

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Diseño de una herramienta web para la coordinación, información, y documentación, orientada a la gestión de la formación de residentes de medicina familiar y comunitaria en una Unidad Docente del SALUD.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Carlos Clerencia Casorrán

Profesión

Técnico de Salud Pública de atención Primaria

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

Dirección de Atención Primaria

Sector de SALUD:

Zaragoza 1

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

tsaluds1@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
1 Elena Melus Palazón	Medico	CS Actur Sur
2 Antonio Lafuente Lafuente	Medico	DAP S. Zaragoza 1
3 Maria Soledad Pascual Parrilla	Medico	Hal Royo Villanova
4 Rosa Magallon Botaya	Medico	CS Arrabal
5 Ursula Alvira Jimenez	Medico	CS Actur Sur
6		
7		

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. Los recursos formativos y documentales que requiere un especialista en formación están hoy plenamente disponibles en Internet... Bibliotecas, Revistas, Repertorios Bibliográficos, puntos de encuentro, de opinión y de discusión interprofesional entre otros. La web social en Internet y la estructura informática actual de los Servicios de Salud donde se forma el especialista, ponen a su alcance prácticamente todo lo que necesita para habilitar sus conocimientos.
2. En contraste con lo anterior, el desarrollo del periodo de residencia, su gestión administrativa, la coordinación y estructuración de la información antes citada, la documentación requerida durante el periodo de formación, ha sido desarrollada de forma desigual por las UD's y Comisiones de Docencia de los centros docentes responsables y en muchos casos de espaldas a las posibilidades de intercomunicación que ofrecen las tecnologías informáticas.
3. Una UD de MFy C, tiene entre sus competencias la gestión completa de las actividades de estos médicos, y es responsable de un gran número de tareas de coordinación, de información, orientación y de gestión, de supervisión y evaluación, además de las estrictamente formativas. El compromiso de calidad funcional de la UD requiere realizar estas tareas de forma eficiente, con accesibilidad y la mayor satisfacción posible del residente.
4. Este objetivo de calidad justifica y exige el diseño y desarrollo de un espacio en entorno Web que resuelva las citadas obligaciones ya que parece la herramienta adecuada y eficaz para lograr las meta propuestas.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**Facilitar y mejorar la:**

1. La gestión de todas las actividades, responsabilidades, tareas y desempeños como médico especialista en formación.
2. La información necesaria para mantener orientado en las diferentes fases de sus periodos de residencia al medico residente.
3. La accesibilidad a todos los procedimientos en relación con los puntos anteriores sin limitación de lugar o tiempo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Identificación, priorización y selección de contenidos para ser incluidos en la

- aplicación. **Responsables:** Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD.
2. Diseño, desarrollo y publicación de la aplicación. **Responsables:**Equipo de Diseño. Webmaster supervisor
 3. Establecimiento de un monitor de satisfacción de usuarios. **Responsables** Webmaster supervisor
 4. Evaluación de la puesta en marcha, detección de problemas, resolución de sugerencias. **Responsables** Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD.
 5. Resolución de problema detectados. **Responsables** Jefe Estudios UD, Técnico de Salud UD.

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

La evaluación de un proyecto de estas características solo puede evaluarse a través de la medición de la frecuencia de uso como indicador intermedio y satisfacción de uso como indicador de resultado

1º.- Frecuencia de uso:

- a. N° de consultas realizadas a la aplicación por periodo de tiempo, (mensual, trimestral, semestral y anual).

2º.- Monitor de Satisfacción:

- b. N° de sugerencias realizadas por periodo de tiempo (Semestral).

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. **Marzo de 2009: Inicio del proyecto**
2. **Marzo 2009: Identificación, priorización y selección de contenidos:**
3. **Marzo, Abril 2009: Diseño, y desarrollo de la aplicación.**
4. **Mayo- Julio 2009: Publicación de la aplicación. Evaluación de la puesta en marcha.**
5. **Septiembre –Octubre 2009: Establecimiento de un monitor de satisfacción, Detección de problemas.**
6. **Noviembre - Diciembre 2009: Resolución de sugerencias y de problema detectados**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora en la gestión del tiempo dedicado a la consulta, mediante la puesta en funcionamiento e implementación, de un circuito de generación y dispensación de recetas de largo tratamiento en la Unidad Administrativa del Centro.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Jesús Fernández Parcés

Profesión: Médico de familia Centro de trabajo: Actur Norte

Correo electrónico:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alfredo Benito Jiménez	MF	Actur Norte
María Blesa Ramírez	MF	Actur Norte
Eugenio Galve Royo	MF	Actur Norte
Susana Larripa De La Natividad	MF	Actur Norte
Miguel Ángel Silvestre Orte	Admtivo	Actur Oeste
Emerenciana Rubira Martínez	Admtivo	Actur Norte
Amparo Salas Simón	Admtivo	Actur Norte

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Oportunidad de mejora:

Porcentaje excesivamente elevado en consulta, de demandas de atención por parte de nuestros pacientes con un contenido estrictamente burocrático, que limita el tiempo que podemos dedicar a otras actividades con un contenido intrínseco más elevado.

Importancia y utilidad:

Actualmente las consultas de AP se encuentran masificadas, y más en concreto, en nuestro centro de salud. Por otra parte, un porcentaje importante del tiempo de esas consultas lo dedicamos exclusivamente a tareas con un contenido estrictamente burocrático, como la dispensación reiterada de fármacos incluidos en tratamientos prolongados, tareas, que por otro lado, podrían ser asumidas por el personal administrativo del centro.

Toda actuación enfocada en este sentido, es decir, la derivación de este tipo de tareas fuera de las consultas, va a suponer una mejora cualitativa importante en la gestión eficiente del tiempo dedicado a la misma.

Métodos de detección y priorización empleados:

Hemos elegido un grupo nominal de Delbecq donde se han identificado diversas oportunidades de mejora para el CS, permitiendo a su vez, su priorización en función de diversos criterios, como: que afecten a procesos habituales, evitar procesos pendientes de cambios, elección consensuada, y estar en relación con una misión y visión claras dentro del Plan de Mejora Continua de la Calidad.

También hemos aplicado criterios de priorización de Hanlon: magnitud y severidad del problema, eficacia y factibilidad de la intervención.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la eficiencia de la consulta, al descargarla de tareas con contenido estrictamente burocrático.
- Gestión más eficiente del tiempo dedicado a la consulta de demanda, en favor de otras actividades hasta ahora descuidadas (consulta programada, actividades de formación, investigación y coordinación interna del EAP, actividades de educación y promoción de la salud, etc.).
- Una interrelación más eficaz entre el área administrativa y sanitaria, con un objetivo común de favorecer la atención y accesibilidad del usuario al sistema.
- Aumentar la satisfacción tanto del usuario como de los propios trabajadores del centro.
- Disminuir el riesgo de nuestras actuaciones y aumentar el porcentaje de auto resolución, al disponer de un mayor tiempo dedicado a las mismas.

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Situación de partida:

Consultas de demanda masificadas, con un porcentaje importante de demanda de atención con contenido estrictamente burocrático.

Insatisfacción del usuario (retrasos en la consulta, citaciones prolongadas en el tiempo) y del propio profesional (estrés y actuaciones poco eficientes y proclives al error médico).

Consultas de demanda poco resolutivas (porcentaje elevado de interconsulta y de solicitud de PC).

Falta de tiempo para la realización de otras tareas, si cabe, más importantes para una atención de calidad (consulta programada, actuaciones conjuntas del EAP, actividades de educación y promoción de la salud individuales y comunitarias, etc.).

Posibles causas:

La realización del diagrama causa-efecto de Isikawa y posteriormente del diagrama de Pareto, nos ha identificado como causas más influyentes en el proceso, las siguientes:

- Dependientes de la organización interna: la ausencia de un protocolo de actuación en el EAP, para la derivación de tarea burocrática de carácter repetitivo fuera de la consulta de demanda.
- Dependientes del profesional: la falta de tiempo y de motivación.
- Dependientes de los recursos y estructura del centro: la falta de recursos materiales y de personal, sobre todo administrativo (sobrecarga inicial por parte

del EAP hasta la puesta en funcionamiento del protocolo y su desarrollo posterior).

- Dependientes de la organización externa: la falta de adecuación informática necesaria para el desarrollo eficaz del protocolo, la falta de iniciativa por parte otros estamentos superiores

(el servicio de informática o la Dirección/Gerencia del Área, etc.).

Las causas más abordables serían las dependientes de la organización interna y del profesional.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las medidas previstas:

- Sesiones informativas impartidas por los propios miembros del Equipo de Mejora (EM) al resto de profesionales del EAP, para el conocimiento preciso del protocolo general y del circuito, en particular, establecido con la unidad administrativa del centro, que será la encargada, de la ejecución del proceso clave final de la generación y dispensación de los lotes de recetas.
- La implantación progresiva del protocolo en los diferentes CIAS del EAP, con el fin de que el área administrativa vaya asumiendo de una forma progresiva el exceso de tarea que se vaya produciendo.
- La resolución de posibles problemas de carácter práctico que puedan ir surgiendo con la aplicación del protocolo, conjuntamente con el Servicio de informática del Área.

Los responsables:

Serán los propios miembros del EM.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación del Proyecto:

Se realizará con una periodicidad anual, coincidiendo con la evaluación de la cartera de servicios, mediante la monitorización de los diversos indicadores establecidos para tal fin, y de forma continuada en el tiempo como ciclo de mejora continua de la calidad, acorde con la filosofía EFQM, estableciendo los objetivos sucesivos en función de los resultados alcanzados.

Indicador principal:

El número de episodios de solicitud de recetas por parte del usuario en el área de admisión por mes y CIAS.

Otros indicadores:

- El porcentaje de consulta programada sobre el total de consulta durante un período de tiempo determinado y por CIAS.
- El porcentaje de solicitud de interconsulta y PC durante un período de tiempo determinado y por CIAS.

Objetivo fundamental del proyecto:

Conseguir una consulta programada estable próxima al 50% del total de consulta al cabo de 5 años, mediante el aumento progresivo de un 10% anual. El incremento progresivo en el tiempo dedicado a la consulta programada, se hará a expensas, de una disminución igualmente progresiva en el tiempo dedicado a la consulta de demanda.

Objetivos secundarios:

- Conseguir la implicación del 100% de CIAS del centro mediante la aplicación y el desarrollo del protocolo al cabo de un año, coincidiendo con la primera evaluación.
- Un aumento progresivo anual en el número de sesiones de formación del EAP.
- Un aumento progresivo del grado de satisfacción, tanto del cliente externo como de los propios profesionales del centro, mediante la elaboración y cumplimentación de encuestas de opinión, que deberán realizarse anualmente.
- Un aumento progresivo del grado de auto resolución de las consultas, mediante la disminución en el número de solicitudes de interconsulta realizadas en el EAP, durante un período determinado de tiempo.

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 del 2009

Fecha de finalización: Diciembre del 2009

Calendario:

Se podría establecer una primera monitorización del proceso, valorando el cómputo del número de episodios de solicitud de recetas por parte del usuario en el área de admisión, por mes y CIAS, realizados hasta ese momento, con el fin de, obtener una valoración de la evolución del proyecto en el ecuador de su período de ejecución.

El proyecto, como ya se ha comentado, pretende seguir evaluándose en el tiempo, como ciclo de mejora continua de la calidad y acorde con la filosofía EFQM.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Material informático para el CS, como mejora en la actividad formativa (5 escáner, Mód. HP Scanjet G4050, unos 200 € unidad).	1000
Previsión del aumento de recursos humanos, al menos de forma temporal durante períodos de sobrecarga laboral (refuerzo médico y/o administrativo).	
Ayuda técnica específica por el Servicio de Informática del Área, para la adecuación del programa informático al protocolo.	
TOTAL	1000€ Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Puesta en marcha de un grupo de Educación al Niño Asmático (desde lactantes hasta 14 años).

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Carmen Viñas Viamonte

Profesión: Enfermera Pediatría Centro de trabajo: Actur Norte

Correo electrónico: 01renf@salud.aragon.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Asunción Sánchez Zapater	Pediat.	Actur Norte
Lucia Bartolomé Lanza	Pediat.	Actur Norte
Miguel Ángel Silvestre Orte	Admtivo	Actur Oeste
Blanca Martínez Abadía	DUE	Actur Norte

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Oportunidad de mejora:

Formación y adiestramiento a niños y familiares para controlar el tratamiento y cuidados del niño asmático.

Importancia y utilidad:

La atención del asma es un reto importante para nuestra sociedad.

En las consultas de AP de Pediatría, se observa que a los padres se les comunica el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos y de los tratamientos a aplicar pero la información sobre todo lo que rodea a esta patología es escasa.

Por otra parte, la inexperiencia para reconocer una crisis, y sobre todo en lactantes, la angustia con la que viven el problema, nos hace plantearnos la necesidad de ofrecer formación y asesoramiento, primero a los padres y, cuando sea posible, al propio niño.

Métodos de detección y priorización empleados:

Hemos elegido trabajar con el "Niño Asmático" porque pensamos que se pueden aplicar criterios de mejora desde el Centro de Salud, y así evitar (o al menos disminuir considerablemente) las urgencias, tanto en el propio centro como hospitalarias, por este motivo.

Además, teniendo en cuenta que es uno de los apartados valorados para Cartera de Servicio y que la incidencia en el centro es significativa, queremos revisar y mejorar la eficacia de nuestra intervención como profesionales sanitarios, tanto en la indicación y aplicación de tratamiento, como en la educación sanitaria.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.-Ausencia de síntomas y crisis-exacerbaciones.
- 2.-Lograr que el niño lleve una vida normal, incluido el deporte.
- 3.-Mantener la función pulmonar dentro de límites normales.
- 4.-Prevenir la limitación crónica del flujo aéreo.
- 5.-Evitar los efectos secundarios de la medicación usada en el asma y cuando sea posible eliminar la medicación

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
<p><u>Situación de partida:</u> Consulta de urgencia por cuadro incipiente de asma. Consultas de demanda repetidas a lo largo del tratamiento de una crisis asmática por inseguridad de los padres a la hora de aplicar los tratamientos pautados. Hay épocas del año en las que se desencadenan brotes “generalizados” y las consultas se colapsan.</p> <p><u>Posibles causas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependientes de los pacientes y/o padres: <ul style="list-style-type: none"> o Inseguridad de los padres para el uso adecuado de aerosoles y mascarillas. o Acuden a un servicio de urgencia para valorar al niño e iniciar tratamiento, y al día siguiente o a los dos días vuelven a consulta de su pediatra para que les confirmen si el tratamiento es adecuado, así como las pautas de aplicación. - Dependientes del profesional: <ul style="list-style-type: none"> o Formación e información insuficiente o poco clara sobre aplicación de mascarillas y aerosoles.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
<u>Las medidas previstas:</u>
Propuesta de intervención educativa
Se programarán 3 sesiones para cada niño.-
1ª Sesión o consulta educativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto del asma, síntomas. • Tratamiento farmacológico. • Reconocimiento de las crisis. • Sistema de inhalación. • Factores desencadenantes.
2ª Sesión o consulta educativa.
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el conocimiento del asma. • Adherencia al tratamiento. • Efectos secundarios.

- Medidas de evitación de desencadenantes.
- Prácticas con los sistemas de inhalación.
- Adiestramiento de educación en crisis.
- Estilo de vida.

Utilizar mecanismos de evaluación, en la misma sesión o de forma individual en la siguiente visita al programa.

3ª Sesión o consulta educativa

- Revisar técnica inhalatoria.
- Errores u olvidos del tratamiento.
- Monitorización según los síntomas.
- Evaluar los cambios realizados.

El número de participantes será de 10 a 15.

Se reunirá a los niños por grupos de edad.

Se crearán grupos heterogéneos en cuanto a severidad del asma y tiempo en el programa educativo (favorece la ayuda mutua).

Las sesiones se repetirán a los 6 ó 12 meses con cada grupo de pacientes. De esta manera se refuerza la técnica o se corrigen defectos de uso.

Los responsables:

Los miembros del EM.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación del Proyecto:

Se realizará con una periodicidad anual, coincidiendo con la evaluación de la cartera de servicios, mediante la monitorización de los indicadores establecidos, y estableciendo los objetivos sucesivos en función de los resultados alcanzados.

Indicador principal:

El número citas solicitadas durante el mismo proceso asmático.

Otros indicadores:

- Pacientes que acuden a consulta con el tratamiento de la crisis asmática ya iniciado siguiendo las pautas establecidas en ocasiones anteriores.

Objetivo fundamental del proyecto:

- Lograr que los padres y el niño tomen decisiones autónomas positivas sobre su asma.
El fin del programa de intervención: Que el niño y su familia alcancen su calidad de vida diana.

Objetivos secundarios:

- Comprender el diagnóstico realizado al niño.
- Adquirir conocimientos sobre asma.
- Adquirir habilidades y destrezas.
- Modificar actitudes, comportamientos y estilos de vida.
- Lograr el autocontrol y control en familia del asma.

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 del 2009

Fecha de control: Diciembre del 2009

Calendario:

Se pretenden desarrollar unos ciclos de sesiones grupales que se repitan periódicamente en los años sucesivos.

En los primeros meses se hará una revisión de las historias de todos los pacientes de Actur Norte a fin de confirmar los criterios de inclusión, así conocer la prevalencia de niños incluidos en el programa de Atención al niño asmático.

Posteriormente se entrevistará a los padres para ofrecerles las sesiones de educación grupal.

Preparar la educación sanitaria en el niño asmático, planificar y programar los grupos en cuanto a edad y severidad del asma.

Antes de iniciar la campaña vacunal contra la gripe del año 2009, se habrá realizado varios ciclos de sesiones.

El proyecto se irá evaluando periódicamente.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Material informático para el CS, como mejora en la actividad formativa (ordenador portátil y escáner, Modelo hp 5590).	1500
MATERIAL PARA ENSAYOS: <ul style="list-style-type: none"> • Placebos de medicación y diferentes sistemas. • Cámaras espaciadoras para lactantes y pediátricas. • Medidores de FEM homologados. 	250
APOYOS AUDIOVISUALES <ul style="list-style-type: none"> • Presentaciones para explicar que es el asma. • DVD educativos. 	100
DOCUMENTACIÓN PARA EL NIÑO Y LA FAMILIA <ul style="list-style-type: none"> • Guía informativa. • Carpeta para que el niño guarde todo el material escrito. • Carta de presentación del programa. • Hoja de instrucciones de manejo de medicación inhalada. • Hoja de registro de incidencias o un diario de síntomas. • Normas de evitación de desencadenantes. • Normas en asma inducida por ejercicio. 	650
DOCUMENTACIÓN PARA EL MÉDICO Y ENFERMERA <ul style="list-style-type: none"> • Hojas-registro de visitas y actividades educativas. • Escalas de calidad de vida. 	
TOTAL	2500 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Febrero 19/2/2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejorar la capacidad de resolución de problemas de salud por parte de los médicos de familia del Equipo de Atención Primaria Actur-Oeste

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Roberto Garuz Bellido

Profesión

Médico especialista en Medicina Familiar Y Comunitaria

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

E.A.P de Actur-Oeste n C.S Amparo Poch

Sector de SALUD:

Sector Sanitario I de Zaragoza

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

rgaruz@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-521620

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Sara Ariño Pellicer	Médico	EAP Actur-Oeste
2 M ^a Jesús Puyod Arnal	Médico	EAP Actur-Oeste
3 Julia Penon Panzano	Médico	EAP Actur-Oeste
4 Laura Jerico Claveria	Médico	EAP Actur-Oeste

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Es habitual encontrar en la derivación a los especialistas y a las urgencias hospitalarias cierta variabilidad por parte de los distintos médicos que componen los equipos de atención primaria, mas allá del tamaño de los cupos, distribución por edad, morbilidad, etc. En muchos casos, se trata de derivaciones que se podrían evitar, garantizando e incluso mejorando la calidad de la atención recibida a través de mejorar la accesibilidad, evitando retrasos en la atención recibida por parte del especialista, y con costes menores. Esto se podría conseguir en algunos casos incorporando tecnología médica de carácter ambulatorio y en otros mejorando el conocimiento o la destreza clínica de los médicos.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir la derivación inadecuada a los servicios de atención especializada y urgencias del hospital por parte de los médicos de familia. Aumentar la capacidad resolutoria de los médicos y mejorar la atención médica de algunos procesos o enfermedades, facilitando la accesibilidad, disminuyendo los costes y adaptando la práctica médica a las indicaciones sugeridas en guías de práctica médica elaboradas con criterios de MBE.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En primer lugar se analizará la desviación de derivaciones a atención especializada por parte de cada médico y especialidad. Se seleccionarán aquellas especialidades con mayor desviación y se procederá a analizar por medio de un audit. (realizado por otro médico distinto al analizado) cada uno de los episodios de derivación (con un formato estandarizado) clasificando las derivaciones en dos categorías: adecuada o inadecuada. Estas, a su vez, serán revisadas por un comité (Peer Reviews) al objeto de validar la clasificación y agrupar las derivaciones inadecuadas en función de la/s medidas correctoras en cada caso (adquisición de aparatos, adaptación de la práctica clínica a guías consensuadas por criterios de MBE, sesiones clínicas, interconsultas con especialistas, reciclaje con los especialistas de referencia, u otras soluciones posibles).

Este proyecto tiene espíritu de continuación, evaluando los resultados, incorporando especialidades y médicos cada año, en lo que podría transformarse en un sistema de formación continuada y de mejora de los médicos del EAP de Actur-Oeste.

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) Porcentaje de derivación por médico y especialidad con respecto al total de derivaciones en cada especialidad (el objetivo es conseguir la disminución global de derivaciones a costa de la reducción de las derivaciones clasificadas como inadecuadas).
- 2) Número de actividades de mejora en cada categoría: para mejorar el conocimiento (número de sesiones, interconsultas, sesiones de reciclaje), mejorar la organización (mejoras en los registros, circuitos, etc.), incremento de actividad relacionada con nueva adquisición de aparataje clínico

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo-Mayo 2009 detección de casos y audit peer reviews para detectar las oportunidades de mejora. Junio-Septiembre adaptación a guías de práctica clínica y/o puesta en marcha de las actividades relacionadas con la adquisición de aparataje. Octubre-Diciembre reciclaje con especialistas. Enero-Febrero de 2010 evaluación de los indicadores de mejora.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PUESTA EN MARCHA Y MEJORA DE NUEVOS CANALES INFORMATIVOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD AMPARO POCH., DESTINADOS A LOS USUARIOS DE LA ZONA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MIGUEL ANGEL SILVESTRE ORTE

Profesión

JEFE DE GRUPO DE ADMISIÓN

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

C.S. AMPARO POCH

Sector de SALUD:

SECTRO ZARAGOZA I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

masilvestre@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976547499

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1- TERESA HERRERO LOPEZ	ADMINIST	C.S. AMPARO POCH

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...

Análisis de la situación:

El C.S. Amparo Poch, está integrado por profesionales de la zona de A. Poch y por profesionales de la zona de A. Norte (cerrado por reformas)

Esto implica:

-Dos formas de funcionamiento y organización diferentes.

-Dos números de teléfono distintos, consultas con funcionamiento conjunto, servicios comunes, compartir consultas, etc.

Importancia:

Los usuarios tienen que conocer perfectamente todos los cambios y funcionamiento internos del centro.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la información que se da a los usuarios sobre organización y funcionamiento interno del Centro de Salud.
- Optimizar el funcionamiento de consultas y espacios comunes del Centro de Salud.
- Aumentar la satisfacción recibida en los usuarios del Centro de Salud
- Fomentar la participación y colaboración de los usuarios en aquellos aspectos que estimen oportunos.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Elaboración hoja informativa para los pacientes en la que se detalle horarios, centros, teléfonos, etc
- 2- Elaboración cuartillas informativas sobre funcionamiento de consultas y espacios comunes.
- 3- Creación de una agenda única compartida, para la reserva de la Sala de Reuniones y Biblioteca.
- 4- Puesta en marcha de circuito interno de "monitores" que proyecten en las pantallas información a los 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

- Mediante el Buzón de sugerencias del Centro de Salud (según sugerencias referidas a este asunto)
- Mediante el Libro de Reclamaciones (según reclamaciones referidas a este asunto)
- Mediante la encuesta de satisfacción de los usuarios (según preguntas relacionadas con este asunto).

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- La duración será a lo largo del 2009, con revisiones anuales.
- La puesta en marcha de los monitores informativos se irá haciendo de forma progresiva, según resultados. Se empezaría por la zona de Pediatría y se extendería al resto de zonas del Centro
- Apertura de buzón de sugerencias..... trimestral
- Control reclamaciones puestas por este motivo.....trimestral

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
MONITORES TFT 19" Hanns Multimedia. PARA SALA ESPERA DE PEDIATRÍA (4 UNIDADES)	-- 600
C.P.U. PRINCIPAL	300
MULTIPLEXOR VGA PARA 8 MONITORES	80
CABLE VGA	240
INSTALACIÓN, MONTAJE Y MATERIALES	1000
2 P. DRIVE DE 5 GB DE MEMORIA	100
TOTAL	2320€

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO DISEÑO DE HERRAMIENTAS PARA EVITAR LAS INTERRUPCIONES EN CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, ORIENTADO A MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos: ROGELIO ALTISENT TROTA y ELENA MELUS PALAZÓN
Profesión MEDICO DE FAMILIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) CENTRO DE SALUD DE ACTUR SUR
Sector de SALUD: SECTOR ZARAGOZA I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: raltisent@salud.aragon.es mmelus@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976732784

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Pilar Lopez Lahoz	pediatra	Actur sur
2 Carmén Lafuente	adminsitrativo	Cs Actur Sur
3Sara lopez	enfermera	Cs Actur sur
4Pilar Sanchez	Enfermera	Cs Actur Sur
5 Ursula Alvira	Médico	Cs Actur Sur
6 Teresa Alvarez	Enfermera	CS Actur Sur
7 Maria Jesus Rodriguez	Adminsitra	CS Actur Sur

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 las conclusiones elaboradas tras una sesión de formación del equipo sobre ética clínica realizada en el C.S. Actur Sur se llegó al consenso de que las interrupciones en la consulta eran excesivas y no siempre justificadas, afectando de manera significativa a la calidad de la asistencia, al clima de confianza de la relación clínica y con alto riesgo de lesionar la confidencialidad. Esta conclusión tiene una especial relevancia si se tiene en cuenta que ha sido compartida por todos los estamentos del equipo y más específicamente medicina, enfermería y administrativos.

Es un hecho objetivo que lo largo de la consulta son numerosas las interrupciones que tienen lugar: llamadas telefónicas, entradas de enfermería o medicina para firmar las recetas, para comentar casos, incluso a veces identificando a los pacientes ante terceros.

Está estudiado que las interrupciones en consultas incrementan de forma notable los fallos de los profesionales y los retrasos en las citaciones, lo cual supone un deterioro de la calidad de la atención así como de la satisfacción de los usuarios, a lo cual hay que añadir el malestar crónico que genera en los profesionales.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo 1. Mejorar la organización del equipo generando circuitos de comunicación interna que sean de calidad, evitando en la medida de lo posible, las interrupciones en las consultas.

Objetivo 2. Elaborar un protocolo consensuado en el equipo para la atención de llamadas telefónicas durante las consultas

Objetivo 3. Garantizar la confidencialidad cuando por razones asistenciales sea imprescindible tratar cuestiones clínicas ante terceros pacientes

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ACTIVIDAD I. Una reunión de trabajo de cada estamento del EAP por separado (medicina, enfermería, administrativos) para consensuar los puntos fuerte y débiles del Equipo con relación al objetivo de este

proyecto. (coordinado por los correspondientes miembros del equipo responsable del proyecto).

- ACTIVIDAD II. Una Sesión plenaria del Equipo dedicada a:
 - a) Definir el consenso del Equipo sobre los 3 objetivos del proyecto. (15 minutos)
 - b) Explicar el fundamento de la confidencialidad, el secreto profesional y razones prácticas para eventuales excepciones en la actividad asistencial. (20 minutos)
 - c) Iniciar el debate para seleccionar tres indicadores evaluables dentro de 6 meses (15 minutos).
- ACTIVIDAD III. Charla coloquio con el equipo sobre “Calidad asistencial y ética clínica” impartida por la profesora Rosa Suñol (Directora de la Fundación Donabedian). Y el Dr José Maria Divard quien actuara de asesor para el seguimiento del trabajo de mejora.
- ACTIVIDAD IV. Trabajo del grupo responsable del proyecto para definir 3 indicadores medibles que se pondrán en marcha para su evaluación a los 6 meses.
- ACTIVIDAD V. Trabajo del grupo responsable del proyecto para recordar las medidas de mejora adoptadas.
- ACTIVIDAD VI. Evaluación de los indicadores a los 6 meses y presentación de los resultados en una sesión plenaria del Equipo.

