

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA COBERTURA DE REGISTRO DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN SISTEMA INFORMÁTICO OMI EN UN CENTRO DE SALUD TRAS UN AÑO DE FUNCIONAMIENTO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Virginia López Cortés

Profesión

Médico de Familia

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

Centro de Salud Arrabal

Correo electrónico:

vlopez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976731500.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|--------------------------|-----------|-------------------|
| Isabel Guindeo Mendicuti | DUE | Arrabal |
| Carmen Abril Alegre | DUE | Arrabal |
| Marisa Benito Cornago | Aux. Adm | Arrabal |
| Sol Reixá Vizoso | Médico | Arrabal |
| Rosa Magallón Botaya | Médico | Arrabal |
| | | |

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 un año y medio de funcionamiento de la historia clínica informatizada, se detectan importantes defectos en el registro de las patologías más prevalentes por parte de todos los profesionales, con además diferentes criterios a la hora de registrar.

Las historias clínicas tradicionales no se han pasado al ordenador por falta de tiempo y muchos factores de riesgo, análisis, evoluciones clínicas, etc. permanecen sin pasar al ordenador.

El Grupo de calidad, tras un análisis del tema evidencia problemas de formación y de falta de unificación de criterios.

Tras este periodo de inmersión en OMI.AP creemos que es el momento de intentar mejorar el registro en la historia clínica para la mejor atención a estos pacientes.

La Comisión de Calidad se ha vuelto a constituir tras dos años de inestabilidad en el equipo y esta es la primera experiencia que afronta en esta nueva etapa.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejora en el registro de la historia informatizada
 Conseguir criterios unificados.
 Mejora de las coberturas de las enfermedades mas prevalentes: diabetes e hipertensión.
 Conseguir una correcta atención integral en todas las fases del diagnóstico y seguimiento del paciente hipertenso y/o diabético.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Presentación de la situación actual al equipo, mediante sesión clínica
 Plan de formación para los profesionales del equipo.
 Protocolo de registro de enfermedades crónicas para facilitar la comprensión.
 Reevaluación.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluremos el problema a través de la medición antes y después de la intervención de dos diagnósticos prevalentes: DIABETES E HTA. Si están bien intriducidos en carteras de servicios.

Indicadores de calidad: año de diagnóstico de la enfermedad.
 para la diabetes: constancia de glicoxilada en dgp
 Para la HTA, constancia de cifras de hta eb dpg.

La mejora del registro en Cartera de Servicio incluye todos la atención integral al enfermo diabético e hipertenso: el registro total de la historia de papel, en lo relativo a su enfermedad y antecedentes, la cobertura y cumplimentación de los parámetros establecidos en la cartera OMI, la idoneidad de la prescripción y adecuación de los tratamientos a los diagnósticos, la correcta dispensación de las CLT.
 Todos estos indicadores se evaluarán antes y después de la actividad formativa.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Evaluación previa a la intervención: calcularemos la cobertura actual y la compararemos con la prevalencia estimada y los sistemas de registro previos a la informatización del centro.

Presentación en sesión al equipo de los resultados preliminares.

Plan de formación: cuatro sesiones de dos horas de duración en horario de mediodía para que puedan acudir todos los profesionales del centro. Se contará para esto con docentes expertos en el tema.

Reevaluación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

REORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL EAP ACTUR SUR TRAS LA FRAGMENTACIÓN DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD ACTUR SUR EN LAS ZONAS BÁSICAS ACTUR SUR Y AMPARO POCH

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Asunción Casado Valer

Profesión

Médico de Familia

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

Centro de Salud Actur Sur

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 732319 Extensión 205

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|---------------------|--------------------|-------------------|
| Teresa Alvarez | Enfermera | Actur Sur |
| Roberto Artigas | Admisión | Actur Sur |
| Carmen Fernández | Trabajadora Social | Actur Sur |
| Sara López | Enfermera | Actur Sur |
| Carmen Lafuente | Admisión | Actur Sur |
| Pilar López | Pediatra | Actur Sur |
| Encarna Marañón | Admisión | Actur Sur |
| Juan Puértolas | Admisión | Actur Sur |
| Miguel A. Silvestre | Admisión | Actur Sur |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONAD

La modificación del mapa sanitario en Actur creando el nuevo equipo Amparo Poch va a crear cambios tanto en el número de usuarios como en el de profesionales en nuestro EAP Actur Sur , lo que nos obliga a reorganizarnos para garantizar la mejor atención a nuestra población de forma que los usuarios sigan recibiendo un adecuado servicio. Cada tarea deberá tener un profesional y un horario asignado.

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

- Optimizar los recursos, tanto ; humanos, materiales y de infraestructura, con los que el Centro de Salud Actur Sur va a contar después de la segregación.
- Tener para antes del día de la separación preparado un organigrama con horarios y funciones de todos los profesionales que permanecen en el Equipo Actur Sur y en la medida de lo posible detectados, estudiados y resueltos los problemas que se puedan presentar en todos los estamentos y horarios.
- Establecer líneas de mejora en las áreas problema.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Tras la fase final de selección del personal que pase a la Zona Básica Amparo Poch, elaborar un organigrama por cada estamento con las tareas y los horarios de las mismas asignados a cada profesional.
- La comisión de Calidad informará al resto de los miembros del Equipo de Actur Sur de este Proyecto.
- Se han designado responsables por estamento;
 1. Encarna Marañón para Área de Admisión,
 2. Teresa Álvarez y Sara López para área de Enfermería,
 3. Asunción Casado para área de Medicina de Familia,
 4. Pilar López para área de Pediatría,
 5. Carmen Fernández y Pilar López de las Unidades de Apoyo,Estos responsables serán los encargados de trabajar con el resto de los componentes de los distintos estamentos: los Organigramas, vigilar el funcionamiento de los mismos, registrar las incidencias, articular los ajustes necesarios.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Nº. de Reclamaciones de los pacientes por temas organizativos.
- Registro de Incidencias por parte de los profesionales relacionadas con la nueva situación, depositadas en el buzón de sugerencias del que dispone el Centro.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio:15 /2/2008

Fecha de finalización:15/12/2008

Calendario:

1. 13/2/2008 al 29/2/2008:
 - Elaboración de los profesionales por estamento y turno de trabajo que permanecen en Actur Sur.
 - Reuniones semanales del responsable de cada estamento con el resto de los componentes del mismo para establecer líneas de trabajo.
2. Primera Quincena de Marzo de 2008:
 - Reunión con el Grupo de Interprofesionales para valorar todo el trabajo Realizado por los distintos estamentos y llegar a un consenso sobre los nuevos Organigramas.
3. Desde Abril a Diciembre de 2008, reuniones mensuales de la Comisión de Calidad para:
 - Estudiar los problemas que se hayan planteado a través de las reclamaciones y de las incidencias surgidas.
 - Establecer correcciones para solucionar dichos problemas.

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

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|--|--------------|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| CAÑÓN DE TECHO PARA PROYECCIONES, COLOCARLO EN LA SALA DE REUNIONES | 3.000- |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | 3.000- |

Lugar y fecha: Zaragoza 20 de Febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

RESTRUCTURACIÓN FUNCIONAL DEL NUEVO C.S. AMPARO POCH, TRAS SU APERTURA Y LA INCORPORACIÓN AL MISMO DE LA PLANTILLA DEL ACTUR NORTE.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Miguel Angel Silvestre Orte

Profesión

Auxiliar Administrativo

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

C.S. Amparo Poch

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976521620

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------|-----------|---------------------------|
| Carmen Viñas Viamonte | Enfermera | C.S. Amparo Poch/A. Norte |
| Carmen Puig García | Pediatra | C.S. Amparo Poch/A. Norte |
| | | |
| | | |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- 1.- Creación del nuevo C.S. Amparo Poch.
- 2.- Cierre por remodelación del C.S. Actur Norte y notificación del mismo a los usuarios
- 3.- Incorporación al C.S. Amparo Poch de los trabajadores del C.S. Actur Norte
- 4.- Reorganización total del funcionamiento del C.S. Amparo Poch
- 5.- Reuniones organizativas por estamentos
- 6.- Creación de canales informativos sobre los resultados de las reuniones
- 7.- Elaboración de hojas informativas de funcionamiento para los usuarios

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.- Notificar a los usuarios de la nueva zona de salud, de la apertura del nuevo C.S. Amparo Poch.
- 2.- Llegar a informar sobre el traslado del C.S. Actur Norte al C.S. Amparo Poch, al mayor número de usuarios.
- 3.- Elaborar manuales nuevos de organización por categorías.
- 4.- Que la información de todos los cambios y nuevas actuaciones internas del nuevo centro, lleguen al 100% de los trabajadores.
- 5.- Elaboración de hojas informativas para los usuarios, sobre el funcionamiento del nuevo centro.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Reuniones previas organizativas por estamentos, los responsables serán los coordinadores de medicina, enfermería, responsable admisión y la Dirección de Atención Primaria.
- 2.- Información del traslado de los usuarios del Actur Norte al Amparo Poch, mediante la colocación de carteles informativos por las consultas y zonas comunes del centro.
- 3.- Creación de nuevos canales informativos, adecuados al trabajo con OMI., se encargará de estos canales el responsable de admisión.
- 4.- Elaboración de manuales internos de actuación por categorías, se encargarán los responsables del centro.
- 5.- Elaboración de hojas informativas para los usuarios, el responsable será el Jefe de Grupo de Admisión.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1- Se realizará preguntas directas a todos los profesionales del centro en reuniones de Equipo y en reuniones por estamentos, se reflejará en las actas de estas reuniones.
- 2- Número de reclamaciones que pongan los usuarios quejándose sobre la notificación del traslado al nuevo centro, y número de sugerencias que pongan los usuarios.
- 3- Se realizará como en el apartado nº 1, mediante preguntas directas.
- 4- Los manuales de acogida de los profesionales estarán colgados en OMI
- 5- Mediante las reclamaciones que los pacientes pongan por este motivo. A través del buzón de sugerencias del centro.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 25/02/2008

Fecha de finalización: 31/12/2008

Cronograma:

- 1.- Del 25 de febrero al 14 de marzo, reuniones organizativas de funcionamiento
- 2.- Del 3 de marzo al 14 de marzo, pegado de carteles informativos.
- 3.- A partir del 10 de marzo, inclusión en OMI de toda la información (revisión mensual de la misma)
4. Hasta el 31/12/2008, elaboración y actualización de los manuales de acogida
5. Apertura trimestral del buzón de sugerencias
6. Revisión trimestral del libro de reclamaciones.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Flexibilización de las agendas de consulta a demanda en el Centro de Salud Picarral de Zaragoza.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Pedro Malumbres Juarros

Profesión: Médico Centro de trabajo: C.S. Picarral

Correo electrónico: pedro.malumbres@ya.com

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|---------------------------|-----------|-------------------|
| Concepción Castillo Lueña | Médico | Picarral |
| Susana Garcia | Médico | Picarral |
| Maria José Gracia Molina | Médico | Picarral |
| Plácido Rubio Esteban | Médico | Picarral |
| Concepción Marcén | Adminis | Picarral |
| Arsenio Ruiz Martorell | Médico | Picarral |
| | | |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Saturación de las agendas de consulta a demanda en el Centro de Salud Picarral de Zaragoza en el año 2.007, lo que origina que los pacientes no puedan conseguir cita para resolver un problema agudo, en ocasiones hasta tres y más días después de iniciado el mismo.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir el tiempo de demora en la atención de problemas agudos
- Disminuir el número de pacientes atendidos sin cita previa
- Evitar demoras excesivas en la consulta de demanda ocasionada por pacientes que se han de atender sin cita previa.
- Disminuir el número de pacientes atendidos en Atención continuada de tarde
- Mejorar la satisfacción de los usuarios y de los profesionales

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Se utilizarán los siguientes indicadores:

1.- Análisis cuantitativo de la demanda:

- 1.1- Presión asistencial: N° visitas año/N° días trabajados año
- 1.2- Frecuentación: N° visitas año/N° habitantes

2.- Análisis cualitativo de la demanda, basado en la clasificación de las visitas según el motivo y si son o no previsibles (previsible cuando sabemos que la persona tiene que volver en unas fechas más o menos determinadas por un motivo concreto). Con estos dos conceptos podemos establecer 4 tipos diferentes de consultas:

- 2.1 - Visita asistencial previsible
- 2.2 - Visita asistencial no previsible
- 2.3 - Visita administrativa previsible
- 2.4 - Visita administrativa no previsible

La situación de partida en el C.S. Picarral, según análisis realizado por OMI para el año anterior es la siguiente:

- Presión asistencial media: 44 (39 – 54.75)
Frecuentación media: 5.5 (4.57 – 7.03)

Durante dos semanas se recogieron datos cuantitativos, cualitativos y de tiempos de demora en la asistencia, en cinco consultas piloto. El análisis de los datos recogidos proporcionó la siguiente información:

- Porcentaje de visitas asistenciales previsibles: 19.7 %
Porcentaje de visitas asistenciales no previsibles: 27.5 %
Porcentaje de visitas administrativas previsibles: 48.8 %
Porcentaje de visitas administrativas no previsibles: 4.0 %
Medias de presión asistencial en consonancia con las proporcionadas por OMI
Tiempos de demora muy variables en función de cada profesional analizado

Como posibles causas del problema se han señalado, analizando mediante el uso de Plantilla Ishikawa:

- Cupos formados por excesivo número de TIS por profesional, o escaso recurso profesionales.
- Envejecimiento de la población
- Excesiva burocracia en consultas:
 - Partes de confirmación ILT
 - Recogida resultados analíticas y Radiología
 - Renovación de recetas a pacientes con tratamientos de larga duración
 - Extensión de recetas prescritas en servicios de urgencias sin la receta preceptiva.
 - Volantes para todo: visados, agudeza visual, ginecología, citologías, tocología.
- Pacientes hiperfrecuentadores:
 - Por iniciativa del propio paciente
 - Como consecuencia de la dinámica de trabajo en el Equipo: protocolos excesivamente rígidos.
- Inadecuación en la organización de las agendas respecto a la demanda
 - Mala organización de la agenda de demanda
 - Los avisos domiciliarios roban mucho tiempo
 - Mala gestión de la consulta programada

- Separación demanda-programada
- Retrasos en la consulta por:
 - Falta de colchones
 - Pacientes que necesitan más tiempo: densos, ancianos,...
 - No poder citar en el día = pacientes extras sin cita previa
 - Circuitos inadecuados
 - Repetición innecesaria de visitas
- Inadecuada o inexistente distribución del trabajo entre todos los profesionales del Centro o entre las diversas agendas.
- Ausencias de compañeros que no son sustituidas
- Asunción de nuevos servicios en la cartera: sintrom, espirometría, ECG, test aliento HP, atención a pacientes inmovilizados, citologías, deshabituación hábito tabáquico..., añadidos a los clásicamente controlados desde Atención Primaria (HTA, Diabetes Mellitas, EPOC, obesidad).

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

SOLUCIONES DE PROBLEMAS DE ORIGEN EN EL PACIENTE.

1. Dar siempre citación para todas las consultas previsibles, tanto asistenciales como administrativas ya en la misma consulta. Que el paciente salga siempre de la consulta con la siguiente cita en la mano.
2. Renovación de recetas de tratamientos crónicos en el área de admisión o en las consultas de enfermería.
3. Renovación de PC, en ILT de larga duración y que no dependan de seguimiento en primaria, en el área administrativa, con revisiones periódicas en la consulta que serán establecidas por el profesional médico atendiendo a las circunstancias de cada caso.

SOLUCIONES A PROBLEMAS DE PROFESIONAL

1. Creación de agenda única: unificar la consulta programada con la de demanda, dedicando toda la actividad de consulta a está última. Cuando se precise más tiempo para alguna revisión, el profesional podrá reservar dos o más huecos de la agenda en función de la actividad a realizar y el tiempo medio estimado para realizar la misma (no es lo mismo valorar unos pulsos periféricos que administrar un mini-mental p.e.).
2. Creación de colchones:
 - a. Adaptar número de huecos a las características del paciente (deberá indicarlo el profesional afectado citando personalmente o mediante el uso de flas automático que avise al administrativo. (Preguntar si se verá el mensaje desde la cita centralizada).
 - b. Jerarquía de colores para llenar de forma progresiva, incluyendo huecos para citación sólo en el día de la consulta (agenda verde) y otros para rellenar cuando exista demora de más de dos días (agenda roja) además de los huecos de demanda normal.
 - c. Crear huecos en la agenda para citar las cartillas de Larga Duración y facilitar la cumplimentación y seguimiento de las recetas emitidas.
 - d. Se crearán colchones adaptados al perfil de consulta de cada profesional, analizando los tiempos de demora de cada uno, así como la evolución durante el tiempo de consulta. Servirán de punto de partida los tiempos medios de demora recogidos en el estudio de las 5 consultas piloto.
3. Participación de enfermería en algunas consultas burocráticas y en actividades de cartera de servicios para los que tienen suficiente cualificación: deshabituación tabaquismo, valoración anciano riesgo, actividades preventivas

adolescente,...

SOLUCIONES A LA BUROCRATIZACIÓN DE LA CONSULTA

1. Contenidos de las consultas burocráticas:
 - Volantes para enfermería de actividades ya protocolizadas
 - Certificaciones para balnearios, residencias y centros de día
 - Certificaciones para contratos, pruebas de aptitud, etc.
 - Repetición de hojas de interconsulta para especializada (revisiones ya pactadas).
 - Actividades burocráticas de los procesos de ILT
 - Trascricpción a la historia de datos administrativos, informes, resultados de pruebas.
 - Impresos de ambulancias generadas por especializada
 - Justificantes de citación al Centro de Salud
 - Solicitudes de pruebas protocolizadas en otros niveles
 - Recetas de Cartillas Largo Tratamiento (CLT)
2. Definición de consulta administrativa de alta resolución:
 - a. Creación de un equipo integrado que asuma las tareas administrativas del Centro de Salud.
 - b. Elaboración de protocolos de actuación para tareas, grupos de tareas y circuitos en cada Centro de Salud.
 - c. Establecer claramente las actividades y tareas que se deben derivar
 - d. Mejora y adecuación de los recursos
 - e. Despacho de administración de atención al público
 - f. Instaurar procedimientos para gestión del tiempo y distribución de las actividades propias de administración.
 - g. Simplificación de los circuitos para conseguir la mayor eficacia y eficiencia en los procesos.
 - h. Adiestramiento en el control de flujos y gestión de las agendas, revisión de las agendas y aplicación de estrategias de gestión del tiempo.
 - i. Instauración de procedimientos para asegurar el ciclo de mejora continua de la calidad.
3. Interrelación entre niveles asistenciales

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

En una primera fase se ha abordado la redefinición de agendas, la citación directa en consulta para motivos previsibles subsiguientes y la emisión de partes de confirmación crónicos en el área de admisión. Se pondrán en marcha en las 5 consultas piloto analizadas y se revisarán indicadores tras un año de funcionamiento.

Otros puntos de mejora se introducirán de forma progresiva a medida que se vayan elaborando por consenso de los miembros del EAP.

