

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 1_2007

019_2007 "Revisión, actualización y mejora de los manuales de acogida de los profesionales del Centro, incluyendo nuevos canales informativos de información interna" del CS Actur Sur	Pág. 3 a 6
020_2007 "Información a la comunidad. Guía de usuario" del CS Actur Sur	Pág. 7 a 9
129_2007 "Información en barra de herramientas" del CS La Jota	Pág. 10 a 14
153_2007 "Mejora de la atención a las urgencias en el Centro de Salud, apoyados en un instrumento informático y un sistema interno de formación y control" del CS La Jota	Pág. 15 a 20
063_2007 "Atención psiquiátrica en un Centro Penitenciario. Hábitos mentales saludables en prisión. Promoción de la salud mental en un colectivo de reclusos" del C. Penitenciario de Zuera	Pág. 22 a 24
095_2007 "Elaboración de un Plan individual para la mejora de la gestión del dinero para personas con TMG, durante un programa de rehabilitación en una unidad de media estancia" de la Residencia Rey Ardid	Pág. 25 a 32
096_2007 "Programa de entrenamiento en la preparación y administración del tratamiento farmacológico, dirigido a pacientes con TMG que estén en un proceso de rehabilitación y reinserción social" de la Residencia Rey Ardid	Pág. 33 a 41
128_2007 "Actualización del Protocolo de actividades para el cribado del cáncer de cervix uterino" del CME Grande Covian	Pág. 42 a 47
130_2007 "Proyecto de calidad del Servicio de alimentación del H. Ntra S ^a de Gracia. Seguridad alimentaria, dietas terapéuticas y satisfacción del paciente"	Pág. 48 a 54
131_2007 "Acreditación según la Norma ISO 15189 (2003) de la técnica: Cribado oncológico en citología cervicovaginal" del H.Ntra. S ^a de Gracia	Pág. 55 a 58
132_2007 "Uso de pulseras identificativas para la correcta identificación del paciente en el proceso de hemotrasfusión" del H.Ntra. S ^a de Gracia	Pág. 59 a 62
154_2007 "Diseño y puesta en marcha de un proyecto de continuidad de cuidados en el Hospital Ntra S ^a de Gracia"	Pág. 63 a 67
155_2007 "Pacientes de consulta ambulatoria en U.S.M. con diagnóstico CIE-10(F32, F33, F 34 y F 38), a los que se les realiza seguimiento de la respuesta clínica y neuroendocrina en tratamiento con escitalopram" del H.Ntra. Sra. de Gracia	Pág. 68 a 71
156_2007 "Inventario de material histórico que contiene el Servicio de Farmacia del Hospital Ntra S ^a de Gracia de Zaragoza (colaboración del Hospital con el Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza)	Pág. 72 a 74
157_2007 "Mejora del control farmacoterapéutico de los pacientes de la Unidad de Salud Mental del Hospital Ntra S ^a de Gracia en tratamiento con risperidona inyectable"	Pág. 75 a 78
160_2007 "Revisión de las hojas de registro de valoración, prevención y tratamiento de úlceras por presión (UPP): Actualización de los protocolos de prevención y tratamiento de las UPP en la UCI del H. Ntra S ^a de Gracia"	Pág. 79 a 85
161_2007 "Revisión, normalización y actualización de la documentación clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ntra. S ^a de Gracia de Zaragoza"	Pág. 86 a 92
162_2007 "Mejora de la acogida e información a familiares: valoración de la necesidad de modificación de los horarios de visita en la Unidad de Cuidados Intensivos en la UCI del Hospital Ntra. S ^a de Gracia"	Pág. 93 a 100
163_2007 "Proyecto de optimización y gestión del instrumental quirúrgico. Trazabilidad" del H. Ntra. S ^a de Gracia	Pág. 104 a 106
246_2007 "Adecuación de la recogida de información del paciente de la Unidad de Trastornos de la personalidad" del H. Ntra S ^a de Gracia	Pág. 107 a 111

012_2007 "Implantación y puesta en marcha de una consulta de alta resolución de trastornos funcionales digestivos (enfermedad por reflujo gastroesofágico y dispepsia) en el área asistencial del Hospital Royo Villanova. Sector Zaragoza I"	Pág. 112 a 115
124_2007 "Préstamo de historias con lector de código de barras" del C.M.E. Grande Covian	Pág. 116 a 119
133_2007 "Captación de cuidadores principales para adiestramiento en cuidados por medio de talleres de formación" del H. Royo Villanova	Pág. 120 a 124
145_2007 "Elaboración de un documento, orientado a pacientes y cuidadores sobre tratamientos no farmacológicos en la esclerosis múltiple con especial incidencia sobre la fisioterapia ambulatoria la prevención de complicaciones motrices" del H. Royo Villanova	Pág. 125 a 128
215_2007 "Elaboración del catálogo de instrumentales (Elaboración de protocolos de la Central de esterilización" del H. Royo Villanova	Pág. 129 a 132
216_2007 "Implementación en el Sector Zaragoza I del Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal en Aragón y Desarrollo de una Guía Práctica Clínica "Prevención del Cáncer Colorrectal" del H. Royo Villanova	Pág. 133 a 137
217_2007 "Creación y actualización de Protocolos Quirúrgicos en las Especialidades de Traumatología y Urología del Hospital Royo Villanova de Zaragoza"	Pág. 138 a 141
218_2007 "Creación y actualización de protocolos quirúrgicos en las especialidades de oftalmología y cirugía general del Hospital Royo Villanova de Zaragoza"	Pág. 142 a 145
219_2007 "Carteles informativos" del H. Royo Villanova	Pág. 146 a 149
247_2007 "Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental. Sector Zaragoza I (Act-26-2006)" del H. Royo Villanova	Pág. 150 a 153

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...

- Tras detectar de forma reiterada, dudas por parte de profesionales del centro, sobre programas y protocolos que funcionan actualmente, se plantea por parte del equipo de calidad tanto la revisión, actualización de los mismos así como la puesta en marcha de nuevos canales internos de información.
- Causas:
 - . Nuevos profesionales en todas las categorías del centro (traslados, OPE, sustituciones, etc)
 - . Constantes introducciones de nuevos protocolos y programas dentro de la actividad del centro.
 - . Elevado número de consultas y profesionales con gran carga asistencial.

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

- Mejora de la información y utilización de los servicios y recursos por parte de los profesionales del centro, para optimizar la asistencia a los usuarios.

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

Lineas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	40
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%	40
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	10
TOTAL	100%	100%

8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1-Revisión, actualización y mejora de los manuales de acogida, incidiendo en los siguientes puntos:

- Protocolo Lumbalgias
- Circuito I.T.
- C.A.R. (consultas alta resolución)
- Fadema
- Circuito recetas Largo Tratamiento

2-Trabajo con el equipo para dar a conocer dichos cambios

3-Puesta en marcha de nuevos canales de información interna, mediante la creación de un fichero interno informatizado, para el acceso rápido y cómodo a dichos cambios.

4-La responsabilidad de esta información y la introducción de los cambios correrá a cargo de los miembros del equipo de calidad.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Listado y reparto de fotocopias a todos los profesionales y servicios del centro de la relación de los nuevos protocolos y programas que se han puesto en marcha durante el último año.
- Reunión informativa de Equipo para la exposición y explicación de dichos protocolos y canales internos de información.

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/2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Caleandario:

- Primera quincena de Febrero, listado y reparto de fotocopias.
- Primera quincena de Marzo, puesta en marcha del canal interno informático de información.
- Primera quincena de Abril, reunión informativa equipo.

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...

- Mejora de la accesibilidad de los pacientes a las consultas 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.

- Con el presupuesto del proyecto del año 2006, pudimos poner lamas y carteles informativos con los nombres de los profesionales en las consultas de la 1ª planta.
- Por lo tanto solicitamos ampliación del presupuesto para completar de rotular las consultas que no pudieron hacerse, en concreto las plantas 2ª y Baja.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conseguir que en todas las plantas del centro haya paneles informativos con los nombres de los profesionales y los números de las consultas.

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

Lineas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		40
<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>		20
	TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>INFORMACION EN BARRA DE HERRAMIENTAS</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos CASILLAS FERRANDIZ, LUIS ALONSO LOPEZ, CRISTINA</p> <p>Profesión JEFE GRUPO ADMISIÓN MEDICO FAMILIA EAP LA JOTA</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD LA JOTA</p> <p>Correo electrónico: 05radm@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976474210</p>

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CAROLINA MENDI METOLA	M.FAMILIA	C.S. LA JOTA
TERESA BIBIAN	ENFERME RA	C.S. LA JOTA
LOURDES ENCISO	M.FAMILIA	C.S. LA JOTA
JOSE ANTONIO MERINO	M.FAMILIA	C.S. LA JOTA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En origen

Se inicia este proyecto como una inquietud del equipo de admisión por tener la información habitual, en un formato completo de acceso rápido, sencillo y adecuado al estilo de trabajo del servicio de admisión. En los sistemas de información actuales como el OMI (mensajería interna o biblioteca) o una posible intranet no se recogen las expectativas que necesita el personal de admisión, ya que requeríamos también información interna del centro y de acceso más rápido.

Por todo ello decidimos, aprovechando las nuevas tecnologías, recoger toda la información que teníamos y las que nos proporciona la dirección, informatizarla y distribuirla en carpetas según su contenido. El siguiente paso consistirá en hacerla disponible a todo el equipo (en todos los ordenadores de admisión) de forma ágil. Por ello decidimos ponerla en la red a modo de barra de herramientas. (*explicamos su desarrollo en anexo que adjuntamos*)

Las carpetas creadas fueron:

- procesos administrativos (acogida, citaciones, its, recetas, archivos, cargos terceros etc)
- información usuario (información demandada por los usuarios)
- teléfonos (de atención primaria, hospitales, centros de salud etc)
- formularios y registros (formularios utilizados en salud y registro de historias, permisos etc)
- otros (para información de temporal ej: en vacaciones como quedan las agendas o quien sustituye etc.)

Posteriormente

Ante la demanda del resto del equipo, facilitaremos y ampliaremos la información a todo el personal del EAP que disponga de ordenador. Al incorporarse otros estamentos se modificarán las carpetas y reconvertimos alguna,:

- procesos administrativos y administración (acogida, citaciones, its, recetas, archivos, cargos terceros etc, formularios y registro)
- información usuario (información demandada por los usuarios)
- información sanitaria (educación sanitaria, dietas, programas de salud, protocolos etc)
- teléfonos
- coordinación en esta carpeta intentamos colgar información que fuera de interés para todos los estamentos, así como información relativa a la coordinación: biblioteca(normativas, legislación, manuales, programas de salud etc), formación, procedimientos generales del centro, calendario de reuniones, información dirección (contrato programa, resultados autoevaluación etc)
- temporal (para información temporal ej: en vacaciones como quedan las agendas o quien sustituye etc.)

Para que se pueda apreciar mejor el sistema adjuntamos el anexo I con imágenes de los que vendría a ser la barra de herramientas y la información recogida.

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

Desarrollar una aplicación informática que ordene los recursos disponibles en soporte digital del centro y facilitar su accesibilidad a todo el personal del EAP implicado en el manejo de sistemas de Información, con el objeto de mejorar la comunicación interna. En estos momentos y por encuestas informales realizadas en el Centro TODOS los miembros del Equipo con acceso a los ordenadores la utiliza en mayor o menor medida.

Nuestra intención es que sea una herramienta de uso común que nos ayude en nuestra labor diaria, en la información que se pueda dar al usuario y en la comunicación interna de los profesionales del Centro.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	40
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación de una comisión de seguimiento del Proyecto: Habrá tres responsables (médic@, enfermer@, administrativ@) que decidirán que información se introduce y cómo, así como la información que se quita (se deja en carpeta de archivo, que aunque no visible, permanece).
- Con la instalación, en breves fechas, de nuevos ordenadores y con sistema operativo más nuevos, se podrá mejorar la presencia y calidad de la información.
- Creación de un protocolo de Comunicación para notificar todos los cambios existentes (mensajería OMI, tablón anuncios)
- Creación de un protocolo de acogida para facilitar su manejo a todo el personal.
- Poner en conocimiento de la Dirección su existencia para envío de información por medios informáticos

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación la realizaremos mediante encuesta a los miembros del equipo en la que hagan constar:

- si utilizan la barra de herramientas (mucho, bastante, poco, nada)
- qué es lo que más utilizan

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
 Mejora de la atención a las Urgencias en un Centro de salud , apoyados en un Instrumento Informático y un sistema interno de Formación y Control



2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Nombre y apellidos
 Lourdes Enciso Ciriano : Medico de Familia
 Isabel Casañal: Auxiliar de Clínica

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
 Centro de Salud "LA Jota"

Correo electrónico:cmendi@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
 976474210/976475809

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Luis Casillas Ferrandiz	Jefe de Equipo	C.S. La Jota
Cristina Alonso López	Medico	C.S. La Jota
Jose Antonio Merino Montesa	Medico	C.S. La Jota
Carolina Mendi Metola	Medico	C.S. La Jota
Cristina Alvarez	Enfermera	C.S. La Jota

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la atención a las Urgencias en un Centro de salud , apoyados en un Instrumento Informático y un sistema interno de Formación y Control

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Lourdes Enciso Ciriano : Medico de Familia

Isabel Casañal: Auxiliar de Clínica

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

Centro de Salud "LA Jota"

Correo electrónico:cmendi@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976474210/976475809

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Luis Casillas Ferrandiz	Jefe de Equipo	C.S. La Jota
Cristina Alonso López	Medico	C.S. La Jota
Jose Antonio Merino Montesa	Medico	C.S. La Jota
Carolina Mendi Metola	Medico	C.S. La Jota
Cristina Alvarez	Enfermera	C.S. La Jota

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Se ha detectado una creciente demanda de atención médica urgente, y aunque la mayoría de las veces se trata de urgencias banales, la necesidad de disminuir el tiempo de respuesta ante una Urgencia es básico en el resultado final.