Entre las actividades que se proponen para debatir en los grupos:

- Proponer fijar un horario de llamadas para los pacientes que no interfiera con las horas de consulta.
- Crear unos circuitos de notas donde figure la llamada de teléfono, la hora y el motivo. Para que el facultativo pueda llamar fuera de la consulta.
- Dejar unos espacios entre las consultas a modo de huecos en la agenda donde se citen las consultas que no pueden esperar.
- Poner en marcha un sistema de mensajes en tiempo real en OMI para que desde admisión, medicina o enfermería se pueda avisar de las demandas puntuales y el profesional pueda contestar como leído o recibido.
- Poner “flash “ en OMi que adviertan de que un mensaje ha entrado en su correo y del carácter de la prioridad.
- Crear circuitos para firmar las recetas fuera de consultas y para mejorar el sistema de incidencia en las bajas laborales sin que tengan que llamar por teléfono desde admisión.
- Disponer de material por escrito que evite pronunciar el nombre de terceras personas delante de otros pacientes.

Pero lo más importante es el consensuar tanto las actividades como los

indicadores con el resto del equipo para implicarles en ver la necesidad real de esta mejora.

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

Situación actual: En el momento actual se ha analizado un cupo de forma aleatoria donde se apreció que en dos días de diferente semana había habido de 25 a 30 interrupciones a lo largo de la mañana. La mayoría habían sido: 8 llamadas de admisión (1 de un paciente que dijo ser urgente y era para una receta; 3 para dar los partes de baja que no habían salido abajo, y 4 de pacientes que querían ser visitados indemorablemente y podían esperar); 3 de compañeros del centro; 12 de enfermería para firmar recetas de crónicos, 1 de admisión al subir a recoger los informes, 1 de la auxiliar de clínica al entrar a revisar material, y además las del residente y del alumno. Hay que añadir que en otros días se han contabilizado hasta 15 llamadas de admisión para avisar de incidencias y de pacientes más las internas del centro y las interrupciones de las recetas de crónicos que a diario suman de 12 a 15 pacientes fijos y las de los compañeros lo que pueden llegar a un total de 35 a 40.

Si el promedio son unas 25 -30 interrupciones y les imputamos un promedio mínimo de 3 minutos (alguna vez puede ser de cinco minutos incluso más). Hacen un total de 90 minutos de retraso en las consultas, si contamos que tenemos un promedio de 35 consultas a seis minutos por consulta, el retraso imputables a las interrupciones puede llegar a ser de 90 minutos mínimo. Es un tiempo que se le resta de atención a otros pacientes que se podría incrementar en dos minutos más por visita. Se ha demostrado y así está publicado que las interrupciones en las consultas, aumentan los fallos con los pacientes.

Parece pues una situación grave y que hasta ahora no se le ha dado la importancia que tiene. Al menos queremos que de forma piloto en tres cupos de medicina (dos de medicina de familia y uno de pediatría) y en las respectivas consultas de enfermería, articular la forma de mejorar este problema. Se trata de extrapolarlo posteriormente al resto del equipo y si es posible en un futuro al resto de centros.

Aunque somos conscientes de la dificultad de la medida de forma cuantitativa, no dudamos que cualitativamente mejorara la atención prestada.

Definiríamos dos conceptos: interrupción demorable/ inadecuada y la no demorable o urgente/adecuada

- Interrupción demorable es aquella que puede esperar a resolverse cuando el facultativo ha terminado la actividad que está realizando.
- Interrupción no demorable o urgente es la que por el motivo que sea tanto asistencial como laboral o personal no puede esperar y debe de ser atendida en ese mismo momento.

La primera parte del proyecto tiene como finalidad elaborar tres indicadores, uno para cada uno de los tres objetivos planteados (ver apartado 6), que sean: a)

específicos, b) medibles, c) asequibles, d) realistas, e) tangibles.

El grupo responsable del proyecto piensa sugerir como orientativos los siguientes, aunque esto debe ser finalmente resultado del consenso del Equipo previo el asesoramiento por los expertos consultados:

INDICADORES:

Incluimos en la medición tres consultas dos de medicina de familia y una de pediatría (esta última la que más interrupciones tiene por ser la coordinadora), tras introducir las medidas de mejora a los dos meses se medirán las mismas variables en los tres cupos de estudio.

Objetivo 1. Mejorar la organización del equipo generando circuitos de comunicación interna que sean de calidad, evitando en la medida de lo posible, las interrupciones en las consultas: Indicador 1. nº de consultas interrumpidas para firmar recetas (recogido por médicos).

Tras la Intervención A LOS DOS MESES se medirá en los tres cupos:

Nº de interrupciones para firmar recetas/ objetivo: una reducción del 60% en dichas interrupciones por ese motivo.

Objetivo 2. Elaborar un protocolo consensuado en el equipo para la atención de llamadas telefónicas durante las consultas: indicador 2. nº de llamadas en la consulta percibidas como demorables /inadecuadas (recogido por médicos y enfermeras)

Tras la Intervención A LOS DOS MESES medido en los tres cupos:

Nº de interrupciones no demorables por motivo de llamadas.
Objetivo: haber reducido en un 60% dichas interrupciones.

Objetivo 3. Garantizar la confidencialidad cuando por razones asistenciales sea imprescindible tratar cuestiones clínicas ante terceros pacientes: Indicador 3. nº de situaciones en las que se han tratado cuestiones confidenciales en lugar o momento inadecuado/ demorables (recogido de manera anónima por cualquier miembro del equipo)

Tras la Intervención A LOS DOS MESES, en los tres cupos:

Nº de interrupciones no demorables donde se traten cuestiones confidenciales
Objetivo: haber reducido en un 60% dichas interrupciones

B) En la segunda parte del estudio se tratara de medir la mejora en los tiempos reales de atención a los pacientes al disminuir los tiempos imputables a las consultas inadecuadas/demorables.

- (SITUACIÓN INICIAL)El promedio de interrupciones demorables por día en los tres cupos : 20 (estimación aproximada).
 - Retraso medio de tres minutos imputables a cada interrupción: el retraso imputables sería en las tres consultas aproximadamente de: 60minutos. Tras la Intervención A LOS DOS MESES:
 - Medir el tiempo de retraso de la consulta y al menos haber mejorado los tiempos imputables a las interrupciones en un 60%.
- En un futuro podría hacerse la evaluación con una grabación de esos cupos donde en un día completo se analizasen las interrupciones, pero de momento será motivo de otro trabajo o de consenso en el equipo.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo de 2009: Actividad 1 y Actividad 2

Abril 2009: Actividad 3

Mayo 2009: Actividad 4

Junio-Noviembre 2009: Actividad 5

Noviembre - Diciembre 2009: Actividad 6

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

APRENDIZAJE DE TECNICA DE RELAJACION EN GRUPO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a TERESA ALVAREZ ROCHE

Profesión

ENFERMERA

Lugar de trabajo (centro de salud, Hosp.ital, etc)

CENTRO DE SALUD "ACTUR SUR"

Sector de SALUD:

ZARAGOZA I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

mtalvarez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976732319

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
TERESA ACIN MIGUEL	ENFERMERA	CENTRO DE SALUD "ACTUR SUR"
ROSA GONZALEZ UBEDA	ENFERMERA	CENTRO DE SALUD "ACTUR SUR"
SARA LOPEZ MARTINEZ	ENFERMERA	CENTRO DE SALUD "ACTUR SUR"
CONCEPCION SERRANO LACARRA	ENFERMERA	CENTRO DE SALUD "ACTUR SUR"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Hemos detectado en las consultas que el ritmo de vida actual, con las obligaciones laborales, sociales y / o familiares, favorece que llevemos una forma de vida con poco tiempo de dedicación a pensar en lo que nos sucede, en cómo podemos afrontarlo y qué podemos hacer para resolverlo mejor.

El estrés, a la hora de afrontar los problemas genera dificultad en encontrar la manera de abordarlos, lo cual crea mal estar y gran cantidad de consultas, incluso patologías asociadas: obesidad, hipertensión, ansiedad...

El aprendizaje de la técnica de relajación, nos parece un instrumento que puede favorecer el darse un tiempo a uno mismo y poder resolver las cosas de manera adecuada. Pensamos que el aprendizaje de la técnica de relajación puede facilitar otra forma de orientar los problemas y las soluciones a los mismos.

La actividad va dirigida a pacientes con problemas de estrés por diferentes motivos: trabajo, situación familiar y / o social, cuidadores, problemas de salud, otros...

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos que nos planteamos son:

1. Generales: mejorar la calidad de vida de los pacientes.
2. Específicos:
 - Adiestramiento a los pacientes en cuatro sesiones de la técnica de relajación.
 - Mejorar el abordaje de las dificultades de los pacientes.
 - Disminuir la frecuentación en las consultas por problemas relacionados con estrés y / o ansiedad.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. CAPTACIÓN : se realizará en consulta médica ó de enfermería sobre la población diana y se realizara la citación en agenda específica.
2. ENSEÑANZA DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA EN CUATRO SESIONES, una sesión por semana:
 - En la primera sesión se explicara la técnica, se dará un folleto informativo y una hoja de autorregistro, se iniciará el aprendizaje de los primeros ejercicios y se insistirá en la práctica.
 - En las sesiones sucesivas, se repetirán una vez los ejercicios aprendidos en las sesiones anteriores y se realizaran dos veces los ejercicios nuevos.
3. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD en hoja específica
4. EVALUACION de los indicadores.

LOS RESPONSABLES de llevar a cabo las actividades son 5 enfermeras, dos por cada grupo.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES:

- De estructura:
 - Nº de profesionales que participan en la actividad
 -
 - Nº de profesionales previsto que participen
- De proceso:
 - Nº de grupos que se llevan a cabo en un año

Anexo

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)*

-
- De resultado:
 - Nº de grupos previstos de realizar
 - Nº de usuarios que consiguen en la de relajación una tensión <5
-
- Nº de usuarios participantes en el grupo

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Se realizará la actividad tres veces al año.

Calendario previsto para el 2009:

- GRUPO 1: FEBRERO DIAS 3, 10, 17, Y 24
- GRUPO 2: MAYO DIAS 5, 12, 19, Y 26
- GRUPO 3 NOVIEMBRE DIAS 3, 10, 17, Y 24

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONSTITUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL CONSEJO DE SALUD DE LUNA.
IMPULSANDO EL CUIDADO DE LA SALUD.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ALEJANDRO BIERGE VALERO

Profesión

MÉDICO DE FAMILIA

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

CENTRO DE SALUD DE LUNA (ZARAGOZA)

Sector de SALUD:

SECTOR 1 ZARAGOZA

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar.
Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

16coord@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 689 274

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ANA ISABEL ECHEVERRI OYAGA	MÉDICO	CENTRO SALUD LUNA
2 ANA CRISTINA SUMELZO LISO	MÉDICO	CENTRO SALUD LUNA
3 AURITA AURÍA LAMBÁN	MÉDICO	C. SALUD MORATA
4 ANA M ^a GARZÓN RUBIO	T. SOCIAL	SERVICIO SOCIAL BASE

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...

A FECHA 1/i/2009, EN LA ZONA BASICA DE SALUD DE LUNA, NO ESTÁ CONSTITUIDO EL CONSEJO DE SALUD. CONSIDERAMOS MUY IMPORTANTE LA EXISTENCIA DE ESTE ÓRGANO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA CON EL OBJETO DE QUE LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD, SE IMPLIQUEN EN LA DETECCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y PARTICIPEN EN LA TOMA DE DECISIONES PARA MEJORAR LOS PROBLEMAS DETECTADOS,

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1- CONSTITUIR EL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE LUNA.
- 2- ESTABLECER REUNIONES PERIÓDICAS, SEGÚN EL REGLAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMIENTO QUE SE APRUEBE.
- 3- CONSEGUIR UNA COMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN ADECUADAS ENTRE EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA COMUNIDAD.
- 4- DETECTAR NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS POR LA POBLACIÓN.
- 5- PUESTA EN MARCHA, IMPULSADA POR EL CONSEJO DE SALUD, DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y/O MEJORA DE LA SALUD, SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS POR LA POBLACIÓN.
- 6- CONOCIMIENTO POR LA COMUNIDAD DE LOS SERVICIOS Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE SALUD.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1-TRABAJO CONJUNTO CON LA ASOCIACIÓN PARA LA SALUD "CINCO VILLAS ORIENTALES" EN SU PROYECTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD INCLUIDO EN LA RAPPS.
- 2-REALIZACIÓN DE TALLERES DE FORMACIÓN/INFORMACIÓN EN LAS LOCALIDADES DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE LUNA.
- 3- REUNIONES PERIÓDICAS DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DE SALUD PARA CONOCER LAS NECESIDADES DE SALUD SENTIDAS POR LA POBLACIÓN.

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- EXISTENCIA DE UNA INFORMACIÓN FLUIDA Y PERIÓDICA A LOS AYUNTAMIENTOS Y ASOCIACIONES DE LA ZONA.
- 2- CELEBRACIÓN DE, AL MENOS, TRES REUNIONES DEL CONSEJO DE SALUD.
- 3- REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN Y/O MEJORA DE LA SALUD, QUE SE REALIZARÁ EN FORMA DE TALLER.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- 1-PRIMER TRIMESTRE 2009: CONSTITUCIÓN DEL CONSEJO DE SALUD.
- 2-SEGUNDO TRIMESTRE 2009: ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE SALUD PERCIBIDAS POR LA POBLACIÓN.
- 3-TERCER TRIMESTRE 2009: DECIDIR QUÉ MEDIDAS SERÁN ADECUADAS PARA ACTUAR SOBRE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS.
- 4-CUARTO TRIMESTRE 2009: REALIZACIÓN DE AL MENOS UN TALLER FORMATIVO/INFORMATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE LA ZONA.
- 5-DICIEMBRE 2009: EVALUACIÓN.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>CAÑÓN DE PROYECCIÓN</u>	<u>700 €</u>
<u>ORDENADOR PORTÁTIL</u>	<u>650€</u>
<u>MEMORIA USB</u>	<u>15€</u>
<u>MATERIAL DE OFICINA</u>	<u>105€</u>
<u>DVD GRABADOR</u>	<u>90€</u>
<u>MATERIAL PROMOCIÓN DE LA SALUD</u>	<u>300€</u>
<u>CARTELES ANUNCIO ACTIVIDADES</u>	<u>25€</u>
TOTAL	1885€

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 MEJORA DE LA PREVENCIÓN Y DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE LUNA 2009.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Ana Cristina Sumelzo Liso
Profesión Medica
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Centro Salud de Luna. Localidad Biel. Zaragoza
Correo electrónico: acumelzo@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976689163

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Begoña Saiz	Enfermera	C.S. Luna
Pilar Abadia Pardo	Medica	C.S. Luna
Ana Isabel Echeverri Oyaga	Medica	C.S. Luna
Alejandro Bierge Valero	Medico	C.S. Luna
Silvia Gimenez Bescos	Enfermera	C. S. Luna
Jesús Angel Naudin Berduque	Medico	C. S. Luna

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información... Importancia y utilidad: *Para el centro supone trabajar en calidad y mantener un equipo de mejora.*Actualizarnos en la atención integral de uno de los problemas de salud claves por su morbilidad, mortalidad y afectación de la calidad de vida del afectado. *Trabajar desde el Consejo de Salud. *Equipar nuestro pequeño centro rural con equipamiento técnico que permita evitar desplazamientos a los usuarios al aumentar nuestra capacidad de resolución y animarnos como profesionales a romper nuestro aislamiento. Método detección: Continuar con este proyecto iniciado en 2008. Priorización: Consenso del equipo del centro valorando su importancia y utilidad ya referidas. Posibles causas: No se ha reunido el equipo de mejora específicamente para analizar

las causas, valorar su peso y concretar las acciones a tomar. Nuestra primera aproximación incluye: *Disponer de doppler con escasa utilización por falta de formación suficiente de los profesionales y el software correspondiente. *La necesidad de actualizarnos medic@s y enfermer@s. *La escasa motivación de nuestros diabéticos, muchos de edad avanzada, para mantener su ejercicio, dieta y fármacos. *El desconocimiento de la población de la importancia de sus hábitos de vida para evitar la aparición de la diabetes y para mejorar su evolución.

Las fuentes de información: No hemos hecho una revisión bibliográfica. Conocemos otros proyectos de calidad sobre diabetes de convocatorias anteriores. Nos sería de mucha utilidad estar informatizados y en red.

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. Mantener el funcionamiento del equipo de mejora de calidad.
2. La actualización de la formación de medic@s y enfermer@s.
3. Mejorar el cuidado de todos nuestros usuarios diabéticos y por tanto su calidad de vida.
4. Aumentar la implicación de la población en su autocuidado tanto en la prevención de aparición de diabetes como en su tratamiento.
5. Aumentar la capacidad de resolución de los profesionales de este equipo en problemas habituales en los diabéticos por su macro y microangiopatía: iniciando tratamiento en retinopatías desconocidas, mejorando el tratamiento de la hipertensión con el mapa, mejorando la exploración y tratamiento de polineuropatías y problemas vasculares con el monofilamento y el dopler.
6. Cooperar con atención especializada en su cuidado conjunto.
7. Contribuir a la máxima satisfacción de sus usuarios al facilitarles el acceso a retinógrafo, dopler y mapa, evitándoles desplazamientos múltiples, pérdidas de horas de trabajo de los familiares para acompañarlos...
8. Disminuir las complicaciones asociadas a diabetes, los ingresos hospitalarios, sus costes de tratamiento...

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

Método: el equipo de mejora se reunirá una vez al mes con el sistema de ciclos de mejora continua de la calidad, basado en el modelo PDCA de Deming.

Actividades:

-Reuniones del equipo y las actividades que este decida en cada momento, adaptadas a los recursos humanos, tiempo, dotación económica y formativa... que podamos conseguir. Por ahora están previstas las enumeradas a continuación.

-Actualización de los listados de diabetic@s de todo el centro.

-Sesión de formación en diabetes, para todo el equipo del centro, por ejemplo a cargo de la Dra. Concepción Vidal Peracho. Endocrinóloga del C.M.E. Grande Covian, una de las especialistas de referencia de nuestro centro.

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>
-------	---

- Sesiones de formación para el uso de dopler vascular y mapa por especialistas que lo usen habitualmente.
- Actualización en educación de pacientes, para todo el equipo del centro, a cargo de una educadora especializada en diabetes.
- Realización de retinografías a pacientes con diabetes, no controlados por oftalmólogo, desplazando el retinógrafo del sector y el personal que conozca el uso de este aparato, al centro de salud de Luna durante al menos una semana.
- Recogida de la última cifra del año 2009 de hemoglobina glicosilada de cada paciente y valoración de porcentaje por debajo de siete.

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

El equipo de mejora evaluaremos:

- La satisfacción de los profesionales y usuarios atendiendo a sus manifestaciones y participación en las actividades.
- El grado de cumplimiento del proceso y resultados alcanzados con respecto a los previstos.

Indicadores:

1. Porcentaje de pacientes diabéticos con hemoglobina glicosilada igual o inferior a 7. Partiremos de los datos que nos facilite nuestra gerencia de sector correspondientes a la evaluación de este servicio en 2008.
2. Hacer retinografías al 50% de los pacientes diabéticos actualmente no controlados por oftalmólogo. Partimos de cero. Desconocemos cual es el valor estándar y suponemos que no estará determinado

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: febrero de 2009	Fecha de finalización: diciembre 2009
----------------------------------	---------------------------------------

Calendario:

- Reuniones del equipo de mejora mensuales y atención de los [diabetic@s](#) la habitual en demanda y programada durante el año. Incorporando el uso del mapa y del dopler cuando dispongamos y sea preciso.
- Las retinografías cuando determinen sus responsables.
- Febrero 2009 : Reunion del equipo de mejora y elaboración de este proyecto
- Marzo y abril y mayo: Formación en diabetes.
- Mayo: Actualización listados de diabéticos
- Junio: Formación en uso de dopler vascular y mapa.
- Noviembre y diciembre de 2009 : recogida de HbA1c y de retinografías realizadas para valoración de los indicadores y evaluación general del proyecto.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>PROTOCOLO DE MEJORA DE LA SALUD FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos A. PASCUAL GARCIA Y M.R. MARIN LACASA</p> <p>Profesión MEDICOS PSIQUIATRAS.</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD MENTAL ACTUR SUR.</p> <p>Sector de SALUD: SECTOR I</p> <p>Correo electrónico: apascualg@salud.aragon.es rmarin@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976524845</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Roberto Lozano	Farmacéutico	Hospital N. Sra. Gracia.
Dolores Vázquez	Médico psiquiatra	C.S.M. Actur Sur
Mª Jesús Santa Cruz	Enfermera	C.S.M. Actur Sur
Ignacio Andrés	Farmacéutico	Hospital N. Sra. Gracia.
Cristina Pardos	Médico Analista	Hospital N. Sra. Gracia.

<p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u></p> <p>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> <p>El trastorno mental grave es una entidad que aglutina diagnósticos como la Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, se considera que representa un problema de salud pública importante, por sus implicaciones psicopatológicas y por sus efectos en la salud física del paciente.</p> <p>El Centro de Salud Mental es el dispositivo asistencial clave en el seguimiento de éstos pacientes, a pesar de ello su asistencia esta poco estructurada y apenas existen protocolos asistenciales de actuación.</p>
--

En cuanto a la vertiente física de la salud de éstos pacientes no se considera una necesidad que los profesionales perciban como prioritaria.

Por todo ello creemos que es fundamental estandarizar un protocolo de actuación en el que se controlen las alteraciones metabólicas que estos pacientes pueden sufrir y con ello poder evitar los efectos patógenos que pueden conllevar a largo plazo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Monitorización de variables que indiquen el riesgo de padecer Síndrome Metabólico.
- Detección de signos y síntomas que impliquen riesgo cardiovascular.
- Promover cambios de mejora de hábitos alimentarios y tóxicos.
- Promover cambios de medicación si se considera necesario.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

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

Control mensual de Peso, Tensión Arterial y Pulso cardiaco. Hábitos tóxicos y alimenticios.

Control semestral de Analítica General donde se valorará el riesgo de Síndrome Metabólico teniendo en cuenta los siguientes parámetros, perfil glucémico, perfil hepático, lipídico.

Control anual de ElectroCardioGrama.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Registro del peso mensual y evaluación de sus cambios.

Registro del perfil lipídico sobre todo de colesterol, triglicéridos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas.

Se iniciará en Enero del 2009 con los siguientes pasos:

- Enero: diseño de protocolo, propuesta del modelo de petición, informes y posibilidades de mejora.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

- A partir de febrero puesta en marcha.

Participan el Centro de Salud Mental Departamento de Análisis Clínicos y Farmacia.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador portátil Hewlett Packard-HP Compact 6710B (Ruprablas S.L.) Ref.: 8-2-41558-0	1060,50€
TOTAL	1060,50€

20 de febrero de 2009.
Dra. M.R. Marín Lacasa.
Dra. A. Pascual García.

Fdo.:

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

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. (SEGUNDA PARTE).

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos: Carmen Labarta Mancho
Profesión: Farmacéutica Atención Primaria
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc): DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA. Servicio de Farmacia.
Sector de SALUD: ZARAGOZA I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
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
1. Abad Serrano, Teresa		
2. Arruga Mombiola, Carlos		
3. Ruiz Casado, Pilar		
4. Reixa Vizoso, Sol		
5. Barco Marcellán, Purificación		
6. Fraj Valle, Mª Mar		
7. Naudin Berduque, Jesús Angel		
8. Gracia Molina, Mª José		
9. García Bello, Mª Dolores		
10. López Novella, Olga		
11. Perez-Caballero Bona, Carmen		
12. Lafuente Lafuente, Antonio		

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...

Las actividades realizadas en la primera parte de este proyecto han permitido disponer de una herramienta (secuencia automatizada para explotación de historia clínica + informe consensado) para la autoevaluación de la prescripción de hipolipemiantes relacionada con el diagnóstico. El proyecto ha sido presentado en todos los EAP del sector y en este momento es preciso poner a disposición de los facultativos de atención primaria este informe. Se podrá iniciar así la autoevaluación de la prescripción de hipolipemiantes y después analizar si se ha producido alguna mejora.

Es importante también completarlo con otros aspectos (LDL y RCV) que no pudieron ser incluidos en el informe actual.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

1. Explotación de la historia clínica informatizada OMI-AP, mediante secuencia automatizada
2. Diseño de un informe de la prescripción de hipolipemiantes relacionada con el diagnóstico, consensado en la Comisión de Uso Racional del Medicamento
3. Análisis de los datos para el periodo enero-diciembre 2007: Se han analizado los datos correspondientes a 4 EAP del sector, correspondientes a un total de 11.233 pacientes.
4. Presentación de un informe en la Comisión de Uso Racional del Medicamento en AP, con los datos globales de sector, correspondiente al año 2007.
5. Elaboración sesión formativa
6. Presentación en cada EAP, del estudio y la sesión formativa

RESULTADOS DE INDICADORES:

1. La base de datos está diseñada y funciona: Se ha diseñado de un informe de la prescripción de hipolipemiantes relacionada con el diagnóstico, centrada en el paciente y que permite la autoevaluación de la prescripción por parte del facultativo.
2. Difusión del informe anual de 2007 en la CURM: Se ha realizado (4/11/2008)
3. Inicio del plan formativo de mejora: Se ha completado en todos los centros.

ASPECTOS PENDIENTES:

1. Enviar el informe individualizado a los facultativos de medicina de familia de los cuatro EAP de los que se disponen datos.
2. Reevaluar los datos obtenidos, para poder conocer el grado de mejora que se pueda lograr en:
 - Distribución de pacientes por grupo diagnóstico y porcentaje de pacientes sin etiqueta diagnóstica.
 - Porcentaje de pacientes en prevención secundaria sin tratamiento
 - Porcentaje de pacientes en prevención primaria con tratamiento
 - Perfil de uso de estatinas y dosis por grupo diagnóstico

3. Analizar el perfil de uso de las combinaciones de hipolipemiantes.
4. Obtener datos de LDL y cálculo del riesgo cardiovascular de la historia clínica informatizada. Su obtención en esta ocasión no ha sido posible por cuestiones informáticas.