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: 01/04/2008 | 31/01/2009 |
| Para el estudio en consultas piloto | |
| 06-09-y12 /2008 Recogida de datos de la actividad en consultas durante dos semanas .Aplicación de medidas correctoras, si procede. | |
| 01/02/2008 a 31/03/2009 análisis de datos. Conclusiones. Nuevas propuestas de mejora | |

| 11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...) | |
|---|---|
| <i>Material/Servicios</i> | <i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |
| <i>Ordenador portatil</i> | <i>1800€</i> |
| <i>Retropoyector</i> | <i>900€</i> |
| | |
| | |
| TOTAL | 2700€ Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo |

Fecha y firma:

21/02/2008

Equipo de mejora de CS Picarral (Sector Zaragoza I)

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

| |
|---|
| 1.- TÍTULO ACTUACIONES PARA LA MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE HIPOLIPEMIANTES A LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA |
|---|

| |
|--|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO |
| Nombre y apellidos: Carmen Labarta Mancho |
| Profesión: Farmacéutica Atención Primaria |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Dirección AP Sector Zaragoza I |
| Correo electrónico: clabarta@salud.aragon.es |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 876 764 530 |

| | | |
|---|------------------|--------------------------------|
| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA | | |
| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
| Abad Serrano, Teresa | Médico Familia | E.A.P. "Actur Norte" |
| Arruga Mombiola, Carlos | Médico Familia | E.A.P. "Actur Sur" |
| Ruiz Casado, Pilar | Médico Familia | E.A.P. "Alfajarín" |
| Reixa Vizoso, Sol | Médico Familia | E.A.P. "Arrabal" |
| Barco Marcellán, Purificación | Médico Familia | E.A.P. "Bujaraloz" |
| Fraj Valle, Mª Mar | Médico Familia | E.A.P. "La Jota" |
| Naudin Berduque, Jesús Angel | Médico Familia | E.A.P. "Luna" |
| Gracia Molina, Mª José | Médico Familia | E.A.P. "Picarral" |
| García Bello, Mª Dolores | Médico Familia | E.A.P. "Sta Isabel" |
| López Novella, Olga | Médico Familia | E.A.P. "Villamayor" |
| Perez-Caballero Bona, Carmen | Médico Familia | E.A.P. "Zuera" |
| Lafuente Lafuente, Antonio | Director Médico | Dirección AP Sector Zaragoza I |
| Clerencia Casorrán, Carlos | Técnico de Salud | Dirección AP Sector Zaragoza I |

| |
|---|
| 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA |
| Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... |
| <p>La información proporcionada mensualmente a los médicos de AP sobre prescripción a partir del sistema de información de consumo farmacéutico está centrada en la calidad de los medicamentos prescritos, sin establecer relación con otros datos relativos al paciente como diagnóstico o variables clínicas que puedan orientar el seguimiento del tratamiento. El médico de AP siente como una necesidad recibir este tipo de información.</p> <p>La historia clínica informatizada integra datos de prescripción, características del paciente, diagnóstico, etc. La explotación de esta base de datos permitiría obtener datos de adecuación de los tratamientos farmacológicos a las recomendaciones basadas en la evidencia.</p> <p>La Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM) en Atención Primaria ha seleccionado de entre los 10 indicadores incluidos en el Índice Sintético de Calidad de la Prescripción el indicador de %simvastatina/estatinas, por tratarse de uno de los indicadores con mayor margen de mejora, ser de los que más cuentan en dicho índice, disponer de numerosa evidencia apoyando su uso y considerar que el cambio es factible. El %simvastatina/estatinas actual en el sector es 30,5%, correspondiendo en el índice sintético 3 de los 9 puntos asignados a dicho indicador.</p> |

| |
|---|
| 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO |
| Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior |

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Ofrecer a los médicos de AP información agregada de variables clínicas y prescripción para facilitar el seguimiento de los tratamientos hipolipemiantes.
2. Conocer el grado de adecuación de la prescripción de hipolipemiantes a las recomendaciones basadas en la evidencia en los centros de salud con historia clínica informatizada.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Explotación de la base de datos de prescripción (FAP): DDD (dosis diaria definida), DHD (DDD por mil habitantes día), fármaco, CIP, edad, sexo, cías, eap
2. Explotación de la historia clínica informatizada OMI-AP (Dirección): diagnóstico, LDL, RCV, tratamiento
3. Diseño de una base de datos access con los datos anteriores, centrada en el paciente (FAP, TS,...)
4. Análisis de los datos para el periodo enero-diciembre 2007 (FAP, TS, Dirección)
5. Presentación de un informe en la CURM en AP
6. Elaboración sesión formativa (FAP + 2 miembros CURM)
7. Presentación en cada EAP, por el FAP y el responsable de Farmacia, del estudio y la sesión formativa, aportando datos particulares del equipo y sus facultativos

FAP: Farmacéutico de AP, TS: Técnico de Salud

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. La base de datos access está diseñada y funciona.
2. % Prescripción estatinas adecuada a Guía Semfyc
3. % Pacientes con prescripción adecuada según niveles LDL
4. % Simvastatina / Estatinas
5. Difusión del informe anual de 2007 en la CURM
6. Inicio del plan formativo de mejora

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2008

Fecha de finalización: Marzo 2009

Caleandario:

| | Mar | Abril | May | Jun | Jul- Ago | Sept | Oct | Nov | Ene-Mar 09 |
|---|-----|-------|-----|-----|-------------|------|-----|-----|---------------|
| Explotación base de datos de prescripción, OMI-AP | | | | | | | | | |
| Diseño base de datos access | | | | | | | | | |
| Análisis de los datos del año 2007 | | | | | | | | | |
| Elaboración sesión formativa | | | | | | | | | |
| Presentación informe en la CURM en AP | | | | | | | | | |
| Presentación en cada EAP | | | | | | | | | |
| Evaluación proyecto CURM | | | | | | | | | |

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

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|--|----------------|
| <i>Material/Servicios</i> | <i>Euros</i> |
| Suscripción a revista "FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA (FMC)" | 572 € |
| SUSCRIPCIÓN institucional a "FISTERRAE": herramienta que integra recursos de apoyo a profesionales sanitarios en el punto de atención (guías clínicas, calculadoras clínicas (calcumed y calcuvac), guía farmacoterapéutica...). Suscripción bienal | 361 € |
| FORMACIÓN en EAP (11 horas formativas + desplazamientos) | 1.200 € |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | 2.133 € |

Lugar y fecha: Zaragoza, 22 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN UN CENTRO PENITENCIARIO.
HABITOS MENTALES SALUDABLES EN PRISION –FORMACION DE MEDIADORES EN RESILIENCIA

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 josemarroyo@auna.com
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 Reboleria Zaragoza |
| Alfonso 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...

Una vez realizado el análisis de la realidad, detectados los factores de riesgo y los factores protectores de la salud mental en prisión, se ha decidido poner en marcha una actividad de promoción de la salud mental que consiste en la realización de un curso de formación para mediadores. Donde se capacita a esos internos para mejorar su residencia en prisión.

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

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

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.
 2007- Análisis de los factores de riesgo y de protección de la salud mental a través de grupos de discusión de internos en las prisiones de Zuera y Daroca. Grabación de un material audiovisual que resume los principales hallazgos con los que se identifican los anteriormente mencionados factores.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Formar a un grupo de internos con perfil de mediador para que trasladen las habilidades de mejora de la resiliencia en prisión a sus compañeros.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se trabajará con grupos de 25 internos, en sesiones de 60 minutos semanales. Recibirán formación por parte de un especialista sobre los temas identificados como más necesarios para mejorar la resiliencia en prisión. Hay previstas un total de 16 sesiones a lo largo de todo el año, en las prisiones de Zuera y Daroca, sobre diferentes temas que sugieren riesgo de enfermedad mental en prisión.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 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.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Enero 2008

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 2008 se realizarán las actuaciones

Noviembre y Diciembre de 2008 se elaborará el documento gráfico de promoción de la salud mental en prisiones con estructura de manual o guía de uso.

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

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|---|--------------|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| Desplazamientos a la prisión de Zuera y Daroca en vehículo particular | 200€ |
| | |
| | |
| TOTAL | 200€ |

Lugar y fecha:

Zaragoza 7 febrero 2008

Coordinador del Programa

JM arroyo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA INFORMACIÓN E INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE INGRESO EN LA ATENCIÓN A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UME RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID.

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:

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- Psicoterapeuta | Residencia Profesor Rey Ardid |
| Esther Samaniego Díaz de Corcuera | DUE | Residencia Profesor Rey Ardid |
| Elisa Escolano | Psicóloga | Residencia Profesor Rey Ardid |
| Yoanna Kirilova | DUE | Residencia Profesor Rey Ardid |
| Tomás López | DUE | Residencia Profesor Rey Ardid. |
| Begoña Muñoz | DUE | 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...

Dentro del plan de mejora de la Calidad que viene desarrollando esta institución desde el año 2002 con este nuevo proyecto queremos aportar una serie de medidas encaminadas a mejorar el desempeño psicosocial global del paciente (psicológico y social) mediante una mejora en el proceso de ingreso y en la participación de la familia

en el PIRR (Programa Individualizado de Rehabilitación y Reinserción).

Anualmente los familiares de los pacientes ingresados en la UME (Unidad de Media Estancia) Profesor Rey Ardid, vienen rellenando encuestas sobre la atención en el Centro.

Consideramos la hipótesis de que el ítem B2 de la encuesta a las familias (ver anexo 1) sobre valoración sobre la Atención en el momento de la incorporación al centro, obteniendo en el año 2007 un nivel de calidad "muy bien" pensamos que los resultados de las encuestas están relacionados con el ingreso en un recurso asistencial desde su domicilio y queremos fomentar la participación de los familiares en el PIRR realizando un abordaje individual, grupal y familiar.

Los objetivos de mejora que nos planteamos son heterogéneos en función de la individualidad de cada paciente : del trastorno que presenta y de la situación de vida. Siempre que esté indicada, se ha de realizar dentro de un planteamiento terapéutico global integrando las otras intervenciones psicosociales así como la psicofarmacológica.

Nuestro abordaje debe estar basado en las necesidades y preferencias del paciente y familia así como en su sistema de valores en la elección de metas a conseguir. En nuestro abordaje, debemos utilizar diversas estrategias basadas en una relación Interpersonal continua y de empatía.

Recomendación de grado A (Guía de práctica Clínica para la Atención al paciente con Esquizofrenia, de la Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques): Aplicar la Intervención Familiar en pacientes moderada gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar de forma individualizada.

En el Tratamiento de la Esquizofrenia debemos considerar la atención a las familias tanto por el hecho de que son quienes cuidan a los pacientes como por el importante papel que pueden jugar en el control de los síntomas como en la rehabilitación. Un objetivo general de la intervención con los familiares es construir una alianza terapéutica.

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 valoración sobre la información aportada en el proceso del ingreso del paciente por los profesionales sea completa y clara y ayude a comprender la enfermedad del paciente desde un abordaje individual y grupal (adscribir a grupos psicoeducativos para familiares) logrando una puntuación de 90 (excelente) en el nivel de calidad (Anexo 1 ítem B2: Valoración sobre la atención en el momento de la incorporación al centro o servicio),

Mejorar la implicación de familiares en el PIRR a través del proceso de ingreso: logrando una puntuación del 90 (excelente) en el nivel de calidad de en la valoración sobre las actividades en las que participan los familiares (Anexo 1 ítem B7).

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mediante la evaluación anual de las encuestas de satisfacción de usuarios y familiares, con una monitorización anual se establecerán objetivos de mejora que tienen que ver con la adaptación del boletín de ingreso a las necesidades de los familiares y mejorar el contacto con los familiares.

Hay evidencias científicas que recogen que la elección de un abordaje específico estará determinado tanto por el paciente, su situación clínica, necesidades, capacidades y preferencias como por los recursos existentes en un momento dado(Nivel de Evidencia IV, según Guía de práctica Clínica para la Atención al paciente con Esquizofrenia, de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Como acción de mejora se considerará aumentar los contactos con los familiares mejorando los canales y contenidos de la información (tras la sesión clínica e informando de las posteriores revisiones de objetivos, informando sobre la evaluación, estableciendo una entrevista familiar como mínimo cada tres meses)

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se han elegido dos ítems de la escala de satisfacción de familiares y usuarios (ver anexo 1):

B2) Valoración sobre la Atención en el momento de la incorporación al centro o servicio. Mejorar la puntuación obtenida: pasar de una puntuación de 87 (nivel de calidad muy bien) a una puntuación de 90 (nivel de calidad excelente)

B3) Recibe la Información necesaria sobre la situación y evolución del familiar. Mejorar la puntuación obtenida: pasar de una puntuación de 79 (nivel de calidad muy bien) a una puntuación de 90 (nivel de calidad excelente)

La evaluación se va a realizar a través de una comparación de los resultados obtenidos tras la monitorización anual. Realizando las siguientes acciones de mejora:

- adaptar el boletín de ingreso (ver anexo 2)
- protocolizar el contacto con la familia estableciendo un contacto cada tres meses como mínimo(tras la Sesión clínica y posteriores revisiones de objetivos, informando a la familia de la evolución).
- Incluir en el proceso de ingreso la información sobre actividades grupales para familiares.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de enero de 2008 | Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2008

Calendario:

Febrero de 2008: monitorización de datos obtenidos en encuestas 2007

ANEXO 1

Zaragoza, 30 de Noviembre de 2007

Estimado Sr. / Sra.,

Me pongo en contacto con Ud. para solicitar su opinión acerca de los servicios y actividades que desde la Fundación Ramón Rey Ardid se desarrollan a través de este cuestionario. Su opinión es muy importante para mejorar los servicios que prestamos.

La razón de ser de la fundación es desarrollar actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de todas las personas excluidas o en riesgo de exclusión mediante una gestión eficiente de los recursos disponibles y situando a las personas en el centro de todas sus actuaciones.

Pretendemos ser referente en la prestación de servicios para la inclusión de personas atendiendo a las necesidades que desde la sociedad se demandan, y su opinión nos ayudará a alcanzar esta meta.

Le ruego nos envíe el cuestionario cumplimentado antes del 21 de diciembre. Adjunto encontrará un sobre franqueado con la dirección de la Residencia, donde se efectuará el análisis de todos los cuestionarios.

Agradeciéndole de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo,

Manuel Hernández Laplana
Gerente
Fundación Ramón Rey Ardid

**EN LA FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID
SU OPINIÓN NOS INTERESA**

Por favor, marque con un X la casilla con la que identifica su opinión.

Gracias por su colaboración

A. Atención a los usuarios

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A.1. ¿Considera <u>adecuada</u> la atención que ofrece el centro/servicio?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| A.2. ¿Diría que se trata de una atención <u>personalizada</u> ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| A.3. ¿Se siente <u>seguro</u> con esta atención?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| A.4. ¿Resulta <u>beneficiosa</u> para Ud. la atención recibida?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |

B. Atención a los familiares (RELLENAR ÚNICAMENTE POR LOS FAMILIARES)

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| B.1.. ¿Cómo valora la Información que recibió de los profesionales <u>antes</u> de la incorporación de su familiar al Centro/Servicio/Actividad (funcionamiento, horario, instalaciones, etc)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| B.2. ¿Cómo valora la Atención recibida <u>en el momento de la incorporación</u> de su familiar al Centro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| B.3. A su juicio ¿Recibe la <u>Información</u> que necesita sobre la situación y evolución de su familiar?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| B.4. Cuando ha querido recibir o dar información sobre su familiar a los profesionales ¿Cómo ha sido atendido?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| B.5. ¿Cómo valora la <u>Atención Telefónica</u> en la fundación cuando ha tenido que realizar alguna consulta o llamada?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| B.6. Si procede, ¿Considera adecuados los <u>horarios</u> en los que Ud. puede estar con su familiar en el Centro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| B.7. ¿Considera adecuadas las <u>actividades</u> organizadas por la fundación en la que participan los familiares?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |

C. Atención por parte de los profesionales

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C.1. ¿Tiene la sensación de que es escuchado por los profesionales del Centro y de que <u>comprenden sus necesidades</u> (tanto del usuario como de los familiares)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| C.2. ¿Cómo valora la <u>profesionalidad</u> de los trabajadores de la Fundación?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| C.3. ¿Qué <u>grado de confianza</u> le inspiran los profesionales del Centro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| C.4. ¿Cómo valora el <u>trato</u> que le dispensan?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |

D. Atención material: Instalaciones, Equipamiento y Servicios

Valore los siguientes aspectos del Centro (en los casos que proceda).

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| D.1. Las Instalaciones en General..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| D.2. La Limpieza en General..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| D.3. El Equipamiento o Mobiliario en General..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| D.4. El Confort de las Instalaciones, en General..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| D.5. El Mantenimiento y Conservación del Centro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |
| D.6. El Servicio de Comidas (si procede)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |

E. Grado de satisfacción

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| E.1. Indíquenos, por favor, su grado de satisfacción con la atención y servicio en general..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Excelente | Bien | Regular | Mal |

3

F. Sugerencias

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| F.1. Si ha tenido o tiene algún problema o queja con el Centro/Servicio, ¿Se lo han resuelto de forma satisfactoria?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | No | No he tenido ningún problema |
| F.2. Si ha tenido o tiene algún problema o queja ¿Puede decirnos cuál/es? | | | |
| F.3. Díganos algún aspecto que según su opinión la Fundación debería mejorar. | | | |

Usuario Familiar

CENTROS DE LA FUNDACIÓN RAMÓN REY ARDID

| ÁREA DE SALUD MENTAL | | ÁREA DE MAYORES | |
|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Residencia Profesor Rey Ardid | <input type="checkbox"/> | Residencia de Mayores de Alagón |
| <input type="checkbox"/> | Centro de Día Salud Mental Rey Ardid | <input type="checkbox"/> | Residencia de Mayores de Barbastro |
| <input type="checkbox"/> | Pisos Asistidos y Sociales | <input type="checkbox"/> | Residencia de Mayores de Valderrobres |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Recursos de Integración en Zaragoza | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Recursos de Integración en Huesca | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Actividades de Ocio y Tiempo Libre | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Programa de Acompañamientos | <input type="checkbox"/> | |

ANEXO 2



Residencia Profesor Rey Ardid

Servicio concertado con el Servicio Aragonés de la Salud de la Diputación
General de Aragón

Información para residentes y
familiares

Incluye:

- Bienvenida e información de la RPRA
- Derechos y deberes del residente
- Normas de la residencia
- Modelo de consentimiento informado
- Recomendaciones, ropa y enseres
- Horario



REGLAMENTO RESIDENTES

En nombre de todos los que trabajamos en la RESIDENCIA PROFESOR REY ARDID, le doy la más cordial bienvenida. Deseamos sinceramente que usted pueda encontrar aquí el apoyo necesario para su restablecimiento.

Las Normas de Convivencia, así como los Derechos y Deberes del residente, que a continuación se incluyen, están basadas en el respeto que cada uno nos debemos a nosotros mismos, a los demás y a nuestro entorno.

Los comentarios y propuestas que usted considere, podrá expresarlas en la ASAMBLEA DE RESIDENTES semanal, su aprobación o no dependerá de la opinión de los residentes y de los profesionales.

Esta Residencia es un bien de todos los ciudadanos y como tal debe ser cuidado. Contamos para ello con su colaboración.

Esperamos que su temporal estancia aquí sea agradable y provechosa, esto en gran parte depende de usted y de aquello que quiera conseguir.

El equipo de profesionales estamos para apoyarle, no dude en comunicarnos todo aquello que para usted es necesario o importante.

La Dirección.

DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA

La actividad que se realiza en la Residencia Profesor Rey Ardid (RPRA) se enmarca en la asistencia terapéutica de carácter rehabilitador a los enfermos mentales crónicos con graves discapacidades psicosociales con el objetivo de conseguir una mejora de sus habilidades y recursos personales para un mejor y más exitoso funcionamiento en la comunidad, un incremento de su autonomía personal y de su calidad de vida.

EQUIPO TÉCNICO

Equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, diplomados de enfermería, trabajador social y monitores. Se garantiza la atención psiquiátrica y de enfermería a través de guardias localizadas durante las 24 horas todos los días del año.

ACTIVIDADES Y PROGRAMAS

Se realizan en la RPRA los siguientes programas. La derivación de los usuarios a cada uno de ellos se realizará en el marco del Plan Terapéutico Individualizado:

- Programa de Acogida
- Programa de supervisión de Actividades de la Vida Diaria y Autocuidado
- Proyecto Terapéutico Individualizado multidisciplinar
- Tutoría de Casos individualizada
- Control farmacológico, seguimiento psicoterapéutico
- Actividades Ocupacionales:
 - Talleres de Limpieza, Jardín, Montaje.
- Programas psicoterapéuticos:
 - Psicoeducación, Educación para la Salud,
 - Automedicación, Habilidades Conversacionales,
 - Habilidades Domésticas
- Programa Reeducativo de Cultura
- Talleres de:
 - Expresión Plástica, Animación Deportiva, Ocio Dirigido
 - Taller Psicoeducativo de Familias

DERECHOS DEL RESIDENTE

1. El residente tiene derecho a un ambiente física y psíquicamente seguro.
2. El residente debe tener libertad para expresar sentimientos y para hacerlo de forma respetuosa para sí mismo y para las demás personas en su entorno.

3. El residente tiene derecho a utilizar sus propias facultades para resolver sus problemas. Así mismo tiene derecho a recibir la asistencia del personal sanitario en las tareas o actividades programadas en su plan terapéutico.
4. Durante su tratamiento y en todas las actividades relacionadas con su terapia, el residente tiene derecho a:
 - α) un tratamiento individualizado, por escrito y con revisión periódica,
 - β) a participar de forma activa en la confección del plan de tratamiento,
 - γ) a recibir de su médico explicaciones fácilmente comprensibles sobre su enfermedad,
 - δ) a la confidencialidad de los datos.
5. El residente tiene derecho a ser tratado con el máximo respeto y dignidad.
6. El residente tiene derecho a la intimidad y la libertad para aislarse de los demás, en tanto ello no interfiera en su tratamiento y dentro de lo que permitan las condiciones estructurales del centro.
7. El residente tiene derecho a tener visitas (en el horario y lugares previstos para ello) y a comunicarse con otras personas por teléfono o por carta.
8. El residente tiene derecho a presentar sugerencias y/o quejas con respecto al incumplimiento de los derechos o al resto de los servicios. Hay un Buzón de Sugerencias y una Hoja de Reclamaciones a disposición del residente.
9. El residente tiene derecho a rechazar el tratamiento y por tanto al alta voluntaria, a no ser que interfiera con el derecho que tiene toda persona a recibir atención médica, si existe, por la naturaleza del trastorno, riesgo hacia los demás o hacia la propia integridad de la persona.

