares y pacientes una asistencia no sólo médica sino también social.
- Aminorar la repercusión sobre el cuidador, conociendo con mayor precisión los problemas que le preocupan para poder prevenirlos o incidir sobre ellos lo más precozmente posible.

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

Indicar % en cada línea, la valoración que corresponda al proyecto

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas.

La Calidad de Vida (CDV) representa el efecto neto de una enfermedad, de su tratamiento y seguimiento sobre la percepción que hace el enfermo en relación a las posibilidades de tener una vida útil y realizada. Es decir, es la percepción subjetiva e individualizada de bienestar por parte del propio sujeto con relación al impacto de la enfermedad sobre sí mismo y el entorno en las áreas psicofuncionales, psicológicas y sociales y que es reflejo en mayor medida del impacto de la enfermedad sobre el individuo más allá de la mera limitación de la participación en actividades o reinserción sociolaboral y que refleja el grado personal de satisfacción o insatisfacción en aspectos de la vida que son importantes para el propio individuo.

La evaluación y tratamiento de los pacientes con ACV es uno de los problemas más comunes de la asistencia médica neurológica pero no podemos olvidar su repercusión socio-familiar y especialmente sobre los cuidadores, auténticas víctimas o pacientes ocultos. Por ello, la política sanitaria en el tema del ACV debe contemplar el apoyo, la ayuda profesionalizada, la vigilancia, detección y la formación del cuidador en los aspectos concretos que le afectan y preocupan, con la finalidad de proteger y mantener su papel en estos procesos, a la vez que conseguimos, manteniendo al paciente en el seno familiar, aumentar la supervivencia de estos enfermos a la vez que mejora la calidad de la misma entre los que se encuentran con la familia frente a aquellos que están institucionalizados, disminuyendo el coste de la asistencia médica.

Por otro lado, las repercusiones del ACV van a influir no sólo a nivel de la CDV del paciente y sus AVD básicas e instrumentales sino que también van a influir sobre el cuidador principal facilitando la aparición del síndrome del cuidador. El ACV ocasiona un cambio de conducta y de hábitos tanto del paciente como en su entorno próximo que debe reorganizarse desde el primer momento. El conocimiento y repercusión del ACV sobre el cuidador suele pasar desapercibido al no existir a nivel médico una completa concienciación sobre el mismo, probablemente debido a la importancia y amplia dimensión del ACV en sí. Sin embargo, dentro del interés e importancia que tiene el ACV, no podemos olvidarnos de este aspecto muchas veces desconocido y olvidado como es el condicionamiento de esta enfermedad sobre denominadas víctimas o pacientes ocultos, la familia y en concreto el denominado cuidador. Además, el bienestar, la CDV, del paciente con ACV va a depender en gran medida del cuidador cuya salud y preparación debe ser siempre un objetivo en cualquier patología crónica y en concreto en esta que nos ocupa en este momento, el ACV.

La carga sobre las AVD ocasionada por los ACV y su repercusión directa sobre el cuidador principal no se ha documentado adecuadamente en la literatura científica y es un parámetro útil dado que evalúa la carga de la enfermedad y repercusión sociofamiliar a la vez que permite identificar tratamientos que optimicen la evolución de estos procesos.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Elaboración de Protocolo y Escalas que posteriormente se aplicarán a los pacientes y cuidadores. Listados de problemas y análisis temporal del consumo de recursos (ingresos, gasto farmacéutico, demanda de asistencia en atención primaria o especializada, etc.).

Realizaremos un análisis de la situación funcional, AVD y carga sobre cuidador al

alta, a los 3 meses y al año correlacionándolo con coste de asistencia sanitaria y problemas sociosanitarios asociados.

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: mayo-junio-06

Fecha de finalización: continuación por incorporación progresiva de pacientes

Calendario:

- Marzo-abril-06: elaboración de escalas y protocolos.
- Mayo-junio: incorporación de primeros pacientes.
- Revisión de pacientes a los 3 y 12 meses.
- Septiembre-07: resultados de los primeros pacientes integrados y análisis de los que se hayan incorporado de forma progresiva.