RECURSOS UTILIZADOS

La sesión de formación ha sido presentada en cada EAP por los miembros de la comisión en sus respectivos centros. Como herramienta de formación y material de consulta para los profesionales, se ha adquirido para cada centro de salud un ejemplar del libro "Tratado de Medicina de Familia" editado por la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, con fondos de la dirección de Atención Primaria.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Enviar el informe individualizado a los facultativos de medicina de familia de los cuatro EAP de los que se disponen datos y ampliar el número de EAP a los que se ofrece información agregada de variables clínicas y prescripción para facilitar el seguimiento de los tratamientos hipolipemiantes de forma habitual.
2. Reevaluar los datos obtenidos en enero-junio de 2009 para conocer el grado de mejora respecto a datos de 2008 en:
 - Distribución de pacientes por grupo diagnóstico y porcentaje de pacientes sin etiqueta diagnóstica.
 - Porcentaje de pacientes en prevención secundaria sin tratamiento
 - Porcentaje de pacientes en prevención primaria con tratamiento
 - Perfil de uso de estatinas y dosis por grupo diagnóstico
3. Completar la información obtenida de la historia clínica informatizada e incluida en el informe de prescripción hipolipemiante con datos de LDL y cálculo del riesgo cardiovascular.
4. Analizar el perfil de uso de las combinaciones de hipolipemiantes.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Sistematizar el envío de esta información a todos los facultativos del sector con historia clínica informatizada:
2. Análisis de los datos para el periodo enero-diciembre 2008
3. Presentación de un informe en la CURM en AP
4. Actividades de formación continuada en los EAP
5. Evaluación del cambio producido en 2009 respecto a 2008
6. Completar la secuencia de explotación de la historia clínica informatizada OMI-AP con la inclusión de datos de LDL y riesgo cardiovascular
7. Completar el informe de la prescripción de hipolipemiantes relacionada con el diagnóstico con datos de LDL y riesgo cardiovascular

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. Porcentaje de facultativos de medicina de familia con historia clínica informatizada en 2007 que han recibido el informe.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

2. Porcentaje de facultativos de medicina de familia con historia clínica informatizada en 2008 que han recibido el informe.
3. % Prescripción estatinas adecuada:
 - Porcentaje de pacientes sin etiqueta diagnóstica
 - Porcentaje de pacientes en prevención secundaria sin tratamiento
 - Porcentaje de pacientes en prevención primaria con tratamiento
 - Perfil de uso de estatinas y dosis por grupo diagnóstico
4. % Simvastatina / Estatinas
5. Difusión del informe anual de 2008 en la CURM

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS										
Indicar el calendario de las actividades previstas										
Fecha de inicio: Marzo 2009					Fecha de finalización: Diciembre 2009					
Calendario:										
	Mar	Abril	May	Jun	Jul- Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	
Sistematizar envío de esta información										
Análisis de los datos para el periodo enero-diciembre 2008										
Presentación de un informe en la CURM en AP										
Actividades de formación continuada en los EAP										
Completar la explotación con LDL y riesgo cardiovascular	←————→									
Completar el informe con LDL y riesgo cardiovascular					←————→					
Evaluación del cambio de 2009 respecto a 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 (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>ADECUACIÓN DEL CARRO DE PARADAS Y MALETÍN DE URGENCIAS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR ZARAGOZA I</p> <p>¿Tenemos el carro de paradas y el maletín de urgencias como deberíamos tenerlo?</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos: Purificación Barco Marcellán</p> <p>Profesión: Médico Atención Primaria</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc): Centro de Salud de Bujaraloz</p> <p>Sector de SALUD: ZARAGOZA I</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p> <p>Correo electrónico: pbarco@salud.aragon.es ; mapbarco@hotmail.com</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 17 93 20</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Abad Serrano, Teresa		
2. Arruga Mombiela, Carlos		
3. Ruiz Casado, Pilar		
4. Reixa Vizoso, Sol		
5. Fraj Valle, M ^a Mar		
6. Naudin Berduque, Jesús Angel		
7. Gracia Molina, M ^a José		
8. García Bello, M ^a Dolores		
9. López Novella, Olga		
10. Lostal García, Isabel		
11. Pérez-Caballero Bona, Carmen		
12. Lafuente Lafuente, Antonio		
13. Labarta Mancho, Carmen		

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...

Mantener un carro de parada con los medicamentos y material adecuados para la atención urgente en el ámbito de la atención primaria, y de forma uniforme en todos los centros del sector, se considera una prioridad para una atención de calidad y homogénea.

Dentro de las funciones de la Comisión de Uso Racional del Medicamento en Atención Primaria está la de "Establecer y actualizar de forma permanente un listado de medicación para los botiquines de urgencia de los centros de salud". Durante el año 2009, esta Comisión se ha planteado como uno de sus objetivos el analizar la situación de los botiquines de los centros de salud del sector y establecer, si fuera necesario, las propuestas oportunas de mejora.

Para ello, se ha remitido a todos los centros un cuestionario para conocer la situación actual y las propuestas de mejora de diversos aspectos del botiquín como generalidades, ordenación, identificación conservación, carro de parada, etc... Además de cuestiones puntuales de algunos centros, se ha identificado como área general de mejora la situación del carro de parada y la unificación de criterios generales de revisión y mantenimiento.

Esta necesidad se ha detectado también a través de las solicitudes de compra de material para la atención de urgencias recibidas en la Dirección de Atención Primaria.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Disponer de un listado de medicación y material para el carro de parada y el maletín de urgencias del equipo, consensuado para todos los centros de salud del sector Zaragoza I.
2. Establecer un mecanismo para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Evaluación de la situación inicial del carro de parada y del maletín de urgencias en los centros del sector, mediante un cuestionario específico.
2. Definir las situaciones clínicas que debe cubrir el carro de parada y el maletín de urgencias.
3. Consensuar un listado de medicación y material del carro de paradas y del maletín de urgencias.
4. Consensuar un stock mínimo de medicamentos y material.
5. Consensuar un sistema para la revisión del carro de parada y del maletín de

urgencias.

6. Editar y difundir las recomendaciones en todos los centros de salud del sector, mediante una sesión formativa para la actualización de conocimientos en el manejo del material disponible.
7. Evaluación de la situación final del carro de parada y del maletín de urgencia en los centros del sector.

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. En la evaluación inicial del Carro de Parada:
 - 1.1. Número de centros en los que existen medicamentos caducados
 - 1.2. Número de centros en los que se constata carencia de medicamentos imprescindibles para RCP
 - 1.3. Número de centros en los que hay exceso de medicamentos (existencia de medicamentos no imprescindibles para RCP)
 - 1.4. Número de centros en los que existe material en mal estado
 - 1.5. Número de centros en los que se constata carencia de material imprescindible
 - 1.6. Número de centros en los que no existe un mecanismo de revisión del carro de parada.
2. En la evaluación inicial del Maletín de urgencias del centro:
 - 2.1. Número de centros en los que existen medicamentos caducados
 - 2.2. Número de centros en los que se constata carencia de medicamentos imprescindibles para el maletín de urgencias
 - 2.3. Número de centros en los que hay exceso de medicamentos (existencia de medicamentos no imprescindibles para el maletín de urgencias)
 - 2.4. Número de centros en los que existe material en mal estado
 - 2.5. Número de centros en los que se constata carencia de material imprescindible
 - 2.6. Número de centros en los que no existe un mecanismo de revisión para el maletín de urgencias.
3. Porcentaje de centros en los que se han difundido las recomendaciones
4. Porcentaje de centros en los que se ha puesto en marcha el sistema de revisión de las recomendaciones
5. En la evaluación final del Carro de Parada:
 - 5.1. Número de centros en los que existen medicamentos caducados
 - 5.2. Número de centros en los que se constata carencia de medicamentos imprescindibles para RCP
 - 5.3. Número de centros en los que hay exceso de medicamentos (existencia de medicamentos no imprescindibles para RCP)

- 5.4. Número de centros en los que existe material en mal estado
- 5.5. Número de centros en los que se constata carencia de material imprescindible
- 5.6. Número de centros en los que no existe un mecanismo de revisión del Carro de parada.
6. En la evaluación final del Maletín de urgencias del centro:
 - 6.1. Número de centros en los que existen medicamentos caducados
 - 6.2. Número de centros en los que se constata carencia de medicamentos imprescindibles para el maletín de urgencias
 - 6.3. Número de centros en los que hay medicamentos no imprescindibles para el maletín de urgencias
 - 6.4. Número de centros en los que existe material en mal estado
 - 6.5. Número de centros en los que se constata carencia de material imprescindible
 - 6.6. Número de centros en los que no existe un mecanismo de revisión para el maletín de urgencias.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: Marzo 2009

Fecha de finalización: Diciembre 2010

Calendario:

	Mar	Abril	May	Jun	Jul- Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
Evaluación inicial									
Definir las situaciones que debe cubrir el carro de parada									
Consensuar listado de medicación y de material									
Consensuar stock mínimo de medicamentos y material									
Consensuar sistema para la revisión									
Editar y difundir las recomendaciones									
Evaluación final									

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Adquisición material para la formación en RCP	2.000 €
Impresión carteles de recuerdo de algoritmos de RCP	250 €
TOTAL	2.250€

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Conclusión del proceso de acreditación según la Norma ISO 15189 de la Técnica Cribado Oncológico en Citología Cervicovaginal, y ampliación de los procedimientos a otros procesos de Anatomía Patológica.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Francisco Javier Mateos Barrionuevo

Profesión: Médico, Jefe de Anatomía Patológica

Lugar de trabajo :

Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

Sector de SALUD:

Sector 1

.Servicio de Anatomía Patológica

Correo electrónico:

jmateos@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-305334, 976-305332, 976-305331

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Carmen Almajano Martínez	Médico	H. N.S. Gracia
2 Lourdes Bengochea Martínez	Médico	H. N.S. Gracia
3 Inmaculada Ruiz Romero	Técnico AP	H. N.S. Gracia
4 Begoña Carballo Torres	Técnico AP	H. N.S. Gracia
5 Alicia Arias Manguillot	Técnico AP	H. N. S. Gracia
6 Violeta Marqués Larraz	Técnico AP	H. N.S. Gracia
7 Rosa Ana Cortés Gil	Auxiliar Enfermería	H. N.S. Gracia
8 Cristina Rincón Gormedino	Auxiliar Enfermería	H. N.S. Gracia
9 Rosalía Gaspar Ochoa	Auxiliar Administ.	H. N.S. Gracia
10 Beatriz Luque Siles	Técnico AP	H. N.S. Gracia

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

Se 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.

Posteriormente, en diciembre de 2008, se planteó la posibilidad de extender la metodología a otros procesos del Servicio de Anatomía Patológica, priorizando la protocolización de los procedimientos técnicos y la extensión de los procedimientos de gestión a todas las actividades del Servicio.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El proyecto es culminación del proceso emprendido en 2007 y extensión del mismo a otros procedimientos.

Durante 2008:

Se han resuelto las observaciones de la Auditoría Interna de fecha 10-12-07, abriendo las correspondientes No Conformidades.

Se han adecuado los documentos propios a los documentos de nivel I aprobados por el SALUD.

Se ha realizado la Revisión por la Dirección, con fecha 2-4-08

Se han establecido los objetivos e indicadores para 2008, según lo establecido en el Manual de la Calidad de los Laboratorios del SALUD.

Se ha aprobado la documentación definitiva del Sistema de Calidad, quedando el Servicio listo para la Auditoría de ENAC.

Se han remitido al SALUD los documentos para que el SALUD realizara la solicitud de acreditación.

Con motivo del traslado del Servicio de Anatomía Patológica al Hospital de la Defensa, ha sido necesario modificar algunos documentos.

Se han registrado y evaluado trimestralmente los indicadores establecidos, con los siguientes resultados anuales:

- o Incidencias en recepción de muestras en citología cérvico-vaginal: 1,34 % (Objetivo < 2%)
- o Porcentaje de citologías ginecológicas con demora inferior a 30 días: 98,64 % (Objetivo > 90 %).
- o Tasa de ASC: 2,14 % (Objetivo: 0,3 –9,7 %)

Se han realizado los controles de calidad del College of American Pathologists PAPCE A y PAPCE B de 2008 (en enero y agosto), con resultados correctos.

Se ha realizado una visita (6-2-09) de la consultora ICSA para revisión de los registros, con resultados correctos, según informe.

ENAC no ha realizado la auditoría hasta la fecha.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Obtener la acreditación según la norma ISO 15189, para la Técnica: Cribado Oncológico en Citología Cérvico-vaginal.

Normalizar los procedimientos usados en el diagnóstico de biopsias y citologías.

Establecer y medir indicadores de calidad el diagnóstico de biopsias y citologías..

Aumentar la satisfacción del personal.

Aumentar la satisfacción de las pacientes y de los médicos solicitantes

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.
- Realización de las actividades de formación previstas.
- Realización de las actividades de aseguramiento interno y externo de la calidad, incluyendo la garantía de calidad en Diagnóstico (Sociedad Española de Anatomía Patológica, College of American Pathologists)

Los responsables principales son:

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

8.- 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, y se elaborarán los procedimientos técnicos correspondientes a biopsias y citologías.

Los indicadores que se usarán serán:

- Procedimientos adaptados a la norma
- Resultados de las actividades de aseguramiento de la calidad previstas en los procedimientos técnicos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

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

- Hasta febrero:
 - Revisión de toda la documentación
 - Envío al SALUD de los procedimientos revisados.
 - Actualizaciones previstas en los procedimientos.
 - Revisión por la Dirección
- Marzo - abril: Auditoría Externa por ENAC
- Hasta junio:
 - Resolución de las observaciones y no conformidades.
 - Extensión de los procedimientos de gestión a la totalidad de las actividades
- Segundo semestre: Revisión y adecuación de los procedimientos técnicos, de preanalítica, analítica y postanalítica..

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-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

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Creación de un foro on-line para mejorar la calidad en las Centrales de esterilización de SALUD
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a PILAR MEDINA CEREZAL
Profesión ENFERMERA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) HOSPITAL "NTRA SRA DE GRACIA"
Sector de SALUD: Zaragoza I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Central de Esterilización del Hospital "Ntra. Sra. De Gracia"
Correo electrónico: pmedina@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976305140 - 976305307

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
AURORA MODREGO GONZALEZ	Aux. Enfer.	H. "Ntra. Sra. De Gracia"
JOSE MIGUEL CELORRIO	Med. Prev.	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"
MARINA BURILLO ALFONSO	Enfermera	H. "Ntra. Sra. De Gracia"
GLORIA SORO ALCUBIERRE	Dir. Enfer.	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...
<ul style="list-style-type: none"> - El servicio de esterilización era un gran desconocido por el resto de las unidades hospitalarias y, por lo tanto, poco valorado. Las normas, la legislación, los métodos de esterilización, incluso el instrumental han cambiado mucho en poco tiempo. - El personal que trabaja en las centrales se ha tenido que ir adaptando a estos cambios, que no siempre han sido del todo bien interpretados por parte de los clientes. - En el año 2006 el Servicio Aragonés de Salud lleva a cabo un proyecto para implantar un sistema de calidad en las centrales de esterilización de sus hospitales. En el año 2007 se consigue la certificación externa en el Sistema de

Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2000 para todas las centrales de esterilización de SALUD.

- La creación de un foro de discusión "on-line" para el personal de las centrales de esterilización de SALUD puede permitir compartir conocimientos, experiencias, dudas, sugerencias; y dar soluciones rápidas y efectivas ante distintas situaciones que surgen en el trabajo de cada día, además de suponer un elemento de cohesión entre el personal de las centrales, garantizando la equidad en la accesibilidad independientemente de la ubicación de las mismas.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Objetivo general: mejorar la comunicación entre el personal de las centrales de esterilización de SALUD
2. Objetivos específicos:
 - Crear una herramienta de comunicación ágil y efectiva para los profesionales de las Centrales de Esterilización de SALUD
 - Abrir líneas de debate sobre temas concretos de interés para las centrales de esterilización con la implicación de todas las personas interesadas
 - Resolver dudas en tiempo real.
 - Aportar experiencia, iniciativas, conocimientos, soluciones e Información
 - Consensuar metodología de trabajo y aplicación de la normativa

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Crear un FORO DE DISCUSIÓN que nos permita estar en comunicación con el resto de las centrales en tiempo real.

1. Diseñar la pagina del foro
2. Crear normas del foro
3. Establecer filtros de entrada
4. Crear cartera de usuarios
5. Permisos de acceso y contraseñas de usuario
6. Designar tres administradores del foro

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. Existe el foro en Internet
2. Nº de participantes
3. Nº de intervenciones en el foro
4. Nº de temas abiertos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

1. Primer semestre 2009
 - Diseñar la pagina del foro
 - Crear normas del foro
 - Establecer filtros de entrada
2. Segundo semestre 2009
 - Crear cartera de usuarios
 - Permisos de acceso y contraseñas de usuario
 - Designar tres administradores del foro

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

<p>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. CONTINUACION</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos IGNACIO ANDRÉS ARRIBAS, FARMACEUTICO DE HOSPITAL, SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA DE ZARAGOZA</p>
<p>Profesión JEFE SERVICIO DE FARMACIA</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL Nª Sª DE GRACIA ZARAGOZA</p>
<p>Sector de SALUD Sector I</p>
<p>Correo electrónico: iandresar@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976444300</p>

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 LUISA ESPINOSA VALLÉS		

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>➤ 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 UGTA1A 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 afectados de TBC en tratamiento con Rifampicina. Para ello se ha establecido un grupo multidisciplinar con el equipo de Programas de Salud de la Subdirección
--

Provincial de Salud Pública de Zaragoza y el Servicio de Farmacia del Hospital N^o S^a de Gracia de Zaragoza.

- UTILIDAD: El control farmacocinético y farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con Rifampicina supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.
- MÉTODOS La Rifampicina se elimina mediante glucoronconjugación, via UGT 1A1. El inhibidor más importante de esta reacción es la bilirrubina, que se elimina de por la misma vía; Se propone el estudio de la bilirrubinemia no conjugada como biomarcador de niveles plasmáticos de Rifampicina. Se recopilarán los datos antropométricos, determinaciones de BT y B indirecta al inicio del tratamiento hasta alcanzar dosis de mantenimiento y recuento total de Glóbulos Blancos (WBC). Asimismo se analizarán las posibles interacciones de medicamentos debidas a fenómenos de inducción enzimática y se estudiarán los posibles individuos con polimorfismo enzimático.
- SITUACION DE PARTIDA: En la actualidad uno de los programas de Salud de la Subdirección Provincial de Salud Pública es el seguimiento de los pacientes con TBC en la Provincia de Zaragoza. El Servicio de Farmacia del Hospital N^o S^a de Gracia colabora con dichos programas en el tratamiento farmacológico. Con este proyecto se propone incrementar la seguridad, eficacia y cumplimiento del tratamiento farmacológico de pacientes con TBC, en especial aquellos con patologías concomitantes como SIDA y/o drogodependencia.

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 ha completado el seguimiento de 60 pacientes con análisis de bilirrubina (BT BD y BI) y WBC estableciéndose como valores de referencia , 0.8 para BT y considerando respuesta positiva a rifampicina en aquellos paciente s con una disminución de 3 puntos en el WBC.

Establecimiento relacion cuantitativa entre niveles plasmaticos de Rifampicina y dosis, peso y BT.

Control BT como punto limitante de la toxicidad de Rifampicina.

Se ha detectado un 10% con BT por encima de 0.8 (riesgo de toxiddidad) y un 15% por debajo de 0.6-0.7 (mala adherencia o infradosificados).

Dada la utilidad del seguimiento a estos pacientes, via BT y WBC, y la deteccion de problemas toxicologicos, de dosificacion, resistencia a rifampicina e interacciones y su posterior resolucion , se estima oportuno que el equipo multidisciplinar formado contieue con este proyecto extendiendolo a la totalidad de los pacientes durante el año 2009.

Finalmente estos resultados se han presentado como comunicación al 53 Congrso Nacional de la SEFH

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la seguridad del paciente en tratamiento de la TBC con Rifampicina, dadas las características clínicas de dichos pacientes.
- Aumentar la eficacia del tratamiento con Rifampicina en el caso de variaciones individuales y/o interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente.
- Iniciar la colaboración con niveles asistenciales no integrados en el SALUD, creando nuevos Equipos de trabajo Multidisciplinar.

- **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 Recogida de los datos anatomoclínicos de los pacientes con TBC en tratamiento con Rifampicina. Miriam García Vázquez .

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	<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 portátil Hewlett Packard- HP Compaq 6710B (Ruprablas, SL) Ref.: 8-2-41558-0	1060,50
Asistencia a congresos	1000
TOTAL	2060.50 E

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO): INFLUENCIA DE LAS VARIABLES GENÉTICAS Y FARMACOCINÉTICAS.</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos José Roberto Lozano Ortiz</p>
<p>Profesión Farmacéutico</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Sº Farmacia Hospital Nuestra Señora de Gracia</p>
<p>Sector de SALUD Sector I</p>
<p>En caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Farmacia</p>
<p>Correo electrónico: rlozano@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976444300</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mª Esther Franco García	FEA Hematología	Hospital Royo Villanova y Hosp. Ntra Sra de Gracia
Ignacio Andrés Arribas	Jefe de Sº Farmacia	Hosp. Ntra Sra de Gracia
Luis López Gómez	FEA Hematología	Hospital Royo Villanova
Ángeles Pérez Layo	FEA Hematología	Hosp. Ntra Sra de Gracia
Juan José Moneva Jordán	FEA Hematología	Hospital Royo Villanova
Vicente Carrasco Baraja	FEA Hematología	Hospital Royo Villanova

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>Situación actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la práctica diaria de la dosificación del tratamiento anticoagulante oral (TAO) encontramos un porcentaje de pacientes que son de difícil manejo y que precisan dosis muy bajas de fármaco anticoagulante, para intentar no sobrepasar el INR terapéutico. - Este hecho dificulta enormemente el control adecuado de estos pacientes: no conocemos la causa del problema, requieren controles muy frecuentes incluso durante meses y a veces llegan a precisar el cambio de tratamiento anticoagulante.

- El mecanismo de este fenómeno está empezando a conocerse, implicándose, entre otros los polimorfismos genéticos. Este conocimiento nos permitirá acercarnos al mejor control de estos pacientes.
- Los niveles plasmáticos de acenocumarol (Sintrom®), que es el anticoagulante oral con más frecuencia utilizado en la práctica médica en España, dependen de la actividad de la enzima vitamina K epóxido reductasa (VKORC1). Además, los niveles plasmáticos de acenocumarol están regulados principalmente por el metabolismo hepático a través del CYP450: vía CYP2C9 se metaboliza aproximadamente un 40% el isómero S-acenocumarol, vida media 24-48 h, que es el isómero más importante farmacodinámicamente y vía CYP2C19 se metaboliza aproximadamente el 80% del isómero R-acenocumarol, vida media 2-4 h, isómero menos importante; con sus correspondientes polimorfismos y fenotipos.
- Son de uso habitual en los pacientes con TAO fármacos que interfieren la farmacodinámica del acenocumarol: inhibidores de la bomba de protones (IBP), que interfieren principalmente vía CYP2C19; fluconazol y amiodarona, que interfieren preferentemente vía CYP2C9.
- Por otro lado, la edad (de elevada media entre los pacientes con TAO) afecta a la actividad cuantitativa del CYP450, de forma general en mayores de 65 años su actividad se reduce a la mitad, afectando al fenotipo resultante.
- La actividad de ambos isómeros (S y R) del acenocumarol sólo la realizan la porción no unida a proteínas plasmáticas (fracción libre), que se corresponde al 1-3% de los mismos, ya que el 97-99% circula unido a albúmina. De este modo, la actividad farmacológica es muy sensible a cambios en la concentración plasmática de albúmina del paciente, al uso de fármacos que desplacen esta unión a la albúmina y a sustancias endógenas (entre ellas la bilirrubina) que produzcan un desplazamiento en esta unión.
- La finalidad e importancia de este proyecto consiste en aplicar los datos farmacocinéticos y farmacogenéticos bibliográficos a la farmacoterapia anticoagulante oral, para mejorar el ajuste de la dosis de acenocumarol a emplear y así intentar evitar las complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas derivadas de un complejo y/o lento ajuste posológico.
- Por otra parte, el Servicio de Farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia posee la experiencia suficiente en ajuste posológico de otros fármacos de estrecho margen terapéutico, basado en la respuesta farmacológica: litio, escitalopram, risperidona, metadona, rifampicina y lamotrigina; así como en el análisis de su farmacocinética, motivo en años previos de ayudas a través de los correspondientes proyectos de calidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- En general, se espera aumentar el control sobre el régimen posológico en el TAO, disminuyendo el número de ajustes por paciente, el nº total de pacientes que en algún momento no tienen el INR dentro del rango terapéutico deseado y por tanto, la posibilidad de eventos tromboembólicos o hemorrágicos, aumentando la seguridad del paciente y la eficacia del fármaco.
- En particular, con el test CUMACHIP® se espera mejora a la hora de definir la

dosis adecuada, en aquellos pacientes previamente seleccionados por dificultad de ajuste y/o dosis fuera del rango INR terapéutico, estableciendo una curva dosis-respuesta, eliminando con ello el 50-70% de la variabilidad interindividual debida a factores genéticos.

- Seguimiento riguroso de las interacciones farmacocinéticas a nivel de CYP450 y de la fracción libre del fármaco, mediante el seguimiento de albuminemia y bilirrubina total, controlando el resto de variabilidad inter e intraindividual (30-40%) debida a factores farmacocinéticos y, finalmente, emitir el correspondiente informe fármaco-terapéutico, para ayuda del médico clínico.
- Por último, construcción de la correspondiente relación cuantitativa entre parámetros estudiados y dosis (curva dosis-respuesta); creando un equipo multidisciplinar entre los servicios de Farmacia y Hematología dentro del Sector I para el uso racional y seguro del TAO en la práctica clínica.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Definición de "caso":

- Pacientes con TAO con acenocumarol que precisen, de forma continuada, dosis semanal de menos de 7 mg y que cumplan todos los siguientes requisitos: edad ≤ 65 años, albúmina sérica $\geq 3,5$ mg/dL, bilirrubina indirecta $\leq 0,6$ mg/dL, peso ≥ 50 Kg y no recibir tratamiento concomitante con inhibidores de bomba de protones, fluoconazol o amiodarona.

Funcionamiento:

- Elección de al menos 40 pacientes (reclutamiento de casos sucesivos) de entre los pacientes con control del TAO en el Sº de Hematología del Hospital Royo Villanova, que cumplan el criterio de precisar una dosis semanal de acenocumarol < 7 mg (Sº Hematología).
- Revisión de la historia clínica de estos 40 pacientes, así como encuesta sobre peso y fármacos concomitantes, para obtener hasta 20 pacientes (ideal 20) que cumplan criterios de "caso" (Sº Hematología).
- Implantación de protocolo de información y consentimiento informado para test CUMACHIP® (análisis genético CYP2C9 y VKORC1) los pacientes que cumplan criterios de "caso" (Sº Farmacia).
- Derivación de los casos al Sº de Farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia para la información pertinente al paciente previa al consentimiento informado; y a Hematología del Hospital Nuestra Señora de Gracia para la extracción de la muestra para el estudio genético.
- Preparación y envío de muestras para estudio genético en laboratorio externo-PROGENIKA® (Sº Farmacia)
- Seguimiento de los casos, recogida de incidencias trombóticas y/o hemorrágicas y control del TAO en Sº Hematología.
- Recogida e interpretación de los resultados genéticos recibidos, así como realización de informe farmacogenético (Sº Farmacia).
- Informe fármacoterapéutico (Sº Farmacia y Sº Hematología).
- Modificación y ajuste de dosis del TAO en función del resultado y del informe farmacogenético del informe (Sº Hematología).
- Reuniones periódicas (al menos bimensuales, o con más frecuencia si 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 (2009)</i>
-------	---

preciso) de varios componentes de las especialidades implicadas para desarrollar el proyecto y realizar los ajustes pertinentes para su adecuado funcionamiento (S^o Farmacia y S^o Hematología).

- Informe final del proyecto (S^o Farmacia y S^o Hematología).

Una vez concluido y valorado el proyecto de mejora, si se considerara oportuno y necesario, se ampliaría la revisión poco a poco, a todos los pacientes con TAO del Sector I que cumplieran criterios de "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

Parámetros referidos al periodo global del estudio, o referidos a 1 año al llegar a ese tiempo

Nº TOTAL DE PACIENTES REVISADOS EN EL PROYECTO

Indicador:

- nº total de pacientes revisados como posibles candidatos a realizar estudio genético en el proyecto / 40 pacientes definidos como objetivo del estudio (se pretende alcanzar al menos los 40)
- nº total de pacientes definidos como "caso" en el proyecto / 20 pacientes definidos como objetivo del estudio (se pretende alcanzar los 20)
- nº total de informes fármaco-hematológicos realizados / nº total de pacientes definidos como "caso" (se pretende informar todos los casos)

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

Indicador:

- nº total ajustes de dosis / nº total de pacientes
- nº total de INR fuera de rango terapéutico / nº total de INR realizados
- nº eventos tromboembólicos y/o hemorrágicos / nº total de pacientes
- nº de pacientes con polimorfismos en el estudio genético / nº total de pacientes a los que se ha realizado estudio genético

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 2009	Fecha de finalización: 31 enero 2009
-------------------------------	--------------------------------------

Caleandario:

- Reclutamiento de pacientes que cumplan criterios de "caso": primer trimestre 2009
- Realización de estudio genético (test CUMACHIP®), previo consentimiento informado: segundo y tercer trimestre 2009
- Elaboración de informe fármaco-genético-hematológico: cuarto trimestre 2009
- Durante todo el año se recogerán todos los INR, ajustes de dosis y posibles eventos trombóticos / hemorrágicos de los caos
- Informe global definitivo del proyecto de mejora: diciembre 2009

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES POLIMEDICADOS
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Elena Rebollar Torres
Profesión Farmacéutica Hospitalaria
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Real de N ^a S ^a de Gracia de Zaragoza
Sector de SALUD: Sector I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Farmacia
Correo electrónico: erebollar@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
1 Carmen Cánovas Pareja	Médico	S. de Geriatria
2 Ignacio Andrés Arribas	Jefe de Servicio	S. de Farmacia
3 Ernesto García-Arilla Calvo	Jefe de Servicio	S. de Geriatria
4 Teresa Morlanes Navarro	Médico	S. de Geriatria

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 alta hospitalaria de un paciente es un proceso que comienza en el momento del ingreso, se continúa a lo largo del mismo y alcanza su culminación en el momento de la salida del paciente del hospital. El proceso termina cuando la continuidad de cuidados se concreta en el entorno domiciliario y ambulatorio, cuando el Equipo de Atención Primaria recibe la información e interviene para garantizarla. En el proceso de planificación del alta intervienen distintos elementos de diferente importancia. Entre ellos, el tratamiento farmacológico es una pieza clave en la garantía de los resultados de salud, especialmente en el inmediato periodo después de un ingreso hospitalario por una enfermedad aguda o de una reagudización de una enfermedad crónica. En líneas generales, la pluripatología condiciona la polifarmacia en estos pacientes, y los
--

medicamentos y su adecuada utilización se convierten en una herramienta básica para la obtención de los resultados que se pretenden.