DEBERES DEL RESIDENTE

1. Asumir un papel activo en su tratamiento, participando y colaborando en las indicaciones y recomendaciones establecidas por el equipo asistencial.
2. Aceptar la responsabilidad del cumplimiento de las normas de la Residencia.
3. Tratar con el máximo respeto al personal de la Residencia, a los otros enfermos y visitantes.
4. Es conveniente y necesario respetar la integridad de las instalaciones dentro y fuera de la Residencia.
5. En caso de marchar de la Residencia sin alta médica estará obligado a firmar un Documento de Alta Voluntaria, el cual eximirá de responsabilidad al centro.

NORMAS DE LA RESIDENCIA

A continuación se detallan una serie de normas relacionadas con aspectos de vida cotidiana, similares a las que se encuentran en cualquier residencia o institución comunitaria (hoteles, residencias de estudiantes, campamentos, etc...), cuyo fin es facilitar la convivencia y permitir recibir el tratamiento rehabilitador; están basadas en el respeto a los demás y tiene el objetivo de capacitar para una vida autónoma y lo más satisfactoria posible.

Contemplan aspectos como los Horarios de las Comidas, Actividades y Descanso; las Normas de Higiene y Aseo; la utilización de los Servicios que ofrece la Residencia; y los Objetos no permitidos.

ADMISIÓN

La Residencia Profesor Rey Ardid es un centro rehabilitador de media estancia, lo que implica que la permanencia está condicionada al plan terapéutico; es un recurso público, cuya titularidad la regenta la D. G. A., gestionada por la Fundación Ramón Rey Ardid. En el momento actual, y como otros recursos sanitarios públicos, la estancia no supone para el usuario ningún coste.

La iniciativa de la derivación proviene de las Unidades de Salud Mental y las Unidades de Ingreso de Corta Estancia. La admisión en el centro se decidirá en la Comisión Técnica de Ingresos en Centros y Hospitales Psiquiátricos de la D. G. A., incluyéndose al usuario, cuando la decisión sea favorable, en la lista de espera.

Durante el mes previo a la fecha prevista de ingreso, el interesado y/o la persona de referencia recibirán aviso e información sobre el centro que consideramos relevante.

Posteriormente se avisará por carta y/o teléfono de la fecha de la entrevista previa al ingreso, en la que se valorará la situación actual del futuro residente y se establecerá la fecha de ingreso.

En el momento del ingreso es necesario presentar la cartilla de la Seguridad Social y el DNI. Así mismo, se le indicarán las gestiones necesarias para realizar el cambio de Médico General.

El día del ingreso se completarán los datos administrativos y la recogida de información y evaluación clínica, se le enseñará la Residencia y se le indicará la habitación adjudicada. Asimismo se asignará y comunicará al residente el nombre de los profesionales de los distintos estamentos que le han sido asignados.

USO DE LA HABITACIÓN E INSTALACIONES

Será responsable del mantenimiento y cuidado de los enseres de la habitación.

No modifique la situación de los muebles de la habitación ni los traslade temporalmente fuera de ella.

Toda avería, deterioro o rotura que se produzca comuníquelo al personal responsable del turno.

Puede utilizar láminas o pósters para decorar su habitación. No obstante, para evitar el deterioro de muebles o paredes, utilice para la sujeción materiales adhesivos tipo tessa-film.

No está permitida la entrada de animales.

Bajo ningún concepto se arrojarán objetos por la ventana.

Es responsabilidad y obligación del residente hacer la cama y limpiar la habitación cada día y en los horarios previstos para ello.

Por su seguridad y la de todos, se prohibirá la utilización de aparatos u otros utensilios que se consideren peligrosos.

Los residentes podrán hacer uso del Servicio de Lavandería del centro, según las normas existentes.

Con carácter terapéutico, existe en el centro una caja de depósito a través de la cual se podrá supervisar el manejo del dinero de bolsillo diario, si así se considerase necesario.

En el caso de que siga algún programa de taller, limitará el uso de los materiales y herramientas que utilice al lugar designado para ello. No podrá trasladarlos a la habitación ni a otros lugares.

Por su seguridad y la del resto de los pacientes, **no está permitido fumar en las habitaciones**, debiendo hacerlo en los espacios definidos al efecto.

Se permitirá el acceso del personal de la Residencia a la habitación siempre que por motivo de mantenimiento de las instalaciones, seguridad de las personas o valoración facultativa esta medida sea considerada como necesaria.

Deberá contribuir en el Servicio de Limpieza de Comedor cuando le corresponda por el turno de dicho programa terapéutico.

Por higiene, no se deben tener alimentos en las habitaciones.

No se permite la entrada en las habitaciones que no sean la propia.

Las habitaciones permanecerán cerradas durante el periodo de actividades: de 9:30 a 14:00 y de 16:00 a 20:30 horas, salvo prescripción facultativa.

La puerta exterior de la Residencia permanecerá cerrada de las 22:00 a las 7:30 horas.

NORMAS DE COMPORTAMIENTO

En el horario de descanso, comprendido entre las 14:00 y las 16:00, y entre las 22:00 y las 7:30 horas del día siguiente, es obligatorio el uso de auriculares en los aparatos de radio.

El acceso al Salón de Estar y el funcionamiento del aparato de TV queda limitado de Domingo a Jueves a las 24:00 horas. Los Viernes y los Sábados se ampliará este plazo hasta la 1:00 o hasta que finalice la emisión de la última película o programa iniciados antes de las 24:00 horas. En todo caso se supeditará al criterio del personal del Turno de Noche.

Las visitas se regirán por las siguientes normas:

- No se permite albergar a personas ajenas a la Residencia
- El horario será de 14:00 a 16:00 y de 18:30 a 20:00 horas
- Los lugares recomendados son la planta baja y los alrededores de la Residencia; en caso de salir de la Residencia se deberá avisar en recepción.
- **No está permitido el acceso a las habitaciones**, excepto casos particulares, tras consentimiento del facultativo responsable o personal de turno, y siempre que se garantice la intimidad de los compañeros de habitación.
- Este horario se podrá ampliar de forma individual si las circunstancias lo hacen necesario. Los fines de semana y festivos el horario de visitas será de 10:00 a 13:00 y de 16:00 a 20:00 horas.

Para respetar las actividades de los residentes, se limita el horario de recibir llamadas del exterior (teléfono 976-731094) al horario de visitas.

Las salidas fuera de la Residencia, individuales o en grupo, estarán condicionadas al cumplimiento del plan terapéutico del residente; aún cuando estén autorizadas, los residentes deberán comunicar su salida en recepción.

Las actividades terapéuticas, ocupacionales y recreativas que cada residente deberá llevar a cabo, y su horario, están especificadas en la "Agenda Terapéutica", que le será renovada cada semana. Se ruega puntualidad al comienzo de las actividades.

Los materiales de los talleres, enseres y juegos son un bien común; cuídelos como propios.

Las demandas de atención médica se valorarán por el personal médico y de enfermería, y se remitirán al centro que se considere más adecuado.

Está absolutamente prohibido el consumo de cualquier tipo de tóxicos (alcohol, drogas,...) en la Residencia; Si hay una transgresión de esta norma, queda a criterio del personal técnico valorar la continuidad del paciente en la Residencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO y CONTRATO TERAPÉUTICO UNIFICADOS

D..... familiar/ tutor de D..... en representación del grupo familiar por medio de este documento, me doy por informado y acepto lo siguiente:

Yo D./Dña: a mi ingreso en la Residencia Profesor Rey Ardid soy conocedor de las condiciones recogidas en el Reglamento de Residentes, las asumo y por medio de este documento me doy por informado y acepto:

1. Que ingreso en este centro voluntariamente y con conocimiento de mi familia.
2. El tratamiento farmacológico y rehabilitador propuesto por mi psiquiatra.
3. El control y supervisión del manejo de dinero diario, si así fuese necesario.
4. Asumo que el Centro es de puertas abiertas, por lo que adquiero una responsabilidad a la hora de las salidas.
5. Conozco que al ser un Centro de rehabilitación, de puertas abiertas, no posee los medios de contención ni prevención de un Centro psiquiátrico convencional, por lo que este Centro valorará la conveniencia de que el residente permanezca en la Residencia o sea trasladado al lugar donde se pueda administrar el tratamiento más adecuado.
6. Asumo los gastos de los desperfectos que pueda ocasionar en el Centro o a otros pacientes (o mi familia si soy insolvente).
7. En caso de agresiones a compañeros u otras personas, como personal del centro, estos se reservan el derecho de tomar medidas legales.
8. Conozco las normas del Centro que prohíben el consumo y manejo de drogas.
9. En los plazos previstos se valorará la evolución y se decidirá la conveniencia o no de la continuidad del tratamiento rehabilitador en ese momento en el centro
10. La familia colaborará en el tratamiento del modo que se considere oportuno y se responsabilizará del acompañamiento del paciente en caso de necesitar otra asistencia médica como, consultas ambulatorias de otras especialidades, ingresos en otros centros, etc.
11. Dadas las características del recurso (régimen abierto, de Medio Estancia y con carácter rehabilitador), y la aceptación voluntaria de seguir el tratamiento rehabilitador, se entenderá que el no llevar a efecto los anteriores compromisos significa la ausencia de deseo de continuar el tratamiento y por lo tanto la situación de Alta Facultativa.

En caso de no comprender alguno de los puntos anteriores entendemos que el interesado ha pedido información al facultativo.

El interesado
encargado

El familiar responsable/ Tutor

El facultativo

En Zaragoza, a de de 20.....

RECOMENDACIONES DE LA ROPA Y LOS ENSERES NECESARIOS PARA EL INGRESO EN LA RPRA

(Se recomienda traer la ropa marcada con el nombre)

Ropa interior:

- 7 Bragas o calzoncillos
- 4 Sujetadores
- 4 Camisetas (según estación del año)
- 7 Pares de calcetines o medias

Ropa exterior:

- 2 Pijamas o camiones
- 3 ó más pantalones, faldas o vestidos
- Camisas, Jerseys
- Zapatos, zapatillas, deportivas
- Abrigo o chaquetón
- 2 Chandals

Material de aseo:

- Jabón de manos (pastilla)
- Gel de baño y champú
- Desodorante
- Cepillo de dientes y pasta dentífrica
- Esponja de baño
- Peine o cepillo de pelo
- Vaso de plástico
- Cortauñas
- Bolsa de aseo o neceser
- Compresas y / o tampones

Enseres:

- Despertador
- Secador de pelo
- Maquinilla de afeitar eléctrica o desechables
- Paraguas, impermeable
- Material de escritura, lectura

HORARIO DE LA RESIDENCIA

| | |
|---------------|---|
| 7:30 | Despertar |
| 7:30 – 9:30 | Aseo, ducha, limpieza y arreglo habitación |
| 8:15 – 8:45 | Desayuno |
| 10:00 – 11:30 | Actividades Ocupacionales y Educativas |
| 11:30 – 13:30 | Actividades Psicoterapéuticas Taller Ocupacional |
| 13:00 – 14:00 | Comida Servicio de Limpieza de Comedor |
| 14:00 – 16:00 | Descanso |
| 16:00 – 17:30 | Actividades de Expresión Plástica y Corporal Actividades Psicoterapéuticas |
| 17:30 | Merienda |
| 18:00 – 20:00 | Taller de Habilidades Domésticas Ocio dirigido |
| 20:00 – 20:45 | Cena Servicio de Limpieza de Comedor |
| 22:00 | Hora límite de entrada a la Residencia |
| 24:00 | Hora límite de acostarse de Domingo a Jueves |
| 1:00 | Hora límite de acostarse Viernes y Sábado |

Residencia Profesor Rey Ardid

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| Dirección | Camino Viejo de Alfocea Nº 10 Barrio de Juslibol 50191 - Zaragoza | |
| Tfno | 976 73 10 00 | |
| Fax | 976 73 07 19 | |
| e-mail | rjuslibol@reyardid.org | |
| Horario de visitas | | |
| . | De lunes a viernes | 14:00 a 16:00 18:30 a 20:00 |
| | Fines de semana y festivos | 10:00 a 13:00 16:00 a 20:00 |
| Tfno pacientes: 976 73 10 94 (en horario de visitas) | | |

Fundación Ramón Rey Ardid

| | |
|-----------|---|
| Dirección | C/ Guillén de Castro, 2-4 50018 - Zaragoza |
| Tfno | 976 74 04 74 |
| Fax | 976 74 06 02 |
| e-mail | fundacion@reyardid.org |
| Internet | www.reyardid.org |

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 |
| 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 |
| Violeta Marqués Larraz | Técnico AP | H. N.S. Gracia |
| Rosa Ana Cortés Gil | Auxiliar Enfermería | H. N.S. Gracia |
| Cristina Rincón Gormedino | Auxiliar Enfermería | H. N.S. Gracia |
| Rosalía Gaspar Ochoa | Auxiliar Administ. | H. N.S. Gracia |
| 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.

Para 2007 se eligió comenzar esta acreditación por el proceso de citología cérvico-vaginal. La elección se realizó mediante exposición de ideas, y la priorización mediante parrilla de análisis.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El proyecto es culminación del proceso emprendido en 2007.

Durante 2007 se han realizado numerosas actividades de formación interna y externa orientadas a esta acreditación según la norma ISO 15189, por parte de todos los componentes del servicio. Se han realizado numerosas actividades, redactando los procedimientos y diseñando los formatos para la acreditación.

El resultado ha sido la aprobación de todos estos documentos y la implantación de la metodología, superando la auditoría de evaluación en mayo y la auditoría de evaluación en diciembre.

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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.- 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:

- Implantación de todos los procedimientos
- Revisión de todos los procedimientos, formatos y registros
- Formación para la auditoría.
- Revisión y mejora con base en las incidencias y no conformidades detectadas.

Los responsables principales son:

Francisco Javier Mateos Barrionuevo, Responsable de Calidad
 Lourdes Bengochea Martínez, Responsable Técnico

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación interna se realizará mediante la Revisión por la Dirección (siguiendo los ítems establecidos en el Manual de Calidad de los Laboratorios del Salud) y las Auditorías Internas (siguiendo el documento PRG-38)

La evaluación externa se realizará por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), usando los criterios de la norma ISO 15189.

Con los resultados de la auditoría, se evaluarán las observaciones realizadas por ENAC.

Posteriormente se extenderán los procedimientos de gestión a otros procesos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: enero 2008

Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

El calendario depende en gran medida de las acciones llevadas a cabo por el Servicio de Calidad del SALUD y por ENAC. Sin embargo, una posible aproximación sería:

- Hasta febrero:
 - Solución de las observaciones de la Auditoría Interna
 - Adecuación de los documentos a los documentos de nivel I que se aprueben por el SALUD.
 - Revisión por la Dirección
- Hasta abril: Auditoría Externa por ENAC
- Hasta junio: Resolución de las observaciones y no conformidades.
- Segundo semestre: Revisión y adecuación de otros procedimientos

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

| <u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|--|--------------|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| Material de oficina (folios, fundas, encuadernación, CDs...) | 600 |
| Libros y artículos sobre los procedimientos afectados | 900 |
| Asistencia a cursos y reuniones científicas | 900 |
| TOTAL | 2400 |

Fecha y firma:
5-febrero 2008

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

| |
|---|
| 1.- TÍTULO Estudio y seguimiento por el laboratorio de la función tiroidea en pacientes sometidos a tratamiento crónico con sales de litio de la unidad de salud mental del Hospital N ^o S ^a de Gracia. |
|---|

| |
|--|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellido Cristina Pardo Laseca |
| Profesión Licenciado en Medicina y Cirugía Facultativo Especialista en Bioquímica Clínica |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital N ^o Sra de Gracia |
| Correo electrónico: cpardo@salud.aragon.es |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 876764525 ext 13422 |

| | | |
|---|-----------|--|
| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA | | |
| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
| Cristina Miñana Amada | FEA AC | Lab. H.N ^a S ^a de Gracia |
| Adolfo Espiau Falo | ATS | “ |
| Rosa Isabel Aguarod Sediles | ATS | “ |
| M.Carmen Lausin Calderon | ATS | “ |
| M.Belen Comet Martinez | TEL | “ |
| F.J. del Rio Roman | TEL | “ |
| M.Gloria Perez Figuera | TEL | “ |
| M. Asunción Garcia Romea | TEL | “ |
| Isabel Glaria Cortes | TEL | “ |
| Maria Ojeda | TEL | “ |
| M. Luisa Baquedano Aranda | TEL | “ |
| M. Dolores Ibarzo Sanchez | AUX LB | “ |
| M. Pilar Vidal Peña | AUX AD | “ |

| |
|--|
| 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 tratamiento farmacológico con litio se ha empleado y se sigue usando en diversas patologías psiquiátricas. En los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar es donde se han obtenido los mayores beneficios. El uso de litio en estas patologías se ve complicado por su bajo índice terapéutico, e incluso con niveles dentro del rango numerosos pacientes presentan efectos secundarios gatrointestinales, renales, neurológicos, cardiacos, dermatológicos y tiroideos entre otros. El año pasado, junto con Psiquiatría y Farmacia se presentó un proyecto de mejora en el que se estudiaba la monitorización de los niveles de litio en la unidad de Salud Mental de nuestro Hospital (ver más en el apartado 5). Ya en relación con los efectos secundarios tiroideos, actualmente se sabe, que el litio interfiere en muchos de los procesos de la producción de hormonas tiroideas: captación de yodo, yodación de la tirosina y liberación de T3 y T4, entre otros. Clínicamente, estos pacientes pueden desarrollar bocio con o sin hipotiroidismo. Cerca del 5% de los pacientes en tratamiento crónico con litio presentan hipotiroidismo, |
|--|

pero un porcentaje mucho mayor va a tener aumento de la TSH. La relevancia clínica de este hallazgo no está clara y el tratamiento de las alteraciones de la TSH con niveles de T3 y T4 normales resulta controvertida.

Otra observación importante, los pacientes con anticuerpos antitiroideos antes de empezar el tratamiento con litio parecen tener más riesgo de sufrir hipotiroidismo.

A todo esto hay que añadir que el hipotiroidismo, incluido el provocado por litio, puede presentarse como una depresión refractaria, por lo que es importante comprobar la función tiroidea cuando los episodios depresivos cambian de características o se convierten en resistentes.

Todo esto, justifica que a todo paciente sometido a tratamiento crónico con litio se le estudie la función tiroidea periódicamente.

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

Durante el año 2006, el laboratorio junto con los Servicios de Psiquiatría y Farmacia Hospitalaria, presentamos un proyecto de mejora cuyo título era: "Control farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con sales de litio de la Unidad de Salud Mental del Hospital N^a S^a de Gracia".

Entre los objetivos a conseguir se encontraban:

- 1.- Aumentar la seguridad de los tratamientos con litio por inadecuada dosificación, variantes intra e interindividuales y/o interacción con otros medicamentos.
- 2.- Incrementar la eficacia y control sobre las patologías en la que se usa litio.
- 3.- Creación de un equipo multidisciplinar de los tres servicios (Laboratorio, Farmacia y Psiquiatría) para la mejora del seguimiento de los pacientes tratados con litio.

En relación con todo esto y como parte de un proyecto más amplio de estudio de efectos secundarios o patología asociada al tratamiento con litio, este año pensamos estudiar la función tiroidea en los pacientes tratados con litio y hacer un seguimiento a largo plazo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Detección precoz del hipotiroidismo determinado los niveles de:
 - TSH
 - T4 libre
 - Anti-TPO
2. Tratamiento del posible hipotiroidismo y control de su evolución con los niveles de hormonas tiroideas.
3. Disminuir riesgos debidos al posible hipotiroidismo secundario al tratamiento con litio.
4. Aumentar beneficios en la atención a los pacientes tratados con litio en la Unidad de Salud Mental del Hospital N^a S^a de Gracia.
5. Proporcionar una atención más eficiente al paciente en tratamiento con litio

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En la actualidad todos los pacientes en tratamiento con litio de la Unidad de Salud Mental del Hospital N^a S^a de Gracia acuden cada cierto tiempo al laboratorio, donde cuantificamos los niveles de litio dado su estrecho margen terapéutico y alta toxicidad.

Aprovechando las muestras de estos pacientes añadiremos entre otras las determinaciones

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

de TSH, T4 libre y anti-TPO (anticuerpos antimicrosomales tiroideos)
 Así obtendremos la información para cuantificar el porcentaje de pacientes tratados con litio que tienen alteraciones de la función tiroidea y en que grado, para posterior seguimiento y tratamiento en sus unidades clínicas correspondientes, con las cuales colaboramos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. N° de pacientes en tratamiento con litio/ N° de pacientes con niveles de hormonas tiroideas normales.
2. N° de pacientes en tratamiento con litio /N° de pacientes con alguna de las hormonas tiroideas alterada.
3. N° de pacientes en tratamiento con litio/ N° de pacientes con TSH alterada.
4. N° de pacientes en tratamiento con litio /N° de pacientes con Anti-TPO aumentados.
5. N° de pacientes en tratamiento con litio/ N° pacientes en tratamiento con litio que a su vez están tratados con hormonas tiroideas.
6. Sacar conclusiones relacionando todos estos parámetros con el tiempo de tratamiento, la edad y el sexo.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

| | |
|--------------------------------------|--|
| Fecha de inicio: 1 de enero del 2008 | Fecha de finalización: 31 de diciembre del 2008 prorrogable a 2009 |
|--------------------------------------|--|

Calendario:

De enero a diciembre: realizar controles analíticos

De abril a junio: estudios preliminares.