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>200 Euros para libros</u>	<u>200</u>
<u>300 Euros para material informático</u>	<u>300</u>
<u>200 Euros para material fotográfico y gráfico</u>	<u>200</u>
TOTAL	700E Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

1º.Hasta ahora la interconsulta era atendida por la totalidad de los psiquiatras de la planta de agudos según turno o incluso según grado de ocupación de ese día del profesional.

2º. El mayor desarrollo de este hospital lleva a un incremento en el numero de las interconsultas, que hace mas difícil el prestar un servicio de calidad y mantener el numero de visitas de seguimiento que cada caso necesita.

3º.La consulta se contesta en la misma hoja de solicitud en donde no hay oportunidad de apuntar visitas sucesivas, cambios de medicación u otro tipo de intervenciones (familiares, sociales, grupales).

4ºCada nueva consulta, incluso para el mismo paciente, requiere de una nueva hoja de colaboración.

5ºEl sistema de comunicación entre especialistas es deficiente y no queda reflejado de forma adecuada

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1º.Evitar la dispersión de la atención entre los distintos profesionales psiquiatras.

2º.Centrar la información al resto de los médicos al crear una unidad o grupo de referencia.

3º.Posibilitar que cada paciente reciba una atención con frecuencia suficiente a su estado de enfermedad.

4ºCrear un espacio intrahospitalario de consulta a través de Internet.

5º Incorporar al alta hospitalaria en la historia clínica informe psiquiátrico y, en caso necesario, las recomendaciones en un informe de alta al paciente

6º.Posibilidad de incorporacion de nuevas actividades (intervención quirurgica en obesidad)

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD		
Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD		
Líneas de intervención	<i>Ejemplo</i>	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	50%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	30%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	10%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- 1º. Establecer la recogida de información de forma sistematizada según modelo de historia medica psiquiátrica
- 2º. Establecer batería de pruebas a realizar con fines diagnósticos.
- 3º. Desarrollar programa informático que haga posible el uso de los datos recogidos para la investigación
- 4º Disponer de espacio físico independiente.
- 5º Mas adelante y según evolución de la unidad y de la demanda contemplar la posibilidad de contar con un enfermero/a.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Relación de solicitudes de colaboración en relación con el número de ingresos hospitalarios.
- Número medio de intervenciones por solicitud.
- Derivaciones a USM desde el ingreso en el hospital.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio:

Depende de cuando habiliten en el hospital un lugar físico para poner la unidad

Fecha de finalización:

Un año desde el inicio con posibilidad de extensión a dos

Calendario:

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El Accidente Cerebrovascular (ACV) o ictus representa la tercera causa de mortalidad en países industrializados y constituye el principal motivo de incapacidad neurológica en los países occidentales.

El ACV engloba todo un conjunto complejo y variado de signos y síntomas que tienen que ver con la pérdida del correcto funcionamiento cerebral.

Se suele instaurar de manera rápida y repentina, originando en el individuo una discapacidad funcional muy importante con carácter muy grave en las formas hemorrágicas.

El ACV puede asentarse en cualquier parte del sistema nervioso central pero tiene especial predilección por ciertas áreas como las irrigadas por la arteria cerebral media.

Tipos de ictus:

- ACV Isquémico:

El flujo sanguíneo, interrumpido de alguna manera se hace insuficiente y conduce a una situación de infarto cerebral localizado sobre un área determinada. Las Causas más frecuentes de un ACV isquémico:

- Obstrucción o taponamiento vascular por trombosis o embolia.
- La disminución del flujo sanguíneo sistémico.

- ACV Hemorrágico:

La lesión es debida a la extravasación del flujo sanguíneo hacia el parénquima cerebral o el espacio subaracnoideo:

- Hemorragia intracerebral
- Hemorragia subaracnoidea

5. - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- > Informar y asesorar a los familiares y pacientes sobre las técnicas de fisioterapia aplicadas a los síndromes motrices así como de las posibilidades funcionales del paciente para que ellos se involucren y puedan participar en la recuperación.
- > Mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
- > Complementar al tratamiento farmacológico.
- > Intentar disminuir la demanda asistencial debida a complicaciones motrices.
- > Aumentar la flexibilidad músculo-esquelética y así mejorar las reacciones posturales.
- > Conseguir la máxima capacidad funcional e independencia en las actividades de la vida diaria (AVD).
- > Mantener y mejorar la capacidad ventilatoria.
- > Prevenir los trastornos circulatorios provocados por la inmovilidad mantenida.
- > Disminuir las complicaciones motrices y prevenir las limitaciones articulares y retracciones tendinosas que podrían ocasionar deformidades permanentes.