Todos los miembros del equipo deberíamos estar minimamente capacitados para atender una urgencia en el centro. A veces desconocemos el material del que disponemos, su funcionamiento, o no lo encontramos, lo que unido a que las situaciones de urgencia conllevan una importante carga emocional, hace que en ocasiones se olviden pasos fundamentales.

Se identificó como proyecto de mejora en primer lugar, la Supervisión y Organización de la Sala de Urgencias, de manera que cualquier trabajador pudiera acceder y reconocer el material disponible y así colaborar con la atención urgente.

En segundo lugar unificar la práctica clínica mediante la elaboración de Guías de buena práctica.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1-Que haya un EQUIPO formado por un médico , un ATS y un auxiliar de clínica , que será el responsable del mantenimiento de la Sala de Urgencias:

- Control de caducidades mensual,
- Supervisión de equipamiento(carro de paradas, desfibrilador , oxigenoterapia, aspirador),material y vitrina de fármacos anualmente .

2-Disponer de GUÍA DE URGENCIAS , con soporte visual informático , que permita que permita una pauta clara de actuación desde cualquier consulta del centro de salud .En ella incluiremos:

- Algoritmos de actuación: Parada Cardiorrespiratoria, Infarto Agudo de Miocardio, Reacciones Alérgicas e Intoxicaciones.
- Manejo de Fármacos: dosis, indicaciones, precauciones...
- Contenido y disposición del carro de paradas.
- Listado de teléfonos útiles en Urgencias .

3-Garantizar la existencia de un circuito de autoformación-reciclaje anualmente , para el 95% de los trabajadores, donde se den a conocer nuevas recomendaciones, si las hubiere, y donde se recuerde el funcionamiento del equipamiento básico de urgencias : Carro de paradas , desfibrilador, oxígeno , aspirador y vitrina de fármacos .

4-Instaurar un sistema de monitorización de las actividades previstas cada dos años..

5-Implicar al personal de refuerzo y sustitutos.

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%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1-Mantener un Carro de Paradas accesible y habilitado para responder ante una Urgencia, así como Maletín de Fármacos y Maletín de Curas /Goteros listos para atender urgencias en domicilio.

Revisar periódicamente equipamiento, material y vitrina de fármacos.

2-Elaborar Guías de Actuación Práctica en Urgencias, basadas en la evidencia clínica y adaptadas a nuestras posibilidades.

3-Elaborar una Guía de Terapia Farmacológica con los fármacos disponibles en nuestro botiquín de urgencias donde conste presentación, posología, indicaciones y efectos adversos.

4-Asegurar el acceso rápido a la Guía mediante soporte informático adecuado.

5-Creación de Hojas de Registro para control de caducidades del carro, ambos maletines, vitrina fármacos, que también nos ayudaran a revisar y supervisar el material.

6-Sesión inicial informativa a todos los trabajadores del Centro sobre el circuito asistencial establecido. Taller formativo por estamentos, para dar a conocer el equipamiento de la sala de urgencias, así como la Guía.

7-Sesiones de recuerdo anuales para todos los miembros del equipo.

8-Monitorización bianual de las actividades previstas.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1-Cumplimentación de hojas de registro de caducidades de Carro, Maletines y Vitrina de fármacos, mensualmente en el 100% de las veces.

2- Cumplimentación de la revisión anual de todo el material de urgencias en el 100%.

3-Número de trabajadores que acuden a sesiones Formativas /Informativas en el 90%.

4-Encuesta de opinión a todos los trabajadores del centro, para conocer su punto de vista sobre si estas medidas han sido de utilidad en su practica habitual y solicitar sugerencias para mejorar la atención a las urgencias en el Centro de Salud.

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:

Fecha de inicio: Junio de 2006.

No se considera fecha de finalización

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO.
HABITOS MENTALES SALUDABLES EN PRISION - PROMOCIÓN DE LA SALUD
MENTAL EN UN COLECTIVO DE RECLUSOS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos JOSE MANUEL ARROYO COBO

Profesión

MEDICO TITULAR DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

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

Servicio Médico del Centro Penitenciario de Zuera (Zaragoza)

Correo electrónico:

jmarroyo@nacom.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976698400 ext 513

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Duato Duran	Enfermera	CP Zuera
Isabel Escartín Duaso	Enfermera	Pastoral Penitenciaria
Alberto Esteban Vicente	Medico	CP Zuera
Elena Garcés Pina	Enfermera	CP Zuera
José María Civeira Murillo	Psiquiatra	H Miguel Servet
Eduardo Ortega Alvarez	Psiquiatra	C S Reboleteria Zaragoza
Alfoso Perez Pozas	Psiquiatra	C S Delicias 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...

El análisis de la realidad y la detección de necesidades, es un paso previo básico antes de poner en marcha actuaciones promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales. Si cabe es más importante en un medio como la prisión, en el que están presentes una serie de creencias y representaciones sociales específicas en relación con la salud y la 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

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

2006- Se estudia la patología más prevalente entre los internos ingresados en el Módulo de Enfermería, como exponente de la patología más grave que debe atenderse en el centro.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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- Actuaciones en promoción de la salud en materia de prevención de enfermedades mentales, en base a las necesidades percibidas por los internos.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	50%
<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

Se trabajará con grupos de 20 internos, en sesiones de 60 minutos semanales. En una primera parte de la sesión que durará 30' recibirán formación por parte de un especialista en la materia elegida. Hay previstas un total de 16 sesiones a lo largo de todo el año, sobre diferentes temas que sugieren riesgo de enfermedad mental en prisión. La segunda parte de estas sesiones recogerá las reacciones y comentarios de los asistentes en un **espacio interactivo** que, previa información y conformidad de los protagonistas, será grabado con el objetivo de elaborar un documento audiovisual que servirá como **instrumento de trabajo en sesiones posteriores**.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- a) Indicadores de impacto sobre la población diana
 - 1- número de asistentes a todas las sesiones
 - 2- cuestionario anónimo de satisfacción después de cada sesión
- b) Indicador de adecuación del proceso a los objetivos
 - 1- recopilación de material que permita construir un documento audiovisual de promoción de la salud mental en prisión

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: 16 Enero 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Caleandario:

Enero 2007

Se fijan las prioridades de actuación y estrategias para comenzar a actuar.

Se dispone ya de información que procede de las actividades de otros años, y de trabajos realizados por otros autores.

Enero a Octubre del 2007 se realizarán las actuaciones

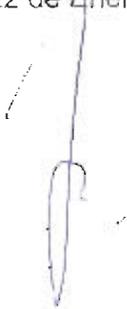
Noviembre y Diciembre de 2007 se elaborará el documento audiovisual de promoción de la salud mental en prisiones

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material de oficina</u> <u>CARTUCHOS DE IMPRESORA</u>	<u>50€</u>
<u>OTRO MATERIAL INFORMATICO (cd)</u>	<u>50€</u>
<u>LIBROS</u>	<u>100€</u>
TOTAL	200 €

Fecha y firma:

22 de Enero de 2007



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN PLAN INDIVIDUAL PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DEL DINERO PARA PERSONAS CON TMG. DURANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

SUSANA GIMÉNEZ ASCASO

Profesión

TRABAJADORA SOCIAL

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

RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID

Correo electrónico:

tsocial.rjuslibol@reyardid.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 731 000

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Esther Samaniego	Directora de Enfermería	Residencia Profesor Rey Ardid
Dr. Ramón Nadal Queralt	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Dra. M ^a Victoria Escolar	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Dr. Francisco Javier Galindo	Médico-Terapeuta	Residencia Profesor Rey Ardid
Elisa Escolano	Psicóloga	Residencia Profesor Rey Ardid

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

Yoanna Kirilova	DUE	Residencia Profesor Rey Ardid
Tomás López	DUE	Residencia Profesor Rey Ardid.
Begoña Muñoz	DUE	Residencia Prfesor Rey Ardid
Pilar Rived	Auxiliar	Residencia Rey Ardid
Avelina Cotaina	Auxiliar	Residencia Rey Ardid
José María Oliver	Terapeuta Ocupacional	Residencia Rey Ardid
Concepción Bordonada	Auxiliar administrativo	Residencia 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 necesidad de elaborar un plan individualizado de gestión del dinero para pacientes con Trastorno Mental Grave durante un proceso de rehabilitación y reinserción en la comunidad nos ha llevado al diseño de un plan:

- 1) Los problemas detectados al ingreso del paciente:
 - Existencia de conflictos entre familia y paciente en la creación de pautas de administración del dinero.
 - Valoración según Escala de Cronicidad al ingreso, Item 1B2 que mide el **grado de independencia económica, obtención y manejo de su dinero proveniente del trabajo o rentas** y la Escala Honnos. Item 10 que mide **problemas con las actividades cotidianas**. De obligada cumplimentación según exigencia de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los Pacientes en los Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón (Orden 20 de Abril de 2005), cumplimentada por el Equipo de Salud Mental derivante.
- 2) Al ingreso de los pacientes se detectan graves dificultades para establecer entre usuarios y familia un plan de gasto diario (no existe una pauta previa de administración de dinero que relacione ingresos económicos y gastos apropiados). Por parte de los pacientes el dinero adquirido (a través de su familia o de otro modo) es gastado de modo rápido para cubrir necesidades inmediatas (café y tabaco) con dificultad para valorar las consecuencias de no adecuar recursos a necesidades. Esta situación produce alteraciones en la dinámica familiar, conflictos continuos (de difícil solución si no hay una mediación profesional) y dificultad en la consecución de objetivos marcados en el PIRR al alta. Según el Informe Especial al Parlamento sobre la situación de la salud mental en Navarra del Defensor del pueblo de la Comunidad Foral de Navarra del año 2003 el 30,1 % de las personas con problemas de salud mental necesitan apoyo de la familia para la administración del dinero.
- 3) Al inicio del proceso de ingreso hay un acuerdo entre familia, equipo y paciente para pactar una cantidad de dinero y un modo inicial de administrar. Durante el proceso de rehabilitación se va adecuando este plan de manejo del dinero a la situación real del paciente (ingresos, gastos según situación al alta);estableciendo un plan de cobro y revisión/ adecuación continua del plan en las Tutorías (revisión interdisciplinar realizada de forma programada trimestralmente del Plan Individualizado de Rehabilitación y Reinserción).

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

- Abordaje y resolución de problemas planteados por el paciente derivados de un inadecuado manejo del dinero (fomentando criterios personales de motivación al cambio).
- Abordaje y resolución de problemas planteados por la familia derivados de un inadecuado manejo del dinero (basado en establecer acuerdos).
- Elaboración de un plan por objetivos: Uso razonable del valor del dinero con criterios de realidad basados en recursos económicos versus necesidades; dotar de un valor real al dinero, adecuando en cada momento el plan de gestión del dinero a la realidad cotidiana (por ejemplo necesidad de hacer frente a un gasto no previsto). Integración del Plan de administración del dinero en el PIRR para revisarlo de forma sistemática.
- Generalización del Plan: Mantenimiento al alta de los objetivos conseguidos.
- Medir al alta cambios en la Escala de Cronicidad.
- Elaboración de un listado de pacientes que al ingreso plantean o se ha iniciado un Procedimiento de Incapacitación Legal. Recogida de datos relacionando problemas en administración del dinero en incapacitaciones (totales y parciales).