De junio a julio: estudio de la situación para rectificar si fuera preciso.

Diciembre de 2008 (ampliable a 2009): elaborar informe final.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

| |
|--|
| 1.- TÍTULO MONITORIZACION DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO EN LA UCI DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA DE ZARAGOZA |
|--|

| |
|---|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Francisco José Ruiz Valero |
| Profesión Medico especialista en Medicina Intensiva |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UCI- Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. |
| Correo electrónico: frvalero@ono.com |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976440022. Extensión 13433 |

| | | |
|---|-----------------|-----------------------------|
| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA | | |
| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
| José Ignacio Corchero Martín | Médico | Hospital Ntra Sra de Gracia |
| Francisco Javier González Cortijo | Médico | Hospital Ntra Sra de Gracia |
| Nerea Montes Castro | Médico | Hospital Ntra Sra de Gracia |
| Mª Luisa Martínez López | Supervisora UCI | Hospital Ntra Sra de Gracia |
| | | |
| | | |

| |
|---|
| 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... |
| <ul style="list-style-type: none"> IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO <p>Uno de los sistemas básicos de trabajo en evaluación y mejora de la calidad asistencial lo constituyen los sistemas de monitorización que permiten medir y evaluar, de forma periódica y planificada, aspectos relevantes de la asistencia mediante el uso de indicadores de la calidad, que conforman la unidad básica de un sistema de monitorización.</p> <p>Los indicadores de calidad son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad. Deben ser medibles, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia.</p> <p>La finalidad de la monitorización es identificar problemas y situaciones de mejora potencial o bien desviaciones de la práctica estandarizada. Los indicadores actúan como señales de alarma que advierten de esta posibilidad.</p> <p>El uso de indicadores de la calidad ha demostrado su utilidad como herramienta para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de las medidas establecidas para la mejora de la calidad, permitiendo identificar y discriminar las mejores prácticas.</p> <p>La Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) consideró el interés de elaborar herramientas que fuesen útiles en la mejora de continua de la calidad dentro del ámbito de las Unidades de Medicina Intensiva. Para ello la Junta Directiva encargó a un grupo de Trabajo el desarrollo de un proyecto de Indicadores de calidad en el enfermo crítico para intentar consensuar los criterios de calidad en estos pacientes y facilitar a los profesionales un instrumento potente y fiable para la evaluación y la gestión clínica así como introducir métodos de de evaluación comunes que permitan comparar, disponer de información que permita el</p> |

desarrollo de planes de calidad y disponer de un sistema que garantice la calidad total de la asistencia del enfermo crítico.

Fruto del trabajo de dicho grupo se desarrollaron un total de 120 indicadores de calidad en el enfermo crítico eligiéndose por consenso un total de 20 que fueron considerados como más relevantes o básicos y que la SEMICYUC entiende como de aplicación recomendable en todos los Servicios de Medicina Intensiva.

La intención de este proyecto es la medición de esos indicadores básicos que puedan aplicarse a una Unidad de Medicina Intensiva como la nuestra, posterior comparación con los estándares previamente establecidas e interpretación de los resultados intentando encontrar la causa del no cumplimiento de los estándares proponiendo acciones de mejora si fuese necesario.

- **MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACION EMPLEADOS**

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

1. Monitorización de indicadores de calidad en el enfermo crítico.
2. Revisión y adecuación de la documentación clínica.
3. Formación específica en UCI del personal de enfermería.
4. Grado de satisfacción de los familiares de los pacientes.

Método de priorización empleado:

| | INDICADORES DE CALIDAD | DOCUMENTACION CLINICA | SATISFACCION FAMILIARES | FORMACIÓN ESPECIFICA DEL PERSONAL |
|--|------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Fácil medición. | 3 | 1 | 2 | 2 |
| Usuarios afectados. | 3 | 2 | 1 | 2 |
| Riesgo para el paciente. | 3 | 2 | 0 | 3 |
| Coste del programa de mejora. | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Necesidad de influencia externa para la solución del problema. | 3 | 2 | 2 | 0 |
| Profesionales implicados en el problema. | 3 | 2 | 1 | 3 |
| TOTAL | 18 | 11 | 8 | 11 |

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

- Identificar situaciones en que nos encontremos por debajo del nivel requerido al comparar con los estándares de referencia.
- Identificar problemas para proponer acciones de mejora.
- Determinar el nivel de calidad asistencial de nuestra unidad.
- Disponer de la herramienta para comparar los resultados con los de otras unidades de Medicina Intensiva del mismo nivel que el nuestro.
- Ayudar a mejorar la calidad en la asistencia al paciente crítico consiguiendo que todos nuestros indicadores medidos se ajusten a los estándares publicados.

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **MEDIDAS PREVISTAS**

- Identificar situaciones para proponer acciones o proyectos para mejora de la calidad.
- Registro sistemático de todos los datos asociados a los indicadores de calidad monitorizados.
- Comparar los resultados con los estándares previamente establecidos.
- Implicar al resto de los profesionales de la Unidad en la importancia de la monitorización de los indicadores de calidad como modo de mejorar la calidad asistencial al paciente crítico.
- Analizar el resultado tras la implantación de las mejoras.

- **RESPONSABLES**

- Equipo médico.
- Equipo de enfermería.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Los indicadores a monitorizar en el presente proyecto serán:

1. Administración precoz de AAS en el síndrome coronario agudo.
2. Técnicas de repercusión precoz en el síndrome coronario agudo con elevación de ST.
3. Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva.
4. Prevención de la enfermedad tromboembólica.
5. Neumonía asociada a Ventilación mecánica:
 - Nº de episodios por cada 1000 días de ventilación mecánica.
6. Manejo precoz de la sepsis/shock séptico.
7. Nutrición enteral precoz.
8. Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en paciente con ventilación mecánica invasiva.
9. Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado.
10. Sedación adecuada.
11. Transfusión inadecuada de concentrado de hematíes.
12. Información a los familiares en el Servicio de Medicina Intensiva.
13. Presencia del intensivista en el Servicio de Medicina Intensiva las 24 h del día.
14. Bacteriemia relacionada con catéter venoso central.
 - Nº de episodios por cada 1000 días de cateterización venosa central.
15. Cumplimentación del protocolo de lavado de manos.
16. Encuesta de calidad percibida al alta en el Servicio de Medicina Intensiva.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01-Abril-2008

Fecha de finalización: 31-Marzo-2009

Calendario:

Primer trimestre:

Elaboración de las hojas de registro de datos.

Inicio de la toma de datos para la monitorización de los indicadores previstos.

Segundo trimestre:

Análisis de la situación hasta el momento.

Implantación de mejoras si fuese necesario.

Tercer trimestre:

Análisis de la situación.

Implantación de mejoras.

Elaboración de proyectos de mejora de calidad si fuese necesario.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
 MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO (UNIPOLARES Y BIPOLARES) QUE REQUIERE TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL Ntr^a. Sra. DE GRACIA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

| |
|--|
| Nombre y apellidos Dra. REYES MARIN LACASA |
| Profesión MEDICO PSIQUIATRA. |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UNIDAD DE SALUD MENTAL |
| Correo electrónico: rmarin@salud.aragon.es |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 445951 |

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|--------------------------------|--------------|--|
| Roberto Lozano Ortiz | Farmacéutico | Hospital N ^a .S ^a .Gracia |
| Asunción Pascual García | Psiquiatra | Unidad de Salud Mental |
| Ignacio Andrés | Farmacéutico | Hospital N ^a .S ^a de Gracia |
| Cristina Pardo | Bioquímica | Hospital N ^a .S ^a .de Gracia |
| M ^a Jesús Santacruz | Enfermera | Unidad de Salud Mental |
| Segundo De Miguel | Psiquiatra | Unidad de Salud Mental |
| Beatriz Orea | 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...

4.1 IMPORTANCIA: La lamotrigina ha demostrado su eficacia en tratamiento de T. Unipolares y Bipolares y en cicladores rápidos. Patología severa dentro de los trastornos psiquiátricos. Sus efectos idiosincrásicos son los adversos menos frecuentes, pero de gran gravedad clínica (S. de Stevens-Johnson y/o síndrome de Lyell etc.

4.2 UTILIDAD: El control Clínico, monitorización de efectos farmacológicos y/o adversos y la farmacocinética de otros fármacos pautados en el tratamiento del paciente determina prevención en identificación de pacientes con mayor riesgo de padecer dichos efectos secundarios.

4.3 METODOS: La lamotrigina se elimina mediante glucoronoconjugación, via UGT 1^a4, y el inhibidor más importante de esta reacción es la bilirrubina, que se elimina de la misma de la misma manera; Se propone a esta como biomarcador idóneo, realizando determinaciones de BT y B indirecta al inicio del tratamiento hasta alcanzar dosis de mantenimiento y en pacientes que requieren aumento de dosis ante respuesta clínica negativa .

4.4 SITUACION DE PARTIDA: Los pacientes en la actualidad en la USM son informados de la posibilidad de efectos secundarios ,con orden estricta de comunicar al psiquiatra de referencia cualquier síntoma de los comentados; Se realizan escaladas muy lentas y revisiones frecuentes para control sintomático e indagar en profundidad la presencia de dichos síntomas adversos. (Protocolo de información y consentimiento informado)

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

6.1. Aumentar la seguridad del paciente que debe de mantener tratamiento con Lamotrigina, dadas las características clínicas de dichos pacientes.

6.2 Aumentar la seguridad del tratamiento con Lamotirigina en variaciones intraindividuales y/o interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente.

6.3 Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicio de Psiquiatría, Farmacia y Laboratorio, encaminada al uso racional de Psicofármacos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

7.1 Implantación de Protocolo de Información y consentimiento informado. Derivación a Farmacia y Laboratorio. Recogida de datos. Seguimiento en USM de pacientes en tratamiento con Lamotrigina: Dra. R. Marín Lacasa.

7.2 Creación de protocolo con Farmacia y Laboratorio de Modelo de petición donde figuran datos del paciente y resultados.

7.3 Reuniones periódicas de los tres Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

METODICA.

- En USM se inicia la realización del protocolo. Inicio de tratamiento o seguimiento de tratamiento con lamotrigina. Pauta de petición de pruebas, control sintomático y de efectos adversos: Dra. R. Marín Lacasa

- Enfermería realiza el volante de peticiones periódicas a Laboratorio: MJ. Santacruz.

- Laboratorio realiza la extracción e informa: C. Pardo.

- Farmacia: realiza recogida de datos del paciente y realiza informe :Roberto Lozano.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

8.1 Pacientes totales en tratamiento con lamotrigina/pacientes respondedores +

8.2 Pacientes totales en tratamiento con Lamotrigina/ Pacientes con seguimiento de Bilirrubina.

8.3 Pacientes totales en tratamiento con lamotrigina /pacientes con efectos secundarios

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Fecha de inicio : enero de 2008

Revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.

Diciembre de 2008:Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.

Enero de 2009 :Evaluación y propuesta de mejoras.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Partimos de un problema detectado: la dificultad de comunicación idiomática, que se produce en nuestro Servicio de Urgencias Hospitalarias, al atender a un gran número de población inmigrante y con pocos o nulos conocimientos del idioma español.

Este problema plantea la necesidad de elaborar un pictograma o documento gráfico, para evitar posibles errores en el entendimiento que condujeran a posibles errores en el diagnóstico, tanto médico como de enfermería, y por supuesto en el tratamiento.

Este pictograma se realizaría en los siguientes idiomas: español, árabe, rumano, francés, inglés, alemán, chino.

Se ha decidido realizarlos en estos idiomas por ser los que más dificultad idiomática nos ocasionan.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mayor satisfacción del usuario en la atención recibida
2. Unificación de criterios e intervenciones en la práctica médica y enfermera
3. Mejora de la calidad en la realización de acciones por el equipo cuidador de médicos y enfermería
4. Unificación del lenguaje y registros comunes
5. Mayor motivación del personal sanitario
6. Mayor implicación del equipo del cuidador (enfermería y auxiliares)

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsable

- Reuniones de trabajo, para la unificación de criterios con relacion al contenido del pictograma
- Creación de los pictogramas para la cual se estableceran reuniones de trabajo con los traductores
- Reuniones de trabajo para la realizacion de los dibujos adecuados
- Consulta de bibliografía

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

De forma aleatoria se ira comprobando la eficacia del pictograma en situaciones concretas.
Se irá modificando según su eficacia de aplicación y se evaluaran para su posible corrección

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Abril 2008

Fecha de finalización: Septiembre 2008

Calendario:

Tenerlos terminados para septiembre con la finalidad de aplicarlos y evaluarlos a lo largo del próximo trimestre

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|----------------------------------|--------------|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| Honorarios del Dibujante | 500 |
| Honorarios de Traductores | 1.200 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | 1700 |

Lugar y fecha:
Zaragoza 20 de febrero 2008

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 consumo-abuso de sustancias tóxicas presenta cada día una mayor prevalencia, así como una variación evolutiva en las sustancias consumidas, tipo de consumo, población de riesgo, hasta el punto de constituir un **problema de salud pública**.

Este consumo genera un progresivo número de atenciones en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) capaces de subsanar la patología urgente pero con la imposibilidad de seguimiento posterior.

Sin la adecuada derivación/oferta posterior de tratamiento continuado, estas patologías se perpetúan, creando la dinámica de usar los SUH y extrahospitalarios como forma de paliar o retrasar los síntomas de privación, sin una planificación deshabitadora posterior.

Motivo por el cual es importante en cada nivel asistencial, y los SUH no son ajenos a ello, informar de forma eficaz de los recursos existentes a dicha población como única forma eficaz de llegar a una solución para el hábito tóxico.

En la actualidad se ofertan múltiples planes y opciones terapéuticas, no sólo por la Administración Sanitaria, sino también por Ayuntamiento, organizaciones privadas, etc.

Crear una guía actualizada con dichos recursos de forma detallada contribuirá a dar opciones de tratamiento adecuadas a esta población.

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. Mejorar el proceso de evaluación-atención continuada de las patologías encauzando a cada paciente a su nivel asistencial adecuado.
2. Adecuar la oferta de tratamiento a población toxicómana que acude a los SUH.
3. Mejorar la información de pacientes y familiares que demandan atención sobre patologías relacionadas con drogas
4. Disminuir el porcentaje de atenciones no urgentes.
5. Disminuir la demora asistencial en pacientes con patología urgente real según criterios clínico-asistenciales.
6. Lograr que el idioma no sea obstáculo para acceder a dichos recursos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Reunir y estructurar en un manual los diferentes recursos asistenciales en la atención urgente y no urgente a paciente toxicómano
2. Estructurar de forma básica y general el modo que debe utilizar cada usuario demandante de atención para acceder al sistema sanitario, explicando las posibilidades de cada nivel asistencial.
3. Lograr una guía consensuada con la mayor parte de escalones en el proceso que se pueda distribuir a todos los pacientes que acuden a un SUH demandando dicha atención.
4. Traducir dichas recomendaciones a otros idiomas para alcanzar un mayor nivel de usuarios.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Como paso previo a la instauración y reparto de la guía:

1. **Cuantificar modo de acceso.**
 - a. Porcentaje de personas drogodependientes que acuden de motu propio sobre el total de urgencias por abuso de tóxicos encuestadas.
 - b. Porcentaje de personas drogodependientes que acuden con valoración médica previa (atención primaria, 061, etc) sobre el total de urgencias por abuso de tóxicos encuestadas.
2. **Cuantificar grado de información de recursos sanitarios.**
 - a. Porcentaje de personas que conocen otros circuitos asistenciales sobre el total de urgencias encuestadas por abuso de tóxicos encuestadas..

Posteriormente repetición para valorar **índice de mejora** en la población

Anexo

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

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 Marzo 2008

Fecha de finalización: 1 Diciembre 2008

Calendario:

1. Recabar información de los diferentes recursos asistenciales: primaria, especializada, 061, ayuntamiento, ONG, otras entidades
2. Elaboración de la guía y algoritmo
3. Evaluación por otros niveles asistenciales.
4. Control de resultados
5. Reevaluación.
6. Traducción a diferentes idiomas



| | | |
|-------|--|--|
| Anexo | HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL NUESTRA SEÑORA DE GRACIA | Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2008) |
| | 22.FEB 2008 | |
| | REGISTRO ENTRADA N.º 952 | |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Estudio de anemia detectada en pacientes adultos no hospitalizados a través de la ampliación del hemograma.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Mª Esther Franco García

Profesión

F.E.A. Hematología y Hemoterapia

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

Laboratorio (Hematología, Bioquímica Clínica y Análisis Clínicos). Hospital Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza.

Correo electrónico:

mefrancog@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976440022, ext 13422 ó 13421

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Angeles Pérez Layo | F.E.A. Hematología | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Cristina Pardo Laseca | F.E.A. Bioquímica Clínica | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Cristina Miñana Amada | F.E.A. Análisis Clínicos | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Rosa Isabel Aguarod Sediles | D.U.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Adolfo Espiau Falo | D.U.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Mª Carmen Lausín Calderón | D.U.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Mª Belén Comet Martínez | T.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Fco J del Río Román | T.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Mª Gloria Pérez Figuera | T.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Mª Asunción García Romea | T.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Isabel Glaría Cortés | T.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| María Ojeda | T.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Mª Luisa Baquedano Aranda | T.E. Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Mª Dolores Ibarzo Sánchez | Auxiliar Laboratorio | H Ntra Sra Gracia. Zaragoza |
| Mª Pilar Vidal Peña | Administrativo Laborat | H Ntra Sra Gracia. 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...

En la asistencia sanitaria actual la realización de un hemograma es de práctica habitual para el estudio de cualquier paciente sometido a un estudio analítico, ya sea un paciente hospitalizado o procedente de consultas externas.

Con frecuencia (en torno al 5% de los hemogramas de pacientes ambulatorios realizados en nuestro S^o de laboratorio) se detecta anemia, en muchos casos en grado leve, que no es el motivo por el que el paciente ha acudido a la consulta o por el que el facultativo ha solicitado el estudio analítico.

Se excluirán del estudio:

- los pacientes a los que el médico solicitante de la analítica ya les ha pedido el estudio de hematinicos
- los hemogramas de control de pacientes en tratamiento con hematinicos
- los pacientes hospitalizados

En estos casos, no se solicita estudio de hematinicos: patrón férrico (hierro, ferritina, transferrina, índice de saturación de transferrina), vitamina B₁₂ y ácido fólico; pero si se han solicitado otros parámetros bioquímicos que se determinan en suero, la misma muestra que se usa para perfil férrico, vitamina B₁₂ y ácido fólico.

Con este procedimiento, con una única extracción sanguínea, se puede plantear el enfoque etiológico y acortar el tiempo para iniciar el tratamiento de reposición y el estudio de la causa.

La anemia no es un diagnóstico en si misma, pero si traduce una alteración en el organismo. Las clasificaciones de la anemia son múltiples, basándose tanto por el origen como en la deficiencia que las origina.

La anemia más frecuente en el mundo es la anemia ferropénica. En la anemia ferropénica se conocen grupos de riesgo para su aparición: lactantes sin lactancia natural, niños en época de gran crecimiento y adolescentes, mujeres en edad fértil, embarazadas y madres lactantes. Fuera de estos grupos de riesgo, el hecho de detectar una anemia ferropénica, puede asociarse con trastornos potencialmente severos (como tumores digestivos que pueden aún tardar años en dar sintomatología digestiva), y en los que la detección de la anemia y el estudio precoz y adecuado de la causa puede salvar la vida del paciente o mejorar su calidad de vida.

De igual modo anemias por déficit de vitamina B₁₂ o de ácido fólico pueden ser uno de los primeros signos de patologías aún asintomáticas.

Por este motivo y dado que tenemos la posibilidad de ampliar el estudio sin requerir nueva muestra, se plantea esta pauta de actuación para elaborar un informe mas completo del paciente, dirigido al facultativo solicitante, aconsejando tratamiento y estudio.

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**Objetivos:**

- Optimizar los resultados obtenidos de una única extracción analítica
- Adelantar la información sobre el tipo de anemia
- Agilizar la orientación diagnóstica, a los pacientes no ingresados, en los que la anemia no es el la causa de la solicitud de la analítica

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Método:

El sistema informático utilizado en nuestro S^o de Laboratorio permite recoger la edad y el sexo de cada paciente. En función de estos 2 parámetros la O.M.S. ha definido los criterios de anemia:

- mujeres adultas no gestantes: anemia si hemoglobina menor de 12 g/dL
- varones adultos: anemia si hemoglobina menor de 13 g/dL

Se ampliará el estudio en función de si se detecta o no anemia, además:

- si la anemia es microcítica (VCM < 80 fL) se ampliará el estudio con el patrón férrico
- si la anemia es macrocítica (VCM > 99 fL) se ampliará el estudio con la dosificación de vitamina B₁₂ y de ácido fólico
- si la anemia es normocítica, o el criterio de hematólogo así lo determina en función de otros parámetros del hemograma, se ampliará el estudio con el patrón férrico y la dosificación de vitamina B₁₂ y de ácido fólico

A estos pacientes en los que se detecte anemia, se incluirán los reticulocitos en el hemograma, por la información que aportan acerca del carácter regenerativo o no de la anemia.