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

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

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

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

Con esta beca queremos proporcionar a estos pacientes una explicación completa y asequible de las características del tratamiento fisioterapéutico a través de la elaboración de unos folletos sencillos dirigidos a los pacientes y sus familiares para, en un lenguaje claro y adecuado explicarles los diversos ejercicios y medidas a aplicar a estos pacientes desde el punto de vista de la fisioterapia.

El folleto deberá contener la siguiente información:

- EXPLICACIÓN TEÓRICA. Hace referencia a los conceptos básicos relacionados con el accidente cerebrovascular y las medidas de fisioterapia.
- DIBUJOS o FOTOGRAFÍAS. Expresión gráfica sencilla y de fácil comprensión de los principales procedimientos y técnicas en fisioterapia para los parkinsonismos.

9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- La capacidad funcional e independencia en las actividades de la vida diaria.
- La demanda asistencial.

10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La sustitución del modo de solicitud de analítica actual (envío de volante en papel) por la solicitud informática presentará diversas mejoras, entre las cuales:

- presentar en pantalla al solicitante información sobre la determinación (tipo de muestra, volumen, preparación del paciente, significado diagnóstico...) que ahora no puede aparecer en el volante.
- evitar trasladar la solicitud del papel al ordenador en el laboratorio. La petición puede pasar directamente a los aparatos. Con ello se ahorra tiempo y se evitan errores en el traslado.
- ahorro de papel, contribuyendo a conseguir el "Hospital sin papeles".

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Presentar al médico información, fácilmente accesible, sobre las determinaciones analíticas en el momento de cursar la solicitud.

Disminuir la carga de trabajo en la Secretaría del Laboratorio y evitar errores de transcripción.

Disminuir el consumo de papel.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	10
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	5
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	35
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1 – Averiguar disponibilidad y adecuación de terminales en consultas y despachos (en plantas ya es conocida).
- 2 – Crear, en la aplicación informática del laboratorio, accesos individuales para cada médico, con claves y contraseñas.
- 3 – Redactar documento conteniendo dicha clave y contraseña, así como unas breves instrucciones de uso.
- 4 – Entregar a cada médico su clave y contraseña así como las instrucciones. Comprobar con ellos el correcto funcionamiento de la aplicación y recoger justificante de entrega de documentación.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1 – Porcentaje de peticiones realizadas por ordenador tras poner en funcionamiento la solicitud informática.
- 2 – Encuesta de satisfacción sobre el uso de la nueva herramienta.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Primer trimestre de 2006 : Diseño de las plantillas necesarias, evaluando la posibilidad de crear plantillas específicas para especialidades.

Configuración de las mismas en el sistema informático del laboratorio, comprobando su correcto funcionamiento

Segundo trimestre de 2006 : probar la aplicación con un número reducido de usuarios para detectar posibles fallos, problemas ú oportunidades de mejora, recogiendo las sugerencias de los usuarios.

Tercer y cuarto trimestres de 2006 : ampliar progresivamente el uso a todos los médicos del Hospital.

Recoger indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Implantación de la norma UNE-EN ISO 15189:2003 como herramienta para mejorar la gestión de la calidad de la fase preanalítica en el laboratorio de bioquímica del Hospital Royo Villanova

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Juan José Puente Lanzarote

Profesión

Médico especialista en Bioquímica Clínica

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

Hospital Royo Villanova, laboratorio de Bioquímica

Correo electrónico:

jpuente@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976466910 ext 17333 ó 17331

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Ruiz Budría	Químico	Hospital Royo Villanova
M ^a Cruz Labarta Puértolas	Enfermera	Hospital Royo Villanova
Purificación González Macho	TEL	Hospital Royo Villanova
Ana Belén Aranda Jordán	TEL	Hospital Royo Villanova
Isabel Serra Bertrán	Auxiliar	Hospital Royo Villanova
Antonio Eizaguerri Bradineras	Informático	Hospital Royo Villanova

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

De las tres fases del proceso analítico, la preanalítica (desde que el clínico hace la solicitud hasta el comienzo de la fase analítica) acumula actualmente el mayor porcentaje de errores (80%) de todo el proceso.