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%	45%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	5%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	30%

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)</i>	
---------	---	--

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	20%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Evaluación de dificultades en este área y cómo afecta al ambiente familiar y Escala de Cronicidad (equipo derivante , psiquiatra y trabajo social).
- Planes Individuales de administración del dinero que vayan avanzando hacia la autonomía (trabajo social, enfermería y administración)
- Sistematización de elaboración de planes individualizados del manejo del dinero (equipo terapéutico interdisciplinar del paciente) tratados en Tutorías.
- El equipo interdisciplinar a través del Departamento de Trabajo Social realizará la evaluación periódica (en tutorías) y continua de mejoras en este área (evaluación mediante la escala de cronicidad).
- implicación adecuada de la familia y creación de pautas
- participación del paciente en el proceso
- Búsqueda de otras alternativas (ocupacionales, residenciales, terapéuticas, de ocio, comunitarias) dada la precariedad de su situación económica (Pensiones Mínimas No Contributivas de 301€)

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Evaluar grado de autonomía económica antes y después del proceso de rehabilitación (Escala de Cronicidad): Número de personas ingresadas que al alta presentan mayor nivel de autonomía en el Item 1B2 de la Escala de Cronicidad. Item Escala Honnos Item 10.
- Número de pacientes que al ingreso tienen necesidad de intervención profesional para la elaboración de un plan de administración de dinero en relación con el número total de pacientes.
- Número de familias que al ingreso plantean posibilidad de incapacitación legal promovida por aspectos de mal manejo económico, divididos por número total de pacientes.
- Número de familias que al alta plantean posibilidad de incapacitación legal promovida por aspectos de mal manejo económico, divididos por número total de pacientes.
- Número de personas que necesitan ingresos extras a sus pensiones/prestaciones.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Febrero 2007

Fecha de finalización: 1 de Febrero 2008

Calendario:

Desde el 1 de Febrero de 2007 al 1 de Febrero de 2008 vamos a realizar una recogida de datos de pacientes de la siguiente forma:

- 1) Incorporación cada mes de nuevos pacientes ingresados y de sus correspondientes planes iniciales de dinero.
- 2) Actualización mensual de cambios del plan inicial hacia el plan definitivo según revisión en tutorías.
- 3) Calendario de Outlook Express semanal: disponemos de una programación sistemática de frecuencia semanal para revisar el PIRR (Plan individualizado de rehabilitación y de reinserción), esta programación nos permite adecuar semanalmente los avances en la administración del dinero a los objetivos del PIRR.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO, DIRIGIDO A PACIENTES CON TMG QUE ESTÉN EN UN PROCESO DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ESTHER SAMANIEGO DIAZ DE CORCUERA

Profesión

DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA

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

RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID

Correo electrónico:

rjuslibol@reyardid.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 731 000

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Ramón Nadal Queralt	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Dra. M ^a Victoria Escolar	Psiquiatra	Residencia Profesor Rey Ardid
Dr. Francisco Javier Galindo	Médico-Terapeuta	Residencia Profesor Rey Ardid
Elisa Escolano	Psicóloga	Residencia Profesor Rey Ardid
Yoanna Kirilova	DUE	Residencia Profesor Rey Ardid

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

Tomás López	DUE	Residencia Profesor Rey Ardid.
Begoña Muñoz	DUE	Residencia Profesor Rey Ardid
Susana Giménez Ascaso	Trabajador a Social	Residencia Profesor Rey Ardid
Pilar Rived	Auxiliar	Residencia Rey Ardid
Avelina Cotaina	Auxiliar	Residencia Rey Ardid
José María Oliver	Terapeuta Ocupacional	Residencia Rey Ardid
Concepción Bordonada	Auxiliar administrativo	Residencia 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...

En nuestra trayectoria profesional hemos planteado la evolución de una rehabilitación psicosocial teórica, hacia una rehabilitación más práctica y adaptada a la vida cotidiana de nuestros pacientes.

Existen evidencias estadísticas que muestran cómo el 50% de pacientes con esquizofrenia sufren recaídas en el plazo de un año desde su último ingreso, y que estas recaídas están relacionadas -entre otros factores- con el abandono del tratamiento.

Hemos desarrollado -durante 15 años de experiencia en rehabilitación en salud mental- grupos de Psicoeducación, que daban soporte terapéutico y emocional a nuestros familiares y usuarios. Estos grupos también dan mayor credibilidad a los miembros participantes, por encima -incluso- de la de los profesionales, y fomentan la creación de objetivos destinados a mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Ahora queremos desarrollar una medida psicoeducativa adicional, basada en la puesta en marcha de un programa donde cada usuario - que cumpla con los criterios de T.M.G y que sea susceptible de un plan de rehabilitación y reinserción- prepare cada día su propio tratamiento psicofarmacológico, durante su ingreso en la U.M.E. Rey Ardid.

Tenemos experiencia sobre cómo los programas de psicoeducación grupal aportan información sobre la enfermedad a familiares y usuarios; cómo mejoran el cumplimiento del tratamiento, reduciendo -de esta manera- índices de recaídas; cómo tienen un impacto positivo en la vida cotidiana del usuario, y cómo reducen cargas asistenciales y sociales. Se trata de trasladar estos resultados y añadir otros a través de la puesta en marcha de un programa que permita a cada usuario preparar su propio tratamiento psicofarmacológico, como parte de una rutina cotidiana. El paciente estará apoyado por un equipo multidisciplinar que le acompañará en la continua búsqueda del mayor nivel de autonomía en dicho proceso, y le permitirá adquirir o mejorar habilidades para que resuelva dudas, inquietudes y problemas que surjan diariamente.

Además recogemos una valoración según Escala de Cronicidad al ingreso, Item 1D2 que mide **responsabilidad ante el tratamiento**. De obligada cumplimentación según exigencia de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los Pacientes en los Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón (Orden 20 de Abril de 2005), cumplimentada por el Equipo de Salud Mental derivante. Dicho ítem ha de ser evaluado de nuevo al alta del paciente midiendo cambios correspondientes a nuestra intervención en el PIRR.

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

Medición de criterios (cuantitativa y cualitativamente): adherencia al tratamiento, aptitudes, actitudes, y habilidades en la preparación diaria del tratamiento, para mejorar -en suma- la conciencia de enfermedad.

Detección de problemas y aplicación metodológica en su resolución, para mejorar capacitación y autonomía propios (el TMG incluye enfermedades de larga evolución y tratamiento); para mejorar calidad de vida y disminuir el deterioro psicoorgánico; para controlar errores en la administración y preparación de tratamiento diario, mejorando así, la relación terapéutica con su Unidad correspondiente de Salud Mental.

Generalizar pautas adquiridas durante el tiempo de entrenamiento en dicho programa; desde su ingreso incorporará dichas pautas relacionadas con la preparación diaria de su tratamiento, para que pasen a ser una actividad más de su vida cotidiana.

Coordinación interdisciplinar interna y externa que haga viable la puesta en marcha de dicho programa: Administración y recursos comunitarios (Centro de Salud, farmacia, servicio de inspección del salud, etc...).

Evaluación anual y análisis de los datos recogidos. Nos permitirá adecuar programas y actividades orientadas a la resolución de problemas reales y cotidianos de la vida del paciente. A su vez nos facilitará adecuar la actividad asistencial a las necesidades de nuestros pacientes, a través de grupos de mejora donde los pacientes deben ser el centro de nuestras intervenciones profesionales.

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%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	25%
<i>TOTAL</i>	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El seguimiento diario -derivado del programa individualizado de preparación del tratamiento psicofarmacológico- permitirá monitorizar el funcionamiento global del grupo de usuarios con TMG incluidos en él.

Disponemos de una escala de evaluación que mide las dificultades en esta área al ingreso: I.D.2.: Responsabilidad ante el tratamiento (Escala de Cronicidad evaluada por el equipo derivante, psiquiatra y trabajo social).

PROCEDIMIENTO: cada día grupos de 5 pacientes -supervisados por un enfermero o un monitor- prepararan su tratamiento. Previamente hay un documento que recoge de manera actualizada el tratamiento psicofarmacológico de cada uno y las correspondientes medicaciones. Se le enseñará al paciente a planificar la previsión de medicaciones necesarias para un mes, siguiendo estándares de atención primaria. Además reproduciremos -en lo posible- el procedimiento administrativo que se sigue para proveerse de medicación a través de los Centros de Salud y de la atención especializada.

Se atenderá al paciente de manera individualizada desde un abordaje interdisciplinar; y toda dificultad referida será derivada al profesional responsable de cada intervención psicoterapéutica.

El profesional referente interdisciplinar que corresponda se evaluará este procedimiento con cada paciente de manera individualizada. Cada paciente tendrá que lograr el máximo nivel de conciencia, responsabilidad y autonomía que sea posible, e incluso será responsable de adquirir en farmacia la medicación correspondiente (normalmente el paciente es suplido por su familia y por los profesionales que le atienden).

Evaluación de dificultades en este área y cómo afecta al ambiente familiar y Escala de Cronicidad (equipo derivante, psiquiatra y trabajo social).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

reinserción), esta programación nos permite adecuar semanalmente los avances en la administración la medicación a los objetivos individuales del PIRR.

-Número de pacientes que antes de su ingreso en la UME Rey Ardid seguían un plan de preparación de su tratamiento diario

Número de pacientes que antes de su ingreso en la UME Rey A seguían un plan adecuado en la preparación de su tratamiento diario

-Evaluar grado de responsabilidad ante el tratamiento, conciencia de enfermedad y respuesta al tratamiento farmacológico antes y después del proceso de rehabilitación (Escala de Cronicidad): Número de personas ingresadas que al alta presentan mayor nivel de autonomía en el Item 1D2 de la Escala de Cronicidad: Responsabilidad ante el tratamiento.

-Actitud positiva colaboradora ante la propuesta del programa; voluntariedad en la suscripción al mismo.

-Listado de problemas o dificultades relacionadas con el procedimiento de la preparación diaria del tratamiento

-Listado de problemas o dificultades relacionadas relacionados con su conciencia de enfermedad.

-Número de abandonos del programa antes de su alta durante un año.

-Número de errores detectados en la preparación diaria del tratamiento.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Febrero 2007

Fecha de finalización: 1 de Febrero 2008

Calendario:

A través de un grupo de mejora multidisciplinar evaluaremos con periodicidad semanal las dificultades y opciones de mejora para un mejor funcionamiento del programa de preparación diaria de tratamiento:

Calendario de Outlook Express semanal: disponemos de una programación sistemática de frecuencia semanal para revisar el PIRR (Plan individualizado de rehabilitación y de

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TITULO</p> <p>"Actualización del Protocolo de Actividades para el Cribado del Cáncer de Cérvix Uterino "</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Consuelo Casallo Mantecón</p> <p>Profesión Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital de Nª Sª de Gracia y Centro de Especialidades Grande Covian</p> <p>Correo electrónico: Ginehpz@aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 440022</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Adiego Sancho	Ginecólogo	H.NªSª de Gracia
Concepción Blasco Gimeno	Ginecóloga	H.NªSª de Gracia
Pilar del Tiempo Marqués	Ginecóloga	H.NªSª de Gracia
Carlos Lozano Horna	Ginecólogo	H.NªSª de Gracia
Juan Ramón y Cajal Agüeras	Ginecólogo	H.NªSª de Gracia
Pedro Rodríguez Abad	Ginecólogo	H.NªSª 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...

Los avances en el conocimiento de la biología del cáncer de cuello uterino han aportado novedades aplicables a los programas de cribado de esta enfermedad. El programa de cribado implantado en nuestra Comunidad merece una revisión, actualización e impulso a la luz de los nuevos conocimientos. Al mismo tiempo es adecuado actualizar el manejo de la patología cervical.

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 eficacia del programa de cribado de cáncer de cérvix uterino
- Mejorar la educación sanitaria de la población acerca del valor de la prevención del cáncer de cérvix uterino.
- Actualizar el manejo de la patología cervical racionalizando los recursos dedicados a ella y aplicando los protocolos actualizados.

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

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)</i>
---------	---

Lineas 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%	10
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	40
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de un Documento que sirva de Base para la Actualización del Programa de Cribado del Cáncer de Cérvix y Manejo de la Patología Cervical.
- Elaboración de una cartilla de seguimiento del Programa de Cribado.
- Establecer pasos para su implantación :
 - durante el primer año sólo se realizarán test de HPV para cribado, en las mujeres de 35 años.
- Coordinación con Atención Primaria :
 - Calendario de reuniones con Matronas de Atención Primaria del Sector 1.
 - Calendario de reuniones con Médicos de Atención Primaria del Sector 1.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Registro del número de citologías realizadas.
- Registro de la Patología Cervical detectada.
- Evaluación conjunta en Septiembre 2007 del nuevo Programa de Cribado, por parte de los responsables de Atención Primaria, Laboratorios de Anatomía Patológica y Servicio de Ginecología.

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 (2007)</i>
---------	---

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2007	Fecha de finalización:
Calendario: El Proyecto tiene fecha de inicio pero no de finalización ya que si se cuenta con los recursos suficientes, iremos avanzando en su implantación cada año, ampliando las edades en las que realizaremos conjuntamente la citología junto con el test de VPH en el programa de cribado aumentando progresivamente nuestra eficacia.	