Con los resultados del hemograma, junto a los del estudio de hematínicos, si hay datos de relevancia, el hematólogo añadirá una nota informativa en la analítica que se remite al facultativo solicitante.

Responsables de las distintas tareas:

- realizar los estudios analíticos solicitados y de los posteriormente ampliados: DUE /TEL
- revisar cada hemograma realizado: médico hematólogo
- decidir ampliar el estudio si se detecta anemia: médico hematólogo
- decidir que parámetros bioquímicos ampliar: médico hematólogo
- informe de evaluación y seguimiento: médico hematólogo y médico bioquímico
- controles de calidad de hematínicos: médico bioquímico, DUE / TEL
- controles de calidad del hemograma: médico hematólogo, DUE / TEL
- añadir nota informativa sobre los datos de la anemia: médico hematólogo
- informe de evaluación y seguimiento: médico hematólogo y médico bioquímico
- rectificar, si fuera preciso, de algún factor del estudio: médico hematólogo y médico bioquímico
- informe final del estudio: médico hematólogo y médico bioquímico

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores:

1. Porcentaje (%) de anemias detectadas en las que no se solicitaba estudio de hematínicos (mensual): nº pacientes ambulatorios mensual en los que se detecta anemia y no se solicitaba estudio de hematínicos / nº total de pacientes ambulatorios a los que ese mes se ha realizado hemograma

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

2. Porcentaje (%) de estudios de anemias ampliados por decisión del hematólogo en los que se detecta anemia carencial (mensual): nº pacientes ambulatorios mensual en los que por decisión del hematólogo se amplía estudio y se detecta anemia carencial / nº pacientes ambulatorios mensual en los que por decisión del hematólogo se amplía estudio

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Fecha de inicio: 1 enero 2008 | Fecha de finalización: 31 diciembre 2008 |
|-------------------------------|--|

Calendario:

- 1 enero – 31 diciembre 2008: recogida, ininterrumpida, de los casos en los que se detecta anemia y se realiza el estudio de los hematínicos (patrón férrico, vitamina B12 y ácido fólico)
- julio 2008: valoración global de los primeros meses del estudio
- agosto 2008: rectificación, si fuera preciso, de algún factor del estudio
- diciembre 2008: elaboración final del informe

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 está desarrollando un plan de gestión de cuidados que incluye los procesos más prevalentes que atendemos en las diferentes unidades del centro. Desde 2006, un grupo de trabajo

ha desarrollado los planes de cuidados de la EPOC, la colecistectomía abierta, y los de la histerectomía vaginal y abdominal.

El propósito de este proyecto de mejora es:

- Consolidar la implantación de los planes de cuidados, así como su evaluación y su mejora continua.
- 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

Evaluación de resultados:

Como estaba previsto en el proyecto iniciado en 2007, se realizaron 2 actividades formativas para capacitar a los profesionales de enfermería en la metodología enfermera:

1. Método para la elaboración de trayectorias clínicas y planes de cuidados enfermeros, de 20h de duración, al que asistieron 20 profesionales de enfermería del HNSG.
2. Elaboración de planes de cuidados, de 20h, al que asistieron 20 profesionales de enfermería del HNSG.

La implantación de los planes de cuidados comenzó en 2006 y se ha consolidado en 2007. En este momento están implementados en nuestro Centro los planes de cuidados de la colecistectomía (abierta y cerrada), histerectomía (vaginal y abdominal), y EPOC.

En diciembre de 2007 se evaluó el grado de cumplimiento de los planes de cuidados referidos:

En 2007, en el hospital Ntra. Sra. de Gracia 21 pacientes con EPOC, 151 pacientes para ser intervenidos de colecistectomía abierta o laparoscópica y 74 pacientes para practicarles una histerectomía abdominal o vaginal. En el 100% de los casos se había realizado la valoración de enfermería, el plan de cuidados y el informe de enfermería al alta según los criterios previstos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Continuar la mejora de la calidad de los cuidados que prestamos, ampliando el nº de planes implantados, de forma que se reduzca la variabilidad no justificada, 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.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

Continuar con la 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.
- Ampliar los procesos enfermeros en los que implantar planes de cuidados específicos:
 - Plan de cuidados de diabetes mellitus
 - Plan de cuidados de hemicolectomía
 - Plan de cuidados de trastorno límite de la personalidad

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.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Nº de profesionales formados en metodología enfermera
- % de seguimiento del plan de cuidados de la EPOC
- % de seguimiento del plan de cuidados de la colecistectomía abierta
- % de seguimiento del plan de cuidados de la histerectomía vaginal
- % de seguimiento del plan de cuidados de la histerectomía abdominal
- % de seguimiento del plan de cuidados de diabetes mellitus
- % de seguimiento del plan de cuidados de hemicolectomía
- % de seguimiento del plan de cuidados de trastorno límite de la personalidad
- % de pacientes satisfechos con la atención recibida

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

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|------------------------|
| 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS | |
| Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas | |
| Fecha de inicio: | Fecha de finalización: |
| Calendario: | |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Formación del personal en metodología enfermera: enero-diciembre de 2008▪ Implantación de los nuevos planes de cuidados seleccionados: primer semestre de 2008▪ Evaluación de los planes de cuidados: diciembre de 2008▪ Identificar las oportunidades de mejora: diciembre de 2008▪ Ajustes necesarios: diciembre de 2008 | |

305

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



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
Manejo anestésico global de los pacientes alérgicos al látex.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Dra. M^a José Nogué Pueyo
Profesión: Facultativo Hospital Nuestra Señora de Gracia
Lugar de trabajo :
Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.
Servicio de Anestesiología y Reanimación
Correo electrónico: mcastilloz@aragon.es Maribel Castillo (Secretaría de Dirección.- Hospital Ntra. Sra. de Gracia)
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976-440022 ; Extensiones 13474 y 13480

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| Dra. M ^a Cristina Gómez Ruiz | Anestesióloga | Hospital Ntra. Sra. de Gracia |
| Dra. Cinta Polo Soriano | Anestesióloga | Hospital Ntra. Sra. de Gracia |
| Dra. M ^a Jesús Moriano Cameo | Anestesióloga | Hospital Ntra. Sra. de Gracia |
| Dra. Sonia Rivera Sánchez | Anestesióloga | Hospital Ntra. Sra. de Gracia |
| Dr. José F. Rodríguez de Benito | Jefe de U. de Anestesiología | Hospital Ntra. Sra. de Gracia |
| Dr. Roberto Lozano Ortiz | Farmacéutico | Hospital Ntra. Sra. de Gracia |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

I

Problema

Hasta la fecha no se dispone de ningún protocolo de aplicación para el manejo de los pacientes que presentan alergia al látex.

Ausencia de un quirófano libre de programación para urgencias, donde se podrían atender estos pacientes.

Actividad quirúrgica de muchos equipos, exclusivamente en jornada de tarde.

No se dispone de un listado de material libre de látex.

A pesar de que todos los pacientes programados son visitados en la consulta de Anestesia, muchos de ellos no advierten de su alergia al látex, con lo cual, en el mejor de los casos, el anesestesiólogo descubre su alergia con el paciente en la antesala de quirófano.

Objetivos:

- Disminuir al máximo las reacciones alérgicas de los pacientes con alergia conocida al látex.
- Garantizar una atención personalizada a las necesidades específicas de estos pacientes.
- Evitar la suspensión de intervenciones quirúrgicas por desconocimiento de que el paciente es alérgico al látex.

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

Realización de un protocolo de actuación anestésica para pacientes con alergia al látex, que deberá incluir:

1. Profilaxis preoperatoria
2. Procedimientos durante la técnica anestésica
3. Profilaxis postoperatoria
4. Plan terapéutico ante una reacción anafiláctica grave.
5. Estudio analítico seriado, en caso de reacción anafiláctica grave. (colaboración con el Servicio de Laboratorio).
6. Elaboración de un listado que incluya todo el material y fármacos libres de látex (Colaboración con el Servicio de Farmacia).

Dadas las actuales circunstancias, el acondicionamiento de un quirófano libre de látex, la realización de la intervención como primera cirugía de la mañana y la utilización de un quirófano previamente bien ventilado, son las medidas a tomar. Si el cirujano dispusiera de una jornada de tarde, se le facilitará una programación en primera hora de la mañana para estos casos concretos. Si por dificultades en la programación no fuera posible operar a estos pacientes a primera hora de la mañana, se procederá en primera hora de la tarde en aquel quirófano con menor actividad quirúrgica en la jornada matutina, evitándose el uso de látex esa mañana.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Elaboración del protocolo de pacientes alérgicos al látex y puesta en marcha del mismo. Responsables de la realización del protocolo: Dras. Nogué y Polo
2. Difusión del protocolo a todo el personal implicado y su publicación en la red informática del Hospital
3. En la consulta anestésica:
 - Preguntar de forma específica a los usuarios por la existencia de alergia al látex.
 - Elaboración del botiquín unidosis para la premedicación ambulatoria (Colaboración con Farmacia).
4. Adecuación en la programación quirúrgica a estos usuarios (Responsable: Jefe de la Unidad de Anestesia).

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Medida de los indicadores siguientes:

1. Número de reacciones observadas / número de pacientes alérgicos conocidos.
2. Grado de satisfacción de los pacientes.
3. Número de intervenciones suspendidas por alergia al látex desconocida / número de pacientes operados alérgicos al látex.

Evaluación y seguimiento:

- Número de pacientes intervenidos de cirugía programada con alergia al látex incluidos en el protocolo / número de pacientes intervenidos de cirugía programada con alergia al látex. Objetivo a alcanzar > 90%.
- Número de reacciones alérgicas al látex / número de pacientes alérgicos al látex intervenidos. Objetivo a alcanzar < 5%.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| Fecha de inicio: 1 de enero de 2008 | Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2008 |
|-------------------------------------|--|

Calendario:

- Elaboración del protocolo: 31 de enero de 2008.
- Discusión: 15 de febrero de 2008.
- Puesta en funcionamiento: 1 de marzo de 2008.
- 1ª evaluación para la detección de los problemas que puedan aparecer en la implantación del protocolo: 31 de mayo de 2008.
- Estudio de los datos recogidos y evaluación de los mismos: diciembre de 2008

306

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL
NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
22.FEB 2008
REGISTRO ENTRADA
N.º 957

1.- TÍTULO

Continuación del Proyecto de optimización y gestión del instrumental quirúrgico
TRAZABILIDAD

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
M^a PILAR MEDINA CEREZAL

Profesión
ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
HOSPITAL "NTRA SRA DE GRACIA"

Correo electrónico:
pmedina@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
876764501 extensión 13473/13474

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|------------------------------------|-------------|---------------------------|
| MARINA BURILLO ALFONSO | Enfermera | H. "Ntra. Sra. De Gracia" |
| AURORA MODREGO GONZALEZ | Aux. Enfer. | H. "Ntra. Sra. De Gracia" |
| REMEDIOS LACRUZ ARGUEDAS | Aux. Enfer. | H. "Ntra. Sra. De Gracia" |
| M ^a LUISA VALLES GRACIA | Aux. Enfer. | H. "Ntra. Sra. De Gracia" |
| GLORIA SORO ALCUBIERRE | Dir. Enfer. | H. "Ntra. Sra. De Gracia" |
| JOSE MIGUEL CELORRIO | Med. Prev. | 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...

- ⊗ 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 óptima después del mantenimiento realizado.
- ⊗ 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.
- ⊗ 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

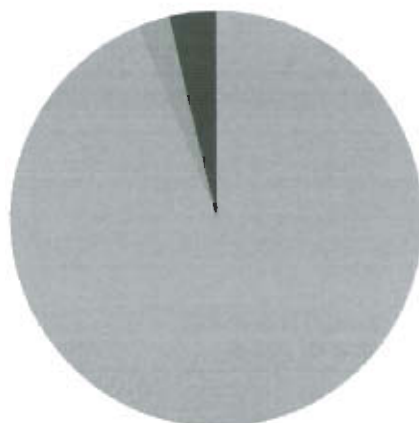
NECESIDADES:

Dotar a la Central de los medios adecuados para realizar la hoja de carga del autoclave informatizada así como la trazabilidad hasta paciente.

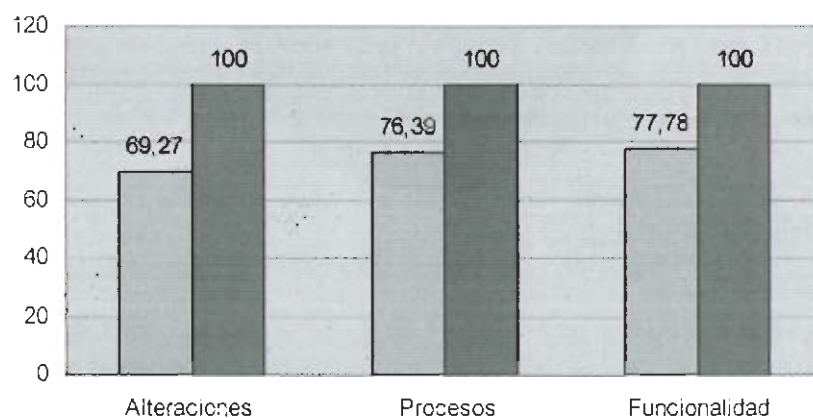
5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

En el proyecto de Calidad del año 2007 se alcanzaron los siguientes resultados:

1. REPARACIÓN Y CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL NECESARIOEstado del Material

| Estado | Cantidad | % |
|-------------|--------------|---------------|
| OK | 2 384 | 93,86 |
| Reparar | 64 | 2,52 |
| Sustitución | 92 | 3,62 |
| | 2 540 | 100,00 |

2. FORMACIÓN AL PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN Y QUIRÓFANO**Resultados curso de Formación**

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.- 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

Se continua el plan de optimización, que incluire los siguientes apartados:

1. REPARACIÓN Y CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL NECESARIO
2. FORMACIÓN AL PERSONAL DE ESTERILIZACIÓN Y QUIRÓFANO
3. SOFTWARE DE TRAZAABILIDAD:

- ✓ Se instalara en el Centro un software de trazabilidad
- ✓ La codificación individualizada de los instrumentos mediante DATA-MATRIX
- ✓ **Implementar el software de trazabilidad.**

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

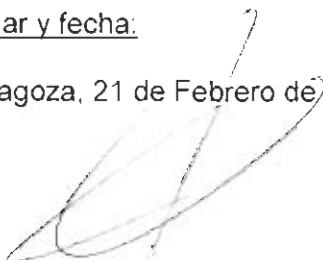
| |
|---|
| <p>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar para su monitorización</p> <ol style="list-style-type: none"> Nº de instrumentos codificados con DATA-MATRIX Formación al personal de esterilización y quirófano: % De profesionales de enfermería del B.Q. que han sido formados Existencia de un programa de trazabilidad implantado |
|---|

| |
|---|
| <p>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p> <p>Fecha de inicio: Primer semestre 2008 Fecha de finalización:</p> <p>Calendario:</p> <ol style="list-style-type: none"> Implantación: Primer semestre 2008 Codificación: Primer semestre 2008 Evaluación: Junio y Diciembre 2008 |
|---|

| | |
|---|----------------|
| 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS | |
| <i>Material/Servicios</i> | <i>Euros</i> |
| Impresora de etiquetas Ref. IMP/1 | 572.28 |
| 2 Lectores de Código de barras Ref. LID/2 | 525.86 |
| Etiquetas de proceso Ref. EP/1 | 442.98 |
| TOTAL | 1.541,1 |

Lugar y fecha:

Zaragoza, 21 de Febrero de 2008



Anexo

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UCA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

NIEVES DOMEQUE VALIENTE, UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS. SERVICIO DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA DE ZARAGOZA

Profesión

MEDICO UNIDAD DE CONSULTAS ADICTIVAS

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

HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA ZARAGOZA

Correo electrónico:

ndomeque@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976440022; 976715261

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|--------------------------|-----------|-----------------------|
| ROBERTO LOZANO ORTIZ | FEA | S. FARMACIA H. GRACIA |
| JESUS AYALA BES | | |
| JOSE GONZALEZ ALLEPUZ | | |
| IGNACIO ANDRES ARRIBAS | | S. FARMACIA H. GRACIA |
| DOLORES TORRELLAS MORENO | | |
| CONCEPCIÓN PERALBAREZ | | |
| MARIBEL CORVINOS GARIN | | |
| VANESA RIBAS | | |
| PATRICIA SAN JUAN | | |
| CRISTINA PARDO LASECA | | |

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:** Actualmente la UCA, con la colaboración de la Cruz Roja y Proyecto Hombre, atiende las necesidades de la población adicta a opiáceos (alrededor de 900 pacientes) de esta ciudad mediante el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM). La Metadona es suministrada por el Servicio de Farmacia del Hospital Nª Sª de Gracia de Zaragoza. Este Programa reduce y/o elimina el consumo de Heroína, disminuye la mortalidad y permite mejorar la salud y calidad de vida y la productividad social del paciente. El perfil del paciente en PMM se caracteriza por presentar diversas enfermedades crónicas y/o infecciosas, abuso y/o dependencia a otras drogas o fármacos y una mayor prevalencia de

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

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|--|-----------------|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| ORDENADOR PERSONAL HEWLETT PACKARD - HP Compaq 6710b | 1.060,50 |
| | |
| | |
| TOTAL | 1.060,50 |

Lugar y fecha:
Zaragoza 20 Febrero 2008

| | |
|--------------------------|--|
| NIEVES DOMEQUE | |
| ROBERTO LOZANO ORTIZ | |
| JESUS AYALA | |
| JOSE GONZALEZ ALLEPUZ | |
| IGNACIO ANDRES ARRIBAS | |
| DOLORES TORRELLAS MORENA | |
| CONCEPCIÓN PERALBAREZ | |
| MARIBEL CORVINOS GRACIA | |
| VANESA RIBAS | |
| PATRICIA SAN JUAN | |
| CRISTINA PARDO LASECA | |

Fdo: Nieves Domeque

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO DE RIFAMPICINA INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DE TUBERCULOSIS DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE ZARAGOZA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

IGNACIO ANDRÉS ARRIBAS, FARMACEUTICO DE HOSPITAL, SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA DE ZARAGOZA

Profesión

JEFE SERVICIO DE FARMACIA

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

HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA ZARAGOZA

Correo electrónico:

iandresar@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 |
|--------------------------|-----------|-----------------------|
| MIRIAM GARCÍA VAZQUEZ | | |
| ROBERTO LOZANO ORTIZ | FEA | S. FARMACIA H. GRACIA |
| Mª RAFAELA SANZ ARTIGAS | | |
| Mª LUISA ESPINOSA VALLÉS | | |

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:** El tratamiento de la TUBERCULOSIS (TBC), su seguimiento y cumplimiento y efectividad es fundamental para su control y evitar la resistencia del bacilo a, como mínimo, la isoniazida y la rifampicina, los dos tuberculostáticos más potentes. La tuberculosis farmacorresistente se desarrolla como consecuencia de un tratamiento parcial o anómalo, cuando el paciente incumple el tratamiento por distintas causas (OMS). La Rifampicina es un fármaco con un comportamiento farmacocinético de gran variabilidad interindividual afectado por procesos de inducción y metabolismo hepático relacionados con las vías enzimáticas UGT1A1 y citocromo CYP3A4, por lo que cualquier alteración producida por incumplimiento o por interacciones con otros medicamentos, da lugar a disminución de su actividad terapéutica y a la resistencia del bacilo.

▪ Continuando con la línea de trabajo multidisciplinar del Servicio de Farmacia del Hospital Nª Sª de Gracia, consolidada en años anteriores, para el seguimiento y mejora de los pacientes tratados con medicamentos con alta variabilidad farmacocinética y farmacodinámica (Litio, Risperidona, Escitalopram) nos permite plantear nuevas líneas de mejora en la atención clínica en este caso con pacientes

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

7.1 Recogida de los datos anatomoclínicos de los pacientes con TBC en tratamiento con Rifampicina. Miriam García Vázquez y M^a Rafaela Sanz Artigas

7.2 Creación de protocolo con Farmacia de Modelo de recogida de datos donde figuran datos del paciente y resultados.

7.3 Reuniones periódicas de los Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

METODICA.

- El personal de Programas de Salud de la Subdirección de Salud Pública realiza la recogida de la información del protocolo. Seguimiento de pacientes en tratamiento con Rifampicina. Pauta de petición de pruebas, control sintomático y de efectos adversos: Miriam García Vázquez y M^a Rafaela Sanz Artigas.