De ahí deriva la necesidad de detectar e intentar corregir estos problemas.

En nuestro laboratorio se han hecho estudios parciales sobre la fase preanalítica, que han dado como resultado la introducción de diversas mejoras y el envío de dos comunicaciones a Congresos.

Creemos conveniente abordar la mejoría global de la preanalítica y, para ello, consideramos el mejor modelo la norma UNE-EN ISO 15189:2003, ya que es la vía elegida por el Servicio Aragonés de Salud para la acreditación de los laboratorios, como queda reflejado en el Contrato de Gestión de 2005.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conocer número y tipo de incidencias en fase preanalítica, agrupadas por las diferentes etapas de dicha fase.

Diseñar e implementar estrategias para disminuirlas o evitarlas.

Dar a conocer al personal encargado de la toma de muestras la existencia del Manual elaborado por el laboratorio.

Evitar retrasos en la llegada de muestras al laboratorio por el mal funcionamiento de los métodos de transporte de las mismas.

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

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

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

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	60
<i>TOTAL</i>	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se han distribuido los puntos a estudiar y mejorar en los siguientes grupos :

Control de incidencias preanalíticas

Diseñar un modelo de registro de incidencias en la recepción de muestras e implantar su uso.

Obtener un listado de incidencias agrupadas por etapas.

Averiguar las causas de las incidencias registradas.

Realizar propuestas para disminuirlas ó evitarlas y ponerlas en práctica, haciéndolas llegar al personal indicado.

Evaluar posteriormente la efectividad de las medidas de corrección introducidas.

Escribir y divulgar en el laboratorio los criterios de rechazo de muestras.

Manual de toma de muestras

Revisión del Manual del laboratorio, con actualización si es necesaria, y establecimiento de un calendario de revisiones periódicas.

Formación en la extracción

Diseñar un registro de incidencias en la toma de muestras en el que cada responsable de una toma pueda reflejar los problemas que encuentre.

Darlo a conocer e implantar su uso para que vayan quedando registradas las incidencias.

Revisión periódica del registro para detectar problemas a solucionar.

Organizar jornadas teórico – prácticas de formación por áreas con problemas específicos comunes (plantas, UCI, urgencias) en las que se repase la obtención correcta de muestras y se busquen posibles errores ó fallos a los que se propongan soluciones.

Transporte de muestras

Revisión de los métodos de transporte de muestras al laboratorio.

Averiguar si son causa de retrasos e introducir mejoras si se creen necesarias.

Evaluación posterior del efecto de los cambios introducidos.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Control de incidencias preanalíticas

Posibles indicadores de muestra : muestra no remitida, insuficiente, coagulada, bemolizada, con interferencias, sin etiquetado o con etiquetado defectuoso, en recipiente inadecuado.

Posibles indicadores de transporte : muestra derramada, contenedor estropeado

Manual de toma de muestras

Estudiar el grado de difusión y conocimiento del “Manual de toma de muestras”

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<p><u>Formación en toma de muestras</u> Evaluar su impacto</p> <p><u>Atención al usuario</u> Encuesta de satisfacción (espera y atención en zona de extracciones, información recibida...)</p>
--

<u>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</u>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
<p>Calendario:</p> <p><u>Segundo y tercer trimestres de 2006 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño del registro de incidencias. Implantación de su uso en laboratorio. • Revisión del Manual del Laboratorio y actualización, si es necesaria. • Revisión de los métodos de transporte de muestras • Formación en la extracción (primera jornada) <p><u>Cuarto trimestre de 2006 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoger indicadores de incidencias en la recepción de muestras • Formación en la extracción (segunda jornada) <p>Dada la amplitud del proyecto, podría ser necesario continuarlo en 2007.</p>	

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La fase postanalítica del proceso analítico se extiende desde la obtención del resultado en el laboratorio hasta que el resultado es conocido por el solicitante de la prueba. Este tiempo debe ser lo menor posible, eliminando todas las causas de retrasos, tanto dentro como fuera del laboratorio.