Existen numerosas posibilidades de mejora del cumplimiento de la prescripción de medicamentos tras el alta hospitalaria, ya que por parte de todos los niveles que intervienen en el proceso: administraciones sanitarias, industria farmacéutica, profesionales sanitarios, etc., se complica o no facilita el uso sencillo de los medicamentos y su adaptación a las necesidades del paciente.

El informe de alta hospitalaria recopila las circunstancias previas, el motivo del ingreso, la evolución y el plan de actuación al alta. Este informe constituye el hilo conductor entre los distintos profesionales sanitarios implicados y es en el que se basa el paciente, su familiar o cuidador para seguir las recomendaciones inmediatas al alta.

La referencia al tratamiento en el informe de alta permite un amplio margen de mejora para adaptarlo a la comprensión del paciente, familiar o cuidador que con frecuencia encuentran dificultades en las anotaciones recibidas.

Por tanto, cualquier programa que facilite el uso racional del medicamento y el cumplimiento farmacoterapéutico, tiene en los pacientes polimedcados un grupo de población con amplias posibilidades de mejora en todos los niveles asistenciales.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Detección en el momento del ingreso hospitalario de pacientes con POLIFARMACIA, entendida como aquellos pacientes que de forma habitual tienen prescritos más de 7 fármacos.
2. Detección durante la hospitalización de interacciones medicamentosas con potencial relevancia clínica y con especial atención a los pacientes en tratamiento con medicamentos de estrecho margen terapéutico (anticoagulantes orales, digitálicos y anticonvulsivantes).
3. Registro de las reacciones adversas al ingreso o durante la hospitalización anotadas en la Historia Clínica del paciente.
4. Diseño e implantación de una HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS complementaria al informe de alta del paciente con más de 7 fármacos, adaptada a sus características y que favorezca el seguimiento de la prescripción, pormenorizando: fármaco, dosis, duración del tratamiento y aclaraciones necesarias.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración de una ficha para recogida sistemática de información de los pacientes con más de 7 medicamentos prescritos, con los siguientes datos:

- Edad, sexo
- Domicilio del paciente (al ingreso y al alta). N° de teléfono
- Motivo de ingreso / diagnóstico
- Días de estancia hospitalaria.
- N° de diagnósticos al alta
- Medicamentos (ingreso-hospital-alta)

2. Durante la hospitalización del paciente:

-Identificación de la medicación

-Análisis de interacciones medicamentosas destacando aquellas con potencial relevancia clínica

-Seguimiento de Reacciones Adversas Medicamentosas

3. Al alta: Implantación de estrategias que faciliten el cumplimiento terapéutico en el domicilio:

Anexo

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)*

-Diseño y elaboración de la HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS
-Entrega de la HOJA DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS al paciente y/o familiar o cuidador principal con información detallada de la prescripción
-Seguimiento telefónico al mes

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 con más de 7 medicamentos al ingreso/total pacientes ingresados
2. N° de Pacientes con más de 7 medicamentos prescritos al alta/total de pacientes dados de alta por curación o mejoría
3. N° de Pacientes con más de 7 medicamentos a los que se hace entrega de Hoja de Medicación/pacientes con más de 7 medicamentos prescritos (encuesta telefónica)
4. N° de Pacientes con Hoja de Medicación que cumple su función explicativa al mes del alta / pacientes con entrega de hoja de medicación (encuesta telefónica)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de abril 2009
Fecha de finalización: 1 de abril 2010

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO “PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: UN PASO ADELANTE EN LA SEGURIDAD CLÍNICA”. PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN Y SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA</p>

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre y apellidos	Carmen Cánovas Pareja
Profesión	Médico especialista en Geriatria-FEA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.)	Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza
Sector de SALUD:	Sector Zaragoza I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.	Servicio de Geriatria
Correo electrónico:	ccanovas@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976440022

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Ernesto García-Arilla Calvo	Jefe de Servicio	S. de Geriatria
2 Ignacio Andrés Arribas	Jefe de Servicio	S. de Farmacia
3 José Manuel Cucullo López	C. de Calidad	S. de Geriatria
4 Elena Rebollar Torres	Farmacéutica Especialista de Área	S. de Farmacia
5 Teresa Usieto Piedrafita	Médico MIR	S. de Geriatria
Raquel Vial Escolano	Médico MIR	S. de Geriatria
6 Cristina Sancho Solán	Supervisora	Unidad enfermería Geriatria
7 Jesús Navarro Maures	Supervisor	Unidad enfermería Geriatria

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>La evaluación de la Seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en el área de hospitalización del Servicio de Geriatria, a través del Proyecto de Mejora de la Calidad realizado en el año 2008 “Prevención de errores de medicación y sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias”, ha permitido conocer los errores mas habituales en el proceso terapéutico desde “la prescripción del medicamento hasta su</p>
--

distribución y consumo por el paciente”.

La constitución en nuestro Hospital de un Grupo multidisciplinar de Prevención de errores en medicación, da continuidad al Proyecto de mejora en el año 2009 en esta línea de trabajo, que permita implantar medidas correctoras de los errores detectados en la fase anterior y verificar la eficacia de las medidas propuestas. El conocimiento de estándares propios de calidad en nuestro medio permitirá el seguimiento comparativo en el tiempo.

El sistema de distribución de dosis unitaria de medicamentos, aplicado en el Servicio de Geriatría desde hace 11 años tras su implantación consensuada con el Servicio de Farmacia del Hospital San Jorge, es aceptado como un sistema seguro y eficaz. Tras el traslado del Servicio al Hospital Real Nuestra Señora de Gracia en noviembre del año 2008, se ha continuado, de acuerdo con el Servicio de Farmacia, con su utilización en toda el área de hospitalización de Geriatría. **La implantación de la prescripción electrónica en el año 2009**, tras un periodo de adaptación, puede ser un paso adelante en la seguridad clínica del paciente que puede contribuir a disminuir entre otros, los errores en las órdenes médicas y en los tiempos de demora en su transporte. Por otra parte el programa informático puede plantear dificultades inherentes a la aplicación que requieran distintas opciones de mejora. Una encuesta piloto de utilización del programa por los facultativos realizada en enero 2009 identificó los puntos fuertes del nuevo sistema de prescripción informatizada y los puntos de mejora que serán también objetivo de este programa de mejora de la calidad entre Servicio de Geriatría y Servicio de Farmacia.

En la atención al anciano hospitalizado, un grupo de gran fragilidad, es importante poder identificar las causas de los acontecimientos adversos en el proceso asistencial, para poder implantar estrategias de mejora en el marco de la seguridad clínica del paciente. Por ello, nuestro objetivo es evaluar distintos aspectos de la calidad del “actual proceso terapéutico”, como pieza clave en la consecución del beneficio esperado para el paciente que complementa el seguimiento permanente de la medicación inapropiada en el anciano (Beers), la detección de reacciones adversas medicamentosas y las interacciones con potencial relevancia clínica. Con posterioridad se pretende implantar medidas al alta que faciliten la conciliación de la medicación en la transición hospital – domicilio

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

A lo largo del año 2008 se realizó un estudio transversal en dos fases (mayo y septiembre) que permitió evaluar el sistema de distribución en dosis unitaria en las diferentes fases del proceso terapéutico.

Fases evaluadas:

- Errores derivados de la prescripción por el facultativo.
- Trascripción del tratamiento a la hoja de enfermería.
- Trasporte y recepción en Farmacia.
- Preparación del carro en Farmacia y dispensación.
- Distribución de la medicación en planta y consumo por el paciente.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 116 pacientes hospitalizados en el Servicio.

- Primera fase: 59 pacientes edad media 84,3 años, 41 mujeres.

Órdenes Médicas de tratamiento: identificación correcta 47, letra legible 55, abreviaturas no comunes 14. Ausencia de dosis 16 (incluidos fármacos con una sola presentación en el hospital y errores en soluciones orales), de vía 6 o intervalo de administración 2. No actualizadas prescripciones condicionales 3. Transcripción hoja enfermería: órdenes médicas incompletas 9, constan medicamentos suspendidos 2, prescripciones condicionales no actualizadas 9. Transporte y recepción en farmacia con retraso 8 (causa médica 5, celador 3). Errores en preparación del carro y dispensación 4 (2 en transcripción y 2 en llenado). Error en distribución de colirios o inhaladores 4. Medicación suspendida no retirada 4. Registro toma de medicación 77,4%.

- Segunda fase: 57 pacientes edad media 84,1 años, 33 mujeres.

Órdenes Médicas de tratamiento: identificación correcta 53, letra legible 57. Ausencia de dosis 38 y de vía administración 6. No actualizadas prescripciones condicionales 8. Transcripción hoja enfermería: órdenes médicas incompletas 7, constan medicamentos suspendidos 2, prescripciones condicionales no actualizada 5. No errores en horario de recepción en farmacia. Errores en preparación del carro 6 (1 error en validación y 5 en llenado). No error en distribución de colirios o inhaladores. Registro toma de medicación 100%.

Resultado de Indicadores de evaluación:

1. Nº de pacientes con errores leves en la hoja de prescripción médica/nº de pacientes incluidos en el estudio:
 - 1ª fase: 19/59
 - 2ª fase: 38/57
2. Nº de pacientes con errores derivados de la transcripción a la hoja de enfermería/Nº de pacientes incluidos en el estudio:
 - 1ª fase: 17/59
 - 2ª fase: 9/57
3. Nº de pacientes con errores en la preparación y dispensación de medicamentos/Nº de pacientes incluidos en el estudio:
 - 1ª fase: 4/59
 - 2ª fase: 6/57
4. Nº de pacientes con errores en la distribución de la medicación/Nº de pacientes incluidos en el estudio:
 - 1ª fase: 4/59
 - 2ª fase: 0/57

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mantenimiento de un Grupo multidisciplinar de Prevención de Errores de Medicación con participación de los Servicios de Geriatria y del Servicio de Farmacia del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

- Detectar los puntos críticos del sistema de distribución de dosis unitaria de medicamentos tras el análisis de los resultados del Proyecto de mejora de calidad del año 2008.
- Evaluar si la prescripción electrónica permite la disminución de errores derivados de la prescripción médica y oportunidades de mejora de otras fases del proceso.
- Comparar estándares de calidad en nuestro medio del año 2008 con los resultados obtenidos en el año 2009.
- Divulgación de los resultados a los profesionales del Hospital.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En el marco de mejora de la seguridad en la utilización de medicamentos, se trata de evaluar nuestro sistema de distribución de dosis unitaria, **una vez puesta en marcha la prescripción electrónica**, mediante un estudio de prevalencia puntual (transversal) realizado a lo largo de un año para detectar los puntos críticos en los que se detectan errores, comprobar la distancia con estándares previos y elaborar propuestas que permitan su disminución. La evaluación, dos veces al año, será realizada por un equipo multidisciplinar integrado por farmacéutico, médicos, coordinador de calidad, supervisores de enfermería y los Jefes de los Servicios de Farmacia y Geriátrica que conocen la actividad asistencial en la Unidad de hospitalización.

Las fechas de evaluación serán consensuadas por el equipo evaluador teniendo en cuenta la disponibilidad de los profesionales que lo forman y la propuesta de reparto de tareas elaborada. Se realizarán reuniones de coordinación antes y después de los días de evaluación.

Se realizará una ficha con las siguientes variables:

- Fecha de evaluación:
- Nº de pacientes hospitalizados ese día:

I) Fase previa: Mediante la revisión de la historia clínica del pacientes se constatará:

- Variables de filiación: Edad, sexo.
- Fecha de ingreso:
- Motivo de ingreso/diagnósticos.
- Nº de fármacos al ingreso:
- Nº de fármacos el día de la evaluación:
 - Interacciones medicamentosas con potencial relevancia clínica (al ingreso y durante la hospitalización)
- Medicación inapropiada al ingreso y durante la hospitalización (criterios Beers)
- Reacciones adversas detectadas (al ingreso y durante la hospitalización)

II) Fase de evaluación: El día de la evaluación se analizarán en cada paciente hospitalizado las diferentes fases del proceso terapéutico y se anotará si existen errores en:

1. Prescripción por el facultativo:

- Constan las alergias del paciente en la hoja de prescripción electrónica.
- Está claro la dosis, vía de administración y frecuencia de administración de todos los medicamentos prescritos.

- Las prescripciones condicionales son claras y no inducen a error de interpretación.
- Todas las órdenes verbales están escritas en la hoja de prescripción electrónica.
- Se han retirado órdenes de tratamiento únicas de días previos (enemas, fármacos de prescripción única..)
- Todas las órdenes de tratamiento se han validado antes de las 12h30.

2. **Trascripción del tratamiento a la hoja de enfermería:**

- En la hoja de enfermería constan las alergias del paciente.
- En la hoja de enfermería constan todas las órdenes médicas actualizadas.
- No existen errores en la inclusión de medicamentos suspendidos.
- Es correcta la dosis, vía de administración y frecuencia de administración de todos los medicamentos.

3. **Preparación en Farmacia y dispensación:**

- El Servicio de Farmacia valida todas las hojas de prescripción electrónica de los pacientes hospitalizados en la mañana de la evaluación.
- El Servicio de Farmacia prepara para unidosis todos los medicamentos prescritos en la hoja de prescripción electrónica.
- No existen errores en la preparación del carro de unidosis.
- El carro de unidosis llega a planta en el horario establecido.
- Llegan a planta todos los elementos solicitados incluidos cremas o soluciones no existentes en stock.

4. **Distribución de la medicación en planta:**

- La gráfica de enfermería sirve de referencia durante la administración del medicamento.
- Se identifica correctamente al paciente antes de darle la medicación.
- Enfermería administra colirios, inhaladores y cremas pautadas dentro del horario establecido.
- La medicación suspendida a última hora se retira a tiempo del cajetín del carro de unidosis.
- Siempre se comprueba si el paciente ha tomado la medicación y en su defecto se anota la causa.
- La toma de fármacos se anota en la gráfica tras constatar su ingesta.

Se utilizará el paquete estadístico SPSS para crear la base de datos y el estudio estadístico. Se realizará un análisis de resultados de la evaluación por el equipo investigador y se estudiarán los factores que han podido condicionar los errores en el proceso terapéutico. Se compararán los datos con los resultados del año anterior. Se dará difusión de los resultados del estudio. Se valorará la implantación de actividades de mejora en las fases del proceso donde se identifiquen los errores

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 de evaluación:

El proyecto se va a evaluar mediante los siguientes indicadores claves:

1. Nº de pacientes con errores en la hoja de prescripción electrónica/ Nº de pacientes incluidos en el estudio.
Nº de hojas de prescripción con errores en la prescripción médica/Nº de hojas analizadas.
2. Nº de pacientes con errores derivados de la transcripción a la hoja de enfermería/Nº de pacientes incluidos en el estudio.
Nº de errores de transcripción en las hojas de enfermería/Nº de hojas analizadas.
3. Nº de pacientes con errores en la preparación y dispensación del medicamento/Nº de pacientes incluidos en el estudio.
Nº de unidades erróneas preparadas/Nº total de unidades servidas.
4. Nº de pacientes con errores en la distribución de la medicación/Nº de pacientes incluidos en el estudio

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

El estudio se realizará a lo largo del año 2009. Se realizará un análisis transversal en los pacientes ingresados en las fechas consensuadas. La fecha de evaluación será un día laboral de lunes a viernes en el que estén trabajando todos los miembros del equipo investigador. Se seleccionará un día dentro de cada semestre del año.

El análisis global de resultados permitirá realizar una comparación con los datos del año 2008 y valorar si las modificaciones del circuito terapéutico han permitido una mejora del proceso. El Grupo de Prevención de Errores de medicación mantendrá el objetivo de la evaluación del proceso en años sucesivos.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>SERVICIO DE APOYO GERIÁTRICO AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON PLURIPATOLOGÍA.</p>

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos OCHOA CALVO, M. PILAR</p> <p>Profesión Médico especialista en geriatría.</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Real Ntra. Señora de Gracia de Zaragoza.</p> <p>Sector de SALUD: Sector I</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Geriatría</p> <p>Correo electrónico: pochoac@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976440022, 876764500 (extensiones, 13407, 13465,13442)</p>
--

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José Manuel Cucullo López jmcucullo@salud.aragon.es	Geriatra Coordinador de calidad	H. Real Ntra Señora de Gracia. Servicio de Geriatría
2 Ernesto García-Arilla Calvo egarciaarilla@salud.aragon.es	Geriatra Jefe de Servicio	H. Real Ntra Señora de Gracia. Servicio de Geriatría
3 María Jesús Ciércoles Sierra	Enfermera de consulta externa	H. Real Ntra Señora de Gracia. Servicio de Geriatría
4 María Jesús Hellín	Enfermera de consulta externa.	H. Real Ntra Señora de Gracia. Servicio de Geriatría

<p><u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u></p> <p>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> <p>4.1 Importancia y utilidad del proyecto: La mejora en la comunicación entre atención especializada y atención primaria es una demanda repetida. En un trabajo realizado en el Servicio durante el año 2008, donde se recibieron 197 contestaciones, se consideraba mejorable el informe recibido por parte del Servicio de Geriatría en un 30%, sin embargo la mejora en la comunicación on-line era posible por casi un 60%. El paciente geriátrico asocia con frecuencia problemas cognitivos y pluripatología, lo que</p>
--

puede implicar polifarmacia, múltiples visitas a especialistas e incluso aumento de ingresos hospitalarios. A partir de los datos del proyecto anterior y con la idea de mejorar la comunicación con el médico de atención primaria con este tipo de pacientes, se quiere poner en marcha una **vía de comunicación que usa como soporte el correo electrónico**.

4.2 Situación de partida: Durante el año 2008 se planteó un proyecto similar, pero quedó interrumpido por el traslado de todo el Servicio a otro Sector. Razón por la cual planteamos de nuevo este proyecto dirigido a un centro de salud del sector I, al cual pertenecemos en la actualidad. El porcentaje de pacientes que cumplen las características de ser mayor de 80 años y con pluripatología no es grande para Atención Primaria, sin embargo ocasiona la necesidad de recibir asesoramiento geriátrico sobre el paciente, por su complejidad, y el componente familiar que asocia. El Médico de atención Primaria demanda la opinión del geriatra para mejor atención de las patologías crónicas y sus descompensaciones en domicilio, tanto para coordinar la atención con el Hospital como para ayudar a disminuir la sobrecarga del cuidador que muchas veces ocasiona consultas. Son enfermos crónicos que requieren asistencia sanitaria frecuente y que pueden favorecerse de la buena coordinación entre atención Primaria y especializada.

Actualmente dentro del SALUD, todos los médicos disponemos de correo electrónico. Este tipo de comunicación resulta sencilla y sin coste.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Gracias al proyecto "Optimización de consulta geriátrica mediante análisis de las solicitudes recibidas" se han obtenido y cuantificado las siguientes evidencias:

- El motivo de consulta mas frecuente al Servicio de Geriátrica es la valoración cognoscitiva y problemas relacionados con ella. Se ha cuantificado en un 45.8 % de las primeras consultas solicitadas durante un mes.

- El Centro de Salud desde el que se habían recibido más derivaciones era el centro de Delicias Norte. El 12.5 % de los pacientes vistos por primera vez procedían de este centro. Este fue el motivo del iniciar el proyecto en el año 2008. En el 2009 se formula una nueva propuesta tras el contacto preliminar positivo con el Coordinador del Centro de Salud Amparo Poch del sector Zaragoza 1

- Se ha tipificado el perfil del paciente atendido, siendo mujeres en un 68%, con una edad media de 81 años.

El tipo de documento que adjuntaban en la primera consulta remitido desde el Centro de Salud especificaba el motivo de consulta en un 94.4% de las veces. Constan los antecedentes médicos en 78% de ocasiones. La medicación estaba especificada en el 67%. El medico de primaria proporciona información mas completa, cuando utiliza un documento estandarizado en formato DIN A4 en vez de en P10. La diferencia es estadísticamente significativa (test de Fisher $p < 0.001$). Además de ser más completos son legibles al no estar manuscritos. El 52,8% de consultas se solicitaron en este formato.

- En cuanto a la comunicación escrita con el médico, actualmente por parte del servicio de geriatría, se emite un informe generalmente manuscrito, que se entrega al familiar o se envía por correo interno, quedando una copia en la historia clínica.

- En la primera fase se elaboró documentación específica para facilitar la información a las familias, elaborando un tríptico informativo que fue bien aceptado; la información facilitada ha resultado de interés para las familias y el lenguaje utilizado entendible a todos los niveles.
- Tras el estudio realizado el año 2008 una de las conclusiones extraídas tras valorar las 197 encuestas fue que las acciones debía dirigirse a utilizar el e-mail.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la continuidad asistencial en la atención de pacientes de edad mayor a 80 años con deterioro cognoscitivo y pluripatología.
Apoyar al médico de Atención Primaria en cuestiones concretas relacionadas con la atención sanitaria, en este tipo de pacientes.
Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Geriátrica, tratando de mejorar la coordinación entre ambos niveles de atención.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Primer mes:

Contacto con el coordinador del Centro de Salud Amparo Poch del sector Zaragoza 1 para informarle de la puesta en marcha del proyecto y reunión para su conocimiento.
Envío de una carta de presentación con un díptico explicativo de los objetivos del proyecto. Especificar que médicos quieren participar desde el Centro de Salud. Disponer de sus correos electrónicos.
Especificar que médicos del Servicio de Geriátrica quieren participar en el proyecto. Disponer de sus correos electrónicos.
Especificar los criterios que debe cumplir los pacientes para entrar en el proyecto.
Facilitar la información a todos los participantes del proyecto.

Responsables: Jefe de servicio. Facultativo del Servicio.

Segundo mes en adelante:

Todas las primeras consultas, de los Centros de Salud indicados, derivadas por alguno de los médicos incluidos en el proyecto se contestarán vía mail, además de dejar copia en la historia clínica.
Cualquier cuestión surgida en el cuidado sanitario de estos pacientes podrá preguntarse al especialista de geriatría mediante mail.
Los informes de alta de pacientes pertenecientes a ese Centro de Salud se enviarán por e-mail, y se informará de una posible consulta posterior de seguimiento.

Responsables: Facultativo de servicio. Enfermera de Consulta externa.

Tercer mes:

Puesta en contacto con el coordinador del Centro de Salud para organizar una sesión conjunta. Valorar las primeras comunicaciones y especificar mejor los objetivos. Definir bien el paciente incluido

Responsables: Coordinador de calidad, Facultativo de servicio.

En el primer año:

Evaluación al año de el número de pacientes atendidos de esta manera
Evaluación mediante cuestionario de la satisfacción en el médico de Atención primaria

Responsable: Coordinador de calidad, Facultativo de servicio.

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

Indicador 01. Informe de respuesta de la primera consulta enviado por mail. El 100% de los incluidos en el proyecto.

Indicador 02. Informe de alta de los pacientes pertenecientes a ese Centro de Salud recibido por mail. El objetivo se fija en el 75%, por la dificultad de enviar todos ya que no participan todos los facultativos del servicio.

Indicador 03. Tiempo medio de respuesta <24 horas: Se obtiene midiendo el tiempo transcurrido entre la recepción del correo por el peticionario y el envío de la respuesta. El objetivo es que el 75% se respondan antes de 24 horas.

Indicador 04. Grado de satisfacción por petición: En cada respuesta se pedirá al peticionario que evalúe la información como "poco útil" "parcialmente útil" "muy útil". El objetivo es conseguir calificación "muy útil" en más del 60% de los casos.

Indicador 05. Grado de satisfacción anual: Se realizará un breve cuestionario, el primer año, para evaluar la satisfacción en el periodo. Este dato será la referencia de partida y, dependiendo de los resultados, se marcaran los objetivos de mejora.

Seguimiento: Semestralmente se evaluará el cumplimiento de los objetivos y se contrastaran los resultados en las sesiones conjuntas para tomar acciones de mejora del desempeño o acciones correctivas si no se cumplen los objetivos.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero 2009: Puesta en contacto con el coordinador del centro de Salud.

Marzo 2009: tras aceptación del proyecto reunión conjunta con los facultativos que participen y definición de criterios

Abril 2009: Definidos los criterios, se eligen pacientes que pueden entrar en el proyecto, valorando las consultas solicitadas desde el Centro de salud. Se hará de forma continuada durante el año.

Febrero 2010: Primera evaluación

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Implementación de un programa de prevención de infecciones nosocomiales
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos José Miguel Celorrio Pascual
Profesión Médico (FEA Medicina Preventiva)
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Ntra. Sra. de Gracia
Sector de SALUD: Zaragoza I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Medicina Preventiva
Correo electrónico: jmcclorrio@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976716888

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Esther Nuñez Alonso	DUE	Hospital Ntra. Sra. de Gracia
2 Gloria Soro Alcobierre	DUE (Directora de enfermería)	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...
<p>La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.</p> <p>Los avances médicos desarrollados en los últimos años han producido cambios importantes en la forma de enfermar de los pacientes. La amplia utilización de antibióticos, la mayor complejidad de las técnicas quirúrgicas, el aumento de procedimientos invasivos, tratamientos inmunosupresores, trasplantes, corticoterapia, etc... han contribuido a la emergencia de nuevos microorganismos patógenos, y al aumento de resistencias antibióticas.</p> <p>Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de gran importancia</p>

clínica y epidemiológica, debido a que condicionan el incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad, con un consecuente aumento en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludable perdidos por muerte prematura o vividos con mala calidad por secuelas o discapacidades, a lo que se suma el incremento de los días de hospitalización y el aumento de costes derivado del tratamiento de las infecciones.

En este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que entre las acciones que propone se encuentran: «Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada «Atención higiénica es atención más segura». En esta línea, el plan de calidad del ministerio de sanidad, en su estrategia 8 - mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, incluye la prevención de la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas (punto 110).

Actualmente nuestro hospital se encuentra en una fase de obras y de reorientación de actividad que ha supuesto la salida temporal de los Servicios Quirúrgicos y la integración en el mismo del Hospital Geriátrico "San Jorge". Estos cambios han afectado al tipo de pacientes que se atienden, han originado la incorporación de personal de otro centro y la reubicación del personal ya existente y precisan la homogenización de protocolos y dinámicas de trabajo.

En nuestro centro venimos trabajando desde hace varios años en el desarrollo de estrategias para reducir las infecciones nosocomiales. Una de estas estrategias es la elaboración e implementación de protocolos para la prevención y control de las infecciones nosocomiales. Para garantizar el éxito consideramos necesario el apoyo activo para la implementación de los mismos mediante la formación del personal, la elaboración de material didáctico (instrucciones, recomendaciones) de fácil consulta en los puntos de uso y la retroalimentación de los resultados.