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...

Es indiscutible la importancia de la alimentación en el medio hospitalario, su valor terapéutico y el grado de satisfacción o insatisfacción que genera en el usuario.

Teniendo en cuenta estos parámetros hemos creado un plan de calidad que incide en tres aspectos muy básicos del servicio de alimentación y que están intrínsecamente relacionados:

1.- Estudio e implantación del plan de AAPPCC (análisis de peligros y puntos críticos)

Es fundamental trabajar en la seguridad de los alimentos que llegan a los usuarios y actuar sobre todo de una forma preventiva. En esta línea de actuación el sistema de APPCC es una herramienta eficaz para proporcionar seguridad alimentaria.

Este sistema tiene un enfoque preventivo que consiste en la identificación, evaluación y control de peligros existentes durante todas las etapas de nuestro proceso alimentario, con el fin de producir alimentos sanos para los pacientes.

2.- Valor terapéutico de la alimentación

Es innegable la importancia que tiene una alimentación adecuada en el proceso terapéutico de cada paciente y sin embargo hemos detectado que con frecuencia los profesionales sanitarios desconocen la composición, los alimentos que contienen y elaboración de las diferentes dietas terapéuticas.

3.- Satisfacción del usuario:

En este apartado hemos elaborado un plan de calidad basado en la importancia de las pequeñas cosas para que la calidad y la mejora sea percibida por el paciente.

El objetivo es la preparación de platos dietéticamente equilibrados con productos de calidad.

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.- Estudio, diseño e implantación de APPCC para garantizar la seguridad alimentaria en el Hospital.
- 2.- Pretendemos con este proyecto que haya un perfecto conocimiento, adecuación y coherencia entre las dietas terapéuticas indicadas por el facultativo, solicitadas por el personal de enfermería y las servidas por el personal de cocina.
- 3.- Conseguir elevar el nivel de satisfacción del usuario con la alimentación recibida en nuestro hospital.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Para implantar el sistema de APPCC hay que trabajar unas condiciones previas:

- formación de personal
- buenas prácticas de elaboración
- plan de limpieza de cocina, instrumentos y anexos.
- Mantenimiento de locales, instalaciones y equipos.

En este apartado vamos a centrarnos durante el año 2007, en la formación del personal en líneas concretas de mejora:

- labores de limpieza y desinfección
- trazabilidad del producto (materias primas, producto intermedio y producto final)
- conocimiento de los límites críticos de cada punto crítico de control.
- Tareas de vigilancia: dominar los procedimientos para realizar las tareas correctamente.

El segundo proyecto para la implantación de APPCC, es el estudio, diseño y constancia documental de los protocolos de actuación del Servicio de alimentación.

Estudio detallado de todos los procesos: recepción de materias primas, almacenaje, elaboración y distribución.

2.- Para solucionar el problema de desfase entre la denominación de las dietas terapéuticas de los profesionales sanitarios, los dietistas y el personal de cocina proponemos:

2.1.- Confección de un tríptico tamaño bolsillo para distribuir a los facultativos y A.T.S con las dietas, tipos de alimentos y elaboración que contiene cada dieta específica. Responsable Juana María Morelli, asesorada por los especialistas en nutrición y dietista del Hospital.

2.2 - Charla informativa para la presentación del proyecto por la dietista del hospital. La responsable es Caminos Lumbreras.

2.3.- Charla de un especialista en nutrición y reparto de los trípticos.

3.- Para conseguir elevar el nivel de satisfacción del usuario con la alimentación recibida en el hospital pondremos en marcha las siguientes medidas:

3.1.- Emplatado de desayunos y meriendas, con esta medida aumenta la seguridad higiénica y el paciente percibe una mejora en la presentación.

3.2.- Elección en la dieta basal entre tres primeros platos, tres segundos y tres postres. Para la preparación de dietas se tiene en cuenta los gustos personales de cada paciente, su situación sanitaria e incluso diferencias culturales para

- ofrecer dietas personalizadas.
- 3.3.- Folleto de bienvenida al ingreso en planta con indicación de los horarios de comida, entre otras informaciones de su interés.
- 3.4.- Presentación esmerada de cada plato.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1.- Respecto a la formación y elaboración de protocolos, seguimiento y constatación de su cumplimiento a 31 de diciembre de 2007.
- 2.- Encuesta a los facultativos y personal de enfermería sobre la utilidad de las charlas y el tríptico de dietas terapéuticas.
- 3.- Encuesta de satisfacción a los pacientes elabora por el grupo de calidad. Esta encuesta se realizará mensualmente y se evaluará el porcentaje y el grado de satisfacción

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 2007

Fecha de finalización: 31 de diciembre

Calendario

Cronograma formación:

Marzo 2007:

- certificado de formación de manipuladores de alimentos.
- Implantación Buenas prácticas
- Elaboración en la cocina
- Presentación del producto final

- Gestión de almacenes

Junio 2007:

- Introducción a la implantación del sistema de APPCC
- Introducción a la implantación del sistema de calidad ISO 9001-2000

Noviembre 2007:

- Higiene y seguridad alimentaria en hostelería hospitalaria.

Cronograma valor de las dietas terapéuticas:**Abril 2007:**

- Charla y presentación del programa

Mayo y Junio 2007:

- elaboración y confección del tríptico

Noviembre 2007:

- Segunda de charla y reparto del tríptico.

Cronograma satisfacción del usuario:**Marzo 2007:**

- Elección en las dietas basales entre tres primeros platos, tres segundos y tres postres.

Abril 2007:

- Emplatado desayunos y meriendas
- Folleto de bienvenida al ingreso en planta.
- Presentación esmerada de cada plato.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Acreditación según la Norma ISO 15189 (2003) de la Técnica: Cribado Oncológico en Citología Cervicovaginal

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
Alicia Arias Manguillot	Técnico AP	H. N. S. Gracia
Vanesa Vázquez Álvarez	Técnico AP	H. N.S. Gracia
Rosa Ana Cortés Gil	Auxiliar Enfermería	H. N.S. Gracia
Cristina Rincón Garmedino	Auxiliar Enfermería	H. N.S. Gracia
Rosalía Gaspar Ochoa	Auxiliar Administ.	H. N.S. Gracia
Elena Mateo Gaspar	Auxiliar Administ.	H. N.S. Gracia

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

No existe constancia documental de muchos de los procedimientos usados en el servicio, ni de los resultados obtenidos.

La acreditación ISO 15189 permite garantizar un proceso de gestión de calidad con una garantía externa reconocida, y obliga al cumplimiento de unos requisitos mínimos.

Se ha elegido comenzar esta acreditación por el proceso de citología cérvico-vaginal. La elección se ha realizado mediante exposición de ideas, y la priorización mediante parrilla de análisis.

Se ha revisado la bibliografía existente sobre garantía de calidad en citología cérvico-vaginal, además de la norma. Se ha asistido a sesiones introductorias a la metodología usada.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Aunque el proyecto es continuación estricta del proyecto de mejora de 2006, la redacción de la "Guía de Procedimientos en Anatomía Patológica" que se realizó es un paso previo y facilitador para el proyecto actual y para la acreditación de otros procedimientos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Normalizar los procedimientos usados en la citología cervicovaginal.

Establecer y medir indicadores de calidad en citología cervicovaginal.

Obtener la acreditación según la norma ISO 15189.

Conocer la metodología para la acreditación ISO 15189, de cara a acreditar el resto de los procedimientos del servicio.

Aumentar la satisfacción del personal.

Aumentar la satisfacción de las pacientes y de los ginecólogos.

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>	30
<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>	20
TOTAL	100 %

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las indicadas en la implantación de la norma ISO 15189, de cara al cumplimiento de los requisitos técnicos y de gestión de la misma, fundamentalmente:

- Reuniones de los miembros del Servicio
- Tareas indicadas en las instrucciones de trabajo de ICOSA.
- Talleres y tutorías

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación se realizará por ICOSA, según su metodología, y posteriormente por ENAC, usando los criterios de la norma ISO 15189.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**Fecha de inicio: diciembre 2006****Fecha de finalización: diciembre 2007**

Calendario:

- Hasta mayo: Instrucciones de trabajo, talleres y tutorías.
- 6 de junio: Auditoría de Evaluación.
- Junio – Septiembre: Solución de "no conformidades".
- 26 de septiembre: Auditoría Interna
- A concretar con ENAC: Auditoría Externa

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Uso de pulseras identificativas para la correcta identificación del paciente en el proceso de hemotrasfusión

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr. José María Sebastián Cabeza/ Dra. Olga Gavín Sebastián

Profesión

Médico Especialista en Hematología y Hemoterapia

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

Hospital Provincial de Zaragoza. Servicio de Laboratorio, Hematología

Correo electrónico:

joseignacio.corchero@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

676611827. 976 440022 ext.433

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Angeles Pérez Layo	FEA	Hal Provincial
Nuria Prat Baldovin	Supervisora	Hal Provincial
Rosabel Aguarod Sediles	ATS	Hal Provincial
Adolfo Espiau Malo	ATS	Hal Provincial
Carmen Lausin Calderon	ATS	Hal Provincial
Paco del Río Roman	TEL	Hal Provincial
Chon García Romea	TEL	Hal Provincial
Gloria Pérez Figuera	TEL	Hal Provincial
Belen Comet Martinez	TEL	Hal Provincial
Lola Ibarzo Sanchez	AUXILIAR	Hal 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...

La identificación de los pacientes mediante las "pulseras" identificativas supone un nuevo reto en el proceso de hemotrasfusión, constituyendo una mejora e incremento de la calidad en dicho proceso

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

Incrementar la seguridad en el proceso de hemodonación

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%	10%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	40%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	40%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	10%

TOTAL 100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º) Realización de un protocolo de actuación: identificación del paciente, extracción de sangre para pruebas cruzadas, colocación en la petición la parte identificativa de la pulsera, colocación de la pulsera en el paciente, identificación de los tubos extraídos con el número de la pulsera, realización de tipaje y cribaje de las muestras.

2º) Difusión del mismo entre el personal implicado: supervisoras de enfermería, equipo de enfermería de hospitalización, UCI, urgencias, quirófano y laboratorio

3º) Implantación del mismo

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 formularios de petición de sangre, tanto urgente como para reserva, debidamente cumplimentados/total de formularios de peticiones

-Nº de pulseras identificativas/nº de formularios de petición de sangre

-Nº de pulseras identificativas/nº de transfusiones realizadas (urgentes y programadas)

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: Inmediato

Fecha de finalización: Indefinido

Caleandario:

1º) Realización de protocolo de actuación.....julio 2006

2º) Difusión del mismo entre el personal implicado.....julio 2006

3º) Implantación del mismo.....agosto 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...

Ante la complejidad creciente de los servicios de salud, los equipos de enfermería debemos definir nuestra contribución tanto en los procesos asistenciales como no asistenciales, así como nuestra aportación en los equipos multidisciplinares de profesionales que atienden a los pacientes. La "gestión de cuidados" es un objetivo específico dentro del objetivo común del equipo de salud, donde todos los profesionales perseguimos la conservación y la mejora de la salud y del bienestar de las personas, pero suficientemente distinto para señalar que la autonomía y la responsabilidad de la enfermería en la gestión de los cuidados es incuestionable y que los profesionales de enfermería somos una pieza clave en la atención de los pacientes.

Garantizar la continuidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes, a los que consideramos el eje de nuestro trabajo, es un objetivo estratégico del Salud y del Sector para el cumplimiento de su misión y, por ende, es un objetivo prioritario para la dirección de enfermería del hospital Ntra. Sra. de Gracia.

En la actualidad se utilizan "PAEs" sin contenido enfermero, demasiado complejos y extensos, y se intenta llenar el vacío de las etapas del método con contenido biomédico.

El desarrollo e implantación de un proyecto de gestión de los cuidados nos va a permitir establecer un marco para potenciar y mejorar el trabajo de los equipos de enfermería, añadir valor a los servicios que prestamos, mejorar la eficiencia y aumentar la satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales.

El proyecto de gestión de cuidados supone implantar un modelo conceptual que facilite la planificación de los cuidados, delimite de manera más clara el campo de actuación de la enfermera, permita un lenguaje común y ponga de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros para la salud de los pacientes.

El modelo de Virginia Henderson es el más utilizado en nuestro entorno como estrategia para favorecer la independencia de los pacientes en la satisfacción de sus necesidades, considerando como tales las exigencias vitales que las personas deben satisfacer para conservar su equilibrio físico, psicológico, social o espiritual y asegurar su desarrollo óptimo.