- Farmacia: realiza recogida de datos del paciente y realiza análisis de los datos y emisión de informes farmacoterapéuticos. Ignacio Andrés y Roberto Lozano.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

8.1 Pacientes totales en tratamiento con Rifampicina/pacientes respondedores +

8.2 Pacientes totales en tratamiento con Rifampicina/ Pacientes con seguimiento de Bilirrubina.

8.3 Pacientes totales en tratamiento con Rifampicina /pacientes con efectos secundarios

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Fecha de inicio : enero de 2008

Revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.

Diciembre de 2008:Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.

Enero de 2009 :Evaluación y propuesta de mejoras.

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


| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|--|----------------------|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| <u>Realización de pruebas analíticas para determinación del citocromo CYP 450r</u> | <u>1000</u> |
| TOTAL | <u>1000 €</u> |

Lugar y fecha:

Zaragoza 20 Febrero 2008

| | |
|--------------------------|--|
| IGNACIO ANDRES ARRIBAS | |
| MIRIAM GARCÍA VAZQUEZ | |
| ROBERTO LOZANO ORTIZ | |
| Mª RAFAELA SANZ ARTIGAS | |
| Mª LUISA ESPINOSA VALLÉS | |

Ignacio Andres



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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

| |
|--|
| 1.- TÍTULO UTILIZACIÓN DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN UNA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA |
|--|

| |
|---|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos MOLINA GERALDINO, RENE, CONSULTA EXTERNA NEUROLOGÍA HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA DE ZARAGOZA |
| Profesión NEUROLOGO |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA ZARAGOZA |
| Correo electrónico: |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976444300 |

| | | |
|---|-----------|-----------------------|
| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA | | |
| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
| SUPERVIA GARCIA, RAFAEL | | DUE H. GRACIA |
| IGNACIO ANDRES ARRIBAS | | S. FARMACIA H. GRACIA |
| ROBERTO LOZANO ORTIZ | | S. FARMACIA H. 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... |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ IMPORTANCIA: La utilización de programas informáticos para la gestión de pacientes y tratamientos terapéuticos en las consultas médicas es una sistemática implantada desde hace tiempo en atención primaria. Sin embargo en la atención especializada del Hospital de Nª Sª de Gracia no se dispone en el presente de dicha herramienta. ➤ UTILIDAD: La utilización de un programa informático sencillo de gestión de pacientes apoyado en una base de datos de medicamentos posibilitará una mejora sensible en la atención al paciente en la consulta de neurología. ➤ MÉTODOS Realización de un programa informático tipo base de datos para la realización del seguimiento de los pacientes de la consulta externa de neurología apoyada en una base de datos de medicamentos por la que se realizara la impresión automática de las recetas lo que permitirá una mejora en la calidad de la prescripción farmacológica y en la atención clínica al paciente. ➤ SITUACION DE PARTIDA: En la actualidad las consultas externas del Hospital Nª Sª de Gracia incluida la consulta de Neurología no se dispone de programa informático para seguimiento de pacientes y prescripción de recetas. |

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 del paciente en tratamiento. Evitar posibles errores al leer la receta.
- Aumentar la eficacia del tratamiento, así como evitar interacciones con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente.
- Control total sobre recetas impresas.
- Iniciar la colaboración con consultas externas, creando nuevos Equipos de trabajo Multidisciplinar.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

7.1 Recogida de los datos personales de los pacientes a tratar en la Consulta por el personal auxiliar

7.2 Creación de aplicación de Farmacia para actualización de la usada por Neurología.

7.3 Reuniones periódicas de los Servicios para determinar posibles problemas o áreas de mejora.

METODICA.

- Actualización periódica de la base de datos farmacológica.
- Farmacia: realiza modificaciones en aplicación informática para control en la mejora de la información de fármacos prescritos.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

8.1 Pacientes con historial clínico informatizado/ Pacientes totales

8.2 Pacientes con recetas informatizadas/ Pacientes totales

8.3 Fármacos prescritos en DOE/ Fármacos totales prescritos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Fecha de inicio : enero de 2008

Revisión trimestral de los casos objeto del proyecto y monitorización de los indicadores.


Diciembre de 2008: Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.

Enero de 2009 :Evaluación y propuesta de mejoras.

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

| 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS | |
|--|---------------|
| <i>Material/Servicios</i> | <i>Euros</i> |
| Sillón de dirección. respaldo alto, movimiento sincronizado con antirretorno, regulación de tensión y de profundidad del asiento, elevación neumática, reposabrazos regulables en altura y giro. Base en aluminio pulido con ruedas. Tapizado en LANA. | 594,6 |
| TOTAL | 594,6€ |

Lugar y fecha:
Zaragoza 20 Febrero 2008

| | |
|-------------------------|---|
| MOLINA GERALDINO, RENE |  |
| SUPERVIA GARCIA, RAFAEL | |
| IGNACIO ANDRES ARRIBAS | |
| ROBERTO LOZANO ORTIZ | |

12.869.327-E

811

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

HOSPITAL REAL Y PROVINCIAL
NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
28 FEB 2008
REGISTRO ENTRADA
N.º 887

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACOGIDA AL PACIENTE Y CALIDAD EN EL TRATO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
Juana María Morelli Benitez
Profesión
Administrativa - Jefa de Sección de Servicios Generales
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital Nuestra Señora de Gracia
Correo electrónico:
jmmorelli@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976715761

| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
| Carmen Bagüés Marcen | Celadora | H. Ntra, Sra. De Gracia |
| Olga Bagüés Sanz | A.T.S a. Al paciente | H. Ntra. Sra. De Gracia |
| Antonio Blasco Jimenez | J. Grupo admisión | H. Ntra. Sra. De Gracia |
| Francisco Cabeza Lamban | Médico M. Interna | H. Ntra. Sra. De Gracia |
| Amador Gonzalez Luqui | Jefe mantenimiento | H. Ntra. Sra. De Gracia |
| Ascensión Estella Blasco | Aux. de enfermería | H. Ntra. Sra. De Gracia |
| Carmen Lapuente Bueno | Subdirectora Gestión | H. Ntra. Sra. De Gracia |
| Ana -Pilar Marqueta Bimbela | A.T.S | H. Ntra. Sra. De Gracia |
| Ana-Rosa Perez Valenzuela | Aux. de 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...

En el año 2007 se ha constituido, en nuestro Hospital, un grupo de confortabilidad liderado por la Dirección del Centro. Se trata de un grupo multidisciplinar que durante el año 2007 ha detectado algunas áreas de mejora que se desarrollarán y trabajarán durante el 2008.

Estas áreas de mejora están relacionadas, por un lado con el trato y la acogida al paciente y por otro con la accesibilidad al Hospital.

El Hospital Nuestra Señora de Gracia obtiene habitualmente unos excelentes resultados en las encuestas de valoración, respecto al trato recibido y la acogida, en torno al 98% de usuarios satisfechos o muy satisfechos. No obstante hemos detectado posibilidades de mejora en dos áreas concretas.

1.- Defectos de tratamiento, información y comunicación, a veces por desconocimiento, con el paciente. Todos los colectivos que se relacionan directa o indirectamente con los usuarios deberían tener un conocimiento básico de cómo relacionarse, con calidad y acogida, con los pacientes y sus familiares

2.- Debido a la situación especial que está viviendo el Hospital, por las obras de remodelación, los pacientes se desorientan o no encuentran con facilidad los distintos Servicios, lugar de realización de pruebas etc.

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 el grado de corrección en el trato al paciente y mejorar la comunicación.

Mejorar la accesibilidad a los distintos Servicios, consultas, laboratorios, Servicio de radiodiagnóstico, gimnasio, rehabilitación, UCI, etc.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El grupo continuará con su trabajo para detectar áreas de mejora y trabajará en las dos líneas definidas anteriormente: calidad en el trato y acogida al paciente y accesibilidad.

Para ello nos propones:

1.- Elaboración de un tríptico de estilo para todo el personal que trabaja en el Hospital.
Responsable: Juana María Morelli Benitez

2.- Elaboración de un plan de señalización. Responsable: Amador Gonzalez Luqui

Aunque estas dos líneas de mejora estarán coordinadas por los responsables citados, se cuenta con el trabajo y las ideas de todo el grupo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Encuesta a los usuarios:
 - Porcentaje de usuarios a los que resulta fácil o muy fácil acceder a las instalaciones del Hospital.
 - Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido.
 - Se utilizarán además de las encuestas de opinión a usuarios de hospitales, encuestas elaboradas en el propio Hospital.
2. Encuesta a los trabajadores:
 - Porcentaje de trabajadores que consideran útil o muy útil la información recibida.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de marzo

Fecha de finalización: 1 de diciembre

Calendario:

3. Marzo, y abril realización del tríptico.
4. Mayo impresión del tríptico
5. Junio distribución.
6. Junio comienza el plan de señalización que se irá manteniendo mientras aumentan las zonas entregadas por la constructora hasta finalizar el año.
7. Octubre y noviembre realización y evaluación de las encuestas.

| 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS | |
|---|-------------------|
| <i>Material/Servicios</i> | <i>Euros</i> |
| <u>Confección de un tríptico para todos los trabajadores del Hospital (500)</u> | 600 |
| <u>Cartelería y tiras de colores para el suelo</u> | 400 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | 1000 Euros |

Lugar y fecha: Zaragoza, 20 de febrero de 2008

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 |
| MARÍA JOSÉ BUATAS PÉREZ | Psicóloga | Hosp. Nª Sª de Gracia |
| RAMIRO ARIÑO GALVE | Enfermero | 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.

Al plan de mejora iniciado en 2007 le añadimos ahora el registro filmado de las asistencias domiciliarias y del entorno donde vive el paciente, de gran utilidad para el trabajo clínico y la investigación.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Se han recogido filmaciones de más del 90 % de los pacientes ingresados en nuestra Unidad, tanto de entrevistas individuales como de actividades grupales.

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, M. Díaz, M.J. Buatas.

Informatización de los datos relevantes de la historia clínica.

Responsables: J.M. Granada, C. Paumard.

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.

Filmación del 90 % de las Asistencias Domiciliarias, tanto de la entrevista familiar como del entorno del paciente.

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: 14 - 02 - 2008

Fecha de finalización: 31 - 12 - 2008

Calendario:

14 - 02 - 2008 Revisión de la situación actual del Plan de Mejora propuesto para 2007

26 - 02 - 2008 Programación de actividades del nuevo Plan de Mejora

03 - 06 - 2008 Reunión de seguimiento de actividades

07 - 10 - 2008 Reunión de seguimiento de actividades

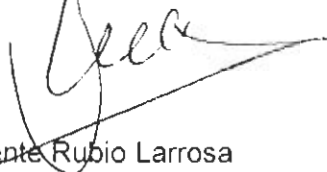
16 - 12 - 2008 Evaluación de finalización de actividades. Valoración de indicadores.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
|------------------------------------|--------------|
| <i>Videocámara disco duro 30 G</i> | 500 € |
| <i>Tripode para videocámara</i> | 30 € |
| <i>Discos dvd para grabación</i> | 120 € |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL | 650 € |

Fecha y firma:

Zaragoza, a 22 de febrero de 2008



Fdo. Vicente Rubio Larrosa

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

| |
|--|
| 1.- TÍTULO <i>Programa de formación en habilidades de técnicas de cuidados Intensivos en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.</i> |
|--|

| |
|---|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos José Ignacio Corchero Martín Profesión Médico Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UCI Hospital Nuestra Señora de Gracia Correo electrónico: jicorchero@gmail.com 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 | FEA | UCI |
| María Luisa Martínez López | Supervisora | UCI |
| | | |
| | | |

| |
|--|
| <p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA:</p> <p>IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:</p> <p>Cada vez es más elevada la variedad y complejidad de los procedimientos utilizados en las unidades de cuidados intensivos, así como del aparataje necesario para la realización de técnicas.</p> <p>Asimismo parte del personal, al tener un elevado índice de rotación y carecer de una formación específica en estas técnicas y procedimientos no puede dominar, con la destreza requerida todas las herramientas necesarias para garantizar una adecuada respuesta a las situaciones críticas que surgen en una UCI.</p> <p>Asimismo, al existir procedimientos y técnicas que se utilizan esporádicamente, puede ser necesario refrescar habilidades en el personal estable de la Unidad.</p> <p>Está recogido en el contrato de gestión del sector para el año 2007 la conveniencia de gestionar el plan de formación que permita mantener actualizados los conocimientos y habilidades necesarios para realizar una atención sanitaria excelente.</p> <p>Asimismo se recoge la conveniencia de que exista un registro de dicha formación.</p> <p>Por todo ello nos hemos planteado diseñar, junto con el personal, un catálogo de habilidades necesarias para el personal de enfermería que trabaja en nuestra unidad, y posteriormente realizar para todo el personal la formación necesaria. Asimismo se considera necesario registrar dicha información.</p> <p>MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido <u>Brainstorming</u>: <p>★ Registro de indicadores de calidad en Medicina Intensiva.</p> |
|--|

- ★ Registro de indicadores de calidad en Cardiopatía Isquémica.
- ★ Plan de detección de donantes de órganos y tejidos.
- ★ Formación específica en cuidados intensivos del personal de enfermería.

- **Método de priorización** empleado:

Parrilla de análisis:

| | DETECCIÓN DONANTES ÓRGANOS | REGISTRO INDICADORES DE CALIDAD EN CI | REGISTRO INDICADORES DE UCI | FORMACIÓN ESPECIFICA PERSONAL |
|--|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fácil medición | 2 | 3 | 2 | 3 |
| Usuarios afectados. | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Riesgo para el paciente. | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Coste del programa de mejora | 2 | 3 | 3 | 0 |
| Necesidad de influencia externa para la solución del problema. | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Profesionales implicados en el problema. | 1 | 3 | 1 | 3 |
| TOTAL | 8 | 17 | 12 | 14 |

SITUACIÓN DE PARTIDA, LAS POSIBLES CAUSAS, LAS FUENTES DE INFORMACIÓN...

No existe actualmente ningún plan de formación específico de nuestra unidad ni específico de técnicas de cuidados intensivos. Tampoco, por tanto, existe registro de actividades formativas en la Unidad.

Causas: desconocidas, no se habrá creído necesario hasta ahora

Fuentes de información: personal de .la unidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Elaboración de un catálogo de habilidades y técnicas necesarias en UCI.

Distribución entre los facultativos y DUE de los temas a abordar.

Planificación de clases teóricas.

Planificación de clases prácticas, técnicas.

La formación se hará durante las horas de trabajo, repitiendo la formación tantas veces como sea necesario para dar cobertura a toda la plantilla.

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Elaboración de un "Programa de formación en habilidades imprescindibles en el personal de cuidados intensivos". Grupo de trabajo de todo el personal de la Unidad.

Distribución entre los facultativos y DUE de los temas a abordar.
Clases teóricas y discusión. Facultativos de la Unidad de Cuidados Intensivos.
Supervisora de la Unidad.

Clases prácticas técnicas y de simulación. Facultativos de la Unidad.
Supervisora de la Unidad.

Se realizarán reuniones para la planificación y distribución de los temas a impartir.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación:

Elaboración del catálogo, inicio formación.
Elaboración registro de personal formado.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Abril 2008

Fecha de finalización: Abril 2009

Calendario:

Abril-Junio 2008 Catálogo.
Junio 2008 – Abril 2009 Inicio formación.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

| <i>Material/Servicios</i> | <i>Euros</i> |
|---------------------------|--------------|
| <i>Ordenador portátil</i> | <i>1000</i> |
| | |
| | |
| TOTAL | 1000 |

Lugar y fecha: Zaragoza 20 febrero 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

| |
|--|
| 1.- TÍTULO Implantación de una guía de Manejo del Paciente con Sospecha de Sepsis |
|--|

| |
|---|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Paloma Dorado Régil Profesión Especialista en Medicina Intensiva Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Jefa de Sección del Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Royo Villanova. Zaragoza Correo electrónico: pdorado@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 466910 ext 17519 |
|---|

| | | |
|---|----------------------------|-------------------------|
| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA | | |
| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
| Carmen Aspiroz | Microbiología | Hospital Royo Villanova |
| Rosa Martínez Álvarez | Medicina Interna | Hospital Royo Villanova |
| M ^a Soledad Pascual Parrilla | Urgencias | Hospital Royo Villanova |
| Jose Ruiz Budría | Bioquímica | Hospital Royo Villanova |
| Santiago Rubio Félix | Urgencias | Hospital Royo Villanova |
| Ana Ezpeleta Galindo | Medicina Intensiva | Hospital Royo Villanova |
| Antonio Castanera Moros | Neumología | Hospital Royo Villanova |
| Juan Luis Blas Laina | Cirugía | Hospital Royo Villanova |
| Marta González Caballero | Supervisora enfermería UCI | Hospital Royo Villanova |
| | | |

| |
|--|
| 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... La sepsis es un proceso con elevada letalidad (hasta el 30% de los pacientes que la padecen), estimándose que en conjunto es responsable de más muertes que el infarto agudo de miocardio o el ictus, y que el conjunto de los tumores de mama, colon, recto y próstata, lo que pone de manifiesto su trascendencia desde el punto de vista de la salud pública. Además en los últimos años su incidencia ha aumentado a ritmo de un 8,7% anual tanto en Europa como en Estados Unidos, aparentemente en relación con factores como aumento de la edad de la población, generalización de técnicas invasivas y fármacos inmunosupresores. En España existen pocos datos de la epidemiología de la sepsis. En 2007 se ha publicado el primer estudio que estima la incidencia poblacional y mortalidad de la sepsis; es un estudio prospectivo y aunque referido a una zona de Madrid, sus cifras podrían extrapolarse al resto del país, y son consistentes con las publicadas en otros países. La incidencia de la sepsis estaría en torno a 367 casos por 100.000 habitantes/año (adultos) y la mortalidad oscilaría desde 6.8% en sepsis no grave a 45.8% en shock séptico. Con estas premisas, en 2002 se inicia la “Campaña Sobrevivir a la Sepsis”, auspiciada |
|--|

por la European Society of Intensive Care Medicine, el Internacional Sepsis Forum y la Society of Critical Care Medicine, que comenzó con la declaración de Barcelona en ese año y cuyo objetivo principal era disminuir en un 25% la mortalidad de la sepsis grave en los siguientes 5 años. Para ello se desarrollaron guías con pautas de actuación clínica sobre sepsis grave y shock séptico, basadas en la evidencia, que han sido apoyadas por 11 sociedades científicas internacionales. España también participa activamente en esta iniciativa, e incluso ha elaborado un programa educacional basado en dicha campaña y en la que están participando 50 hospitales españoles.

Dada la trascendencia del tema, en nuestro hospital nos hemos propuesto asimismo, aplicar y monitorizar las medidas de soporte para mejorar el manejo de sepsis y disminuir su mortalidad, basándonos en la evidencia aportada por las guías surgidas de dicha campaña y por diversas publicaciones nacionales e internacionales. (*Surviving Sepsis Campaign*. <http://www.survivingsepsis.org>. *Surviving Sepsis Campaign Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock*. *Crit Care Med* 2004; 32: 858-873. *Intensive Care Med* 2004; 30: 536-555. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, Peterson E, Tomlanovich M. *Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock*. *N Engl J Med* 2001; 345:1368-1377. Gao F, Melody T, Daniels DF, Giles S, Fox S. *The impact of compliance with 6-hour and 24-hour sepsis bundles on hospital mortality in patients with severe sepsis: a prospective observational study*. *Crit Care* 2005; 9: 764-770. Estudio multicéntrico sobre la asociación entre variables relacionadas con la resucitación y la mortalidad en la sepsis grave. Nin N, Lorente JA, Ortiz-Leyba C, Valenzuela Sánchez F. (RESYS). *Med Intensiva* 2005;29(4):212-218. Shapiro NI, Howell MD, Talmor D, Lahey D, Ngo L, Buras J, Wolfe RE, Weiss JW, Lisbon A. *Implementation and outcomes of the multiple urgent sepsis therapies (MUST) protocol*. *Crit Care Med* 2006; 34.

Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Peñuelas O, Lorente JA, Gordo F, Honrubia T, Algora A, Bustos A, García G, Díaz-Regañón IR, de Luna RR. *Sepsis incidence and outcome: Contrasting the intensive care unit with the hospital ward*. *Crit Care Med* 2007;35:1284-1289. *Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock*. *Crit Care Med* 2008; 36(1): 296-327.

Para ello se ha creado un equipo de trabajo multidisciplinar compuesto por médicos y enfermeras pertenecientes a Medicina Intensiva, Urgencias, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Microbiología, Cirugía, Neumología y Bioquímica.