El proyecto incluye la adaptación de los protocolos del Hospital Nuestra Señora de Gracia y los del antiguo Hospital Geriátrico "San Jorge", la implementación activa de los mismos mediante formación y elaboración de material de fácil consulta en punto de uso, en 4 aspectos que consideramos de especial relevancia:

- Aislamientos: precauciones estándar y precauciones específicas en función de los diferentes tipos de transmisión
- Limpieza y desinfección de las manos: utilización de soluciones hidroalcohólicas
- Prevención y control de microorganismos multirresistentes
- Limpieza, desinfección y esterilización del material de uso clínico

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- El **objetivo general**: reducir la incidencia de infecciones nosocomiales en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

- Los **objetivos específicos** son:

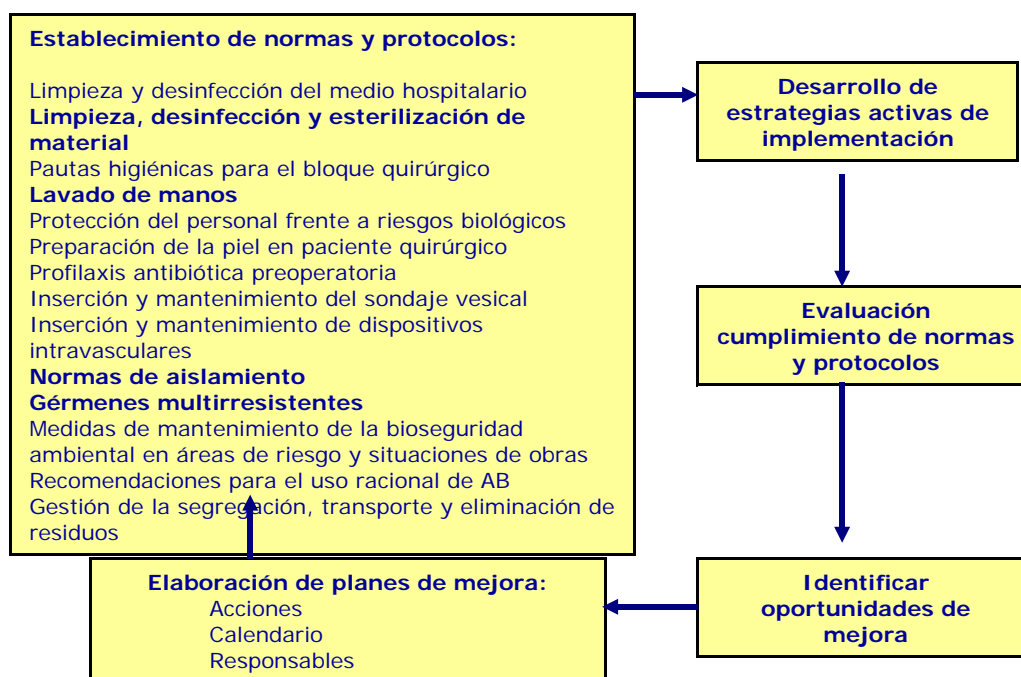
1. Aumentar la adhesión a las precauciones estándar para todos los pacientes y a las precauciones específicas en función de los diferentes tipos de transmisión
2. Mejorar la limpieza y desinfección de las manos, utilizando de forma adecuada las soluciones hidroalcohólicas
3. Reducir la aparición y transmisión de microorganismos multirresistentes
4. Mejorar la limpieza, desinfección y esterilización del material de uso clínico

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Una de las estrategias para la prevención y control de la infección nosocomial del Servicio de Medicina Preventiva y la Comisión de Infecciones del HNSG es el establecimiento de normas y protocolos. Para su implementación y mejora continua sigue un esquema basado en el ciclo PDCA.

Medidas de prevención y control de la infección nosocomial



Actividades para el desarrollo del proyecto:

- Revisión de los protocolos ya existentes en el HNSG y unificación con los existentes en el HGSJ. Aprobación por la Comisión de infecciones.
- Elaboración de una guía, en formato papel, que incluya los protocolos y documentos más relevantes para la prevención de la infección nosocomial
- Elaboración de cartelera para las Unidades de enfermería
- Formación trabajadores en los principios básicos para la prevención de infecciones nosocomiales:

- Elaboración calendario de sesiones que incluya a todas las unidades y servicios en los distintos turnos
- Sesiones de formación: protocolo de aislamientos, protocolo de gérmenes multirresistentes, protocolo de limpieza de material clínico, limpieza y desinfección de manos
- Evaluación conocimientos y competencias para la prevención de infecciones nosocomiales tras la formación

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 trabajadores que han asistido a las sesiones formativas por unidad**
- % de unidades que disponen de carteles
- **% de casos secundarios de IN por gérmenes multirresistentes**
- % de adecuación a protocolo de aislamientos
- % de adecuación a protocolo de multirresistentes
- % de adecuación protocolo limpieza de material de uso clínico
- Solución hidroalcohólica suministrada desde almacén o farmacia (mL) en período de tiempo/ 1000 pacientes día en periodo t en cada Unidad

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DEL PESO Y PARAMETROS METABOLICOS EN PACIENTES PSIQUIATRICOS EN TRATAMIENTO CON OLANZAPINA Y CLOZAPINA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL Ntra Sra DE GRACIA- C S ACTUR SUR

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr SEGUNDO DE MIGUEL GIMENP

Profesión

MEDICO PSIQUIATRA.

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

HOSPITAL Ntra Sra de GRACIA

Sector de SALUD

Sector I

Correo electrónico:

sdmiguel@comz.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976440022

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Roberto Lozano Ortiz	Farmacéutico	Hospital N ^o S ^a Gracia
M ^a Jesús Santacruz	Enfermera	Unidad de Salud Mental
Francisca Sebastián Perez	Enfermera	Unidad de Salud Mental.
Ignacio Andres Arribas	Farmaceutico	Hospital N ^o S ^a Gracia
Reyes Marin Lacasa	Psiquiatra	CS Actur Sur
Asunción Pascual Garcia	Psiquiatra	CS Actur Sur
Fernando De la Fuente	Administrativo	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 Clozapina y Olanzapina han demostrado su eficacia como antipsicóticos atípicos, siendo ambos de gran utilización en Trastorno Mental Grave. Sus efectos idiosincrásicos adversos más frecuentes y de gran repercusión a largo plazo son el aumento de peso y/o alteración de los parámetros metabólicos correspondientes (Glu, TG, Col T, HDL y Cociente Col/HDL).

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

4.3 METODOS: La Clozapina se elimina a través de CYP1A2 y Olanzapina a través de CYP1A2 y mediante glucoronconjugación vía UGT 1A4 siendo la bilirrubina el inhibidor más importante de esta última y el tabaco el inductor del CYP1A2 más extendido; Se propone la Bilirrubina T y el consumo de tabaco como biomarcador bioquímico e inductor del CYP no farmacológico más importante respectivamente, calculando el IMC y realizando determinaciones de BT y B indirecta al inicio del tratamiento hasta alcanzar dosis de mantenimiento y anotando el nº de cigarrillos/día.

4.4 SITUACION DE PARTIDA: Los pacientes en la actualidad en la USM son informados de la posibilidad de aumento de peso y alteración de parámetros bioquímicos relacionados con el metabolismo, con orden estricta de comunicar al psiquiatra de referencia cualquier síntoma de los comentados; Se revisan frecuentemente para control del peso y análisis bioquímico e indagar en profundidad la presencia de dichos síntomas adversos.

4.5. El equipo multidisciplinar encargado de llevarlo a cabo, ya está formado y funcionando desde aproximadamente 3 años y medio.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

6.2 Aumentar el control sobre alteraciones metabólicas iatrogénicas e interacción con otros fármacos que se pautan en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente y desarrollar pautas farmacológicas de actuación a fin de evitarlas.

6.3 Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicios de Psiquiatría y Farmacia, 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. Derivación a Farmacia y Laboratorio. Recogida de datos. Seguimiento en USM de pacientes en tratamiento con Olanzapina y Clozapina Dres R. Marin Lacasa, A Pascual y S de Miguel.

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: Dr S De Miguel, R Marin y A pascual.
- Efermeria realiza el volante de peticiones periodicas a Laboratorio: MJ. Santacruz.
- 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 Clozapina/IMC <25

8.2 Pacientes totales en tratamiento con Olanzapina/IMC <25

8.3 Pacientes totales en tratamiento con Clozapina /pacientes fumadores (nº cigarroa/dia)

8.4 Pacientes totales en tratamiento con Olanzapina /pacientes fumadores (nº cigarroa/dia)

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 2009

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

Diciembre de 2009:Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.

Enero de 2010 :Evaluación y propuesta de mejoras.Se decide continuar en vista de la utilidad de los resultados obtenidos.

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

<p>1.- TÍTULO</p> <p>MEJORA DEL CONTROL FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM) EN LA UCA DEL SECTOR I DE ZARAGOZA.</p> <p style="text-align: center;">CONTINUACION</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos NIEVES DOMEQUE VALIENTE, UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS. SERVICIO DE PSIQUIATRIA. HOSPITAL N^a S^a DE GRACIA DE ZARAGOZA</p>
<p>Profesión MEDICO UNIDAD DE CONSULTAS ADICTIVAS</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL N^a S^a DE GRACIA ZARAGOZA</p>
<p>Sector de SALUD Sector I</p>
<p>Correo electrónico: ndomeque@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976440022; 976715261</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ROBERTO LOZANO ORTIZ	FEA	FARMACIA H. GRACIA H Ntra Sra Gracia
VANESA RIBAS		
MARIBEL CORVINOS GARIN		
IGNACIO ANDRES ARRIBAS	FEA	FARMACIA H. GRACIA H Ntra Sra Gracia
DOLORES TORRELLAS MORENO		
CONCEPCIÓN PERALBAREZ		

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>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> <p>➤ 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 N^a S^a 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 enfermedades psiquiátricas que la población general, lo que genera el problema añadido de polimedición.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuando con las líneas de trabajo multidisciplinar del Hospital N^a S^a 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, Lamotrigina, Rifampicina ..etc)

nos permite plantear nuevas líneas de mejora en la atención clínica, en este caso a los pacientes en PMM en tratamiento con Metadona. Para ello se ha establecido un grupo multidisciplinar con el equipo de la UCA y el Servicio de Farmacia del Hospital N^o S^a de Gracia de Zaragoza.

- **UTILIDAD:** El control farmacocinético, farmacoterapéutico y clínico de los pacientes en tratamiento con Metadona supone una herramienta que aumenta considerablemente la eficacia, seguridad y cumplimiento de los tratamientos, incrementando la calidad de la evaluación clínica de los pacientes tratados con este medicamento.
- **MÉTODOS:** Se propone basándonos en la alteración producida por el consumo de opiáceos de los ejes Hipotalámico, Hipofisario-Gonadal y Adrenal, con alteraciones de ánimo, conducta y producción de estrés, alteraciones metabólicas, hipogonadismo, etc, realizar el seguimiento de las mismas estudiando en muestras de orina el índice Testosterona/Creatinina, para posteriormente realizar un ajuste posológico en base a ello. Asimismo se estudiarán los posibles individuos con polimorfismo enzimático (CYP3A) relacionados con dosificaciones extremas de Metadona.
- **SITUACION DE PARTIDA:** En la actualidad dada por una parte el número de pacientes y la dificultad de manejo y seguimiento de dichos pacientes ha resultado complicada la realización de una estrecha monitorización terapéutica y clínica de los mismos, situación que se pretende mejorar con este proyecto.

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 ha completado la determinación del índice urinario Testosterona /creatinina, en 44 pacientes lo que ha servido para establecer el punto óptimo en 30-45 mcg-24 h/ g-L Creatinina, ajustando posteriormente las dosis de metadona a este nivel.

Aquellos pacientes con dosis de metadona > 150 mg/día se les realizará durante 2009 el test PHARMACHIP (análisis genético del CYP450) así como también se realizará la determinación del índice T/C a otros 44 pacientes, con el objetivo final de realizar al menos una determinación de este tipo a todos ellos y poder disponer de datos objetivos acerca del grado de ajuste en el mantenimiento con metadona y evitar sobredosificación y síndromes de abstinencia.

Finalmente estos resultados se han presentado como comunicación al 53 Congreso Nacional de la SEFH

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la seguridad del paciente en Programas de Mantenimiento con Metadona, dadas las características clínicas de dichos pacientes.
- Aumentar la eficacia del tratamiento con Metadona en el caso de variaciones individuales y/o interacción con otros fármacos que se pauten en el tratamiento o que el paciente deba de tomar por otras patologías que presente
- **Continuación de la actividad del Equipo Multidisciplinar entre los Servicios 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 Recogida de los datos anatomoclínicos de los pacientes en tratamiento con

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>
-------	---

Metadona. Dolores Torrellas Moreno, Concepción Perálvarez, Maribel Corvinos Garin y Vanesa Ribas

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 PMM realiza la recogida de la información del protocolo. Seguimiento de pacientes en tratamiento con Metadona. Estudio Clínico de los pacientes: Nieves Domeque.
- Farmacia: realiza recogida de datos del paciente y análisis de los datos y emisión de informes farmacoterapéuticos. 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 con seguimiento de Biomarcadores/ Pacientes totales en tratamiento con Metadona.

8.2 Pacientes en tratamiento con dosis extremas de metadona /pacientes totales en tratamiento con Metadona

8.3. Pacientes con alteraciones enzimáticas/ Pacientes en tratamiento con dosis extremas de metadona

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.
Noviembre de 2008:Revisión de casos y valoración de cumplimiento del proyecto.
Enero de 2009 :Evaluación y propuestas de mejora.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
ORDENADOR PERSONAL HEWLETT PACKARD - HP Compaq 6710b	1.060,50
TOTAL	1.060,50

Zaragoza, a Febrero de 2009

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Programa de formación en habilidades de técnicas de cuidados Intensivos en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

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:

jjcorchero@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
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Ruiz Valero	FEA	UCI
María Luisa Martínez López	Supervisora	UCI

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

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.

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.

Asimismo, al existir procedimientos y técnicas que se utilizan esporádicamente, puede ser necesario refrescar habilidades en el personal estable de la Unidad.

Está recogida 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.

Asimismo se recoge la conveniencia de que exista un registro de dicha formación.

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.

*

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS:

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

- ★ Registro de indicadores de calidad en Medicina Intensiva.
- ★ 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 N DONANTES ÓRGANOS	REGISTRO INDICADORES DE CALIDAD EN CI	REGISTRO INDICADORES DE UCI	FORMACIÓN ESPECÍFICA 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

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual

Hasta Diciembre de 2008 se ha comenzado a realizar el plan de formación, se ha impartido a todo el personal de la Unidad formación en los siguientes temas:

A.- Puesta en marcha, calibración y revisión de los respiradores.

B.- Puesta en marcha del aparato de Filtración, Diálisis y Plasmaféresis.
(con participación de servicio técnico de la casa), está pendiente programar curso de actualización en técnicas de depuración en Enero de 2009.

* Se sugiere elaborar registro escrito de personal formado, se pondrá en marcha con la siguiente actividad programada.

* En el plan de calidad presentado se proponían como indicadores los siguientes:

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación:

Elaboración del catálogo.

Inicio formación.

Elaboración registro de personal formado.

Consideramos cumplidos los dos primeros y el siguiente se iniciará en las actividades inminentes.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Finalización de la elaboración de un catálogo de habilidades y técnicas necesarias en UCI.

Planificación de clases teóricas.

Planificación de clases prácticas, técnicas.

Cumplimentación registro de personal formado.

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

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

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.
 Finalización programa.

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:

Finalización de la formación según el programa elaborado.
 Revisión y ampliación si se cree oportuno del programa de formación.
 Elaboración registro de personal formado.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
 Indicar el calendario de las actividades previstas

Abril Mayo 2009 Revisión programa.
 Inicio registro.
 Finalización programa de formación.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<u>PDA</u>	<u>800</u>
TOTAL	800

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos en sepsis por catéter.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Ruiz Valero Francisco.
Profesión Medico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital
Sector de SALUD: Sector I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. UCI Hospital Real Nuestra Señora de Gracia.
Correo electrónico: jicorcher@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 440022 Ext 13433

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Jose Ignacio Corchero Martin	Medico	UCI
2 Marisa Martinez Lopez	Supervisora	UCI
3 Jose Miguel Celorrio Pascual.	Medico	M Preventiva.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...
IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO: La infección relacionada a catéter es una enfermedad yatrógena con una incidencia de 80.000 episodios al año, una mortalidad de aproximadamente 20.000 muertes al año y un coste asociado que puede llegar hasta 2 billones de dólares americanos al año en EE. UU. En la literatura se han reconocido numerosas medidas de prevención efectivas en la reducción de las infecciones, pero la ejecución de estas medidas en la práctica parece ser el problema más relevante, existiendo gran diferencia entre la mejor evidencia disponible y la práctica clínica. Las medidas más importantes incluyen el uso de barreras estériles durante la inserción, el uso de clorhexidina en el punto de inserción, utilización preferente de la vía subclavia frente a femoral y evitar el mantenimiento innecesario del catéter. Pero las medidas cruciales siguen siendo una higiene de manos adecuada, y los principios de control de infección en la prevención ² . Berenholtz et al han estudiado una serie de intervenciones para eliminar las infecciones asociadas a catéter en la UCI. Las medidas adoptadas por el equipo responsable para mejorar la calidad incluían cinco intervenciones. Asimismo, Warren et al han obtenido una reducción de 40% en la incidencia de las

infecciones relacionadas con el catéter, con una intervención de educación, cuyo objetivo era poner de relieve las medidas basadas en la evidencia asociadas a la prevención de las infecciones asociadas al catéter. Warren et al han adoptado medidas educacionales, así como la incorporación en la práctica de las medidas basadas en la evidencia sugeridas por las guías con carácter multicéntrico. El impacto de las medidas de educación en la reducción de la incidencia de infecciones es sostenida por otros trabajos, y su importancia en la promoción de la seguridad de los pacientes sugiere la necesidad de su puesta en práctica.

Recientemente, Pronovost et al han evaluado un paquete de medidas destinado a mejorar el cumplimiento de las recomendaciones del *Center for Disease Control* (CDC) acerca de la prevención de la infección relacionada con catéter.

La reducción en la incidencia de infecciones relacionadas con catéter, además de reducir los costes, tiene un efecto directo en la seguridad de los pacientes.

Intervenciones que disminuyen el riesgo de acontecimientos adversos y demuestran un compromiso diario con la seguridad del paciente pueden ser un medio de mejorar los resultados.

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS:

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

- ★ Estrategias de seguridad en sepsis por catéter..
- ★ 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	SEGURIDAD SEPSIS POR CATETER	FORMACIÓN ESPECIFICA PERSONAL
Fácil medición	2	2	2	3
Usuarios afectados.	1	2	3	3
Riesgo para el paciente.	0	3	1	3
Coste del programa de mejora	2	1	3	0
Necesidad de influencia externa para la solución del problema.	2	1	3	2
Profesionales implicados en el problema.	1	3	3	3
TOTAL	8	12	15	14

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

Se han llevado a cabo en la Unidad, en años precedentes, varios programas de mejora en lo relativo a elaboración de protocolos de inserción y mantenimiento de sepsis por catéter, se elaboró una guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección relacionada con catéter, se ha venido siguiendo y se ha monitorizado la incidencia de la sepsis por catéter, con resultados subóptimos por lo que hemos decidido elaborar el actual programa de mejora para mejorar la seguridad de los pacientes.

Hasta ahora se ha llevado a cabo:

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

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir la incidencia de sepsis por catéter a los niveles de los estudios reseñados, próximo a, en los primeros 3 meses, 0 episodios por cada 1.000 catéteres al día, durante los 18 meses de seguimiento, con una reducción importante hasta cifras cercanas a 2.4 episodios por cada 1.000 catéteres al día.

Medidas educacionales, implicando al personal de la Unidad en la política de aumentar la -----seguridad del paciente.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Incluir en plan de formación de la Unidad las medidas propuestas en este programa de mejora.

2.- Medidas de prevención a adoptar:

- 1.- Higiene de manos.
- 2.- Uso de barreras en la inserción del catéter.
- 3.- Uso de clorhexidina en la asepsia.
- 4.- Evitar la vía femoral.
- 5.- Remoción de catéteres innecesarios.

Responsables, equipo de mejora.

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.- Puesta en marcha de las medidas de prevención reseñadas.
- 2.- Disminución de la incidencia actual en un 50 % en el primer año de instauración del programa de mejora.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Abril Junio de 2009

Medidas educacionales y explicación a todo el personal de las medidas a tomar.

Julio 2009 Inicio programa y medidas de prevención.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**“Pictograma para inmigrantes: Dolor Abdominal Inespecífico.
Una información de calidad”**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Luís Cruz Sanjuán

Profesión

Enfermero - DUE

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

H. Ntra. Sra. de Gracia. Servicio de Urgencias

Sector de SALUD:

SECTOR I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Servicio de Urgencias

Correo electrónico:

lcruz@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-440022 ext. 13484

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco del Río Román	TEL	Servicio de Laboratorio
Gema López-Menchero Minguez	DUE	Servicio Urgencias
Valentín Porras Molina	Médico	Servicio Urgencias
Gloria Conde Olivan	DUE	H. Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Seguimos trabajando en el 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, con pocos o nulos conocimientos del idioma español.

Este problema nos plantea la necesidad de elaborar unos pictogramas o documentos gráficos, muy sencillos en su utilización y comprensión, para evitar posibles errores en el entendimiento y comunicación con el paciente, que pudieran llevarnos a posibles errores en el diagnóstico, tanto médico como de enfermería, y por consiguiente en un equivocado o deficiente 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

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 auxiliar)

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Coordinación de los tres equipos de trabajo: personal asistencial, informática y traductores

-Reuniones de trabajo, para la unificación de criterios con relación al contenido del pictograma, del personal asistencial: médico y de enfermería

-Reuniones de trabajo para la realización de los dibujos adecuados del personal asistencial con el equipo informático

-Creación de los pictogramas para la cual se establecerán reuniones de trabajo con cada uno de los diferentes traductores, el equipo informático y el personal asistencial

-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

Indicadores planteados como muestra del estudio

1er indicador necesario para observación general de todos los pacientes que son atendidos en Urgencias con un dolor abdominal inespecífico

Nº pacientes con dolor abdominal _____

Nº pacientes atendidos en Urgencias

2º Indicador necesario para una observación más específica de los pacientes que con dolor abdominal inespecífico son atendidos en Urgencias y son inmigrantes con dificultades idiomáticas

Nº pacientes inmigrantes con dolor abdominal _____

Nº pacientes con dolor abdominal

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Tenerlos terminados para septiembre con la finalidad de aplicarlos y evaluarlos a lo largo del último trimestre de este año 2009

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO "Proyecto Acogida: una mejora de la calidad en el triaje"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Valentín Porras Molina
Profesión Médico-FEA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) H. Ntra. Sra. de Gracia. Servicio de Urgencias
Sector de SALUD: Sector I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Urgencias. Hospital Nª Sª de Gracia
Correo electrónico: vporras@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-440022 ext. 13484

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Luís Cruz Sanjuán	DUE	Servicio Urgencias (*)
Gema López-Menchero Minguez	DUE	Servicio Urgencias (*)
Gloria Conde Olivan	DUE	Sº Neurofisiología (**)
Francisco del Río Román	TEL	Servicio de Laboratorio (*)
(*) Hospital Nª Sª de Gracia		
(**) Hospital Miguel Servet		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
<i>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...</i>
El constante aumento del número de consultas que se realizan en los servicios de urgencias hospitalarios, hace que sea imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita. A esta actividad se le ha venido llamando tradicionalmente Triaje.
No obstante con independencia de la priorización desde el punto de vista sanitario, tanto los pacientes como los familiares y en especial en nuestro centro, encuentran situaciones difíciles para adaptarse al entorno: saturación, idioma, etc.

La barrera idiomática que presenta con frecuencia la atención a inmigrantes hace más necesario solventar mediante una mejora en la acogida todos estos problemas.

Planteamos como estrategia una innovación organizativa en nuestro servicio de urgencias.

Pretendemos implementar en el proceso de atención de un sistema de acogida pivotado en un primer momento mediante la edición de un folleto informativo sobre las normas básicas que los usuarios de este Servicio deben tener en cuenta cuando acuden a él. Debe contemplar y facilitar información sobre el funcionamiento del Servicio con el fin de que los usuarios conozcan de primera mano sus funciones, los tiempos medios de espera, las áreas de atención, los pasos y prioridades que el servicio médico y de enfermería dan para atender a los enfermos, así como un listado de centros de salud y otros puntos de Urgencias en la ciudad a los que acudir antes de ir a Urgencias hospitalarias, lo que ayudará a regular el flujo de pacientes en este Servicio. Su objetivo es mejorar y agilizar el trabajo del centro y optimizar la estancia de los pacientes mejorando la calidad no solo la recibida sino también la percibida.

El triaje no debe convertirse en un factor de aislamiento en la atención integral del 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos:

1. Mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y emergencias, mediante una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que el paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia.
2. Ordenar de manera eficaz la demanda mediante valoración enfermera inicial prestando apoyo informativo como valor añadido a la atención.
3. Clasificar y distribuir los pacientes en base a sus necesidades asistenciales según la organización y estructura de la Unidad.
4. Prestar a los pacientes, y a sus familiares o acompañantes, una aproximación más humana, profesional y comprensible, mejor si es en su idioma, a su demanda asistencial.
5. Facilitar estabilidad y confort en la medida de lo posible.
6. Prestar información suficiente para disponer al paciente hacia una actitud terapéutica positiva y de optimización de los recursos sanitarios.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Realización de cronograma de trabajo → Reuniones periódicas para:

- Unificar criterios
- Consultar bibliografía: búsqueda de modelos similares.
- Elaborar borrador, valorar inclusión de pictogramas
- Consulta con otros servicios para valorar déficit de contenido
- Reevaluar borrador
- Avance definitivo
- Aprobación definitiva
- Imprenta
- Distribución

Todo el grupo estará implicado en todas las fases.

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 planteados como muestra del estudio

1er indicador: Grado de implantación necesario para observación general del cumplimiento del protocolo

Nº pacientes con aplicación del protocolo

Nº pacientes atendidos en Urgencias

2º Indicador : Nivel de satisfacción sobre el proyecto ejecutado

Nº pacientes con opinión satisfactoria

Nº pacientes con protocolo aplicado

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Iniciar proceso de creación a partir de su aprobación para poder implementarlos al iniciar el cuarto trimestre de 2009, de forma que dispongamos de número de casos suficientes para evaluación en Diciembre de 2009.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRABAJO Y REGLAMENTO DE
PETICIONES AL ARCHIVO PARA USO EN CONSULTAS EXTERNAS**
(continuación año 2008)

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, etc)

C.M.E. GRANDE COVIÁN

Sector de SALUD:

SECTOR I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar.
Indicar el servicio o unidad.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVOS

Correo electrónico:

plorente@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976472370 – ext. 17806

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA: somos 9 personas el equipo de mejora. Este proyecto tiene dos partes, es continuación del año anterior y todos estamos trabajando en el mismo.

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 M ^a JESÚS ARTERO GIL	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
2 M ^a ISABEL CORTÉS EZQUERRA	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
3 M ^a FELISA TENA TOMÁS	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
4 MARIANO VALDEZATE GONZÁLEZ	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
5 FRANCISCO CLAVERO ENGUITA	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
6 CARMEN SERRANO ALAMÁN	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
7 ANA JULIÁN ZARAZAGA	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
8 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

REGLAMENTO DE PETICIONES AL ARCHIVO PARA USO EN CONSULTAS EXTERNAS

Realización del documento	SI
Aprobación de Enfermería	SI
Envío documento y encuesta valoración	SI
Resultado encuesta	pendiente

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE TRABAJO

	Nº INICIAL (modificado)	Nº REVISADO	%
Procedimiento interno	15	10	73
Trabajos con otros centros	4	0	0
H.I.S.	18	3	16
Controles de calidad	3	0	0
PORCENTAJE TOTAL			32,5

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

- Seguir trabajando en la actualización y creación de protocolos, buscando los huecos que podamos destinar a conseguir el objetivo.
- Reglamento: valoración de la encuesta y resolución de propuestas. Presentación de póster en las próximas jornadas de calidad con resultados.

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. Quedan 27 por realizar, dividiremos proporcionalmente por trimestre, finalizando el trabajo en diciembre.

- Encuesta valoración del reglamento: % resolución y creación de un póster para las jornadas de calidad.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: continuación

Fecha de finalización: Diciembre

Calendario: El número de protocolos puede variar si vemos durante el proceso la necesidad de crear más.

Marzo: MANUALES DE PROCEDIMIENTO INTERNO (de un total de 18)

1. Anular un préstamo.
2. Consulta de historias fusionadas.
3. Marcar una historia como extraviada.
4. Pasar a activo una historia con estado pasivo.
5. Preparación de historias de pasivo.

Mayo: M.P. OTROS CENTROS Y CONTROLES DE CALIDAD

1. Cambios de domicilio.
2. Peticiones de Hospital Provincial.
3. Peticiones de Listas de Espera de H.R.T.Q.
4. Peticiones a Pasivo – Sº móvil.
5. Actualización de historias extraviadas.
6. Control de historias recuperadas.
7. Control de morosos.

Septiembre: PROTOCOLOS DE H.I.S.