Este modelo señala 14 necesidades fundamentales de las persona que deben abordarse sistemáticamente (proceso enfermero) para brindar cuidados eficientes centrados en el logro de los objetivos deseados. El proceso enfermero se divide en 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

El plan de cuidados es el instrumento de trabajo por excelencia de la enfermería, y es de su responsabilidad directa. Para asegurar unos cuidados adecuados debe establecerse un plan de cuidados estandarizado que debe individualizarse de acuerdo a las necesidades de las personas. Por ello, se establecen 2 sistemas de planificación de cuidados, el plan de cuidados estandarizado y el plan individualizado. Ambos planes deben estar basados en la metodología del proceso enfermero, deben ser documentos escritos y representan cuidados que son responsabilidad de las enfermeras.

Con estas bases, la dirección de enfermería del hospital Ntra. Sra. de Gracia ha comenzado el desarrollo de un plan de gestión de cuidados, comenzando con los procesos más prevalentes que atendemos en las diferentes unidades del centro. En

2006 se constituyó un grupo de trabajo que desarrolló los planes de cuidados de la EPOC, la colecistectomía abierta, y los de la histerectomía vaginal y abdominal.

El propósito de este plan de mejora es:

- Consolidar la implantación de los planes de cuidados desarrollados en 2006, así como su evaluación y su mejora continua.
- El desarrollar, implantar y evaluar nuevos planes de cuidados, que permitan en un futuro la gestión estandarizada de todos los cuidados que prestamos en el hospital.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la calidad de los cuidados que prestamos, reduciendo la variabilidad no justificada, y orientarlos a satisfacer las necesidades de los pacientes, garantizando la continuidad de cuidados, mejorando la eficiencia y aumentando la satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales que prestamos la asistencia.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		20%
<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>		20%
TOTAL		100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Constituir un grupo de mejora que realice el seguimiento de la implantación, la evaluación y el proceso de mejora continua de los planes implantados.

Formación del personal en la metodología enfermera

Implantar una metodología de gestión de cuidados enfermeros basado en el modelo de Virginia Henderson:

- Implantación y evaluación del plan de cuidados de la EPOC
- Implantación y evaluación del plan de cuidados de la colecistectomía abierta
- Implantación y evaluación del plan de cuidados de la histerectomía vaginal
- Implantación y evaluación del plan de cuidados de la histerectomía abdominal.
- Priorizar otros procesos enfermeros en los que implantar planes de cuidados específicos

Sistematizar la recogida de datos, según las clasificaciones:

- Diagnóstico: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)
- Intervenciones: NIC
- Resultados: NOC (Nursing Outcomes Clasification)

Responsables: Dirección de enfermería, Supervisora planta 1, Supervisora planta 2, Supervisora de Quirófano, Supervisora de Servicios Centrales.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Se ha implantado el plan de cuidados de la EPOC
- Se ha implantado el plan de cuidados de la colecistectomía abierta
- Se ha implantado el plan de cuidados de la histerectomía vaginal
- Se ha implantado el plan de cuidados de la histerectomía abdominal
- % de profesionales formados en metodología enfermera
- % de cumplimiento de los planes de cuidados
- % de pacientes satisfechos con la atención recibida

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:

- Formación del personal en metodología enfermera: enero-diciembre de 2007
- Implantación de los planes de cuidados seleccionados: primer semestre de 2007
- Evaluación de los planes de cuidados: julio y diciembre de 2007
- Identificar las oportunidades de mejora: julio y diciembre de 2007
- Ajustes necesarios: julio y diciembre de 2007

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**IMPORTANCIA:**

Los ISRS son los fármacos de primera elección en la mayoría de los pacientes con estas patologías, por su mejor perfil de eficacia y sobre todo de tolerancia, siendo también más costo-efectivos, especialmente el Escitalopram.

UTILIDAD:

Nos parece importante y necesario disponer, junto al seguimiento clínico del paciente, de un marcador analítico que nos permita cuantificar la actividad del Escitalopram sobre vías serotoninérgicas en estos pacientes, para poder realizar una evaluación del tratamiento antidepresivo.

METODO:

Pacientes menores de 18 años, que cumplen criterios CIE 10 (anteriormente citados), en tratamiento con Escitalopram durante al menos 4 semanas, se realizará el test de NUGENT (1mg DEX. A las 22 horas seguido de Cortisolemia a las 8 horas al menos 1 vez/ 6 meses y/o cambios de posología.

SITUACION DE PARTIDA:

Actualmente en trastornos con ISRS no se usa marcador biológico que complete el seguimiento clínico de los pacientes. El grupo de trabajo y la infraestructura necesaria para su realización están disponibles

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

- Eficacia y seguridad del Escitalopram.
- Promover cambios de estrategia Terapéutica y/o posologías.
- Realización de un protocolo de actuación en base a la experiencia adquirida con el desarrollo del programa.
- Mantenimiento de actividad y proyectos del Equipo Multidisciplinar, ya creado y en funcionamiento, para la mejora en el seguimiento de tratamientos utilizados en la patología 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

Lineas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	35
<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>	30
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10
TOTAL	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- ✓ Mantenimiento y continuación de las actividades del Equipo Multidisciplinar para la realización de un protocolo y/o guía clínica en el manejo ambulatorio de pacientes con diagnósticos CIE-10 (F 32, F 33, F 34 y F 38) en tratamiento con Escitalopram.
- ✓ Reuniones periódicas entre los miembros del equipo para analizar los problemas surgidos y/o analizar y valorar áreas de mejora.
- ✓ Los Psiquiatras de las Consultas de Salud Mental realizarán Hª Clínica, y seguimiento clínico completo de los pacientes y propuesta de estrategias terapéuticas. Peticiones analíticas a Bioquímica que realizará determinaciones analíticas e informe adjunto. Farmacia, en base a los antecedentes del paciente y los resultados, tanto clínicos como bioquímicos y emitir informe farmacoterapéutico

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.

- N° pacientes con Cortisol < 2mcg/dl/N° total de pacientes.
- N° pacientes con Cortisol < 5mcg/dl/N° total de pacientes.
- N° pacientes con Cortisol < 2mcg/dl/N° pacientes con mejoría clínica.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

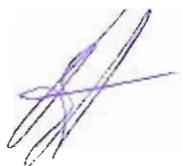
Fecha de inicio: Enero 2006	E	F	M	A	M	J
Creación Equipo Multidisciplinar						
Propuesta de modelo de petición	X					
Modelo de petición	X					
Primeros informes		X				
Reuniones de mejora		X		X		
Conclusiones						X

El proyecto se ha iniciado en Enero de 2007 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 actualización de ADTS.	1000
➤ Información al paciente / impresos.	1000
➤ Curso de formación	1000
TOTAL	3000

Fecha y firma:



Zaragoza, 14 de Enero de 2007

REYES MARIN LACASA
ASUNCION PASCUAL GARCIA
ROBERTO LOZANO
IGNACIO ANDRES
CRISTINA PARDOS
SEGUNDO DE MIGUEL GIMENO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA INYECTABLE

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 Nª Sª DE GRACIA DE ZARAGOZA

Correo electrónico:

riozano@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
Asunción Pascual	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental
Segundo de Miguel	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental
Ignacio Andrés	Farmacéutico	Hospital Nª Sª Gracia
Cristina Pardo	Bioquímica	Hospital Nª Sª Gracia
Mª Jesús Santacruz	Enfermera	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:** La Risperidona es un agente antipsicótico antagonista altamente selectivo de los receptores 5-HT₂ de la serotonina y D₂ de la dopamina, se considera que mejora los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. La presentación inyectable depot se considera de primera línea en el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con risperidona oral. Después de una única inyección im, se produce una pequeña liberación inicial del fármaco (<1 % de la dosis), que se sigue de un período de 3 semanas en el que éste apenas se libera. La liberación principal del fármaco comienza a partir de la tercera semana, se mantiene entre la cuarta y la sexta y disminuye hacia la séptima semana. Tras varias inyecciones im de 25 a 50 mg cada dos semanas, la media de las concentraciones plasmáticas mínima y máxima de la fracción activa osciló entre 9,9-19,2 ng/ml y 17,9-45,5 ng/ml, respectivamente. Debido a estas especiales características farmacocinéticas de la Risperidona IM es aconsejable hacer un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes tratados con este medicamento.
- **UTILIDAD:** El control farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con Risperidona parenteral supone una herramienta que aumenta considerablemente la escasa información aportada por los datos analíticos, incrementando la seguridad y eficacia clínica de los pacientes tratados con este fármaco.
- **MÉTODOS:** análisis y evaluación del bloqueo dopaminérgico con el estudio exhaustivo de las concentraciones plasmáticas de prolactina y parámetros biológicos relacionados para el posible ajuste posológico y/o cambio de estrategia terapéutica.
- **SITUACION DE PARTIDA:** Hasta el presente el seguimiento de pacientes de la Unidad de Salud Mental en tratamiento con risperidona inyectable se realiza únicamente a través de controles de su eficacia clínica. En la actualidad se ha iniciado seguimiento farmacoterapéutico de la Risperidona inyectable,

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 Risperidona inyectable por inadecuada respuesta farmacológica debida a variaciones inter e intraindividuales y/o a la aparición de efectos secundarios, especialmente neuroendocrinos en el tratamiento con Risperidona inyectable.
- Aumentar la eficiencia y control sobre las patologías en las que se utiliza este medicamento.
- Continuación del funcionamiento del 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

- Continuación del funcionamiento del equipo multidisciplinar para el seguimiento de los pacientes de la Unidad de Salud mental tratados con medicamentos con problemas de dosificación, entre los Servicios de Farmacia, Psiquiatría y Laboratorio.
- Implantación de un esquema de funcionamiento normalizado donde figuren todos los datos necesarios del paciente y donde se incluyan los informes farmacoterapéuticos.
- Reuniones periódicas entre los tres Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

NETÓDICA:

- ✓ En la consulta de la Unidad de Salud Mental se realizan las peticiones de control analítico de los pacientes en tratamiento con Risperdal Consta®. Responsable en la Unidad Salud Mental: de Psiquiatría: Reyes Marín, Asunción Pascual y Segundo de Miguel.
- ✓ 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 los distintos parámetros bioquímicos. del Hospital. Responsable: Cristina Pardo
- ✓ El farmacéutico toma los antecedentes necesarios del paciente y con los datos analíticos realiza el informe farmacoterapéutico con las recomendaciones de posibles cambios de pauta que fueran necesarios. Responsable: Roberto Lozano e Ignacio Andrés.

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 Risperdal Consta® con control farmacoterapéutico

Nº de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta®

Nº de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta® con hiperprolactinemia asintomática

Nº de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta®

Nº de pacientes respondedores

Nº de pacientes en tratamiento con Risperdal Consta®

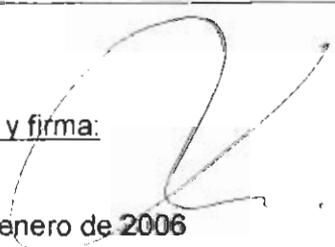
10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Diciembre 2006														
	D	E	F	M	A	M	J	Jl	A	S	O	N		
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 el 2006 y se incluye como propuesta de actividad clínica de los Servicios de Farmacia y Psiquiatría

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	1,660.00
TOSHIBA PORTEGE M 400	
TOTAL	1,660.00€

Fecha y firma: 

14 de enero de 2006

Roberto Lozano

Reyes Marín
Asunción Pascual
Segundo de Miguel
Ignacio Andrés
Cristina Pardo
Mª Jesús Santacruz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Revisión de las hojas de registro de valoración, prevención y tratamiento de las úlceras por presión (UPP); actualización de los protocolos de prevención y tratamiento de las en la UCI 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 13432

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Ignacio Corchero Martín	Médico	H. Ntra. Sra. De Gracia
Genoveva Labari Sanz	Enfermera	H. Ntra. Sra. De Gracia
Elena Pamplona Calejero	Enfermera	H. Ntra. Sra. De Gracia
Francisco Ruiz Valero	Médico	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:
 - Actualización de los protocolos de UPP y hojas de registro de los cuidados enfermeros.
 - Monitorización de las infecciones urinarias.
 - Revisión y adecuación de la documentación clínica.
 - Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

- Método de priorización empleado:

Parrilla de análisis:

	UPP	MONITORIZAR INFECCIÓN URINARIA	REVISIÓN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	FORMACIÓN ESPECIFICA DEL PERSONAL
Fácil medición.	3	1	3	3
Usuarios afectados.	3	3	3	3
Riesgo para el paciente.	3	3	0	3
Coste del programa de mejora.	3	2	3	0
Necesidad de influencia externa para la solución del problema.	3	2	3	0
Profesionales implicados en el problema.	3	2	2	3
TOTAL	18	13	15	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.
- Valoración sistemática de una manera efectiva y fiable del riesgo que presentan los pacientes que ingresan en la UCI de desarrollar una UPP.
- Reducción o eliminación los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP.
- Estandarización todas las medidas y actividades de enfermería en la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Sistematización la información y facilitación los registros de las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Identificación y descripción correcta los estadios de las UPP.
- Reducción y optimización del gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las UPP.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

- Tras la evaluación de los datos analizados en éste periodo, hemos obtenido los siguientes resultados:
- La incidencia de UPP es del 22'17%.
 - La edad media de los pacientes que presentan UPP es de 68'7, con un rango de edad de 34 a 91 años.
 - El 66'06% de los pacientes que tienen riesgo alto o muy alto de desarrollar UPP según la Escala de Norton modificada por el Insalud (ENM), la desarrolla.
 - De los pacientes que no tienen riesgo de desarrollar UPP según la Escala de Norton, ninguno desarrolla úlcera.
 - Con respecto al estadiaje de las úlceras el 64'10% corresponde al grado I, el 25'64% al grado II, el 10'26% al grado III y ninguna de las que se producen llegan al estadio IV.
 - De las UPP que presentan los pacientes curan el 30'43 %.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir la incidencia de las UPP.
- Asegurar la unificación de los criterios de actuación de todos los trabajadores de la unidad.
- Garantizar la aplicación del protocolo de prevención y tratamiento en los pacientes ingresados en la UCI.
- Estandarizar todas las medidas y actividades de enfermería en la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Sistematizar la información y facilitar los registros de las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las UPP.
- Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las UPP.
- Ayuda a profesionales de nueva incorporación.
- Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de las medidas preventivas y de tratamiento de las UPP.