Dichas causa pueden ser muy variadas e incluir factores muy diversos como, a modo de ejemplo y sin pretender ser exhaustivos : falta de personal administrativo, problemas mecánicos en caso de envío de resultados en papel (tubo neumático), falta de contenedores, problemas con ordenadores en destino en caso de envío informático...

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Tanto en plantas como en consultas ó despachos médicos, que el personal indicado en cada caso conozca la aplicación informática para descarga de resultados y la maneje correctamente.

En laboratorio, establecer una hora de envío de resultados y cumplirla, siempre que se den las condiciones necesarias para ello.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	10
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	0
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	30
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	60
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se pretende actuar a tres niveles : plantas, consultas ó despachos médicos y laboratorio

1 - En plantas, organizar la formación de los usuarios en el manejo de la aplicación, pues se ha comprobado el mal uso. (Posible causas : olvido, rotación del personal...)

2 - En consultas y despachos médicos activar la posibilidad de consulta / impresión de resultados. Para ello es necesario:

2.1 – Crear, en la aplicación informática del laboratorio, accesos individuales para cada médico, con claves y contraseñas.

2.2 – Redactar documento conteniendo dicha clave y contraseña, unas breves instrucciones de uso y el recuerdo de la confidencialidad de la información a la que se accede.

2.3 – Entregar a cada médico su clave y contraseña así como las instrucciones. Comprobar con ellos el correcto funcionamiento de la aplicación y recoger justificante firmado de entrega de documentación y compromiso de confidencialidad.

3 – Establecer en el laboratorio una hora de envío de resultados diarios.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Comprobar, con la periodicidad que se determine, en el sistema informático del laboratorio que en destinos descargan correctamente los resultados diarios.

Comprobar, con la periodicidad que se determine, en el sistema informático del laboratorio que un día no quedan resultados por descargar del día anterior.

Realizar entre los usuarios una encuesta antes y después de la formación en el manejo de la aplicación

Controlar periódicamente el cumplimiento del horario establecido para el envío de resultados por el laboratorio.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Primer semestre de 2006 : Diseño de la formación a impartir en plantas. Hacer una primera ronda de formación.

Crear las claves y contraseñas para los médicos del Hospital, redactar el documento que incluya éstas, junto con instrucciones de manejo y compromiso de confidencialidad.

Establecer hora de envío de resultados y recoger indicadores.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<p><u>Segundo semestre de 2006</u> : Dar a conocer la aplicación a los médicos y puesta en funcionamiento en consultas/despachos. Recoger indicadores. Segunda ronda de formación en plantas. Recoger indicadores.</p>
--

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El cáncer colorrectal es una patología grave y con una incidencia en claro aumento, alcanzando el segundo puesto en cuanto a mortalidad por neoplasias se refiere. La existencia de evidencias científicas de su gran componente hereditario y edad dependiente, amén de la existencia de pruebas diagnósticas de gran rentabilidad, hacen necesario el desarrollo de programas de prevención y diagnóstico precoz.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

En el año 2005 se han diagnosticado un total de 62 cánceres Colorrectales en nuestro servicio, lo que supone un 7,45% de todas las colonoscopias realizadas (no se han podido realizar los cálculos de incidencia en el sector I, puesto que parte de los diagnósticos en nuestra población todavía se realizan en el sector II).

Partiendo de estos 62 diagnósticos se han emitido 171 recomendaciones de seguimiento a los familiares en riesgo de los pacientes índice. En este mismo periodo se han llevado a cabo 95 endoscopias de cribado, siendo 40 de ellas derivadas de nuestras recomendaciones; adherencia del 23,3% (Índice I). (el 11,4% de todas las exploraciones endoscópicas bajas).

En 26 se han encontrado lesiones polipoides premalignas (27,36% de todos los cribados), y un carcinoma colorrectal ya desarrollado.