1. Anotación de incidencias
2. Consultar historial.
3. Control de historias fusionadas.
4. Control de préstamos.
5. Creación de dossiers.
6. Mantenimientos – Dossieres.
7. Mantenimientos – Pacientes.

Noviembre: PROTOCOLOS DE H.I.S.

1. Mantenimiento de peticiones.
2. Mantenimiento de préstamos.
3. Preparación de historias: pantalla de preparación.
4. Préstamo
5. Préstamos en bloque.
6. Revisión de números provisionales.
7. Seguimiento de préstamos.
8. Emisión de etiquetas color de código de barras.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE FARMACOS ANTIOSTEOPORÓTICOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA EXTRAHOSPITALARIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre y apellidos	VICENTE PEG RODRÍGUEZ
Profesión	
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)	CME "GRANDE COVIÁN"
Sector de SALUD:	SECTOR I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.	SERV. DE ANÁLISIS CLÍNICOS / SERV. DE REUMATOLOGÍA
Correo electrónico:	vpeg@pegfam.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976472370

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ESTANISLAO CARDIEL GÓMEZ	FAC	CME GRANDE COVIÁN
2 JUAN CARLOS COBETA GARCÍA	FAC	CME GRANDE COVIÁN
3 ENCARNACIÓN CÁMARA FERNANDEZ	FAC	H. PROVINCIAL
4 VERÍSIMO MARTA SEBASTIÁN	FAC	CME GRANDE COVIÁN
5 ANDRÉS MOREDA VÁZQUEZ	FAC	CME GRANDE COVIÁN
6 PILAR BAILACH CORRAL	TEL	CME GRANDE COVIÁN
7 TERESA OLIVAN FELIPE	TEL	CME GRANDE COVIÁN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Un estudio reciente de la IOF señala que la OSTEOPOROSIS en España, donde se producen 25.000 fracturas cada año, los costes directos debidos a esta enfermedad superan los 126 millones de euros y los indirectos los 420 millones. Según dicho estudio, después de seis meses de tratamiento, la quinta parte de los pacientes lo abandonan; después de un año, la mitad de los afectados deja de medicarse; y dos años después, menos de la cuarta parte de los enfermos continúa con el tratamiento. Esto es debido a las molestias que pueden causar algunos de los fármacos utilizados. Como consecuencia del abandono del tratamiento, se reduce la movilidad y la independencia de los pacientes, que son menos capaces de continuar trabajando fuera de casa, se produce un gran impacto emocional y psicológico, además de provocar que los familiares pierdan también parte de su vida laboral al tener que
--

convertirse en permanentes cuidadores.

La utilización de la densitometría ósea para el control de la evolución presenta 3 inconvenientes entre los que podemos destacar:

Los cambios en las estructuras óseas no son apreciables antes de 24 meses, por lo tanto esta técnica no sirve como herramienta de control de la evolución y del tratamiento

No permite predecir la evolución de la enfermedad

Existen pocos equipos para realizarla con la consiguiente creación de largas listas de espera que pueden llegar a superar los dos años

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Queremos conseguir, con la monitorización de los fármacos:

1º.- Medir la respuesta de los pacientes al tratamiento a partir de los 3-4 meses de instaurado

2º.- Detectar el abandono del tratamiento por parte de alguno de los pacientes

3º.- Buscar parámetros bioquímicos útiles como sustitutivos de la densitometría

4º.- Intentar predecir la evolución de la enfermedad con tiempo suficiente como para poner en marcha otros fármacos o tratamientos coadyuvantes

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º.- Detección de los Pacientes susceptibles de incorporarse a este estudio, hasta un nº aprox. de 30.

Responsables: Facultativos de las consultas de Reumatología del CME "Grande Covián"

2º.- Citación de los sujetos seleccionados y realización de los estudios correspondientes

Responsables: Personal del S. de Análisis Clínicos del CME "Grande Covián"

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

1º.- Marcadores de resorción ósea

2º.- Marcadores bioquímicos de formación ósea

3º.- Marcadores de recambio óseo

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Se propone el siguiente cronograma de monitorización:

1º.- basal: antes de comenzar el tratamiento con densitometría ósea, si es posible.

2º.- programados cada tres meses durante un año como mínimo. Interesaría poder mantenerlos con esta periodicidad hasta que se realizase la primera densitometría de evolución.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE REMODELACIÓN ÓSEA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre y apellidos	VICENTE PEG RODRÍGUEZ
Profesión	
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)	CME "GRANDE COVIÁN" / H. PROVINCIAL
Sector de SALUD:	SECTOR I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.	SERV. DE ANÁLISIS CLÍNICOS / SERV. DE GINECOLOGÍA
Correo electrónico:	vpeg@pegfam.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976472370

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 PEDRO RODRÍGUEZ ABAD	FAC	H. PROVINCIAL
2 JUAN RAMÓN Y CAJAL AGÜERAS	FAC	H. PROVINCIAL
3 CONSUELO CASALLO MANTECÓN	FAC	H. PROVINCIAL
4 CARLOS LOZANO	FAC	H. PROVINCIAL
5 PILAR DEL TIEMPO	FAC	H. PROVINCIAL
6 ENCARNACIÓN CÁMARA FERNANDEZ	FAC	H. PROVINCIAL
7 VERÍSIMO MARTA SEBASTIÁN	FAC	CME GRANDE COVIÁN
8 ANDRÉS MOREDA VÁZQUEZ	FAC	CME GRANDE COVIÁN
9 PALOMA VELA ESTEBAN	TEL	CME GRANDE COVIÁN
10 MERCEDES TEJERO ANTOÑANZAS	TEL	CME GRANDE COVIÁN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Según datos de la IOF, la osteoporosis afecta a una tercera parte de las mujeres postmenopáusicas. En concreto, en las mujeres mayores de 45, la osteoporosis conlleva más días en el hospital que otras enfermedades como la diabetes, los infartos o el cáncer de mama.

Durante los 10 – 15 años que siguen a la menopausia se produce una aceleración de la pérdida ósea debido al déficit de estrógenos que se produce ya que, estas hormonas, frenan la reabsorción ósea.

La reabsorción ósea puede ser lo suficientemente intensa como para perforar las trabéculas del tejido óseo y provocar una pérdida de conexión entre ellas.

Estos adelgazamientos y pérdida de conexión de las trabéculas óseas, conducen a una fragilidad excesiva que favorecerá el “chafamiento” de las vertebras

Para el diagnóstico de esta enfermedad, la utilización de la densitometría ósea es imprescindible pero presenta 2 inconvenientes fundamentales:

Existen pocos equipos para realizarla con la consiguiente creación de largas listas de espera que pueden llegar a superar los dos años

Los cambios en las estructuras óseas no son apreciables antes de 24 meses, por lo tanto esta técnica no sirve como herramienta de seguimiento de la evolución

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1º.- Obtener valores de referencia de marcadores de remodelado óseo en mujeres perimenopáusicas de nuestra población adscrita

2º.- Intentar encontrar alguna relación entre las alteraciones de los marcadores óseos encontradas y el grado de osteoporosis para ver que puedan ser sustitutos de la densitometría ósea o, por lo menos, que sirvan de criterio para su indicación

3º.- Buscar parámetros bioquímicos útiles como predictores de la evolución de la osteoporosis postmenopáusica

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º.- Detección de las Pacientes susceptibles de incorporarse a este estudio, intentando llegar a un nº aprox. de 100.

Responsables: Facultativos de las consultas de Ginecología del CME “Grande Covián”

2º.- Citación de los sujetos seleccionados y realización de los estudios correspondientes

Responsables: Personal del S. de Análisis Clínicos del CME “Grande Covián”

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

1º.- Marcadores de resorción ósea

2º.- Marcadores bioquímicos de formación ósea

3º.- Marcadores de recambio óseo

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

A) Diagnóstico de menopausia por edad, historia clínica, determinaciones hormonales, etc

B) Cronograma de estudio de los marcadores de remodelado óseo:

1º.- determinación basal con densitometría ósea, si es posible.

2º.- programados cada tres meses durante un año como mínimo.

3º.- Interesaría poder mantenerlos con esta periodicidad hasta que se realizase la primera densitometría de evolución.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DEL PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO (UNIPOLARES Y BIPOLES) QUE REQUIERE TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL Ntra Sra DE GRACIA- C S ACTUR SUR

CONTINUACION

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dra REYES MARIN LACASA

Profesión

MEDICO PSIQUIATRA.

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

CS Actur Sur

Sector de SALUD

Sector I

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 NºSªGracia
Asunción Pascual Garcia	Psiquiatra	CS Actur Sur
Dolores vazquez Rodriguez	psiquiatra	CS Actur Sur
Cristina Pardo	Bioquímica	Hospital Nºsªde Gracia
Mª Jesús Santacruz	Enfermera	Unidad de Salud Mental
Segundo De Miguel	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental
Francisca Sebastián Perez	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 la prevención e identificación de pacientes con mayor riesgo de padecer dichos efectos secundarios.

4.3 METODOS: La lamotrigina se elimina mediante glucoronoconjugación, via UGT 1A4, 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Se ha completado el seguimiento de 15 pacientes con análisis de bilirrubina (BT BD y BI) estableciéndose como valores de referencia al final de la escalado de dosis 0.4 ,0.1 y 0.3 respectivamente.

Establecimiento relacion cuantitativa entre niveles plasmaticos de Lamotrigina y dosis, peso, BI y BD y presencia o ausencia de inducción enzimatica.

Control escalada dosis como punto limitante de su toxicidad (Niveles de UGT1A4 y Bilirrubina inicial) . Si no se completan los periodos de induccion enzimatica , los niveles LTG pueden multiplicarse del orden de tres- cuatro veces con respecto a aquellos que se hubieran obtenido si se mantiene 1-2 semanas como periodo de tiempo antes de incrementar la misma .

No se ha detectado ningun paciente con BT por encima de 0.8 al comienzo de terapia.

No se ha observado ninguna reaccion adversa dermatologica.

Falta completar el análisis de otros 15 pacientes, hasta completar los 30 previstos inicialmente, y posterior aplicación, del mismo seguimiento y control , en la practica clínica diaria al resto de pacientes en tratamiento con LTG, para lo cual se ha incorporado una psiquiatra perteneciente al sector I-Hospital Royo Villanova.

El presupuesto se ha utilizado en la compra de un ordenador portatil. Haria falta comprar otro.

Finalmente estos resultados se han presentado como comunicación al 53 Congrso Nacional de la SEFH:

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. Marin Lacasa, A Pascual , D Vazquez y S de Miguel.

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. Marin Lacasa
- Efermeria realiza el volante de peticiones periodicas 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 lamotrtrina /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 :Evaluacón y propuesta de mejoras.Se decide continuar en vista de la utilidad de los resultados obtenidos.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Estructuración de la información clínica de los pacientes del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental "Movera".
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos JOSÉ MANUEL GRANADA LÓPEZ
Profesión ENFERMERO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"
Sector de SALUD: Zaragoza I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: cdmovera@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976584137

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ANA RIVASES AUNES	PSIQUIATRA	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"
2 TERESA COLOMER SIMON	PSICÓLOGA	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"
3 MARISOL ESCUDERO SEVILLANO	TRABAJADORA SOCIAL	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"
4 AINHOA TELLERIA SANJUAN	TERAPÉUTA OCUPACIONAL	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"

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>Ante la aparición de problemas del ámbito de la salud mental en menores, se suscitan diferentes intervenciones desde lugares como lo educativo, lo social y lo sanitario. En numerosas ocasiones la información que se deriva de estas intervenciones no es puesta en común, lo que dificulta la coherencia de las mismas y provoca que no se alcancen los objetivos propuestos.</p> <p>Se trataría de colocarnos en un lugar de coordinación de esta información mediante la construcción de una historia clínica de cada caso que agrupe datos procedentes de estos diversos ámbitos.</p> <p>Estimamos que esta labor facilitaría un trabajo común y de coordinación de intervenciones que puedan ir en la misma dirección.</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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Esperamos que todos los menores ingresados en el Centro de Día Infanto-Juvenil tengan toda la documentación, generada por las diversas intervenciones desde los ámbitos educativo, social y sanitario, estructurada en una historia clínica que sirva como base documental y de coordinación para futuras intervenciones que puedan mejorar la adaptación del menor a su medio.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño de Historia Clínica Infanto-juvenilTERESA COLOMER – ANA RIVASES
 Diseño de registros de intervenciones profesionales...AINHOA TELLERIA – MARISOL ESCUDERO
 Diseño del Plan Individualizado de Tratamiento Infanto-Juvenil....JOSÉ M. GRANADA
 Asegurar la presencia de todos los registros básicos en la Historia Clínica y la inclusión de toda la información procedente de otros recursos.....JOSÉ M. GRANADA – ANA RIVASES

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

Presencia en el 100 % de las Historias Clínicas de la información básica indicada en nuestros procedimientos de actividad.

Presencia en el 100 % de las Historias Clínicas de los registros diseñados específicamente para los pacientes de este centro.

Presencia en el 80 % de las Historias Clínicas de los registros diseñados específicamente para la derivación a este centro e informes de otras intervenciones previas educativas, sociales o terapéuticas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

10 – 03 – 2009 Reunión inicial. Programación de actividades.
 16 – 03 – 2009 Puesta en marcha de las diferentes intervenciones.
 25 – 05 – 2009 Primera evaluación del desarrollo de las actividades.
 14 – 09 – 2009 Segunda evaluación del desarrollo de las actividades.
 30 – 11 – 2009 Evaluación final de actividades. Valoración de indicadores.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Reprografía de registros diseñados para el centro</i>	<i>0 euros (material propio)</i>
<i>Carpetas, etiquetas adhesivas, archivadores, etc.</i>	<i>0 euros (material propio)</i>
<i>Ordenador portátil HEWLETT PACKARD - HP Compaq 6710b Ref. 8-2-41568-1</i>	<i>930 euros</i>
<i>Impresora láser HP LaserJet P2055D Ref. 3-2-50359-0</i>	<i>230 euros</i>
TOTAL	1160 euros

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la detección, derivación y coordinación de casos de trastorno mental grave en la infancia y adolescencia, y su continuidad asistencial al ingreso y alta del Centro de Día Infanto-Juvenil de Salud Mental "Movera".

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
ANA RIVASES AUNES

Profesión
PSIQUIATRA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.)
CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"

Sector de SALUD:
Zaragoza I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:
cdmovera@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976584137

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 JOSÉ MANUEL GRANADA LÓPEZ	ENFERMERO	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"
2 TERESA COLOMER SIMON	PSICÓLOGA	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"
3 MARISOL ESCUDERO SEVILLANO	TRABAJADORA SOCIAL	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"
4 AINHOA TELLERIA SANJUAN	TERAPÉUTA OCUPACIONAL	CENTRO DE DÍA INFANTO-JUVENIL DE SALUD MENTAL "MOVERA"

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 trastorno mental grave en la infancia y adolescencia, plantea problemas de identificación, debido a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas y a la dificultad diagnóstica, así como a las dificultades añadidas de acceso a la red sanitaria especializada, de coordinación entre recursos, de comunicación entre diferentes instituciones (que pertenecen a diferentes áreas administrativas: educativa, social, sanitaria y judicial).

Para minimizar el efecto de estas dificultades sería conveniente facilitar la entrada de pacientes a los circuitos asistenciales sanitarios y garantizar su continuidad asistencial.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Rellenar este apartado solo en el caso de que el proyecto sea continuación de otro incluido en el Programa de Apoyo en la convocatoria anterior. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Criterios para la detección de trastorno mental grave en la infancia y adolescencia, en los diferentes ámbitos: educativo, sanitario, social y judicial.
- Procedimientos para la derivación hacia la red asistencial sanitaria.
- Criterios de derivación desde las USMIJ al Centro de Día Infanto-Juvenil.
- Procedimientos para asegurar la continuidad asistencial al ingreso y al alta del Centro de Día Infanto-Juvenil.
- Programa de coordinación de las áreas: educativa, sanitaria, social y judicial.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Criterios para la detección de trastorno mental grave en la infancia y adolescencia.
Criterios de derivación hacia los recursos sanitarios (USMIJ-Centro de Día)
TERESA COLOMER – ANA RIVASES

Procedimientos para asegurar la continuidad asistencial ... JOSÉ M. GRANADA-
AINHOA TELLERIA – MARISOL ESCUDERO

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

Redacción de un borrador de “Criterios para la detección de trastorno mental grave en la infancia y adolescencia”. (Para su consenso posterior con grupos de expertos)

Redacción de Criterios de derivación hacia los recursos sanitarios (USMIJ-Centro de Día).

Puesta en marcha de comisión de seguimiento de casos con trastorno mental grave en la infancia y adolescencia.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- 10 – 03 – 2009 Reunión inicial. Programación de actividades.
- 16 – 03 – 2009 Puesta en marcha de las diferentes intervenciones.
- 25 – 05 – 2009 Primera evaluación del desarrollo de las actividades.
- 14 – 09 – 2009 Segunda evaluación del desarrollo de las actividades.
- 30 – 11 – 2009 Evaluación final de actividades. Valoración de indicadores.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Reprografía</i>	<i>0 euros (material propio)</i>
<i>Carpetas, etiquetas adhesivas, archivadores, etc.</i>	<i>0 euros (material propio)</i>
<i>Material bibliográfico de apoyo (libros, revistas y otras publicaciones)</i>	<i>350 euros</i>
<i>Formación en Trastorno Mental Grave en la infancia y adolescencia para la elaboración de los criterios de detección</i>	<i>900 euros</i>
TOTAL	1250 euros

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragón de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO Desarrollo y puesta en marcha de una vía clínica para facilitar la atención sistemática y multidisciplinar de los pacientes que van a ser sometidos a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E.) en el Sector Zaragoza I.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Elena Peña González
Profesión Facultativo Especialista de Área de Aparato Digestivo
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital General Royo Villanova.
Sector de SALUD: Sector Zaragoza I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Aparato Digestivo
Correo electrónico: epenagon@yahoo.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
1 Juan J. Sebastián Domingo (corresponsable)	F.E.A.	Hospital Royo Villanova
2 Marcos Díez Cornell	F.E.A.	Hospital Royo Villanova
3 José M. Blas Lausín	F.E.A.	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 colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (C.P.R.E.) es una técnica mixta, endoscópico-radiológica. Su principal beneficio, un manejo mínimamente invasivo de la patología biliopancreática, se contrapone con un mayor riesgo potencial de complicaciones. De manera similar a otros procedimientos endoscópicos, los factores determinantes de la seguridad de la exploración incluyen una adecuada indicación, sedación y monitorización del paciente, edad y características del mismo, preparación y cuidados pre y postprocedimiento, así como la técnica realizada. Desde la implantación de la C.P.R.E. en nuestro Sector, en octubre de 2007, disponemos de un protocolo de actuación, para minimizar estos riesgos, que define la atención y/o cuidados que debe recibir el enfermo. En nuestro Sector, son varios los Servicios que pueden solicitar
--

dicha técnica, así como somos varios los que participamos activamente en su realización. Dada esta variabilidad potencial, proponemos la realización de una vía clínica que defina cuando, cómo y la secuencia de atención y/o cuidado que se ha de proporcionar a los pacientes, especificando los objetivos de cada fase. Con ello pretendemos organizar y homogeneizar la atención de los pacientes del Sector Zaragoza I que precisen dicha exploración.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Permitir establecer para todos los pacientes, independientemente del médico responsable, una secuencia de actuaciones basada en las mejores evidencias disponibles, al respecto, que permita mejorar la coordinación de los diferentes profesionales implicados al definir las actividades del día a día.
- Informar al paciente y a sus familiares de lo que puede ocurrir día a día, así como establecer el compromiso de la institución con su atención y cuidado. Ello permitirá la programación cuidadosa del ingreso, conociendo desde el inicio el momento previsible del alta.
- Proporcionar un marco común adecuado para la investigación de la efectividad de las medidas adoptadas, al equiparar las condiciones en que se presta la atención hospitalaria a estos pacientes.
- Reducir la frecuencia de efectos adversos y los costes derivados de la hospitalización e instrumentación en los pacientes que requieran una C.P.R.E.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reuniones con los Servicios implicados en la atención del enfermo (Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología), tanto personal facultativo como de enfermería, para informar del proyecto, formar un grupo de trabajo y coordinar el equipo de personas que van a intervenir en el proceso asistencial: Dra. Peña y Dr. Sebastián.
- Reuniones del grupo de trabajo para la elaboración del borrador de la matriz de la vía: Todos los miembros del equipo de mejora y un representante por Servicio.
- Reuniones con los Servicios implicados, por separado, en las que se discuta el diseño de la vía clínica a partir del borrador y se analicen las aportaciones de los demás profesionales implicados: Dra. Peña y Dr. Sebastián.
- Elaboración de los documentos específicos: matriz definitiva, ficha de recogida de datos, hoja de incidencias, hoja de información al paciente, encuesta de satisfacción, documentos propios del proceso y evaluación de la vía clínica: Todos los miembros del equipo de mejora.
- Presentación del material anterior a los Servicios implicados para su discusión, modificación y aprobación: Dra. Peña y Dr. Sebastián.
- Supervisión directa, durante toda su estancia hospitalaria, de cada uno de los pacientes que entran en la vía clínica: Dra. Peña y Dr. Díez.
- Reunión con los Servicios implicados para analizar el impacto de la puesta en marcha

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

de la vía clínica: Todos los miembros del equipo de mejora.
- Evaluación inicial del proyecto, aplicando indicadores: Dr. Díez y Dra. Peña.
- Exposición de la primera evaluación y ajustes de la vía clínica según resultados: Dra. Peña y 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. *Cobertura*: (Nº absoluto de pacientes a los que se realiza una C.P.R.E. y son incluidos en la vía/ Nº absoluto de pacientes a los que se realiza una C.P.R.E.) x 100. Estándar >95%
2. *Adecuación*: (Nº absoluto de pacientes incluidos en la vía y que cumplen todos los pasos previstos en la misma hasta el alta / Nº absoluto de pacientes incluidos en la vía) x 100. Estándar >90%
3. *Efectos adversos*: (Nº absoluto de pacientes incluidos en la vía y que presentan efectos adversos (hemorragia, perforación, infección, complicación anestésica, reacciones alérgicas medicamentosas) / Nº absoluto de pacientes incluidos en la vía) x 100. Estándar <10%
4. *Satisfacción*: [Nº absoluto de pacientes incluidos en la vía que reciben el cuestionario de satisfacción y contestan favorablemente el 75% de las preguntas / Nº absoluto de pacientes incluidos en la vía que reciben la encuesta de satisfacción y la contestan] x 100. Estándar >90%

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Presentación del proyecto a la Dirección del centro, Dirección de enfermería y Coordinador de calidad del hospital: Abril de 2009
- Presentación del proyecto a los responsables de los Servicios de Cirugía General, Medicina Interna y Anestesiología: Abril de 2009
- Elaboración del borrador de la matriz de la vía clínica: Abril de 2009
- Presentación del proyecto y del borrador de la matriz a todo el personal, facultativo y de enfermería, de los Servicios de Cirugía General y Medicina Interna y al personal facultativo del Servicio de Anestesiología: Mayo de 2009.
- Elaboración de los documentos específicos de la vía clínica: Mayo de 2009.
- Presentación de la matriz definitiva y demás documentos específicos a todos los Servicios implicados: Junio de 2009.
- Puesta en marcha de la vía clínica: Septiembre de 2009.
- Evaluación inicial del proyecto, mediante indicadores: Diciembre de 2009.
- Ajustes de la vía: Enero de 2010.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO CONSULTA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE COLON: IMPLANTACION Y DESARROLLO DE LA VÍA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL EN EL SECTOR ZARAGOZA I</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos BLAS LAUSIN, JOSE MANUEL</p>
<p>Profesión MÉDICO ESPECIALISTA EN APARATO DIGESTIVO</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL ROYO VILLANOVA</p>
<p>Sector de SALUD: SECTOR ZARAGOZA I</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE MEDICINA DIGESTIVA</p>
<p>Correo electrónico: jmblas@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 466910 Ext. 17593</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 NURIA LERIS LÓPEZ	DUE	H. "ROYO VILLANOVA"

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <p>El cáncer constituye uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. En este momento supone la principal causa de muerte en la Unión Europea y en Aragón. El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio; ocupando el segundo lugar en orden de frecuencia en hombres (tras el pulmonar) y en mujeres (tras el de mama). En los últimos años se ha observado un constante incremento de su incidencia.</p> <p>Junto con los tumores de mama y de cérvix uterino presenta unas características que lo hacen susceptible de cribado: es un problema de salud importante, un curso clínico predecible, un periodo sintomático definido, y su tratamiento en un estadio presintomático reduce la morbi-mortalidad.</p> <p>La identificación precoz de los síntomas de alarma permite un diagnóstico precoz, hecho que es fundamental en el pronóstico de esta enfermedad. La existencia de una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y las diversas especialidades que participan en el diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal supone una importante mejora en la calidad asistencial que se presta a nuestros usuarios. La creación de una consulta específica para el diagnóstico de la enfermedad supone un nexo de unión entre la atención primaria y la atención especializada dedicada al tratamiento de la enfermedad permitiendo soslayar los problemas de masificación y listas de espera de las consultas generales de patología digestiva.</p>
--

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con la puesta en práctica de la vía clínica sobre cáncer colorrectal, se espera conseguir una mayor agilidad en la atención al paciente con sospecha o certeza de cáncer colorrectal; ello redundará en una mayor satisfacción para nuestros pacientes-usuarios y en definitiva en una mejora del pronóstico de esta patología.

Como parte importante del flujo en la atención al paciente con cáncer colorrectal, la consulta monográfica de digestivo aportará una mejora en los tiempos de espera, siendo un punto de referencia para todos aquellos profesionales que atiendan enfermos con sospecha de esta grave patología. Por otra lado, esta nueva unidad será la responsable de la derivación del enfermo al servicio correspondiente para ejecutar el tratamiento oportuno: Cirugía, oncología, endoscopia digestiva, ...

Así pues, los resultados que se esperan conseguir son:

1. Reducir al máximo los tiempos de espera entre consultas, exploraciones y tratamiento.
2. Mejorar el pronóstico de la enfermedad
3. Mejorar la satisfacción de nuestros usuarios.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Dentro del proceso de cáncer colorrectal se encuentra el subproceso consulta de Aparato Digestivo. En este momento en el sector existe una consulta dedicada al cribado del cáncer colorrectal entre los pacientes de alto riesgo, pero no disponemos de una oferta específica para la sospecha, diagnóstico y seguimiento del cáncer colorrectal.

Nuestra propuesta consiste en la creación de una consulta dedicada al diagnóstico y seguimiento de los tumores colorrectales. Dicha consulta estaría radicada físicamente en el Hospital "Royo Villanova" constituyéndose como una ampliación de la actual consulta de alto riesgo. Se propone la dedicación inicial de 5 horas semanales, ajustables posteriormente según la evolución de las necesidades. Nuestros clientes serán todos los facultativos de atención primaria del sector, así como todos aquellos especialistas que tengan contacto con pacientes con sospecha de cáncer colorrectal. La tramitación de la solicitud de atención de los pacientes se hará a través de nuestro servicio de citaciones. Los enfermos a remitir a nuestra consulta deberán reunir unos criterios que serán puestos en conocimiento de todos los posibles clientes internos. Dichos criterios tendrán como objetivo garantizar en lo posible la atención rápida a los pacientes con una sospecha objetiva de patología tumoral, evitando desvirtuar el carácter de practicidad y agilidad que se quiere imprimir a este nuevo servicio.

Se establecerán las alianzas necesarias con los servicios de endoscopia, cirugía, radiología y oncología para la progresiva implantación de la Vía Clínica. Es importante resaltar la intención del Servicio de Digestivo de poner en marcha a lo largo de este año, una nueva sala de colonoscopia, con el objetivo de reducir los tiempos de espera. No obstante, independientemente del aumento de la oferta endoscópica, se reservarán de forma semanal una serie de citas para enfermos procedentes de la consulta de alto riesgo. El número de reservas se ajustará a las necesidades, para optimizar al máximo los recursos.

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

Teniendo en cuenta que los objetivos de la consulta son mejorar los tiempos de espera y la eficiencia en el uso de los recursos, los índices propuestos para evaluar los resultados son los siguientes:

1.- Reducción del tiempo hasta el diagnóstico de los enfermos vistos en la consulta de alto riesgo respecto al tiempo empleado por los enfermos procedentes de la consulta general de digestivo.

$$\text{Índice 1} = \frac{\text{Tiempo consulta alto riesgo}}{\text{Tiempo consulta general}} < 1$$

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

2.- Numero de resultados positivos, del total de pacientes remitidos a la consulta.