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>	30
<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>	20
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	30
TOTAL	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

♦ **MEDIDAS PREVISTAS**

- Actualizar los protocolos de prevención y tratamiento de úlceras por presión.
- Revisar y mejorar las hojas de registro de valoración, prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Aplicar medidas para intentar reducir o eliminar los factores de riesgo de desarrollar UPP.
- Registro sistemático de todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, valoración y tratamiento de los pacientes ingresados en la UCI.
- Analizar el resultado obtenido tras la implantación de las mejoras.

♦ **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 para su monitorización

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

La clasificación de paciente de riesgo se hará según la escala de Norton modificada por el Insalud (ENM). Quedando excluidos los pacientes con riesgo mínimo/ no riesgo, puntuación en la ENM > 14.

Fuente de datos: Hoja de registro de úlceras.
Estándar: Próximo al 0 %.

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

Estandar: 0%
Fuente de datos: Hoja de registro de úlceras.

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

Estandar: 90%
Fuente de datos: Hoja de registro de úlceras.

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

Estandar: 0%
Fuente de datos: Hoja de registro de úlceras.

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-2007

Fecha de finalización: 28-Febrero-2008

Calendario:

Primer trimestre:

Revisar la literatura actual relacionada con las UPP, prevención y tratamiento.

Revisar las hojas de registro del protocolo de UPP.

Implantar modificaciones en el protocolo.

Trimestralmente:

Revisar el cumplimiento del protocolo.

Identificar problemas.

Tercer trimestre:

Inicio estudio estadístico.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material fungible e inventariable	1.500
TOTAL	1.500

Fecha y firma: 31 - ENERO - 07

Roberto Cortés

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Revisión, normalización y actualización de la documentación clínica de la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE IGNACIO CORCHERO MARTIN

Profesión

MEDICO

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

UCI HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Correo electrónico:

Joseignacio.corchero@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 440022 EXT 13433

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
FRANCISCO RUIZ VALERO	MEDICO	UCI
JAVIER GONZÁLEZ CORTIJO	MEDICO	UCI
NEREA MONTES CASTRO	MEDICO	UCI
MARIA LUISA MARTÍNEZ LÓPEZ	DUE Supervisora	UCI
ELENA PAMPLONA CALEJERO	DUE	UCI

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 importancia del proyecto viene dada por la trascendencia que, creemos, tiene disponer de documentación clínica adecuada a la labor asistencial peculiar que se lleva a cabo en las unidades de cuidados intensivos; consideramos que disponer de ella es una herramienta más que mejora la calidad asistencial. Hemos observado que existe la opinión extendida en nuestra unidad que se debería actualizar y optimizar la documentación clínica, ya que la existente en la actualidad, en algunos casos, puede contribuir a generar errores no deseados...

Por ello nos hemos planteado revisar la documentación existente y, en caso de considerarlo necesario, adaptarla a nuestras necesidades, así como normalizarla de acuerdo a las directrices de la comisión de historias clínicas.

MÉTODOS DE DETECCIÓN:

Con el personal de la unidad se revisará la documentación existente y se realizarán los cambios que se consideren oportunos dentro de los sugeridos priorizando los que generen más opiniones favorables según la siguiente metodología:

MÉTODO DE DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA:**Brainstorming:**

- ✦ Modificación de protocolo de UPP.
- ✦ Prevención de infecciones asociadas a sondaje vesical.
- ✦ Grado de satisfacción de los familiares de los pacientes.
- ✦ Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.
- ✦ Modificación y adaptación de documentación clínica.
- ✦ Optimización información familiares.

MÉTODO DE PRIORIZACIÓN EMPLEADO:

Se realizó una valoración de las diferentes oportunidades de mejora detectada valorando diferentes aspectos para priorizar la realización de programas de mejora.

	UPP	SONDA	FAMILIA	FORMACIÓN	DOCUMENTACIÓN	INFORMACIÓN
Fácil medición	3	3	2	2	2	2
Usuarios afectados	2	2	2	1	3	3
Riesgo para el paciente	3	3	3	3	2	2
Coste del programa de mejora	1	1	2	1	3	3
Necesidad Influencia externa	2	2	2	2	3	3
Profesionales implicados en el problema	1	1	1	2	3	3
TOTAL	12	12	12	11	16	16

SITUACIÓN DE PARTIDA, POSIBLES CAUSAS...

Actualmente la documentación clínica utilizada en nuestra unidad es la que existía previamente a su apertura en el hospital. tanto la historia clínica, como las hojas de registro de enfermería existentes no han sido revisadas hace tiempo. Existe la opinión extendida de que deben ser revisadas y adaptadas a las necesidades especiales que los pacientes de intensivos requieren.

Asimismo se ha ido incorporando a la practica diaria documentación no normalizada por lo que se hace necesario proceder a su inventario y normalización.

Creemos que se hace necesario revisar si la documentación existente se debe mantener, modificar o suprimir para optimizar así tanto la historia clínica, los registros de enfermería, las peticiones de pruebas y mejorar así la calidad asistencial.

Las fuentes de información empleadas serán las opiniones del personal de la unidad y la revisión de toda la documentación existente en la unidad; así como la comparación con la documentación específica de cuidados intensivos existente en otras unidades.

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

- * Revisión de toda la documentación existente en la actualidad en nuestra unidad.
- * Normalización de la documentación propia de la unidad.
- * Sugerir el cambio a la comisión de historias de la documentación de otros servicios utilizada en nuestros enfermos.
- * Eliminación de documentación que pueda inducir a errores en el tratamiento y de la que se considere prescindible.
- * Mejorar con ello la calidad asistencial.

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

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

Líneas de intervención	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%	25
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

MEDIDAS:

- A.- Creación grupo de trabajo interno para toma de decisiones.
Reuniones mensuales / bimensuales para valoración y toma de decisiones.
Inventario de documentación y normalización según normativa vigente.
- B.- Revisión 100 % de la documentación clínica de la unidad.
- C.- Eliminación / revisión de los aspectos de documentación que sea considerada superfluo.
- D.- Sugerencia de nueva documentación y/o modificaciones en las ya existentes para optimizar recursos.
- E.- Valorar modificaciones por comisión interna y personal de la unidad.
- F.- Creación de gráfica de UCI que integre hojas de documentación clínica y registro de enfermería.

RESPONSABLES:

- A.- Responsable del proyecto.
- B.- Personal de la unidad, grupo de trabajo de documentación clínica.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se evaluará:

- 1.- Revisión de la documentación clínica.
- 2.- Inventario y normalización.
- 3.- Satisfacción del personal con los cambios efectuados con una encuesta interna que recogerá la opinión sobre los cambios efectuados y las posibles nuevas modificaciones.

Indicadores:

% de documentación revisada:

$$\text{N}^{\circ} \text{ total documentos} / \text{n}^{\circ} \text{ documentos revisados} \times 100.$$

% documentación normalizada:

$$\text{N}^{\circ} \text{ total documentos} / \text{n}^{\circ} \text{ documentos normalizados} \times 100.$$

Nº de documentos modificados y % de satisfacción entre el personal.

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 2007:

- Inventario documentación clínica.
- Normalización documentación.
- Decisión cambios sugeridos.
- Introducción de nueva documentación.

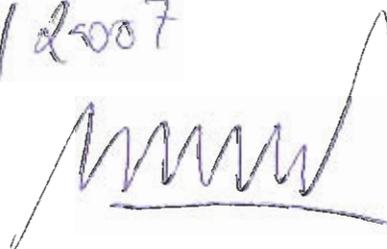
Segundo y tercer trimestre 2007:

- Reuniones valoración provisional cambios.
- Realización encuesta interna.
- Valoración resultados.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Adquisición libros para la unidad</u>	<u>500</u>
<u>Inscripción congresos</u>	<u>500</u>
TOTAL	1000

Fecha y firma:

31/ Enero / 2007



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la acogida e información a familiares; valoración de la necesidad de modificación de los horarios de visita en la Unidad de Cuidados Intensivos en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE IGNACIO CORCHERO MARTÍN

Profesión

MEDICO

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

UCI HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA

Correo electrónico:

Joseignacio.corchero@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 440022 EXT 13433

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
FRANCISCO RUIZ VALERO	MEDICO	UCI
JAVIER GONZALEZ CORTIJO	MEDICO	UCI
NEREA MONTES CASTRO	MEDICO	UCI
MARIA LUISA MARTINEZ LÓPEZ	DUE Supervisora	UCI
ELENA PAMPLONA CALEJERO	DUE	UCI

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 ingreso de un miembro de la familia en estado crítico en una UCI puede causar grandes cambios en la estructura y roles de sus componentes, produciéndose una situación de crisis. La figura del familiar es considerada un actor importante en el contexto de una UCI moderna, de ahí la importancia de que estén bien informados y que tengan un contacto y un entorno adecuados con su familiar. Estas políticas suponen un aumento de la percepción de satisfacción del usuario de las instituciones sanitarias así como un aumento de la calidad percibida.

Los familiares de los pacientes críticos se encuentran sometidos a un estrés emocional intenso y son a menudo los responsables de la toma de decisiones en nombre del paciente acerca de la instauración, mantenimiento o suspensión de las medidas de soporte vital.

Las principales necesidades identificadas en la literatura han sido las relacionadas con la información y la seguridad. En este sentido, la creación de una guía informativa y de un protocolo de acogida, inciden de manera directa en la mejora de estas dos principales necesidades, logrando además un alto grado de satisfacción entre los usuarios encuestados.

Tanto la información como las relaciones de la familia con el personal sanitario son consideradas como muy importantes, siendo definidas por algunos modelos de enfermería como una necesidad básica de la familia.

La importancia de cubrir las necesidades de información de las familias de los pacientes ingresados en la UCI impulsó la idea de realizar una guía informativa propia y la modificación de nuestro protocolo de acogida.

Así mismo se marcó el objetivo de conocer el grado de satisfacción y el nivel de información que obtenían los familiares mediante la aplicación de dicha acogida protocolizada.

MÉTODOS DE DETECCIÓN:**METODO DE DETECCIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA:**Brainstorming:

- ⊗ Modificación de protocolo de UPP.
- ⊗ Prevención de infecciones asociadas a sondaje vesical.
- ⊗ Grado de satisfacción de los familiares de los pacientes.
- ⊗ Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.
- ⊗ Modificación y adaptación de documentación clínica.
- ⊗ Optimización información familiares.

MÉTODO DE PRIORIZACIÓN EMPLEADO:

Se realizó una valoración de las diferentes oportunidades de mejora detectada valorando diferentes aspectos para priorizar la realización de programas de mejora.

Parrilla de análisis:

	UPP	SONDA	FAMILIA	FORMACIÓN	DOCUMENTACIÓN	INFORMACIÓN
Fácil medición	3	3	2	2	2	2
Usuarios afectados	2	2	2	1	3	3
Riesgo para el paciente	3	3	3	3	2	2
Coste del programa de mejora	1	1	2	1	3	3
Necesidad Influencia externa	2	2	2	2	3	3
Profesionales implicados en el problema	1	1	1	2	3	3
TOTAL	12	12	12	11	16	16

SITUACIÓN DE PARTIDA, POSIBLES CAUSAS...

Actualmente se encuentra en marcha en nuestra unidad, una encuesta que valora las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados. Aunque con resultados preliminares en los que se detecta una elevada satisfacción con la información y la acogida recibida, se valora por parte del personal de la unidad, que debe ser revisado y mejorado el protocolo de acogida de nuestra unidad y la información ofrecida a los familiares.