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. Obtener el registro del 100% de los casos de sepsis y shock séptico impulsando su codificación correcta en las altas hospitalarias con el fin de conocer la incidencia y prevalencia reales en nuestro centro.
2. Difundir entre los médicos y enfermeras del centro la necesidad de mantener un elevado grado de sospecha de la presencia de sepsis, detectando precozmente a los pacientes de riesgo.
3. Impulsar la aplicación temprana de las medidas de soporte y del tratamiento antibiótico, ya que se considera que son factores decisivos para mejorar el pronóstico de la sepsis.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Se constituye un equipo multidisciplinar (Medicina Intensiva, Urgencias, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Microbiología, Cirugía, Neumología y Análisis Clínicos) que ha elaborado por consenso una guía para la detección y tratamiento precoz de la sepsis adaptada a las características del hospital. Dicha guía se basa en las recomendaciones de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis y en las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología y Sociedad Española de Medicina de Emergencias.
2. Elaboración de algoritmos para la extracción temprana de hemocultivos y actuación ante el paciente con fiebre, a difundir preferentemente entre el personal de enfermería.
3. Difusión en el hospital de la campaña: 1. Sesión clínica general para todo el personal sanitario del centro. 2. Participación en las sesiones clínicas de cada servicio. 3. De forma individualizada mediante la entrega a cada médico de un ejemplar de la guía elaborada por el grupo de trabajo.
4. Específicamente con respecto a la Enfermería, constitución de un grupo de trabajo formado por todas las supervisoras del hospital para la difusión del punto 2 entre el personal sanitario.
5. Puesta en marcha de un registro informático, que permita evaluar el impacto y seguimiento de la campaña.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluación: Tras la puesta en marcha del proyecto, el grupo creado para la elaboración de la guía, se convertirá en Grupo de Seguimiento de la Sepsis en el HRV, que evaluará mensualmente los resultados que se vayan obteniendo.

Indicadores:

- 1- Porcentaje en el aumento de casos registrados en las altas (CIE-9) tras la implantación de la campaña respecto al existente previamente
- 2- Nº de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas /nº casos diagnosticados
- 3- Porcentaje de casos diagnosticados con confirmación microbiológica.
- 4-

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Enero-Febrero 2008: elaboración de folleto divulgativo
 Marzo-Abril de 2008: difusión a todos los Servicio del Hospital.
 Mayo: Inicio de recogida de datos hasta octubre-noviembre.
 Diciembre: evaluación de resultados

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

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|--|--------------|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| Ordenador + impresora + software informático (basado en el proyecto PIMIS: Protocolo Informatizado Multidisciplinar del Manejo de la Sepsis, apoyado por la SEMICYUC y desarrollado en el Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca del que es responsable el Dr. M. Borges, intensivista de dicho hospital. | 3000 euros |
| Gastos de imprenta (folletos, carteles) | 600 euros |
| Formación personal. Realización de un seminario sobre el tema impartido por expertos que han de desplazarse Zaragoza. | 2000 euros |
| | |
| | |
| TOTAL | 5600 euros |

Lugar y fecha: Zaragoza a 19 de febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Creación de un Equipo de Mejora destinado a incrementar la calidad y el grado de idoneidad de las indicaciones de endoscopia digestiva en el sistema de puertas abiertas del Hospital General Royo Villanova, Sector Zaragoza I.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Juan José Sebastián Domingo

Profesión

Facultativo Especialista de Area de Aparato Digestivo.

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

Hospital General Royo Villanova. Servicio de Aparato Digestivo.

Correo electrónico:

jjsebastian@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 466910, extensión 17592-3

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|----------------------------|-------------|-------------------|
| Eugenio Galve Royo | Médico A.P. | C.S. Actur Norte |
| Carolina Mendi Metola | Médico A.P. | C.S. La Jota |
| Javier Valdepérez Torrubia | Médico A.P. | C. S. Actur Sur |
| | | |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Según diferentes estudios, entre el 15 y 35% de las colonoscopias, y el 17 y 40% de las gastroscopias, solicitadas desde Atención Primaria en un sistema de endoscopia digestiva de "puertas abiertas" -como el que, en su momento, se implantó en el Sector Zaragoza I- son inadecuadas o inapropiadas, siguiendo los criterios y recomendaciones de las sociedades científicas de endoscopia digestiva (la American Society for Gastrointestinal Endoscopy [A.S.G.E.] y el European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy [E.P.A.G.E.]).

La idoneidad de la indicación de la colonoscopia y la gastroscopia constituye uno de los factores de mayor impacto en la calidad de la endoscopia digestiva por las implicaciones económicas y éticas que tiene.

En muchas ocasiones, el incremento de la demanda de endoscopia digestiva solicitada de forma inadecuada genera listas de espera cada vez más largas, con el consiguiente deterioro de la calidad asistencial.

Con la creación de este Equipo de Mejora de Primaria-Especializada se pretende supervisar estrechamente las indicaciones de la endoscopia digestiva e incrementar la idoneidad de la misma. Con todo ello se espera reducir las listas de espera y los abusos, mejorando así la utilización de los recursos y la calidad de la asistencia.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Contener, y a ser posible reducir, las listas de espera de colonoscopia y gastroscopia en el Sector Zaragoza I.
2. Mejorar la calidad y el índice de idoneidad en las indicaciones de endoscopia digestiva

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

3. Reducir las tasas de abuso de endoscopia digestiva y mejorar la relación coste-eficacia de esta técnica.
4. Formación de los médicos de Atención Primaria sobre los criterios específicos para las indicaciones de la endoscopia digestiva en un sistema de acceso libre.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reuniones con Atención Primaria del Sector Zaragoza I para informar sobre el Proyecto de Mejora, formar a los componentes del equipo y establecer una dinámica de trabajo.
- Constitución del Equipo de Mejora, con distribución de responsabilidades y asignación de los Centros de Salud donde cada componente del equipo hará el seguimiento y control: Dr. Galve, Dra. Mendi y Dr. Valdepérez.
- Metodología de trabajo (consensuada) y valoración periódica de los resultados: Dr. Galve, Dra. Mendi, Dr. Valdepérez y Dr. Sebastián.
- Coordinación del Proyecto de Mejora y redacción del documento final de trabajo: Dr. Sebastián.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Evolución de las listas de espera de colonoscopia y gastroscopia desde el momento en que entre en funcionamiento el equipo de mejora.
2. Valoración del grado (%) de idoneidad en la indicación de la endoscopia digestiva (una exploración se considera idónea cuando el beneficio potencialmente obtenido supera el riesgo y las molestias de su realización, con el suficiente margen como para que merezca la pena ser llevada a cabo) antes y después de la puesta en marcha del proyecto.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Fecha de inicio: Abril 2008 | Fecha de finalización: -- |
|------------------------------------|---------------------------|

Calendario:

- Contactos y reuniones con Atención Primaria: abril de 2008
- Redacción, consenso y distribución del documento definitivo de trabajo: mayo 2008
- Asignación de competencias y establecimiento de los mecanismos de control de cada componente del equipo de mejora: junio 2008
- Inicio del Proyecto de Mejora: septiembre 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRABAJO Y REGLAMENTO DE PETICIONES AL ARCHIVO PARA USO EN CONSULTAS EXTERNAS

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. 17806

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 |
| CARMEN SERRANO ALAMÁN | AUX.ADMVO. | C.M.E. GRANDE COVIÁN |
| ANA JULIÁN ZARAZAGA | AUX.ADMVO. | C.M.E. GRANDE COVIÁN |
| SUSANA ASCASO VILLAGRASA | 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...

- Tenemos protocolos de trabajo hechos hace tres años. Desde entonces hemos tenido cambios importantes en la organización del archivo y las tareas han cambiado en algunos casos, como la radiología, el 100%.
- En consultas, no siguen unos criterios unificados de actuación respecto del archivo.

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

- Actualizar los protocolos para que sean útiles para formar al personal de nueva incorporación y para reciclaje del antiguo.
- Unificar las peticiones de consultas al archivo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Listar los protocolos a actualizar y distribuir el trabajo a lo largo del año, buscando los huecos que podamos destinar a conseguir el objetivo.
- Reglamento: envío a consultas cuando esté preparado junto con una encuesta de valoración.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- % protocolos revisados trimestralmente.
- Encuesta valoración del reglamento: % respuesta

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

Fecha de finalización: Diciembre

Caleandario:

Mayo

Septiembre

Noviembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
 Reedición del manual de procedimiento y del manual técnico del deposito de sangre hospitalario.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Nombre y apellidos
 Luis López Gómez
 Profesión
 Hematólogo
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
 Servicio de hematología y hemoterapia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
 Correo electrónico:
 llopezgo@aragon.es
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:
 976466910-17332

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|--------------------------|-----------|-------------------|
| Vicente Carrasco Baraja | Hemat | Hrv |
| Juan José Moneva Jordán | Hemat | Hrv |
| M cruz Labarta Puertolas | Superv | Hrv |
| Esther Marco Martín | Ats | Hrv |
| Rosa Estopiñan Trasfi | Ats | Hrv |
| Teresa Barra Morato | Ats | Hrv |
| Camino Araiz Orte | Admin. | Hrv |
| | | |

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 manual de procedimiento y el manual técnico son dos elementos claves en el desarrollo de una hemoterapia de calidad en el hospital, puesto que es necesario que las técnicas y procedimientos estén documentados adecuadamente.

Los manuales actuales precisan modificaciones relevantes, dada la interrelación con el Banco de Sangre y Tejidos de Aragón y la puesta en funcionamiento de procedimientos informáticos.

Se emplearán fuentes de información de reconocido prestigio (consejo de Europa, AABB, , CAT...)

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
 La revisión de los manuales de procedimiento y técnicos son parte importante y requisito imprescindible del proceso de certificación de la unidad. El propósito es

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

preparar la unidad para poder solicitar la acreditación a los organismos pertinentes según normas ISO y CAT (comité de acreditación en transfusión sanguínea)

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Revisión del manual actual. Distribución de tareas y responsabilidades
- 2-selección de los aspectos a modificar y a mejorar
- 3-redacción, evaluación y consenso.
- 4-aprobación
- 5- Diseño de un programa de formación y actualización de acuerdo a las técnicas y procedimientos aprobados.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- reuniones trimestrales para la organización, evaluación y aprobación del trabajo, con actas.
- reuniones de los grupos de trabajo (los miembros se constituirán en tres grupos) con actas y anexos.

Indicadores % de cumplimiento de los objetivos trimestrales. (numero de capítulos, paginas redactadas etc)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

| | |
|---|------------------------|
| Fecha de inicio: | Fecha de finalización: |
| <p>Calendario:</p> <p>1 reunión en marzo 2008</p> <p>2 reunión en junio 2008</p> <p>3 reunión en septiembre 2008</p> <p>4 reunión en noviembre 2008</p> | |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
 ELABORACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA Y PROPUESTA DE MEJORA MEDIANTE LA ELABORACIÓN DE GUIAS DE VALORACIÓN EN LAS DIVERSAS PATOLOGÍAS PSIQUIATRICAS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Nombre y apellidos
 Rogelio Serrano Lázaro
 Profesión
 Enfermero
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
 HOSPITAL ROYO VILLANOVA. UNIDAD DE PSIQUIATRIA
 Correo electrónico:
 rogser@unizar.es
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:
 976466910

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|-------------------------------|-----------|----------------------|
| GUADALUPE JIMÉNEZ MARQUES | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| JUAN CARLOS MARTINEZ RETUERTA | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| ISMAEL MEDIEL CHUECA | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| CARMEN ZUECO POLA | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| MARIA PILAR GIMENO GIRAL | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| LOURDES BERNE BORDONADA | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| CRISTINA PARICIO GARCIA | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| OLGA FERNÁNDEZ CASTRO | ENFERM. | HOSPITAL ROYO VILLAN |
| | | |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
 Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

SITUACIÓN DE PARTIDA
 Desde hace aproximadamente unos 10 meses, venimos realizando la historia de enfermería, de forma manual, siguiendo la Taxonomía de la NANDA, bajo un guión general para todo tipo de pacientes.

PROBLEMAS DETECTADOS
 En la cumplimentación de la misma tanto en cantidad (numero de historias rellenas en relación a los ingresos acontecidos), como en calidad (orientación de la historia enfermera hacia la patología concreta y detección correcta de diagnósticos enfermeros) se detectan problemas; en **cantidad**; donde de forma justa se llega al 75% marcado en el contrato de gestión, y en **calidad**; (que esto es mas importante); no están orientadas las historias hacia el problema concreto del paciente, aspectos de la valoración que deberían estar escritas no aparecen y al revés cosas poco relevantes aparecen, en la valoración directamente se escribe el diagnóstico enfermero sin aportar datos en los que basarse, los diagnósticos enfermeros no se señalan cuando si que hay datos que lo podrían avalar, aspectos que corresponden a un dominio/necesidad están escritos en otro distinto.....etc.

No existen unos indicadores claros de cantidad y calidad de cumplimentación de la historia de enfermería

POSIBLES CAUSAS
 Estos fallos por un lado pueden ser debidos a un modelo organizativo del personal de enfermería orientado a la "tarea" y no al "cuidado", y los turnos rotatorios son la mejor expresión de ello, al dificultar, cuando no impedir aquello que pone en los libros de calidad de enfermería "misma paciente/misma enfermera durante todo el ingreso". La corrección de

esto es muy difícil y correspondería a las Gerencia y direcciones de enfermería, y modificar esto se escapa a las pretensiones de este proyecto.

Otra causa que si que es corregible, y por tanto objeto de este proyecto que nos ocupa es el de no disponer de unas guías específicas para la realización de las historias de enfermería concreta para las patologías mas comunes que ingresan en la unidad, con los diagnósticos enfermeros correspondientes; siguiendo el mismo modelo que seguimos en la historia de enfermería cuando ingresa un paciente, que no es otra que la Taxonomía de la NANDA.

Hay diversos libros de enfermería psiquiátrica, que abordan parcialmente estos temas, pero la realidad asistencial en los centros de trabajo concretos (En nuestro caso la unidad de psiquiatría del H. Royo Villanova) tiene unos pormenores que solamente desde la experiencia asistencial se pueden concretar y especificar para nuestro centro.

Además aquello que viene "impuesto", en este caso por un libro no tiene la misma aceptación que aquello elaborado "artesanalmente" por las enfermeras que van a trabajar con ello, y que les hace sentir como algo propio lo que va a favorecer su implantación.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

Cuantitativo: Conseguir subir en numero de historias de enfermería rellenas del actual 75% aproximado al 95-100%.

Cualitativo: Historias de enfermería bien detalladas, ordenadas, concretas y específicas que justifiquen claramente el diagnóstico enfermero y las intervenciones enfermeras posteriores.

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

Elaboración de indicadores de cierta fiabilidad sobre la cumplimentación de la historia de enfermería

Elaboración de guías de valoración específica para las patologías mas comunes que ingresan en la unidad de psiquiatría, que ayuden a la cumplimentación de la historia de enfermería y diagnóstico enfermero.

Implicación del personal de enfermería de la unidad en la elaboración de las mismas y por tanto, que se formen (el que prepara algo es el que mejor se sabe el tema) y adquirir el "compromiso ético" de aplicarlas en la realidad cuando ingresen los pacientes. Los objetivos finales ya están descritos en el apartado anterior;

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Revisión de todas las historias de enfermería 3 días al mes (hacia principios, hacia mediados y hacia final) buscando aspectos cuantitativos y cualitativos:

Cuantitativos: Ver el numero de historias rellenas en relación al numero de historias revisadas.

Cualitativos:

Esto es mas complejo y esto es ver si el contenido de las historias de enfermería esta bien detalladas, ordenadas, concretas y específicas que justifiquen claramente el diagnóstico enfermero. Como esto es complejo y se puede pecar de subjetividad se valorara de forma numérica con un punto cada aspecto que debería haber sido valorado, bajando ½ punto si se observan alteraciones cualitativas (ej. Se pone directamente estreñimiento, insomnio o ansiedad o alucinaciones o delirios sin especificar detallar ni concretar nada mas). El problema es como se valoran aquellos apartados en los que la enfermera pone "**Sin Alteraciones**" ya que es posible que se hayan realizado las preguntas y observaciones oportunas o simplemente que la enfermera haya eludido el tema, cosa muy frecuente en la

valoración del patrón de sexualidad y valores, por pensar que son temas muy delicados. En principio se dará por bien valorado si aparecen anotaciones que así lo hagan suponer (Ej, sin alteraciones en memoria, atención y orientación) y 0 si se supone que no ha sido valorado. (Ej poner en el apartado 5 cognitivo sin alteraciones, sin especificar mas)

Como vemos a continuación la puntuación máxima sería 45, si bien esta puntuación es imposible de alcanzar ya que nunca se hacen historias tan exhaustivas, pero da igual nos servirán como referencia para compararlas con las historias que se realicen una vez elaboradas las guías clínicas (específicas) de valoración)

Tema más complejo para evaluar, es el de la concordancia entre los datos hallados en la historia y la señalización mediante una X del diagnóstico enfermero correspondiente o la no señalización a pesar de encontrarse datos que lo avalen. Se ha observado que la mayor parte de las enfermeras omiten esta señalización, la causa principal es considerarlo innecesario y sin una finalidad clara. No obstante se les pedirá a todas enfermeras que rellenen la historia que los señalen para poder establecer indicadores.

En la historia de enfermería figuran 42 posibles diagnósticos. Para ver si los diagnósticos son correctos o no se compararán con las características definitorias (diana) es decir las más relevantes de la NANDA. Tomamos las más relevantes ya que sino es imposible hacerlo (Ej. Ansiedad tiene más de 80 características definitorias). Si es preciso podemos hacerla llegar a la comisión encargada de la selección de programas de calidad el listado de las mismas.

PUNTUACIÓN DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA SEGÚN ASPECTOS VALORADOS (CADA APARTADO SE VALORARA CON UN PUNTO)

Dominio 1. Percepción/Mantenimiento de la salud.

- 1 Como se enfrenta a la enfermedad si la acepta o no
- 2 Si sigue el tratamiento/ plan terapéutico adecuadamente
- 3 Si cuida de su salud adecuadamente o tiene conductas que alteran o pueden alterar su salud. (Ej consumo de sustancias).
- 4 Valoración o reflejo de otros trastornos o enfermedades (Ej. HTA, Diabetes, etc.)

Dominio 2. Nutrición/ Metabolismo.

- 5 Dificultades para realizar por sí misma/o la alimentación.
- 6 Patrón habitual de alimentación/ tipo de dieta
- 7 Valorar si puede tragar y masticar bien
- 8 Peso al ingreso en los pacientes que proceda
- 9 Si esta con sobrepeso o con disminución del mismo
- 10 Falta de apetito o aumento del mismo

Dominio 3. Eliminación:

- 11 Problemas en la eliminación intestinal (estreñimiento, diarrea, incontinencia)
- 12 Problemas en la eliminación urinaria (incontinencia, sonda vesical, pañales, posible retención,
- 13 Otras alteraciones en la eliminación urinaria.

Dominio 4. Mantenimiento de la Energía.

- 14 Valorar patrón normal de sueño/ reposo.
- 15 Valorar nivel y tipo de actividad y las dificultades en la misma.
- 16 Valoración de la AVD, (higiene, alimentación, baño etc.)
- 17 Cuidado del hogar.
- 18 Problemas cardiopulmonares (eliminación de secreciones bronquiales, dificultades respiratorias, problemas en la oxigenación, problemas cardíacos.

Dominio 5. Cognitivo/Perceptivo.

- 19 Orientación,
- 20 Memoria,
- 21 Atención.
- 22 Tipo y formas de pensamientos.
- 23 Valoración de posibles Delirios
- 24 Valoración de posibles alucinaciones.
- 25 Valoración de la Comunicación.
- 26 Toma de decisiones y nivel de Conocimientos respecto a al enfermedad/tratamiento

Dominio 6. Autoconcepto.

- 27 Valoración de la Autoestima,
- 28 Valoración de la Imagen corporal,
- 29 Valoración de la Identidad personal
- 30 Valoración de los sentimientos la ansiedad, temor y desesperanza/ impotencia y estado emocional en general

Dominio 7. Rol/Relaciones.

31 Valoración de Rol (papel que desempeña, de que trabaja cual son sus aficiones, etc.)

32 Relaciones familiares.

33 Relaciones sociales.

Dominio 8. Sexualidad/Reproducción.

34 Todo lo relacionado con la sexualidad, preguntar simplemente ¿sobre la sexualidad quiere usted decir algo?

Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

35 Si tiene estrés (tensión) en su vida y Como se enfrenta al mismo.

36 Historia de pérdidas o vivencias traumáticas en los últimos días/meses/años.

Dominio 10. Valores/Creencias.

37 Sobre valores religiosos y sobre los valores de vida en general.

Dominio 11. Seguridad/Protección.

38 Todo lo relacionado con los riesgos de que el paciente pueda sufrir lesiones (ej. Caídas),

39 Valoración de riesgo de violencia, dirigida contra el mismo.

40 Valoración de riesgo de violencia contra objetos / personas.

41 Mantenimiento de la temperatura.

42 Estado de la piel riesgo de lesiones en piel.

Dominio 12. Confort.

43 Dolores y cualquier otra sensación de malestar (nauseas, frío, hambre, etc.)

Dominio 13. Crecimiento y desarrollo-

44 Véase el dominio 1. Esto es si un paciente es capaz de cuidar de si mismo y de su entorno.

Observaciones no verbales en la Entrevista.