Índice 2= Neoplasias detectadas
Pacientes remitidos

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Dada la naturaleza del proyecto, se iniciará en cuanto sea aprobado, no teniendo fecha de finalización

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. Segunda fase.

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, etc)

Hospital General Royo Villanova. Servicio de Aparato Digestivo.

Sector de SALUD:

Sector Zaragoza I.

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

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
1 Eugenio Galve Royo	Médico A.P.	C.S. Amparo Poch
2 Carolina Mendi Metola	Médico A.P.	C.S. La Jota
3 Javier Valdepérez Torrubia	Médico A.P.	C. S. Actur Sur

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

- Reuniones (8) periódicas con los miembros de Atención Primaria (A. P.) del Equipo de Mejora para valorar los avances en el proyecto, concretar y mejorar la logística, redactar el documento informativo y concienciar a todos los médicos de centros de salud urbanos de la finalidad del programa.
- Reuniones (2) con la Dirección y la Junta Técnico Asistencial de A. P. para presentarles el programa y buscar su apoyo.
- Sesiones (8) de formación e información en todos los centros de salud urbanos del Sector I (6)
- Obtención de apoyo y compromiso explícito (nota interior de 14 de enero, 2009) de la Dirección de A. P. del Sector Zaragoza I (Dr. Lafuente) para participar activa y directamente en la formación e información sobre el programa en los centros de salud rurales (5) del Sector I.
- Redacción (consultando las evidencias científicas) y distribución entre todos los médicos de A. P. del Sector I de un documento informativo "oficial" y consensuado sobre el proyecto, incorporándolo en los equipos informáticos de cada médico de A. P. del Sector I.
- Pilotaje (6 meses), previo a la implantación definitiva del programa de calidad, sugerido por la Dirección del Sector I para conocer la dimensión real del problema. Comienzo en enero 2009.
- Se prevé la puesta en marcha del Proyecto de Mejora de Calidad en septiembre 2009, en todo el Sector Zaragoza I.

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
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

- Pilotaje previo a la puesta en marcha definitiva del Proyecto de Mejora: Dr. Sebastián.
- Seguimiento y supervisión del Proyecto en centros de salud Amparo Poch y Picarral: Dr. Galve.
- Seguimiento y supervisión del Proyecto en centros de salud La Jota y Santa Isabel: Dra. Mendi.
- Seguimiento y supervisión del Proyecto en centros de salud Actur Sur y Arrabal: Dr. Valdepérez.
- Sesiones informativas en los centros de salud rural (Alfajarín, Bujaraloz, Luna, Villamayor y Zuera): Dirección de Atención Primaria (Dr. Lafuente).

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

- Coordinación general del Proyecto de Mejora: 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 Proyecto 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.
3. Nivel de formación e información de los médicos de A. P. del Sector I sobre las indicaciones idóneas de endoscopia digestiva antes y después de empezar a trabajar el Equipo de Mejora.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio (2ª fase): Abril 2009	Fecha de finalización: --
- Pilotaje previo a la puesta en marcha definitiva del Proyecto de Mejora: Enero a junio de 2009, ambos inclusive.	
- Sesiones formativas e informativas en los centros de salud rurales (5) del Sector I a cargo de la Dirección de Atención Primaria: Abril y mayo de 2009	
- Puesta en marcha del Proyecto de Mejora: Septiembre de 2009	

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS (Cont)

- Evaluación de los primeros resultados: Diciembre de 2009
- Información de los resultados a todas las partes implicadas: Enero 2010

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Escáner (C. S. Amparo Poch)	200
Escáner (C. S. La Jota)	200
Escáner (C.S. Actur Sur)	200
Impresora láser	200
TOTAL	800

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO PROYECTO DE TELECONSULTA ENTRE ENDOCRINOLOGIA Y ATENCION PRIMARIA en el SECTOR 1 de ZARAGOZA
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos CONCEPCION VIDAL PERACHO
Profesión ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) HOSPITAL ROYO VILLANOVA y CME GRANDE COVIAN
Sector de SALUD: SECTOR 1
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. UNIDAD DE ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
Correo electrónico: cvidal@unizar.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: CME Grande Covián C/Alcalde Caballero 19, 976-472370.Extensión 17851

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
DRA OROSIA BANDRES	ENDOCRINOLOGA	H Royo VILLANOVA CME GRANDE COVIAN
DRA PAOLA GRACIA	ENDOCRINOLOGA	H Royo VILLANOVA CME GRANDE COVIAN

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>El desarrollo de nuevas tecnologías ha incrementado la posibilidad de intercambio de información en materia de salud y desde la declaración de la OMS en 1997, la telemedicina es considerada como el suministro de servicios sanitarios en los que la distancia es un factor crítico. El objetivo es el intercambio de datos, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes, con el objeto de mejorar la salud de las personas que viven en una comunidad determinada.</p> <p>La utilización de formas no presenciales en la visita médica ha facilitado el acceso a ciertos pacientes como los diabéticos juveniles a consultas especializadas, se ha conseguido disminuir el número de consultas presenciales al año y se ha objetivado una mejora de la satisfacción , por el sentimiento de cuidados continuados.</p>

Entre los profesionales de distintos sectores, primaria-hospitales de la sanidad se han desarrollado diferentes modelos de telemedicina aplicada a las urgencias o a la radiología, siguiendo los modelos de los hospitales de París (CEDIT, Centro de Evaluación de Métodos Médicos), el proyecto AMBULANCE en diferentes países europeos, el MERMAID, el SHARED en Italia y otros como HECTOR (participa España), así como las experiencias de Manacor y del Hospital Punta de Europa en Cádiz., con utilización de redes RDSI.

No obstante, la Telemedicina tiene tres dimensiones básicas: las telecomunicaciones, las ciencias de la informática y los servicios de salud, que se reflejarían en los conceptos de telemonitorización, telepresencia y teleconsulta. Es en este último campo tanto en el de la telepresencia, mediante videoconferencia, como en el de la teleconsulta, en el que estaríamos interesadas con este proyecto y, en particular, en la teleconsulta dado que es más fácil de implantar.

El objeto del proyecto sería la puesta en marcha de una consulta de este tipo, que fuera considerada tiempo de trabajo y que permitiera, en tiempo real o en las siguientes 24 horas, en horarios acordados con los diferentes centros de salud, la consulta por parte de atención primaria a endocrinología de diferentes casos clínicos o bien comentarios respecto a tratamientos, mediante correo electrónico fundamentalmente o telefónico.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar la calidad de la asistencia al paciente de este sector en el campo endocrinológico y nutricional

2. Mejorar la interrelación entre Atención Primaria y Endocrinología en un espacio virtual y científico, integrado en la actividad laboral.

3. Facilitar el acceso inmediato a la información que requiere el paciente para ser más eficiente el tratamiento

4. Mejorar las relaciones humanas con los profesionales de diferentes sectores del proceso de salud

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-acordar mediante compromiso escrito que quede reflejado quien hace la teleconsulta desde atención primaria

-los casos son comentados sin información nominal del paciente para guardar la confidencialidad

-horario determinado y acordado en el periodo laboral

-en tiempo real como si fuera consulta

-se considere trabajo de consulta de la unidad

-acceso universal a todos los médicos de atención primaria del sector 1

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)

-Correo electrónico
-Teléfono
-Ambos

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

-Encuesta de satisfacción a los profesionales de atención primaria a los que se facilite acceso directo al sistema

-Evaluación de la Unidad de Endocrinología sobre los cambios que el proyecto ha generado en la dinámica interna laboral del grupo, influencia sobre el número de pacientes que se derivan desde primaria, cuantificación de los motivos de consulta, estudio de las zonas de procedencia de la teleconsulta, eficiencia clínica y otros parámetros.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

A partir de abril o mayo del 2009, un día determinado a la semana para cada profesional o franja horaria para cada profesional. Utilizar los recursos humanos necesarios para la actividad laboral habitual y la realización de la teleconsulta.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u> <u>PROGRAMACION EN HORARIO DE TRABAJO</u>	<u>Euros</u>
<u>VALORAR EL COSTE DEL TIEMPO DE CONSULTA</u> <u>PARA CADA ENDOCRINOLOGO Y LAS NECESIDADES</u> <u>DE LA UNIDAD</u>	
TOTAL	

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS. EDUCACIÓN SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACIÓN PERSONALIZADOS DE MEDICAMENTOS
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos Ana Cristina Bandrés Liso Profesión FEA farmacia Hospitalaria. Farmacéutico de Enlace Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Royo Villanova Sector de SALUD: Sector 1 En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Farmacia/ Medicina Interna. Correo electrónico:acbandres@salud.aragon.es Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976466910-ext 17346

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Juan Ferrando Vela	FEA Medicina Interna	Hospital Royo Villanova.
2 Pablo Martínez Rodés	FEA M. I.	Hospital Royo Villanova
3 Rosa Martínez Alvarez	FEA M.I.	Hospital Royo Villanova
4 Yolanda Palacios Miguel	A.T.S	Hospital Royo Villanova
5 Blanca Gómez Mayol	A.T.S	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 no adherencia a los tratamientos, supone un grave problema con consecuencias negativas para la salud y unos costes injustificados sobre los sistemas sanitarios. LA OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública y desde distintas instituciones científicas se incide en la necesidad de poner en marcha medidas para corregirlo ¹ . Los pacientes ancianos polimedificados constituyen el principal grupo de riesgo de incumplimiento. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los pacientes ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas ² . En un reciente trabajo, se ha publicado que solo el 30% de los pacientes que toman 8 fármacos, conoce la posología de cada uno de ellos y sólo el 20% de estos pacientes reconocía tomarlos correctamente ³ . Los pacientes mayores de 65 años que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna consumen ambulatoriamente una media de 7,29 fármacos según estudio realizado en 2007 y además un 24% de ellos tiene prescripciones ineficaces, que complican su tratamiento ⁴ . Esto supone mas de 7 administraciones diarias, lo que se traduce en una polifarmacia difícil de manejar y que puede llevar en muchos casos al incumplimiento. Mediante este trabajo, se pretende detectar a los pacientes incumplidores y actuar sobre ellos poniendo en marcha distintas medidas que faciliten la adherencia a los tratamientos.

1. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud;28:113-120
2. San Félix J, Palop V, Pereiró I, Martínez -Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calida de los medicamentos consumidos. Aten Primaria 2002; 30:163-70.
3. Leal M, Abellán J, Casa MT, Martínez J. Paciente polimedocado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente?
4. Bandrés AC, Ferrando J, Martín I, García I. Prescripciones ineficaces e inapropiadas en ancianos. ¿Sirven los criterios de Beers? Med Clin 2009 (Barc) Article in press.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mediante el desarrollo de una estrategia de intervención multidimensional, realizada en equipo (medico-farmacéutico-enfermera), se pretende mejorar la adherencia a los tratamientos en los ancianos polimedocados incumplidores que ingresan en Medicina Interna.

Para ello se realizarán distintas actividades reflejadas en el punto 7, que han demostrado efectividad en estudios realizados anteriormente. Así, la educación sanitaria a los pacientes mediante la intervención de un farmacéutico ha demostrado que aumenta la adherencia de los pacientes con patología cardiovascular, según un reciente estudio, contribuyendo a la disminución del consumo de recursos sanitarios y reduciendo un 4% los ingresos hospitalarios¹. La simplificación de los tratamientos por parte del medico, eliminado fármacos innecesarios y estableciendo esquemas posológicos sencillos también contribuye a mejorar la adherencia. El uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD), ha mejorado en países como Canadá o Reino Unido el cumplimiento, pasando a ser del 80% frente al 30% obtenido con la dispensación tradicional. En España, los trabajos realizados con estos sistemas, consiguen un cumplimiento del 99% con un alto grado de satisfacción para el usuario².

1. Lyra JD, Amaral RT, Abriata JP, Pala JR. Satisfacción como resultado de un programa de Atención Farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirao Preto –Sao Paulo. Seguim Farmacoter 2005; 3:30*42
2. Atozqui, Díez Noguera A. Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación. Pharm Care Esp 2004;6:91-94

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Detección del paciente incumplidor. El farmacéutico realizara una entrevista personal a todos los mayores polimedocados que ingresan durante un mes en medicina interna valorando la adherencia a los tratamientos mediante un método indirecto (test de Morisky-Green-Levine) que esta validado para la población española y que ha mostrado una buena concordancia entre los resultados del test y parámetros objetivables. Se excluyen los pacientes con trastornos psíquicos, demencia o enfermedad neurológica que disminuya su capacidad de memoria.

- Comunicación al facultativo responsable de la no adherencia al tratamiento con el fin de que valore la adecuación de los tratamientos (simplificar las pautas, eliminar fármacos innecesarios) y eduque a los pacientes en la adherencia la tratamiento.

- Al alta, a todos los pacientes incumplidores detectados se les sensibilizara sobre

el uso correcto y racional del medicamento. La labor de educar a los pacientes es una tarea que precisa de la participación activa y de la colaboración de todos los profesionales por lo que participarán en ello el medico, farmacéutico y enfermera. Se proporcionará:

1. Información oral
2. Información escrita. Información gráfica del tratamiento mediante el programa gráfico infowin y material escrito con recomendaciones sencillas dirigidas a facilitar el cumplimiento.
3. Se entregaran sistemas personalizados de dosificación de medicamentos (SPD) semanales. Se seleccionaran a los pacientes que sean capaces o tengan el apoyo suficiente (entorno familiar u oficinas de farmacia) para la preparación semanal de estos sistemas.

- A los dos meses se realizará un seguimiento telefónico. Se realizará de nuevo el test de Morisky-Green-Levine para valorar si ha mejorado la adherencia al tratamiento

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 pacientes incumplidores (pacientes incumplidores /total pacientes valorados)
 - Nº pacientes a los que se facilita SPD/total pacientes susceptibles de recibirlos.
 - Mejora del cumplimiento terapéutico (% cumplimiento según test Morisky a lo dos meses -% cumplimiento inicial.)

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio actividades: mayo 2009.

Seguimiento pacientes: julio-agosto 2009

Evaluación programa: octubre 2009

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<p><u>Sistemas personalizados de dosificación de medicamentos</u> PASTILLERO SEMANAL 4 TOMAS DIARIAS MOD. PASTISEM Cuenta con cuatro compartimentos diarios por cada día de la semana. Tapas correderas de fácil uso. Dimensiones: 15,5 x 10,5 x 2,5 cm. Precio aproximado unidad: 5,40 euros * 100 unidades</p>	<u>540</u>
<p><u>Elaboración material educativo pacientes</u></p>	<u>60</u>
TOTAL	600

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<u>1.- TÍTULO</u> Información a pacientes externos sobre medicamentos extranjeros: prospecto en español.
--

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos Carlos Ángel Moncín Torres
Profesión Farmacéutico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Royo Villanova
Sector de SALUD: Sector I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Farmacia
Correo electrónico: farmacia.royovi@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 46 69 10 ext 17343

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 M^a Jesús Perrino García	Farmacéutica	Hospital Royo Villanova

<u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u> 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 medicamentos extranjeros que se dispensan a los pacientes externos que vienen al servicio de farmacia contienen, en el mejor de los casos, un prospecto en francés, inglés, alemán, o italiano. Se debe ofrecer a los pacientes información en español para que ésta sea inteligible y útil respecto a la posología, interacciones, efectos adversos, contraindicaciones o precauciones en relación con su tratamiento.

<u>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</u> 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.
--

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los pacientes estarán mejor informados sobre su tratamiento farmacológico ya que podrán conocer los citados aspectos en relación con su medicación.
Prevención de efectos iatrogénicos por desconocimiento de interacciones, contraindicaciones, etc.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración por los farmacéuticos del servicio de farmacia de prospectos en español que se facilitarán a los pacientes a los que se dispensen medicamentos extranjeros. Se realizan a partir de bibliografía, fundamentalmente base de datos de medicamentos Drugdex de Micromedex.

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. Cociente nº de medicamentos extranjeros en Servicio de Farmacia con prospecto en español / nº de medicamentos extranjeros en Servicio de Farmacia x 100 (porcentaje)
2. Cociente nº de pacientes que han recibido prospecto en español de un medicamento extranjero/ nº de pacientes a los que se ha dispensado un medicamento extranjero x 100 (porcentaje)

Frecuencia: la medición será al inicio del proyecto para el primer indicador y trimestral para los dos indicadores

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: 1 de marzo de 2.008

Fecha de finalización: 1 de diciembre de 2.008

Calendario:

- 1 de marzo de 2.008: medición inicial del indicador 1
- meses de marzo abril y mayo: elaboración de los prospectos en español
- 1 de junio, 1 de septiembre, 1 de diciembre: medición de los indicadores 1 y 2

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
No requiere recursos adicionales a los existentes	0,0
TOTAL	0,0

Zaragoza, 10 de febrero de 2.009

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<u>1.- TÍTULO</u> UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS, LA OPINIÓN UN NUEVO RETO DE CALIDAD

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u> Nombre y apellidos MARÍA JESÚS PERRINO GARCÍA
Profesión FARMACÉUTICA HOSPITAL
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL ROYO VILLANOVA
Sector de SALUD: SECTOR I ZARAGOZA
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. UNIDAD DE FARMACIA
Correo electrónico: farmacia.royovi@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-46-69-10 extensión 17343

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CARLOS ÁNGEL MONCÍN TORRES	Farmacéutico Hospital	Hospital Royo Villanova

<u>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</u> 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>Durante el año 2008, la farmacia del Hospital Royo Villanova ha desarrollado un crecimiento vertiginoso, como centro de referencia para su Área de Salud, atendiendo a más de 300 pacientes externos de distintas patologías (infecciosos: VIH, hepatitis B, hepatitis C; reumatológicos, hematológicos, neurológicos; dermatológicos...), usos compasivos y medicamentos extranjeros.</p> <p>A estos pacientes se les entrega una hoja gráfica de planificación horaria de tratamiento, principalmente a infecciosos, con la finalidad de mejorar el cumplimiento terapéutico. En aquellos medicamentos que lo precisen se les ofrece una explicación sobre la conservación y método de administración, de esta manera se consigue que el mismo paciente pueda auto-inyectarse sin necesidad de acudir a su consulta de enfermería, así como también, se le dan instrucciones sobre el sistema de recogida de residuos proporcionándole los contenedores adecuados.</p> <p>En relación con la nueva política de calidad que aconseja el Salud, se pretende mejorar las principales funciones que realiza exclusivamente el farmacéutico de hospital en la Unidad de Pacientes Externos, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -INFORMACIÓN en la atención al paciente externo. -SEGUIMIENTO de la terapia.

Para este proyecto se pensó en realizar una ENCUESTA y así conocer la opinión de los pacientes que recogen su medicación en la farmacia del hospital. Esto permitiría detectar problemas u oportunidades de mejora, analizar las causas y planificar cambios.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar globalmente la Atención Farmacéutica prestada a pacientes externos y demostrar que es muy útil la función que desarrolla el farmacéutico en este área, haciendo que el paciente se **RESPONSABILICE** de su tratamiento (mejorando así la adherencia) ,consiguiendo que se haga **AUTO-SUFICIENTE** en la administración de su medicación para que no tenga que utilizar otros recursos sanitarios .y un **CONTROL** de la medicación. Consideramos que estas son las líneas para **MEJORAR** y por tanto no debemos permitir que éstas se debiliten como podría ocurrir si llegara a plantearse una dispensación domiciliaria desde el laboratorio fabricante al domicilio del paciente como ya se ha oído comentar en algunos sectores.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se pretende elaborar una sencilla encuesta que se repartirá a los pacientes que acuden a recoger su medicación, durante un periodo de tiempo aproximado de un mes, con preguntas diseñadas para conocer la opinión de los pacientes en relación con el proceso de dispensación y atención farmacéutica. La encuesta constará de diez preguntas en total. Habrá una introducción donde se recogerán datos generales de sexo , edad , tiempo de tratamiento y otro apartado con ocho preguntas que se contestarán con la ayuda de iconos que representan cinco grados de valoración y dos preguntas más, estilo abierto, para que el paciente escriba libremente su opinión.

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

1º) Evaluación global:

Media del porcentaje (%) de puntos obtenidos con respecto al total de puntos de la encuesta.

2º) Evaluación por respuesta:

Como cada icono de respuesta tiene asignado una puntuación que va desde el 1 al 5 (excelente corresponderá con la máxima puntuación), para cada pregunta se fija como **indicador** : Porcentaje (%) de puntos obtenidos con respecto al total de esa respuesta.

- Máximo: 100 % si cada pregunta obtiene como respuesta 5 puntos.
- Mínimo: 75 % si cada pregunta obtiene como respuesta menos de 4 puntos

3º) Las preguntas abiertas se estudiarán particularmente intentando dar una explicación y proponer si fuera posible una mejora.

Se proponen como objetivos principales:

-Analizar la idoneidad del proceso de Atención Farmacéutica a paciente externo.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

-Comprobar que la información aportada es comprensible y adecuada.
-Comprobar que la cantidad de medicamento dispensada para tratamiento (actualmente se dispensa como máximo para un mes, salvo excepciones pactadas como vacaciones), es suficiente para que la relación uso racional del medicamento y satisfacción del paciente estén equilibradas.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Recogida de encuestas en el mes de abril-mayo-2009.
Valoración en el mes de junio-09.
Finalmente identificación de problemas y propuestas de mejora .

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
MEDIOS PROPIOS	0
TOTAL	0

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO REVISIÓN DE LA INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) CON MOTIVO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE). ADECUACIÓN A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos M ^a Esther Franco García
Profesión F.E.A. Hematología
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) S ^o Hematología Hospital Royo Villanova
Sector de SALUD: Sector I
En caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. S ^o Hematología Hospital Royo Villanova (adscripción temporal por obras en el S ^o Hematología Hospital Nuestra Señora de Gracia)
Correo electrónico: mefrancog@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976466910, ext 17332

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Luis López Gómez	FEA Hematología	Hospital Royo Villanova
Juan José Moneva Jordán	FEA Hematología	Hospital Royo Villanova
Vicente Carrasco Baraja	FEA Hematología	Hospital Royo Villanova
M ^a Ángeles Pérez Layo	FEA Hematología	Hospital Ntra Sra de Gracia
Pilar García Latorre	DUE	Hospital Ntra Sra de Gracia
Esther Marco Martín	DUE	Hospital Royo Villanova
Marisol Laín Agudo	DUE	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...
Situación actual: <ul style="list-style-type: none"> - Salvo situaciones puntuales, el S^o de Hematología no indica el inicio de TAO ni su supresión, sólo se ocupa de intentar el mejor control del mismo. La supresión del TAO corresponde a la especialidad que lo indicó. - Se percibe en la rutina diaria, sin tener datos cuantitativos, que un porcentaje de pacientes con TAO cuya indicación fue ETE, no suprimen nunca el TAO. - Se dispone de recomendaciones de consenso sobre la duración del TAO tras el

episodio de ETE, así como de sobre la posibilidad de disminuir el rango terapéutico de INR en un grupo de pacientes con TAO de larga evolución (50 Congreso de la Sociedad Americana de Hematología, ASH 2008).

- Existen ya sentencias en España condenando a la Administración por no vigilar el uso prolongado de un fármaco que conlleva riesgos asociados.
- La estimación del riesgo hemorrágico total asociado al TAO es muy variable en los distintos estudios, recogándose cifras de prevalencia entre un 5 a un 40%, con una incidencia de 2 a 70 casos / 100 pacientes con TAO / año y un riesgo de sangrado mayor de 2,4%.

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

- Adecuar a la evidencia científica disponible las indicaciones de tratamiento con anticoagulantes orales en los pacientes con ETE, una vez superados los 12 meses de dicho tratamiento
- Retirar el TAO o disminuir el rango de INR terapéutico a un grupo de pacientes que, con la actual evidencia científica, no se benefician de su tratamiento o se beneficiarían también con INR de menor rango y si están expuestos a complicaciones hemorrágicas.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Definición de "caso":

- Pacientes con TAO desde hace más de 1 año, cuyo motivo de indicación del TAO fue ETE (venosa o arterial) y en cuya ficha de TAO no consta la indicación indefinida del TAO, ni la presencia de otro motivo cardiovascular (ACxFA, otra arritmia cardíaca o prótesis valvular mecánica) que pudieran sentar la indicación del TAO indefinido

Sistemática de la revisión para el proyecto de mejora:

- Recoger, consecutivamente, los pacientes que vengan a control de TAO cuya indicación fuera por ETE y que lleven más de 1 año en tratamiento
- Revisar en su ficha informática de anticoagulación si consta o no la indicación indefinida del TAO, o la presencia de otro motivo cardiovascular (ACxFA, otra arritmia cardíaca o prótesis valvular mecánica) que pudieran sentar la indicación del TAO indefinido
- Si no consta ninguno de estos aspectos, el paciente pasará a ser considerado "caso". Cada paciente se recogerá sólo 1 vez.
- Continuar con esta primera revisión hasta recoger 50 "casos".
- Una vez definidos los 50 "casos" y revisadas sus fichas informáticas de TAO, se procederá a citarlos (como paciente de primer día) a una consulta especial de Hematología. La citación la realizará la enfermera de la consulta de

Hematología, vía telefónica, informando siempre al paciente del motivo por el que se le cita (revisión de su TAO), e indicándole que traiga cuantos informes médicos posea y todos los tratamientos que toma

- Cuando los pacientes acudan a consulta se revisará la documentación incluida en su historia clínica y se les realizarán, de forma escalonada, las siguientes exploraciones:
 - o ECG
 - o TA y pulso
 - o Peso y altura
 - o Historia clínica dirigida a ETE y a enfermedad cardiovascular
 - o Auscultación cardiaca: por si se detecta arritmia o soplo
 - o Exploración del sistema venoso de EEII: por si se detectan datos de insuficiencia venosa o de mala perfusión arterial
- Al paciente se le pasará un consentimiento informado sobre el estudio que se está realizando, recabando por escrito su consentimiento para participar en el mismo
- Si se detectan datos que hagan sospechar una patología no previamente conocida o no valorada en los últimos años en relación con su anticoagulación, se remitirá el paciente al especialista correspondiente para que ratifique o modifique la indicación de la anticoagulación
- Si no se detectan datos que hagan sospechar una patología de base que pudiera justificar la continuidad del TAO, se procederá a solicitar analítica con hemograma, coagulación y D-Dímero, según las recomendaciones publicadas del último congreso ASH 2008, y estudio de hipercoagulabilidad o estudio de imagen (ecodoppler) si así lo orientaran la Hª clínica y/o exploración
- Al finalizar el estudio, al paciente se le pasará una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida durante todo el proceso

Una vez valorados los resultados de las exploraciones se procederá a emitir un informe para su Médico de Familia y/o para el especialista que sentó la indicación del TAO, aconsejando retirar la el TAO, la conveniencia de modificar el rango de INR terapéutico o la indicación de seguir con el TAO en igual situación, según las recomendaciones publicadas del último congreso ASH 2008.