Cuando se pregunta a los familiares directamente, perciben como algo importante las limitaciones en las visitas en UCI proporcionando tiempo y condiciones adecuadas para proporcionar los mejores cuidados posibles. Demandan más y mejor información, garantías de seguridad, proximidad, accesibilidad.

Plantearse mejoras en la atención a los familiares asusta. Equivocadamente se relaciona esta mejora con pérdida de poder, con una completa liberalización de las visitas y con un abandono del status actual.

El hecho de planificar esta atención constituiría en sí mismo una mejora para los profesionales, pacientes y familiares disminuyendo la aparición de conflictos, dando entrada en nuestros sistemas a las capacidades del individuo y su familia dejando de ser meros espectadores de las actuaciones que sobre ellos se realizan.

Valoramos incrementar la calidad de la atención con:

La actualización de los folletos de acogida a la unidad y con la valoración de la información recibida así como el inicio del estudio de una posible ampliación de los horarios de visita a los pacientes que se recomienda en la literatura con un cambio progresivo hacia una política de visitas más flexible cuyo objetivo sea la individualización considerando las preferencias del paciente y de la familia.

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

Valoramos incrementar la calidad de la atención con:

La actualización de los folletos de acogida a la unidad.

Valoración de la información recibida en la encuesta de detección de necesidades de los familiares.

Valoración entrega de informe de alta de nuestra unidad al igual que al alta hospitalaria.

Elaboración de nueva documentación informativa sobre aspectos concretos de la unidad, tecnología, aparataje, monitorización etc...

Inicio del estudio de una posible ampliación de los horarios de visita a los pacientes que se recomienda en la literatura con un cambio progresivo hacia una política de visitas más flexible cuyo objetivo sea la individualización considerando las preferencias del paciente y de la familia.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	15
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	15
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	40
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

MEDIDAS:

A.- Creación grupo de trabajo interno para elaboración/ modificación de documentación.

Reuniones mensuales / bimensuales para valoración encuesta 2006 y toma de decisiones sobre aspectos a modificar en cuanto a información médica y de enfermería.

B.- Continuar con la realización de encuesta y comparación resultados tras iniciar nuevas medidas adoptadas.

RESPONSABLES:

A.- Responsable del proyecto.

B.- Personal de la unidad, grupo de trabajo de información.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se evaluará:

- 1.- Elaboración folleto acogida, nuevos folletos informativos.
- 2.- Estudio datos encuesta 2006.
- 3.- Elaboración de propuesta nuevos horarios visita.
- 4.- Inicio estudio entrega informe de alta paciente.

Indicadores:

- 1.- Realización folleto.
- 2.- % satisfacción plan de acogida:

Pacientes satisfechos modificación / pacientes encuestados x 100

- 3.- Folleto acogida entregado 2007:

Pacientes reciben folleto acogida / pacientes ingresados x 100

- 4.- Plan de nueva organización visita realizado, inicio entrega informe de alta.

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 2007:

- Realización de nuevo folleto informativo.
- Estudio encuesta 2006.
- Recogida información viabilidad entrega informe de alta.

Segundo y tercer trimestre 2007:

- Reuniones valoración provisional cambios horarios.
- Realización encuesta cambios.
- Inicio si procede entrega informe de alta.**

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Se dispone de una Central de Esterilización con aparatos de una antigüedad elevada y sin dispositivos de lavado automático.
- El instrumental quirúrgico utilizado se encuentra convenientemente organizado por cajas o sets quirúrgicos.
- La funcionalidad y calidad de la superficie de los instrumentos es variada, dependiendo de la edad del instrumento y de su utilización.
- El Hospital está inmerso en el proceso de Certificación de la Central de Esterilización.
- Se va a realizar una remodelación completa de la Central de Esterilización, incluyendo sistemas de lavado automático.
- Se va a utilizar el instrumental quirúrgico existente. Posiblemente sea necesario evaluar necesidades de compra de nuevos sets para adecuar el inventario de instrumental a las futuras necesidades de la actividad quirúrgica.
- El Hospital considera conveniente la implementación de un software de trazabilidad para el material estéril.

Este programa mejorara:

1. TRAZABILIDAD – Control documentado de los procesos
2. CALIDAD – Máxima calidad en materiales y procesos
3. MEJORA EN LA GESTIÓN – Control y optimización de recursos materiales

NECESIDADES:

- Dotar al instrumental actual de la máxima calidad funcional y de superficie. Para ello, es necesario conocer el inventario actual de instrumental quirúrgico, cuantitativamente y cualitativamente, de esta forma, se podrá:
- 1) Evaluar las acciones necesarias para alcanzar la calidad total en los instrumentos quirúrgicos, eliminando el riesgo de “contagio de oxidaciones”.
 - 2) Poder determinar con exactitud las necesidades de compra.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la gestión de los recursos materiales y económicos
 - Control del inventario
 - Control del gasto (reparaciones y reposiciones)
 - Asignación de costes
- Mejorar la calidad asistencial
 - Mejora en la calidad del instrumental
 - Formación continuada del personal
- Garantizar la trazabilidad del material
 - Adaptación a normas actuales y futuras
 - Integración de datos a la historia del paciente

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%	30%
<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%	30%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

Evaluación de la calidad y funcionalidad de los instrumentos, clasificándolos en cuatro categorías:

- Instrumental correcto
- Instrumental que necesita reparación
- Instrumental que necesita tratamiento de superficie
- Instrumental que es necesario reponer

Una vez realizado el estudio de la situación, analizados los objetivos y necesidades, y efectuados los estudios previos, se realiza un plan de optimización, que incluya los siguientes apartados:

1. REPARACIÓN Y CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL NECESARIO

2. FORMACIÓN AL PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN Y QUIRÓFANO

3. SOFTWARE DE GESTIÓN DEL INSTRUMENTAL:

- ✓ Se instalará en el Centro al comenzar el proyecto, un **software de gestión**, en la que quedará identificado cada set, cada instrumento, y cada almacén.
- ✓ La codificación individualizada de los instrumentos reparados quedará igualmente reflejada, mediante el envío de ficheros que actualizan de forma automática el software, permitiendo conocer de una forma rápida y sencilla la **correcta ubicación** de cada instrumento.
- ✓ Este software permitirá mantener **actualizado el inventario** y la **gestión total del instrumental** (costes de reparación, rentabilidad,...)
- ✓ Los datos actualizados podrán ser exportados al software de trazabilidad, cuando éste sea implementado.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Evaluar la calidad y funcionalidad de los instrumentos: N° de instrumentos reparados/n° de instrumentos enviados
2. Reparación y codificación del instrumental necesario: N° de instrumentos codificados
3. Formación al personal de esterilización y quirófano: % De profesionales de enfermería del B.Q. que han sido formados
4. Software de gestión del instrumental : ¿Se ha implantado?

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: Primer trimestre 2007

Fecha de finalización:

Calendario:

1. Evaluación del estado del material: Primer trimestre 2007
2. Implantación: Primer trimestre 2007
3. Codificación: Primer trimestre 2007
4. Evaluación: Junio y Diciembre 2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Adecuación de la recogida de información del paciente de la Unidad de Trastornos de la Personalidad.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

VICENTE RUBIO LARROSA

Profesión

PSIQUIATRA

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

HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA. SERVICIO DE PSIQUIATRIA.

Correo electrónico:

vrubio@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976716593

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSÉ MANUEL GRANADA LÓPEZ	Enfermero	Hosp. Nª Sª de Gracia
CÉSAR PAUMARD OLIVÁN	Psiquiatra	Hosp. Nª Sª de Gracia
ANA SOLÁNS GARCÍA	Enfermera	Hosp. Nª Sª de Gracia
MIRIAM DÍAZ ALLEPUZ	T. Social	Hosp. Nª Sª de Gracia
RAMIRO ARIÑO GALVE	Enfermero	Hosp. Nª Sª de Gracia
MARÍA JOSÉ BUATAS PÉREZ	Psicóloga	Hosp. Nª Sª de Gracia
ÓSCAR LAFUENTE	MIR Prev.	Hosp. Nª Sª 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...

El proceso asistencial en la Unidad de Trastornos de la Personalidad genera un importante volumen de información de los pacientes, en diversos soportes: registros, escalas, bases de datos informatizadas, archivos de imagen en dvd (incluirán entrevistas individuales, familiares y trabajo grupal).

El manejo y conocimiento de esta información por los miembros del equipo asistencial es fundamental para realizar una intervención multidisciplinar y coherente.

Su adecuación y organización nos permitirá evitar problemas como duplicar recogida de datos y presencia de mucha información pero de difícil acceso. Facilitará que los profesionales que intervienen en los casos los conozcan en profundidad, para evitar contradicciones asistenciales. Y ayudará a la monitorización de la evolución de los pacientes y al establecimiento de indicadores que reflejen los resultados terapéuticos.

Y como valor añadido al meramente asistencial, consideramos que esta mejora también puede facilitar la puesta en marcha de proyectos de investigación, el desarrollo de actividades docentes y contribuir a la difusión de nuestro proceso asistencial.

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

Un sistema de recogida de información del paciente, que sea de fácil acceso a los profesionales autorizados, que garantice la confidencialidad, que contenga soporte informatizado como base de datos, que permita el archivo de nuevos soportes como el disco dvd para filmaciones.

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%	10%
<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

Establecer la documentación e información básica que debe contener la historia clínica del paciente en la Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Responsables: V. Rubio, C. Paumard, M. Díaz, M.J. Buatas.

Diseño de bases de datos informatizadas para la gestión de la información de la historia clínica.

Responsables: J.M. Granada, O. Lafuente.

Procedimientos para la grabación y el archivo de filmaciones en soporte dvd.

Responsables: A. Solans, R. Ariño.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Presencia en el 90 % de las Historias Clínicas de la información básica indicada en nuestros procedimientos de actividad.

Presencia en el 90 % de las Historias Clínicas de nueva creación del disco dvd del paciente con sus filmaciones de sesiones individuales, familiares y grupales.

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: 19 - 02 - 2007

Fecha de finalización: 31 - 12 - 2007

Calendario:

19 - 02 - 2007 Reunión inicial. Programación de actividades.

02 - 03 - 2007 Puesta en marcha de las diferentes intervenciones.

01 - 06 - 2007 Evaluación del desarrollo de las actividades.

01 - 12 - 2007 Evaluación de finalización de actividades. Valoración de indicadores.

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 trastornos funcionales digestivos, y en particular la E.R.G.E. (enfermedad por reflujo gastroesofágico) y la dispepsia, son procesos con una elevada prevalencia en la población general (un 31,6 % y un 40,6%, respectivamente) que condicionan un consumo de recursos sanitarios importante. Requieren consultas repetidas y conllevan un importante gasto farmacéutico, por lo que es fundamental su correcto manejo.

Bien atendidos y gestionados estos procesos, un porcentaje importante de los mismos se pueden manejar en una consulta única, con la consiguiente mejora de la eficiencia para el sistema sanitario y la mayor satisfacción de los pacientes.

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. **Mejora de la eficiencia en el manejo de los trastornos funcionales digestivos**
2. **Aumentar la satisfacción de los clientes implicados**
3. **Mejorar la coordinación con Atención Primaria y el continuo asistencial**
4. **Implementación y actualización de las correspondientes Guías de Práctica Clínica sobre dichos procesos en nuestro Sector Sanitario**
5. **Producción científica (publicación y comunicación de los resultados de la experiencia)**

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%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reuniones con **Atención Primaria del Sector I** para informar sobre el Proyecto de Mejora, establecer una dinámica de trabajo y valorar los resultados: Dra. Ceña, Dra. Peña y Dr. Sebastián
- Programación y logística de las exploraciones complementarias necesarias (endoscopia digestiva superior): D^a Nuria Leris (D.U.E.)
- Coordinación del Proyecto de Mejora y redacción del documento de trabajo: Dr. Sebastián.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. **Cuestionario de satisfacción entregado al usuario una vez terminada la consulta única**
2. **Valoración de la disminución de frecuentación en las consultas de Atención Primaria por dichos trastornos funcionales digestivos y reducción de las consultas sucesivas por tales trastornos en el Centro Médico de Especialidades Grande Covián a lo largo del primer año de puesta en marcha del Proyecto de Mejora.**

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **septiembre 2007**

Fecha de finalización: --

Calendario:

- Contactos y reuniones con **Atención Primaria**: Invierno 2007
- Logística y aspectos administrativos de la puesta en marcha y funcionamiento de la consulta de alta resolución dentro de las Consultas Externas del Hospital Royo Villanova (adecuación de espacio físico, sistema de citaciones, etc): Primavera 2007.
- Distribución del documento definitivo de trabajo en los Centros de Salud del Sector Zaragoza I: Primavera-verano 2007
- Inicio del Proyecto de Mejora: Verano 2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PRÉSTAMO DE HISTORIAS CON LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a PURIFICACIÓN LORENTE GORDO

Profesión

AUXILIAR ADMINISTRATIVO – JEFA DE EQUIPO

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

C.M.E. GRANDE COVIÁN

Correo electrónico:

plorente@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976472370 – ext. 244

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a JESÚS ARTERO GIL	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
M ^a ISABEL CORTÉS EZQUERRA	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
M ^a FELISA TENA TOMÁS	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
MARIANO VALDEZATE GONZÁLEZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
FRANCISCO CLAVERO ENGUITA	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
ANA JULIÁN ZARAZAGA	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
MARA ASENSIO CARNICERO	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN

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 préstamo de historias programadas a consultas se realiza de forma global en el ordenador, simplemente indicando la fecha de consulta se realiza el préstamo. De esta forma si al preparar las consultas, por error se coge una por otra o no se coge la historia, produce un desfase entre lo prestado en el ordenador y lo realmente enviado a consulta, provocando las reclamaciones pertinentes para subsanar los errores.