45 Lo que nosotros vemos en el paciente gestos, posturas, actitudes, grado de colaboración, etc.

Las patologías psiquiátricas sobre las que se va a realizar Guías de valoración específica suponen casi el 95% de los ingresos y son:

- Trastornos orgánicos (Demencia Delirium)
- Trastornos por el consumo de alcohol y otras sustancias.
- Esquizofrenia y Trastornos psicóticos
- Trastornos del humor
- Trastornos de Ansiedad y otras neurosis.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos de la personalidad.

LAS GUIAS ESTARÍA DISEÑADAS DE LA SIGUIENTE MANERA:

Aspectos clínicos: Se hablaría sobre los diversos aspectos clínicos que corresponden a cada patología – Definición, etiología, síntomas clínicos, diagnóstico y tratamiento-, como este nos es el objeto final de la acción enfermera serían orientativas pero no detalladas.

Principales alteraciones en los dominios de la NANDA en la citada patología: Aquí ya sería un enfoque enfermero completo, donde los síntomas clínicos de los pacientes se transforman en alteraciones enfermeras –características definitorias y factores de riesgo/relacionados que las enfermeras pueden ver

Principales diagnósticos enfermeros en cada uno de los dominios: Es la fase final de la valoración enfermera, donde los problemas detectados se transforman en unidades operativas concretas y detectables que no son otras cosas que los diagnósticos enfermeros.

Elaboración final de guías visuales: En PowerPoint se pueden elaborar guías visuales o en árbol de decisión para favorecer su entendimiento y aplicación.

Se podría intentar hacer todos durante este año, pero el compromiso es el de realizar en el peor de los casos (vía crítica) los de:

Trastornos orgánicos (Demencia Delirium).

Trastornos por el consumo de alcohol

Trastornos de la conducta alimentaria.

Cada patología la cumplimentará un grupo de 2/3 enfermeras, una vez completada se pasará a otro grupo que no haya trabajado en ello para su revisión completa y dar el visto bueno

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

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

| |
|---|
| <p>INDICADORES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE LA HISTORIA DE ENFERMERÍA</p> <p>-Indicadores cuantitativos: Porcentaje de historias cumplimentadas / porcentaje de historias revisadas en tantos por cien.</p> <p>-Indicadores cualitativos: Puntuación de cada valoración realizada/ Puntuación máxima que se debería haber alcanzado en tantos por cien. Diagnósticos enfermeros bien señalados / diagnósticos enfermeros que deberían haberse señalado. En tanto por cien. Diagnósticos enfermeros mal señalados o no señalados/ diagnósticos enfermeros que deberían haberse señalado. En tanto por cien.</p> <p>ELABORACIÓN DE GUIAS CLINICAS DE VALORACIÓN:</p> <p>-Presentación de los primeros borradores a mitad del proyecto (hacia junio o septiembre) Presentación de las guías al final del proyecto (Diciembre 2008) -Numero de reuniones del equipo y conclusiones de las mismas. -Mejoras detectadas en las historias enfermeras realizadas en la unidad (cuantitativas, subir en porcentaje de historias rellenas, como cualitativas Historias de enfermería bien detalladas, ordenadas, concretas y específicas que justifiquen claramente el diagnóstico enfermero y las intervenciones enfermeras posteriores. En el periodo de realización de la guías</p> |
|---|

| | |
|--|---------------------------------------|
| 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS | |
| Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas | |
| Fecha de inicio: Marzo 2008 | Fecha de finalización: Diciembre 2008 |
| <p>Calendario:</p> <p>Vía normal: Reunión primera de todo el grupo en el mes de marzo para distribuir y organizar los grupos para cada una de las patologías a realizar. Trastornos orgánicos (Demencia Delirium). Trastornos por el consumo de alcohol Trastornos de la conducta alimentaria.) Segunda reunión a mediados de mayo para ver al evolución de los trabajos y pasar los borradores de unos grupos a otros para revisión. Tercera reunión; hacia finales de junio para publicar y presentar las guías completas de Trastornos orgánicos (Demencia Delirium). Trastornos por el consumo de alcohol Trastornos de la conducta alimentaria.) En octubre nueva reunión para formar los grupos de las patologías restantes (Esquizofrenia y Trastornos psicóticos. Trastornos del humor. Trastornos de Ansiedad y otras neurosis. Trastornos de la personalidad.) Segunda reunión a mediados de noviembre para ver al evolución de los trabajos y pasar los borradores de unos grupos a otros para revisión. Tercera reunión; hacia finales de diciembre para publicar y presentar las guías completas.</p> <p>Vía Critica: Reunión primera de todo el grupo en el mes de marzo para distribuir y organizar los grupos para cada una de las patologías a realizar. Trastornos orgánicos (Demencia Delirium). Trastornos por el consumo de alcohol Trastornos de la conducta alimentaria.) Segunda reunión a mediados de junio para ver la evolución de los trabajos y pasar los borradores de unos grupos a otros para revisión. A mediados de octubre nueva reunión: Puesta en común de todos los grupos y preparación para publicación. Finales de noviembre publicación de las guías de Trastornos orgánicos (Demencia Delirium). Trastornos por el consumo de alcohol Trastornos de la conducta alimentaria.)</p> <p>CREACIÓN DE LOS INDICADORES: Comenzar el mes de Marzo y hasta el mes de diciembre, en la forma indicada de Revisión de todas las historias de enfermería 3 días al mes (hacia principios, hacia mediados y hacia final) buscando aspectos cuantitativos y cualitativos, hasta el mes de diciembre. Presentación de los datos en enero de 2009. En 2009 se volvería a presentar otro programa de calidad en los mismos términos de estudio de indicadores para compararlo con el obtenido este año y ver si se ha producido una mejora en los indicadores al realizar las historias de enfermería con las guías específicas de valoración.</p> | |

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

| <u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> | |
|---|---|
| <u>Material/Servicios</u> | <u>Euros</u> |
| <u>ENFERMERIA PSIQUIATRICA: PRINCIPIOS Y PRACTICA (8ª ED.)</u> , de <u>STUART, G.W</u> y <u>LARAIA, M.T.</u> ELSEVIER ESPAÑA, S.A., 2006 | <u>85,60</u> |
| <u>ENFERMERIA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRICA</u> , de <u>RIGOL CUADRA, ASSUMPTA</u> y <u>UGALDE APALATEGUI, MERCEDES</u> MASSON, 2003 | <u>52,40</u> |
| <u>ENFERMERIA PSIQUIATRICA</u> , de <u>O'BRIEN</u> y KENNEDY, WINIFRED Z. y BALLARD, KAREN A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO, 2001 | <u>60,95</u> |
| <u>ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y DE SALUD MENTAL: CONCEPTOS BASICOS (6ª ED.)</u> , de VV.AA. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A., 2006 | <u>59,80</u> |
| <u>ENFERMERIA DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA: GUIA PRACTICA DE VALORACION Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCION</u> , de <u>FORNES VIVES, JOANA</u> y <u>CARBALLAL Balsa, MARIA CONSUELO</u> EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA, 2001 | <u>20</u> |
| <u>INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y LA PSIQUIATRIA (6ª ED.)</u> , de VV.AA. MASSON, 2006 | <u>59</u> |
| No disponemos de ordenador ni de impresora, si fuera posible necesitaríamos ese material. | <u>¿400?</u> |
| TOTAL | 337,75, (con compra de material informatico unos 700 euros) |

Lugar y fecha: Zaragoza a 19 de Febrero de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
LA CALIDAD EN EL LABORATORIO DEL SIGLO XXI: NUEVAS ESTRATEGIAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
VERÍSIMO MARTA SEBASTIÁN
Profesión
MÉDICO. JEFE DE SECCIÓN DE ANÁLISIS CLÍNICOS SECTOR I
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
CME "GRANDE Covián"
Correo electrónico:
verisimomarta@hotmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976472370 extensión 17856

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------|-----------|--|
| José Miguel Celorrio | Médico | Hospital R. y P. N ^a Sra. de Gracia |
| Vicente Peg Rodríguez | Médico | CME 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...
Los Laboratorios del Sistema Aragonés de Salud, han comenzado un proceso de acreditación según norma UNE-ISO 15189: 2007 encaminado a mejorar la calidad de sus servicios y productos.
El cambio necesario en la actitud entre el Personal adscrito a estos Servicios, requerido en el proceso, pasa, ineludiblemente por proporcionar unas herramientas y conocimientos nuevos que, en algunos casos, suponen cambios importantes en los procesos que se realizan y en las habilidades que se desarrollan. Ello implica la necesidad de realizar cambios importantes de mentalidad en los Trabajadores implicados y en los Facultativos que utilizan los servicios de estos Laboratorios.
Este curso intenta responder, en una primera aproximación, a las expectativas antes citadas.
El curso estará orientado a Personal adscrito a los Laboratorios del Servicio aragonés de Salud y otro Personal interesado.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO
Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
1º.- Conocimiento de los principios, requisitos y del vocabulario de calidad, según la norma UNE-ISO 15189:2007, aplicables a los Laboratorios Clínicos.
2º.- Tomar conciencia, por parte del Personal adscrito a los Laboratorios, de la necesidad e importancia de esta norma.
3º.- Intentar una mayor implicación de todos los estamentos involucrados en los istemas de mejora de la calidad.
4º.- Analizar las necesidades de los Laboratorios y de los Usuarios, implementando soluciones, en un proceso de mejora continúa, que tiene como objetivo principal la EXCELENCIA en la atención a los Pacientes.
5º.- Conocer y asumir las estrategias de calidad del Servicio Aragonés de Salud (Misión, Visión y Valores) y las diseñadas específicamente para los Laboratorios Clínicos de Aragón.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Formación en clases de 1 – 2 horas, los viernes a las 9h.

Máximo número de asistentes: 35 – 40

Prioridad: pertenecientes al Sector I

Facilitar documentación sobre los contenidos del programa a desarrollar

Ejercicios de supuestos prácticos que serán debatidos entre los presentes

Programa a desarrollar:

La calidad como herramienta indispensable para un mejor servicio público en el Siglo XXI

- Evolución histórica del concepto de calidad
- Enfoque hacia los procesos
- Enfoque hacia el cliente-usuario
- Enfoque hacia el mejoramiento continuo
- Sistema de calidad del Servicio Aragonés de Salud
- Los laboratorios clínicos y el Sistema de SALUD

Calidad en el Laboratorio Clínico.

- Desde la perspectiva del usuario
- Desde la perspectiva del producto
- Desde la perspectiva de la tecnología de la información
- Desde la perspectiva del laborante
- Desde la perspectiva de los costes
- Factores relacionados con la calidad en los laboratorios clínicos y su problemática

Gestión interna de la Calidad:

- Calidad en el diseño y el producto
- Calidad en las compras
- Calidad en la producción: Resultados
- Calidad en el servicio
- La calidad de los datos como factor crítico de éxito.
- El valor añadido de la calidad

Clasificación de procesos y errores

- Errores en la fase preanalítica
- Errores en la fase analítica
- Errores en la fase postanalítica
- Errores informáticos del laboratorio
- Benchmarking de procesos

Adecuación de la demanda: Fase preanalítica

- Uso y abuso del laboratorio
- Criterios de adecuación
- La norma 15189 y la demanda
- Estrategias de mejora
- Indicadores

Camino hacia la excelencia

- Dificultades y cómo superarlas
- Liderazgo
- Los grupos de mejora en el Laboratorio Clínico

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"IMPLEMENTACIÓN EN EL SECTOR ZARAGOZA I DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ARAGÓN Y DESARROLLO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA-PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: JOSE MANUEL BLAS LAUSÍN

Profesión: MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DIGESTIVA

Lugar de trabajo: SERVICIO DE MEDICINA DIGESTIVA
HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Correo electrónico: jmblas@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976466910

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|--------------------|-----------|---------------------------|
| NURIA LERIS LOPEZ | Enfermera | Hospital "Royo Villanova" |
| | | |
| | | |

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

En el año 2007 se han realizado en nuestro servicio 1683 colonoscopias, de las cuales el 15% han correspondido a cribados para el cáncer colorrectal. En estas últimas se han diagnosticado 35 lesiones premalignas, consistentes en adenomas con diversos grados de displasia.

En el mismo periodo se han diagnosticado 70 nuevos cánceres colorrectales emitiéndose 140 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.

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

7.- 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

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Porcentaje de exploraciones con hallazgos positivos con respecto al total.
- Porcentaje de respuestas positivas entre todas las recomendaciones emitidas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

| | |
|----------------------------|--|
| Fecha de inicio: 1-10-2004 | 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 cada momento 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

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
CONSULTA DE ENFERMERIA EN HOSPITAL PARA ASESORAMIENTO Y/O DERIVACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos
M^a Jesús Pardo Diez
Profesión
DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital "Royo Villanova", enfermera de valoración sociosanitaria.
Correo electrónico:
Mjpardod@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976.466910 ext:17212

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
|-----------------------|-----------|------------------------------------|
| Isabel Alfonso Cortés | DUE | Enfermera Enlace Sector I (E.E.S.) |
| | | |

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 cambios del nivel de dependencia el cuidador principal tiene dificultades para realizar el cuidado. Durante el año 2007, estas se han manifestado y recogido a través de un cuestionario (se continuará administrando en el año 2008).

La creación de una consulta de enfermería a demanda en el hospital, prestará atención de forma individual y personalizada sobre las dudas que le genera el cuidado, y le ayudarán a reconocer y asumir su rol de cuidador.

Este apoyo al cuidador, durante el ingreso, le facilitará afrontar el alta a domicilio y garantizará la derivación informada a otro nivel asistencial (Atención Primaria y otros).

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

Resumen de resultados obtenidos en 2007 en el proyecto de mejora "Captación de cuidadores principales para adiestramiento en cuidados por medio de talleres de formación:

*Se entregaron 70 cuestionarios y se recogieron 66:

- Interesados en: Movilidad 52, alimentación 15, higiene y vestido 28.
- Marcan una opción de las anteriores: 22, dos opciones 18, tres opciones: 12, todas: 3
- No desean información:7, no disponen de tiempo:2, no contesta:1
- Marcan Otros: 11 (sin especificar: 7, información sobre patologías:2 , autocuidado: 2)

*Relación sexo-parentesco del cuidador:

- Mujeres 47 (74.3%), Hombres 16 (25.7)
- Relación parental: Hijas 26 , esposas 18 , maridos 11, hijos 3, otros 5

Los cuidadores, que rellenaron los cuestionarios, mostraron su interés en participar en talleres que se organicen.

En los cuestionarios quedó reflejado que todos participaban de forma activa en los cuidados, reconociéndose así mismo como cuidadores principales.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Lograr un mayor nivel de autonomía del cuidador principal proporcionándole información y asesoramiento.
- Mantener una continuidad en la atención al cuidador principal entre niveles asistenciales.
- Prevenir la claudicación del cuidador principal, un cuidador bien informado es más autónomo y se siente más seguro en la toma de decisiones.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La consulta de enfermería tendrá ubicación fija, dos días en semana y un horario establecido, de manera que se cree un lugar de referencia para los cuidadores.

En la misma se ofrecerá:

- Escucha activa.
- Información sobre las necesidades manifestadas.
- Soporte escrito siempre que sea posible.
- Facilitar habilidades para la autonomía en el cuidado.
- Resolver dudas.
- Evitar la discontinuidad de cuidados en el cambio de nivel asistencial (alta) remitiendo informe de derivación cuando sea necesario.

Se podrá acudir a demanda o derivado por otros profesionales.

Será atendida por la enfermera de enlace y la enfermera de valoración.

Como continuación del proyecto del 2007 la evaluación del cuestionario nos

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

plantea las siguientes modificaciones :

- Inclusión de edad del cuidador.
- Inclusión del Centro de salud al que pertenece para remitir información (si es de nuestro sector).
- Definir el concepto de ansiedad.
- Cambiar orden de las preguntas 2 a la 3.
- Introducir los términos cuidarse y cuidar.
- Eliminar el concepto Otros.
- Opción tiempo: sólo tres ítems (semanal, mensual y trimestral).

Estos datos nos proporcionan una información más detallada sobre las necesidades del cuidador.

Se elaborarán listados de los cuidadores principales interesados, que se remitirán a los centros de salud a los que pertenecen, para que los tengan en cuenta a la hora de realizar talleres de formación en cuidados.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- a) Nº cuidadores atendidos en consulta a petición propia
Nº total de cuidadores atendidos en la consulta
- b) Nº cuidadores atendidos en consulta derivados
Nº total de cuidadores atendidos en la consulta
- c) Nº cuidadores derivados con informe a Atención Primaria
Nº total de cuidadores atendidos en la consulta

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

| | |
|---|------------------------|
| Fecha de inicio: Pendiente de Ubicación | Fecha de finalización: |
|---|------------------------|

Calendario:

1º trimestre: - Recopilación de información sobre cuidados en las patologías más frecuentes y crear documentación escrita.

- Modificación y edición de cuestionario.

2º trimestre: - Adecuación del espacio de la consulta (si existe ubicación)

- Administrar cuestionario y evaluar resultados.
- Revisión, análisis y evaluación del proyecto.

3º trimestre: - Puesta en marcha de la consulta.

- Facilitar listados de cuidadores, que han rellenado el cuestionario manifestando sus necesidades de formación en el mismo, a los centros de atención primaria a los que pertenecen.

- Revisión, análisis y evaluación del proyecto.

Septiembre-Octubre: - Posibilidades de realización de talleres en atención primaria con la implicación de los profesionales de los centros.

- Evaluar funcionamiento de la consulta.
- Revisión, análisis y evaluación del proyecto.

Diciembre: - Propuestas de mejora.

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

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

| |
|---|
| 1.- TÍTULO DISEÑO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE SUCESOS ADVERSOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I |
|---|

| |
|--|
| 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos FERNANDO RAMOS D'ANGELO |
| Profesión MÉDICO |
| Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL ROYO VILLANOVA UNIDAD DE CALIDAD |
| Correo electrónico: framos@aragon.es |
| Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 466 910; Ext. 17305 |

| | | |
|---|-----------|--|
| 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA | | |
| Nombre y apellidos | Profesión | Centro de trabajo |
| JUANA JIMÉNEZ SÁEZ | MÉDICO | H. Ntra S ^a de Gracia - Servicio de Medicina Interna - Coordinadora de Calidad del Sector |
| ROSA MARTÍNEZ ÁLVAREZ | MÉDICO | H. Royo Villanova - Servicio de Medicina Interna |
| ROSA MAGALLÓN BOTAYA | MÉDICO | C.S. Arrabal |
| | | |

| |
|--|
| 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... |
| <p>Desde la aparición en los últimos siete años de informes en los países anglosajones sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria ha habido un mayor reconocimiento de la importancia del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.</p> <p>El problema de los eventos adversos no es nuevo, desde tiempos inmemoriales existe una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria. Sin embargo, desde la aparición en 1999 del informe del Institute of Medicine (IOM) <i>To err is human</i>¹, el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos de forma muy acentuada.</p> <p>La gran mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Pero ello no excluye que se puedan producir en otros ámbitos de la atención sanitaria como atención primaria, socio-sanitaria, oficinas de farmacia y en el propio domicilio del paciente.</p> <p>El 19 de diciembre de 2006 se firmó un Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón para el Impulso de Prácticas Seguras en los Centros Sanitarios.</p> <p>La investigación realizada por la Dra. Jiménez Sáez en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia obtuvo una tasa muy similar a las del estudio ENEAS.</p> |

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

En el Sector Zaragoza I no existe ningún sistema de registro sistematizado de los sucesos adversos. Además, resultaría de interés conocer el que podríamos denominar "flujo de sucesos adversos" entre los ámbitos de Atención Primaria, Especializada y Sociosanitario.

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**
- Contribuir a introducir la cultura de la Seguridad Clínica entre los profesionales y pacientes del Sector Zaragoza I
 - Diseñar un Sistema de Notificación, voluntario y no punitivo, de sucesos adversos.
 - Conocer la realidad en relación con los sucesos adversos en los distintos ámbitos del Sector Zaragoza I

- 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**
 Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
- Revisión bibliográfica del estado de la cuestión
 - Revisión retrospectiva de casos en los diferentes ámbitos asistenciales
 - Definición de sucesos centinela. Búsqueda prospectiva y retrospectiva de casos
 - Diseño de los modelos de registro de casos
 - Definición de la estrategia de implantación y propuestas de actuación

- 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**
 Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización
- Incidencia de sucesos centinelas
 - Seguimiento del cronograma y documentación de las reuniones celebradas

- 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**
 Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas
- | | |
|--------------------------------|--|
| Fecha de inicio: Marzo de 2008 | Fecha de finalización: Diciembre de 2009 |
|--------------------------------|--|
- Calendario:
- 1er semestre de 2008: Búsquedas bibliográficas. Definición de sucesos centinelas. Creación de equipos de trabajo.
 - 2º semestre de 2008: Análisis de los sucesos centinela detectados. Creación de grupos focales con profesionales y pacientes/usuarios
 - Año 2009: Diseño del Sistema de Registro y de la estrategia de implantación. Informe final