Se han detectado 4 posible casos de Cáncer Colorrectal Hereditario No Polipósico, a los cuales se les ha iniciado un estudio genético (llevado a cabo en el laboratorio de digestivo del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Disminuir la incidencia de Cáncer Colorrectal.**
- 2.- Aumentar los casos de diagnóstico precoz.**
- 3.- Realizar consejo genético en los casos que proceda.**

Como objetivo general, alcanzar la excelencia en la atención en salud a los ciudadanos aragoneses.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Identificación de todos los enfermos con Cáncer Colorrectal en el Sector Zaragoza I, y de las familias con PAF o Síndrome de Lynch.**
- **Identificación de las personas con riesgo medio o alto de padecer cáncer colorrectal.**
- **Aconsejar a los usuarios en riesgo sobre las medidas preventivas y de diagnóstico precoz más eficaces en cada caso**

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Evaluar el grado de adhesión al programa. (Índice I: tanto por ciento de usuarios que se realizan las exploraciones recomendadas)**
- **Establecimiento del nivel de satisfacción de las personas incluidas en los programas.**
- **Comparación en cuanto a grados de adhesión con otros sectores sanitarios de Aragón. (Índice II)**
- **Comparación de tasas de incidencia y prevalencia de cáncer colorrectal con otros países.**

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: **1-10-2004**

Fecha de finalización: **sin fecha de finalización**

Calendario:

Una vez iniciado el programa, las intervenciones se realizan con la cadencia marcada por las evidencias científicas de las que se disponen en la actualidad, informando a cada usuario de los riesgos que tiene de padecer cáncer colorrectal y aconsejando sobre las exploraciones a llevar a cabo y de su periodicidad.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

SITUACIÓN DE PARTIDA: no existe contabilidad de costes

UTILIDAD DEL PROYECTO:

- Conocer el coste real por tipo de determinación
- Proporcionar datos económicos que faciliten la gestión interna en el laboratorio
- Disponer de una herramienta de gestión clínica

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Obtener los costes del laboratorio (costes directos e indirectos)
- Elaboración del catálogo de productos valorado económicamente
- Determinar las unidades relativas de valor de cada técnica
- Calcular el coste estándar del catálogo

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	5%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	5%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	5%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	85%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Definir la tipología de los costes a imputar
- Integración de los costes
- Elaborar y normalizar el catálogo de productos
- Calcular la tarifa real de las técnicas
- Determinar las unidades relativas de valor
- Obtención de costes estándares

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Actualmente los indicadores que miden la actividad de laboratorio son: el número de técnicas realizadas en un periodo determinado por tipo de técnica.

La obtención del precio por técnica en el Hospital Royo Villanova refleja cuánto nos cuesta producir un tipo de técnica en este hospital, diferente al que se pueda producir en otro laboratorio de la Comunidad Autónoma.

Una vez obtenidas las unidades relativas de valor en el Hospital sería preciso el conocer la ponderación de las técnicas en el resto de laboratorios del Salud, para llegar a un posible catálogo estándar a nivel del Salud.

Coste por técnica del laboratorio frente a tarifa aplicada por el Salud en la facturación a terceros, comparativa con otros hospitales...

% de coste de laboratorio a los servicios peticionarios (en una siguiente fase)

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

2º Trimestre 2006: Recopilación datos económicos y asistenciales, definición, cuantificación e integración de los costes

3º Trimestre 2006: Elaboración y normalización catálogo de productos, cálculo precio de las técnicas

4º Trimestre 2006: Obtención y determinación de unidades relativas de valor y de los costes estándares

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Nos lleva a trabajar de manera consensuada
 Nos permite establecer el marco teórico conceptual
 del proceso de esterilización.
 La situación de partida es precaria por la falta
 de protocolos validados.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Trabajar con calidad sabiendo que en cada fase
 del proceso de esterilización se está actuando
 de manera correcta.

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

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

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

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La elaboración de los protocolos de nos lleva a trabajar de una manera consensuada, asegurando de la calidad del trabajo realizado.

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

- Mayor seguridad en el trabajo
- Asegurar la esterilidad hasta su uso.

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 2006

Fecha de finalización: Enero 2007

Calendario:

- Formulación de protocolos
- Recolección de información
- Estudio y análisis de la información
- Elaboración del protocolo