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

Eficacia en nuestro trabajo, eliminando prácticamente los errores que influyen directamente en el trabajo del resto de personal del centro, enfermería, facultativos y celadores.

Aumento de credibilidad de nuestro Servicio

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%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Con este proyecto, pretendemos eliminar en gran parte estos errores. Si prestamos una a una cada historia y realizamos un control final al terminar el tiempo de sacar historias, el porcentaje de error será prácticamente inapreciable. Si hemos cogido una historia distinta no nos la dejará prestar e inmediatamente la sustituiremos por la correcta y si nos hemos dejado alguna nos aparecerá en el listado final.

Cada persona individualmente prestará sus historias subsanando los errores y al final de la mañana la Jefa de Equipo revisará y arreglará las incidencias del listado resultante.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

% Historias mal extraídas en el sitio

% Historias arregladas en el listado de revisión

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

Fecha de finalización: Diciembre

Calendario:

Abril

Junio

Septiembre

Noviembre

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 nivel de dependencia se modifica principalmente por reagudización de patología crónica, edad avanzada, episodios agudos invalidantes o complicaciones durante el ingreso.

El cuidador manifiesta incapacidad para proporcionar el adecuado cuidado al familiar. Es necesario el adiestramiento del cuidador para conseguir un cuidado efectivo del paciente y de sí mismo.

La utilización de un cuestionario como herramienta de comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria, detectará las necesidades de formación y disponibilidad de tiempo del cuidador principal.

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

a) Captación de cuidadores que desean formación en las diferentes áreas de cuidados.

b) Participación del cuidador en los talleres de formación.

c) Implicación del cuidador en los cuidados.

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%	35
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración del cuestionario dirigido a la captación de cuidadores principales.

Captación de cuidadores principales en el hospital durante la realización de la valoración de dependencia a pacientes crónico-dependientes.

Entregar el cuestionario autoadministrado al cuidador explicándole su objetivo.

Una vez completado el cuestionario lo entregará a la enfermera de valoración hospitalaria que junto con la enfermera de enlace valorarán el número de cuidadores principales interesados en recibir formación.

El análisis de los resultados nos permitirá planificar talleres de formación en las diferentes áreas de cuidados al dependiente (movilización, alimentación, higiene y vestido, autocuidado).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- a) Identificar las áreas de cuidados en las que se observa mayor déficit de conocimientos.
- b) Porcentaje del nº de cuidadores principales que participan activamente en los talleres en relación al nº de cuidadores principales inicialmente captados.

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 – Febrero - 2007

Fecha de finalización: 31- Diciembre-2007

Calendario:

- 1º trimestre del año: - Elaborar cuestionario
- Recopilación de documentación
- Revisión, análisis y evaluación del proyecto.
- 2º trimestre del año: - Entrega y recogida de cuestionarios a los cuidadores principales.
- Trabajar contenidos para la preparación de talleres.
- Buscar materiales necesarios para la realización de talleres.
- Revisión, análisis y evaluación del proyecto.

- 3º trimestre del año:
- Registro de cuidadores principales interesados.
 - Contactar con cuidadores principales.
 - Creación de grupos de trabajo.
 - Detección de áreas con mayor déficit de conocimientos.
 - º- Trabajar contenidos y material para los talleres en base a las necesidades detectadas.
 - Revisión, análisis y evaluación del proyecto.
- De Septiembre a :
- Realización de los talleres.
- Noviembre
- Evaluación del proyecto y análisis de los resultados.
- Diciembre:
- Propuestas de mejora

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La neurología es una especialidad que está avanzando muy deprisa y que supone un porcentaje significativo de urgencias y consultas. Una adecuada asistencia neurológica conlleva no sólo el aspecto propiamente médico sino también debe incluir una adecuada, sencilla y veraz información sobre el proceso de modo que el paciente sepa en todo momento y desde nuestra unidad de que proceso se le ha diagnosticado, cuales son sus características y qué otras opciones no farmacológicas existen.

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad que afecta generalmente a personas jóvenes y suele ser muy invalidante a largo plazo. Los pacientes con EM precisan no sólo del tratamiento farmacológico sino también de una serie de medidas no farmacológicas entre las que se encuentra la fisioterapia, readaptación del hogar, logoterapia, etc. Este tratamiento no farmacológico resulta barato, sin efectos secundarios y contribuye significativamente a enlentecer la evolución de este síndrome. Cada vez diagnosticamos más casos de esta enfermedad y nuestros recursos hospitalarios son limitados desde el punto de vista no farmacológico. Con este objetivo queremos diseñar, en la misma línea que ya hicimos con la Enf. de Parkinson y el ACV un folleto donde explique estos tratamientos y permita reducir las complicaciones y la presión asistencial por este motivo y a la larga mejore la autonomía y calidad de vida.

En este sentido, queremos proporcionar a estos pacientes una explicación completa y asequible de las características del tratamiento no farmacológico a través de la elaboración de un folleto sencillo dirigido 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, la logoterapia así como la adaptación del hogar para prevenir complicaciones.

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 de las técnicas de logoterapia y fisioterapia aplicadas a la esclerosis múltiple.
- Mejorar la calidad de vida de estos pacientes y enlentecer la evolución.
- Complementar al tratamiento farmacológico.
- Disminuir las complicaciones motrices.
- Intentar disminuir la demanda asistencial debida a complicaciones motrices.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	30%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El folleto deberá contener la siguiente información:

- EXPLICACION TEORICA. Hace referencia a los conceptos básicos relacionados con la esclerosis múltiple y las medidas no farmacológicas (fisioterapia, logoterapia, etc.).
- DIBUJOS O FOTOGRAFÍAS. Expresión gráfica sencilla y de fácil comprensión de las principales procedimientos y técnicas no farmacológicas en estos pacientes.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

El resultado final que será la guía ya elaborada y el grado de satisfacción de los pacientes con esta patología tras 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: marzo-07

Fecha de finalización: noviembre-07

Calendario:

Marzo-junio-07: recogida de información

Julio-agosto: elaboración de la parte teórica.

Septiembre: adaptación de las fotografías explicativas al texto

Octubre-noviembre: corrección e integración de todo el material

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material informático</u>	<u>450</u>
<u>Libros</u>	<u>250</u>

TOTAL	700 euros
-------	-----------

Fecha y firma:

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...

Renovar todos los listados y fotos de los instrumentales de todas las especialidades quirúrgicas que se realizan en el hospital.

La situación de partida son catalogos con pocas fotos y actualizaciones a mano y sin revisiones

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Elaboración de los procedimientos para la certificación de las centrales de esterilización.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Tener un documento ágil que nos permita la correcta preparación del instrumental a esterilizar conforme a norma ISO

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%	10
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%	35
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Revisión de los listados de instrumental quirúrgico de las distintas especialidades

Inclusión de los instrumentales que falten.

Realización de fotos o escaneado de catálogos de los proveedores de todos los instrumentales

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Nº instrumentales catalogados x100

Nº instrumentales existentes

Nº contenedores catalogados x100

Nº contenedores existentes

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:

Catalogo traumatología

1-4-07

Catalogo cirugía general

1-7-07

Catalogo oftalmología

1-10-07

Catalogo urología

31-12-07

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

En el año 2006 se han realizado en nuestro servicio 1203 colonoscopias, de las cuales el 9% han correspondido a cribados para el cáncer colorrectal. En estas últimas se han diagnosticado 29 lesiones premalignas (26,6% de exploraciones positivas), consistentes en adenomas con diversos grados de displasia.

En el mismo periodo se han diagnosticado 62 nuevos cánceres colorrectales (5,1% de las colonoscopias practicadas), emitiéndose 152 recomendaciones.

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%

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	---

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	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 SEGUIMIENTOIndicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización

- **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 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...

La llegada de Traumatología y Urología del Hospital Miguel Servet y Hospital Prostival, supone un esfuerzo para las intervenciones quirúrgicas por el Personal de Ejecución.

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

Manejo de documentación gráfica y visual para la instrumentación y procedimientos quirúrgicos en las distintas intervenciones

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%	10
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%	35
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión documentos médicos
- visualización de instrumental mediante fotos y videos
- protocolos interactivos.

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

$$\frac{\text{no protocolos revisados}}{\text{no protocolos existentes}} \times 100.$$

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:

- Protocolos Traumatología: Fecha inicio 1-2-07
Fecha finalización 31-12-07
- Protocolos Urología: la misma.

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...

Aprendizaje de las técnicas nuevas de vitrectomía en la especialidad de oftalmología y nuevas técnicas de cirugía laparoscópica.

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

Manejo de documentación gráfica y visual para la instrumentación y procedimiento quirúrgico en las diferentes intervenciones.

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión documentos previos
- Visualización de instrumental mediante fotografías y videos.

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

$$\frac{\text{Nº protocolos realizados}}{\text{Nº protocolos existentes}} > 100$$

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:

Protocolos oftalmológicos y cirugía general:

Fecha inicio 1-2-07

Fecha final 31-12-07

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Se ha detectado la necesidad que el paciente tiene de conocer, además de la cartera de servicios, los facultativos que están incluidos en ella.

Es necesario preparar carteles con el nombre de los facultativos que atienden Consultas Externas, Pruebas funcionales y el resto de los Servicios y Plantas Hospitalarias.

Cualquier consulta que el paciente realiza con el resto del personal, es mas concreta y por tanto más fácil de resolver si se conoce la identidad de quien lo atiende

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Esperamos que el paciente se sienta más orientado y seguro cuando conoce quien lo va a atender.

Cuando el paciente consulta cualquier duda con el resto del personal, sobre el facultativo que lo trata, es mas concreto si conoce su identidad.

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

Lineas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	5%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	5%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	55%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	35%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Colocar un cartel a la entrada de Consultas Externas en lugar visible al público donde se informe de las distintas especialidades que se atienden en Consultas y otros próximos a las puertas de dichas Consultas, donde conste el nombre de los facultativos que componen los equipos, destacando el nombre de los/as Jefes del Servicio

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Número de carteles, colocados en los lugares de mayor visibilidad.

Los pacientes que dejaran de hacer filas, por ejemplo en el control de Consultas Externas, para consultar donde ha de esperar a que le llamen.

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:

Febrero 2007 consultar precios en empresas de cartelería

Junio solicitar la realización de los carteles

Diciembre, recepción de los carteles y colocación de los mismos

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: gjimenez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976.46.69.10 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	Hospital N ^a S ^a Gracia. Zaragoza
Ana Solans García	Enfermera	Hospital N ^a S ^a Gracia. Zaragoza
Myriam Acín Navarro	Enfermera	CSM Actur Sur. Zaragoza.
Arsenio Ruiz Martorell	Enfermero	Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
Ramiro Ariño Galve	Enfermero	Hospital N ^a S ^a Gracia. Zaragoza
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.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2007 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

A partir de un proyecto de mejora que incluía profesionales de distintos Sectores de Salud se han generado 5 Proyectos idénticos que de manera multicéntrica han comenzado a trabajar a lo largo del año 2005 y 2006, siendo necesario la continuación del trabajo a largo del año 2007.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2007 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

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

Diseño preliminar de un sistema de preparación al alta en coordinación con el CSM correspondiente.

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave de "especial seguimiento" atendiendo a indicadores como reingresos hospitalarios y baja adherencia asistencial.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

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

Intervención preliminar de preparación al alta.

Responsables: Enfermeras supervisoras de las Unidades de Corta Estancia Psiquiátrica.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Total de pacientes revisados según criterios TMG/Total pacientes ingresados.

Total de pacientes TMG con cita al alta/Total de pacientes clasificados como TMG.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: continuación

Fecha de finalización:

Calendario:

Febrero 2007 coordinación y análisis de datos del pasado año.

Septiembre 2007 reunión de seguimiento del Proyecto.

Diciembre de 2007 sesión de trabajo de todos participantes, para evaluación general y publicación del trabajo realizado.