Una vez concluido y valorado el proyecto de mejora, si se considerara oportuno y necesario, se ampliaría la revisión poco a poco a todos los pacientes con TAO del Sector I que cumplieran criterios de "caso", apoyándose para ello en la creación (o en la ya existencia) de una consulta externa de Hematología de alta resolución, que podría ubicarse (total o parcialmente) en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

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 PACIENTES CON VALORACIÓN POSITIVA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Indicador:

- nº encuestas de satisfacción con valoración positiva / nº encuestas realizadas (se pretende alcanzar el 85% de satisfacción)

Nº TOTAL DE PACIENTES REVISADOS EN EL PROYECTO

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

Indicador:

- nº total de pacientes revisados en el proyecto / 50 pacientes definidos como objetivo del estudio (se pretende alcanzar los 50)

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- nº pacientes que se suspende TAO / nº total de pacientes revisados
- nº total de pacientes a los que se les modifica el rango de INR / nº total de pacientes revisados
- nº pacientes que continúan con INR a igual rango / nº total de pacientes revisados

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 abril 2009	Fecha de finalización: 31 marzo 2010
-------------------------------	--------------------------------------

Calendario:

- Reclutamiento de pacientes que cumplan criterios de "caso": primer semestre 2009
- Citación en consulta de Hematología: abril-agosto 2009
- Realización de exploraciones necesarias al grupo de pacientes arriba definidos: abril 2009 a finalización proyecto
- Elaboración de informe de cada paciente, con las medidas recomendables respecto a la suspensión, continuación a menor rango de INR o continuidad igual del TAO: julio 2009 a finalización proyecto
- Durante todo el año se recogerán posibles eventos trombóticos / hemorrágicos de estos pacientes, junto con datos sobre el momento de su producción y su relación o no con modificaciones en su tratamiento con anticoagulantes orales
- Informe global definitivo del proyecto de mejora: marzo 2010

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
DISMINUCIÓN RIESGOS ASOCIADOS A LA TERAPIA INTRAVENOSA: IMPLANTACIÓN PROTOCOLO TERAPIA SECUENCIAL PRECOZ.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos Juan Ferrando Vela
Profesión Jefe de Sección. Medicina Interna
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Royo Villanova
Sector de SALUD: Sector 1
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Medicina Interna
Correo electrónico: jferrandov@aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-466910 ext 17437

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Ana Cristina Bandrés Liso	FEA Farmacia Hospitalaria	Hospital Royo Villanova
2 Jesús Díez Manglano	FEA Medicina Interna	
3 Pilar Lamban	FEA Medicina Interna	
4 M ^a Jesús Arnal Longares	ATS Medicina Interna	
5 Fabiola Díez Masso	ATS.	
6 Rogelio Serrano Lázaro	Supervisor Enfermería	
7 Rosario Hernando De Pedro	ATS	

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 administración de medicamentos por vía intravenosa (iv) consigue niveles plasmáticos de forma inmediata por lo que es la vía de elección en el tratamiento de las infecciones graves y en general de aquellas que por sus características requieren la hospitalización del paciente. La posibilidad de completar la pauta terapéutica mediante la conversión del tratamiento iv a oral (vo) supone además de un menor coste del tratamiento, menores riesgos para los pacientes. Así, numerosos estudios observacionales y ensayos clínicos han demostrado las ventajas de los programas de conversión de tratamiento intravenoso a oral o terapia secuencial (TS) realizados con fármacos con bioequivalencia oral demostrada, en pacientes seleccionados e indicaciones seleccionadas¹⁻³ y especialmente de los programas realizados por equipos multidisciplinares, donde además del médico responsable existe una intervención de enfermería o farmacia en la detección de los pacientes potenciales⁴.

El concepto actual de TS tiene por objeto la conversión a tratamiento oral en los primeros días del tratamiento, es decir, en lo que se denomina fase de mejoría clínica precoz, sin esperar a la mejoría clínica definitiva, tal como se realizaba tradicionalmente⁴.

En diciembre del año 2008, se realizó un corte transversal en los pacientes ingresados en una planta de Medicina Interna con el fin de conocer la situación de la terapia intravenosa antibiótica y de los inhibidores de la bomba de protones (IBP). De los 56 pacientes ingresados, 31 estaban

en tratamiento con antibióticos parenterales y 11 eran susceptibles de TS precoz. En la mayoría de ellos (7 pacientes), esta conversión se realizó de forma correcta y en 4 pacientes el tratamiento parenteral se podría haber sustituido por vo de 1 a 3 días antes.

Respecto a los inhibidores de la bomba de protones, 20 pacientes estaban en tratamiento con IBP y 11 eran susceptibles de TS, realizándose correctamente la conversión en 3 de ellos y prolongándose en 8 pacientes la vía iv sin indicación para ello.

Se valoro el impacto económica que supuso mantener la vía iv mas de lo indicado clínicamente, considerando para ello los costes directos (material fungible, costes de adquisición de medicamentos) e indirectos (tiempo en la preparación y administración de medicamentos) y se estimó que si la conversión de tratamiento parenteral a oral se hubiese realizado precozmente el ahorro potencial anual alcanzaría 32.400 euros.

La elaboración e instauración un protocolo de TS precoz, realizada por un equipo multidisciplinar, donde la conversión del tratamiento parenteral a oral se realiza tan pronto como se observa mejoría clínica del paciente, pretende reducir los riesgos en nuestros pacientes y disminuir los costes del tratamiento sin comprometer el resultado clínico final.

1. Vogtlander Np; Van Kasteren ME, Natsch S, Kullberg BJ, Hekster YA, Van Der Meer JW. Improving the process of antibiotic therapy in daily practice: interventions to optimize timing, dosage adjustment to renal function, and swich therapy. Arch Intern Med 2004; 14:164:1206-12.
2. Hauck LD, Adler LM, Mulla ZD. Clinical pathway care improves outcomes among patients hospitalized for community acquired pneumonia. Ann Epidemiol 2004;14:669-75
3. Meehan Tp, Weingarten SR, Holmboe ES, Mathur D, Wang Y, Petrillo MK et al. A statewide initiative to improve the care of hospitalized pneumonia patients: the Connecticut Pneumonia Pathway Project. Am J med 2001;111:203-10
4. Guía de recomendaciones en la terapia secuencial antibiótica. Guías clínicas SEIMC 2006.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con la implatación del protocolo se pretende que la TS precoz se realice en todos los pacientes susceptibles, consiguiendo con ello:

- Disminuir las complicaciones asociadas a la administración intravenosa. La flebitis post infusión puede afectar hasta un 70% de las infusiones y esta asociada a un mayor riesgo de sepsis para el paciente. La frecuencia de estas infecciones está relacionada con una mayor duración de la inserción del catéter en la vena
- Proporcionar al paciente mayor confort, movilidad e independencia.
- Ahorro económico, derivado tanto de los costes directos (adquisición de material fungible y de medicamentos, **disolventes**) e indirectos (tiempo de enfermería en preparación y administración de medicamentos parenterales). Este ahorro se ha estimado, según corte trasversal efectuado en 2008 que hubiese supuesto, en un año, 32.000 euros.
- La conversión a tratamiento oral, permite también disminuir las estancias hospitalarias, como se ha demostrado en alguno de los estudios realizados, lo que supondrá también un importante ahorro.

Para comprobar los resultados de la instauración de la TS, se realizará un corte trasversal, similar al realizado con anterioridad a la implatación del protocolo, comprobando si la conversión se realiza en todos los pacientes susceptibles.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración protocolo Terapia Secuencial Precoz estableciendo:
 1. pacientes susceptibles: pacientes con mejoría clínica inicial (ausencia de fiebre en las últimas 12 horas, mejoría objetiva y subjetiva de las manifestaciones clínicas locales, tendencia a la normalización del recuento leucocitario) que están recibiendo medicamentos y/o nutrientes por vía oral y en ausencia de criterios de exclusión: dieta absoluta. riesgo de aspiración, disminución grado conciencia, obstrucción GI, reposo del trasto GI, pancreatitis o pacientes con absorción oral comprometida por náuseas, vómitos, diarrea severa, o alteraciones motilidad.
 2. fármacos. Antimicrobianos con buena biodisponibilidad oral, con una farmacocinética que permita administración cada 12-24 horas para favorecer el cumplimiento y con bajo potencial para desarrollar resistencias (levofloxacin, amoxicilina) e inhibidores de la bomba de protones (omeprazol).
 3. indicaciones susceptibles de TS. Todas aquellas en las que se ha validado como una buena estrategia terapéutica, tales como neumonía extrahospitalaria (excepto pacientes alto riesgo, clases IV-V) y nosocomial, infección de piel y tejidos blandas, infecciones tracto urinario.

- Difusión entre los profesionales implicados: medicina, enfermería, farmacia. Se realizaran sesiones, carteles informativos y recordatorios como material de apoyo para la realización de la terapia. Se establecerán sistemas de notificación al medico prescriptor por parte de enfermería o farmacia.

- Medida de resultados. Corte transversal tras implantar el protocolo.

Todas estas actividades se realizarán por el equipo multidisciplinar (médico, enfermera, farmacéutico), que ha demostrado además ser la forma más efectiva para conseguir resultados.

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 realizara un corte transversal tras la instauración del procolo valorando:

- % pacientes susceptibles de TS en los que se ha realizado correctamente.
- Disminución consumo levofloxacin y amoxicilina iv.

Además se comparará con la situación de partida midiendo:

- Incremento porcentaje pacientes en tratamiento con antimicrobianos en los que se realizó TS precozmente tras implatación protocolo
- Incremento porcentaje pacientes en tratamiento con IBP en los que se realizó TS correctamente tras implatación protocolo.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Elaboración y difusión protocolo terapia secuencial precoz: enero 2009

Implatación protocolo: año 2009

Medida de resultados: Segundo semestre 2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Disminución de la carga de stress del cuidador de pacientes con demencia mediante la formación en dicho proceso y sesiones de terapia.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: J.M. Pérez Trullén

Profesión: FEA Neurología

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc): Hospital Royo Villanova (Zaragoza)

Sector de SALUD: Sector-I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Unidad de Neurología

Correo electrónico: jmpt@unizar.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976466910 (ext. 232)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Juana Utrilla del Buey	ATS	Hosp. Royo Villanova
2 Paola Martitegui	Médico Rehabilitador	Hosp. Royo Villanova
3 Isabel Campello Sara Sanchez Valiente Mantel Pina	Neurología Neurología Neurología	Hosp.. 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.

En las enfermedades neurológicas crónicas, como es la demencia, es preciso un sistema de apoyo continuo, integrado y adecuado no sólo familiar sino multidisciplinar en el que pueda integrar la familia, la cual también precisa de un apoyo externo que le ayude a aceptar y superar el diagnóstico y a reducir el stress, facilitando ideas y acciones, aportando conocimientos, experiencias y resolviendo

problemas.

Entre las medidas terapéuticas no farmacológicas que se han demostrado eficaces en este proceso neurológico están:

- Intervención sociofamiliar (cuidador) (asistente social): programas para familiares, intervención sobre el hogar, etc.

- Mejorar la relación paciente-cuidador. Proporcionar un soporte: familiar, sanitario (prevenir complicaciones para reducir el ingreso hospitalario), institucional, social y legal.

El cuidador es la persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad y permite seguir viviendo en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razón de edad o incapacidad no puede vivir totalmente independiente. El cuidador no es sólo el que cuida al paciente sino que es un elemento sanitario vital en estos procesos y su función incluye también el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes. Entre los consejos que han demostrado una mayor eficacia en la atención del cuidador al paciente con demencia están el adquirir información (síntomas, evolución y posibles complicaciones para prevenirlas o si aparecen detectarlas precozmente. Resolviendo dudas que pueden causar mala atención al paciente) sobre la enfermedad del familiar a través de su médico especialista, el verbalizar sus sentimientos (huyendo de sentimientos de culpa, angustia o negativismo) y finalmente el compartir problemas, experiencias y sentimientos con familiares, amigos y otros cuidadores que ha demostrado le ayudará a aceptarlos, tolerarlos y controlarlos mejor a la vez que ayuda a aminorarlos, a aceptar el diagnóstico y facilita ideas y acciones. Se busca entre otras cosas que sepa que no está sólo, cuenta con el apoyo no sólo de su familia y de sus amistades sino también de sus médicos.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Es una actividad que venimos realizando desde hace aproximadamente un año pero sin Proyecto de Calidad. A lo largo de este periodo de tiempo hemos observado que permite disminuir el stress del cuidador, la resolución de conflictos así como aumenta la capacidad del cuidador para prevenir determinadas complicaciones. La situación psíquica de los cuidadores que participan en las sesiones tiene un menor nivel de ansiedad y depresión que aquellos que todavía no se han incorporado lo que conlleva disminuir la necesidad de atención tanto en primaria como de salud mental y de la prescripción farmacológica. Hemos logrado que aumente el modelo orientado por tareas de atención al paciente con demencia que conlleva menos sobrecarga que el tradicional modelo paternalista que supone una mayor sobrecarga y esfuerzo y por tanto mayor riesgo de aparición del síndrome del cuidador.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar el grado de conocimiento eficaz de la enfermedad, especialmente clínico (de las posibles complicaciones para prevenirlas o si aparecen detectarlas precozmente) y de opciones terapéuticas alternativas no farmacológicas.

- Disminuir la angustia derivada del desconocimiento del proceso y de su evolución. Las dudas y preocupaciones generan angustia y pueden causar mala atención al paciente.

- Facilitar una atención eficaz y continuada a estos pacientes con demencia. Establecer un equilibrio entre la ayuda que necesita y la que se le preste con entusiasmo, comprensión, respeto y dignidad.

- Facilitar la adaptación, de paciente y cuidador, a los cambios que vayan apareciendo en función del momento en que aparezcan.

- Formar un grupo terapéutico en el cual verbalizar sus sentimientos compartir problemas, experiencias y sentimientos con otros cuidadores que le ayudará a aceptarlos, tolerarlos y controlarlos mejor que sepa que no está sólo y gane confianza en si mismo.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaboración de sesiones cada 15-20 días en las que de modo progresivo se facilitará la información médica (adecuada al grupo) de la patología, complicaciones y modo de actuación del cuidador. Asimismo se facilitará la formación de grupos lo más homogéneos posibles que permitan la integración de diferentes cuidadores, la resolución de problemas y terapia de grupo para aumentar la confianza y autoestima. Todo ello de modo multidisciplinar al buscar la integración del especialista, la ATS de neurología y rehabilitación-fisioterapia.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Respuesta de los familiares a las diversas sesiones grupales.
- Detección de problemas derivados de la atención a estos pacientes y solución del mismo.
- Grado de satisfacción del familiar.
- Puntuación en la escala Zarit (Escala de Carga del Cuidador) y el Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson, antes y después del paso por el grupo de sesiones para ver en qué medida podemos prevenir o aliviar el síndrome del cuidador.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Esta actividad está planteada como una actividad continuada en la que se vayan incorporando de forma progresiva a esta actividad los diversos cuidadores de los nuevos pacientes diagnosticados, formando grupos de familiares cuidadores conforme se incorporen pero siempre de un modo controlado y lo más homogéneos posibles.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Disco duro externo para archivo charlas, material gráfico de formación y registros	190

Material para los cuidadores y charlas	130
Libros temática cuidadores	330
TOTAL	650

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	--

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO Disfagia: Informar y formar en el manejo de la disfagia a profesionales pacientes y/o cuidadores en diferentes ámbitos asistenciales.</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos INMACULADA BOLINAGA MORAL</p>
<p>Profesión DIETISTA-NUTRICIONISTA</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Royo Villanova.</p>
<p>Sector de SALUD: Zaragoza I</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Enfermera de Enlace(EES), Enfermera de Valoración y Dietista</p>
<p>Correo electrónico: ibolinaga@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976.466.910 Ext 17231</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Isabel Alfonso Cortés	Enfermera de Enlace S1	Atención Primaria
2 M ^a Jesús Pardo Díez	Enfermera de Valoración	Hospital Royo Villanova

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...</p> <ul style="list-style-type: none"> - La disfagia es un proceso muy frecuente que altera de forma importante la alimentación y puede producir complicaciones que afectan a la salud y calidad de vida del paciente. - Los cuidadores de pacientes dependientes demandan información sobre alimentación (necesidad detectada y evaluada en "Captación de Cuidadores Principales para Adiestramiento en Cuidados por Medio de Talleres de Formación", Proyecto de Mejora de la Calidad, 2008). - La prevalencia en individuos mayores de 50 años oscila entre el 16 y el 22%. En el ámbito hospitalario es del 12% (Robles M^a J., Trallero R. <i>Disfagia</i> en Recomendaciones Nutricionales en Geriatría; 109-117). - En el Hospital Royo Villanova, la dieta de disfagia representa el 9% aproximadamente del total de las dietas que se sirven (Unidad de Dietética). - La dieta debe formar parte del tratamiento integral del paciente en la <i>disfagia</i>.
--

<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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.</p>

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mantener una continuidad en la atención y formación al cuidador principal entre niveles asistenciales.
- Unificar los procedimientos de trabajo de los profesionales de ambos niveles asistenciales (AP y AE).
- Mejorar los conocimientos en materia de alimentación a pacientes y/o cuidadores para ser mas autónomos en la toma de decisiones.
- Favorecer el seguimiento de la dieta y los consejos, por parte del paciente y/o cuidadores.
- Prevenir posibles complicaciones: atragantamientos, broncoaspiraciones, infecciones, desnutrición, deshidratación...
- Evitar en la medida de lo posible los reingresos hospitalarios por las causas anteriores.
- Mantener y/o mejorar el estado nutricional y la calidad de vida del paciente.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Población diana (en ambos niveles asistenciales)*Hospitalización: (AE)*

- Profesionales sanitarios de las unidades asistenciales donde habitualmente se presentan casos de disfagia.
- Profesionales sanitarios de otras unidades asistenciales.

Atención Primaria(:AP)

- Profesionales sanitarios.
- Pacientes y/o familiares derivados por enfermería o personal sanitario del c.salud.

Metodología

Teórico-práctico

Interactivo, participativo, demostrativo

Trabajo en grupos

Formación en talleres

- Elaboración y realización de **talleres** (teórico – prácticos) sobre la disfagia a *personal sanitario* en ambos niveles asistenciales (AP y AE)
- Elaboración y realización de **talleres** (teórico –prácticos) sobre la disfagia a *pacientes, familiares y/o cuidadores* en Atención Primaria.

Nº de sesiones 1sesión de 90 minutos por taller

30 min. teoría presentación del tema con apoyo audiovisual (power point)

10 min. preguntas y dudas

10 min. presentación y distribución de materiales

30 min. casos prácticos, manejo de material

10 min. puesta en común, conclusiones

Encuesta de valoración del taller

Nº de participantes por sesión 12-15 personas**Otras actividades divulgativas**

- Realización de un **Díptico** informativo (dirigido a pacientes y/o cuidadores)
- Realización de un **Póster** informativo (para salas de familiares y consultas de enfermería)
- Información a pacientes y/o familiares captados por enfermería o los identificados a través del programa de gestión de dietas

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

- Grado de satisfacción de los participantes en los talleres, valorado mediante encuesta (ficha de alumno y encuesta).
- Nº de profesionales de Atención especializada que realizan los talleres.
- Nº de profesionales de Atención Primaria que realizan los talleres.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- 1º trimestre: - elaboración del proyecto
- recopilación de materiales, información
- diseño de soportes : folleto etc...
hoja de recogida de datos, registro....
- 2º trimestre: - calendario de talleres a profesionales de ambos niveles asistenciales.
- impartir talleres a profesionales en AE y AP
- 3º trimestre: - talleres a los pacientes y/o cuidadores en AP.
- 4º trimestre: - evaluación de los talleres.
- propuesta de continuación y mejora del proyecto en año 2010

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO VALIDEZ DE LA ARTRO-RM DIRECTA, EN NUESTRO MEDIO, EN LA DETECCIÓN DE LA INESTABILIDAD GLENOHUMERAL. CORRELACIÓN RADIOARTROSCÓPICA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos SORIANO GODÉS JUAN J Y ROS MENDOZA L.H.
Profesión MÉDICO (RADIODIAGNÓSTICO)
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL GENERAL ROYO VILLANOVA
Sector de SALUD: ZARAGOZA 1
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
Correo electrónico: jjSORIANO@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-466910 y Extensión: 17502

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
FERRER LAHUERTA, EDUARDO	MÉDICO	H. ROYO VILLANOVA
BLASCO SATÚE, ALICIA	MÉDICO	H. ROYO VILLANOVA
RODRÍGUEZ BOROBIA, AGUSTÍN	MÉDICO	H. ROYO VILLANOVA
RODRIGUEZ CHACON, LUIS	MÉDICO	H. ROYO VILLANOVA
FEKETE ANDRAS	MÉDICO	H. ROYO VILLANOVA
NAVARRO GARCÍA, EVELIO	MÉDICO	H. 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...
IMPORTANCIA Y UTILIDAD.
El hombro es la articulación más inestable del cuerpo y por lo tanto es susceptible no solo de luxaciones agudas sino también de cuadros de microinestabilidad en relación con el sobreuso de la misma. En los dos casos se pueden producir lesiones del labrum glenoideo, cápsula glenohumeral, cartílago articular, cabeza humeral, tendones del manguito de rotadores, tendón de la porción larga del bíceps, ligamentos glenohumerales y el ligamento coracohumeral.
La inestabilidad glenohumeral puede pasar desapercibida en las exploraciones clínicas y radiológicas rutinarias pasando de una situación aguda a una situación crónica con dolor articular y limitación de movimientos e incluso afectación del plexo braquial en los

casos crónicos limitando la movilidad más allá del hombro.

La resonancia magnética, sobre todo la artro directa, ha demostrado una gran precisión diagnóstica en dichas lesiones, aunque para su interpretación necesario conocer no solamente las diferentes lesiones y la combinación de las mismas, sino también las variantes de la normalidad que pueden confundirse con patología articular.

La puesta en marcha de una nueva técnica mínimamente invasiva, como la artro-RM directa, supone un nuevo reto en el diagnóstico precoz de dicha patología, que requiere de la existencia de un plan de calidad que nos indique que nuestros hallazgos se correspondan con la realidad. El "gold estándar" en nuestro caso serían los hallazgos de la artroscopia de los pacientes que requieran cirugía.

MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS.

Los pacientes procederán de las consultas de Traumatología y Rehabilitación del Sector I. Las peticiones de Artro-RM serán directamente gestionadas por la unidad de Radiología, dando respuesta a la petición en los siguientes 7 días.

SITUACIÓN DE PARTIDA.

Nula, al no disponer de RM y no tener el Hospital un Servicio de Traumatología.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

.- Beltran J. y Herrero P. Resonancia magnética de la inestabilidad glenohumeral: nuevos conceptos. Radiología. 2007; 49(2): 63-81.

.- Jbara M.; Qi Chen, Paul Marten; Morcos Morcos and Beltran J. Artrografía por resonancia magnética del hombro: cómo, por qué, cuándo. Radiol Clin N. Am 43 (2005) 683-692.

.- Schajpal DT and Zuckerman JD. Chronic Glenohumeral Dislocation. J. Am. Acad Orthop Surg 2008; 16: 385-398 .

.- Steinbach Lyne S., Palmer W.E., Schweitzer M.E. Special Focus Session: MR Arthrography. RadioGraphics 2002; 22: 1223-1246.

.- C. Fernández Pérez, L. Barreales Tolosa, V. Ramírez de Molina. Diseño y análisis de un estudio de validez de pruebas diagnósticas en investigación clínica. Todo Hospital, mayo 2006/226: 241-247.

.- G.C. Fernández et al. RM artrografía de hombro. descripción y valoración de la técnica guiada con ecografía y utilizando una aguja espinal infantil. Radiología 2008; 50: 297-302.

.- L. Cereza, R. García -Valtuille, A. Canga et al. Técnica e indicaciones de la RM artrografía. Extremidad Superior. Radiología. 2006; 48: 341-356.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se espera obtener una base semiológica de los hallazgos radiológicos, que nos permitan un diagnóstico certero y que redunden en una mayor seguridad clínica para el paciente, es decir queremos obtener la validez de la prueba en nuestro medio.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- .- Estancia previa en centro de referencia y puesta a punto de la técnica. **ENCARGADO:** SORIANO GODÉS JUAN J.
- .- Reclutamiento de pacientes. **ENCARGADOS:** RODRIGUEZ CHACON, LUIS, FEKETE ANDRAS y NAVARRO GARCÍA, EVELIO.
- .- Realización y lectura del estudio radiológico. **ENCARGADOS:** SORIANO GODÉS, JUAN J. y ROS MENDOZA LUIS H.
- .- Seguimiento de los pacientes tras la realización de la prueba radiológica durante 72 horas. **ENCARGADO:** RODRÍGUEZ BOROBIÁ, AGUSTIN
- .- Correlación de los hallazgos mediante Arthro-RM directa y Artroscopia. **ENCARGADOS:** FERRER LAHUERTA, EDUARDO y BLASCO SATUE, ALICIA
- .- Seguimiento y monitorización de los pacientes tratados. **ENCARGADOS:** RODRIGUEZ CHACON, LUIS; FEKETE ANDRAS y NAVARRO GARCÍA, EVELIO.
- .- Coordinación del estudio. **ENCARGADOS:** SORIANO GODÉS JUAN J. Y ROS MENDOZA, LUIS H.

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

El propósito es evaluar en qué medida la prueba diagnóstica discrimina entre sujetos con y sin enfermedad y además evaluar el grado de correlación de los hallazgos artrográficos con los artroscópicos. Se evaluará la sensibilidad y la especificidad de la prueba así como el valor predictivo positivo y negativo de la misma. Se obtendrán razones de verosimilitud (likelihood ratio) y Curvas ROC.

INDICADORES.

- .-Número de pacientes que han presentado una complicación (extravasación de contraste, fiebre tras la prueba, cuadros de hipotensión, etc).
- .-Número de pacientes operados y tratados.
- .-Número de pacientes con rotura de una o más estructuras que justifiquen la clínica de inestabilidad glenohumeral.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

El proyecto está diseñado para una duración de dos años durante los cuales se procederá a:

- .- Reclutamiento de pacientes e indicación de la prueba.
- .- Realización de la prueba radiológica, previo consentimiento informado de la misma.
- .- Seguimiento de los pacientes tras la realización de la prueba.
- .- Realización de artroscopia y tratamiento en los casos que proceda.
- .- Evaluación de resultados y control de indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“DETECCIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD INGRESADAS EN EL HOSPITAL ROYO VILLANOVA POR PROCESOS TRAUMATOLÓGICOS U ORTOPÉDICOS. INSTAURACIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS PREVENTIVOS”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

VICENTE CANALES CORTÉS

Profesión

MÉDICO (JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA)

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

HOSPITALES ROYO VILLANOVA Y NUESTRA SEÑORA DE GRACIA

Sector de SALUD:

ZARAGOZA 1

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Correo electrónico:

vcanales@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-46-69-10, Extensión: 17448

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 M ^a PILAR MESA LAMPRE	MÉDICO GERIATRA	H. N ^a S ^a DE GRACIA
2 LUIS GÓRRIZ BARBERO	MÉDICO TRAUMATÓLOGO	H. ROYO VILLANOVA
3 BLANCA O. GARCÍA SALAVERRI	MÉDICO TRAUMATÓLOGO	H. ROYO VILLANOVA
4 JOSÉ MARÍA MALLÉN ALBIR	MÉDICO TRAUMATÓLOGO	H. ROYO VILLANOVA
5 ISABEL ROMERO FERNÁNDEZ	MÉDICO RADIÓLOGO	H. ROYO VILLANOVA
6 BEATRIZ CANO SÁNCHEZ	MÉDICO RADIÓLOGO	H. ROYO VILLANOVA
7 ALBERTO PLACERES ESPINO	MÉDICO RADIÓLOGO	H. 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...

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO:

La osteoporosis es una de las enfermedades mas prevalentes en los países industrializados, siendo actualmente la enfermedad ósea metabólica mas frecuente, la segunda causa de morbilidad músculo-esquelética y el segundo problema más importante en el campo de la salud, después de las enfermedades cardiovasculares.

El coste originado por el tratamiento de la complicación mas frecuente de esta enfermedad, la fractura osteoporótica, es difícil de calcular pero, sin duda, alcanza valores elevadísimos en el presupuesto sanitario de cada país; por ejemplo, en Estados Unidos supuso un total de 13,8 billones de dólares en 1995.

Por otra parte, las complicaciones y secuelas de la fractura osteoporótica más frecuente, la de fémur proximal, son devastadoras: entre 5% y 11% de mortalidad intrahospitalaria, entre 14% y 30% de mortalidad al año de la fractura, más del 65% de pacientes que no son capaces de recuperar su estado funcional previo a la fractura, más del 45% que quedan inválidos o requieren alguna ayuda para las actividades de la vida diaria, etc...

La incidencia anual de las fracturas de fémur proximal en España se ha estimado entre 130 y 200 casos por cada 100.000 habitantes y año; estimación que, sin duda, se ha revelado insuficiente tras la publicación del estudio AFOE, en el que se calcularon 61.173 ± 3.878 fracturas en todo el país a lo largo del año 2.002. Un estudio realizado en España en el año 1.995 estimó el coste del tratamiento de cada una de estas fracturas en 1.170.000 pesetas (7.022,80 euros), lo que extrapolado al total de casos en el país elevaría la cifra total a más de 35.000 millones de pesetas (210.084.033 euros).

Si además consideramos las otras dos fracturas de origen osteoporótico más frecuentes (excluyendo las vertebrales, sin duda las más frecuentes pero las mas difíciles de detectar), vemos que las cifras de incidencia anual por cada 1.000 habitantes mayores de 60 años son alarmantes (estudio AFOE-2.003): húmero proximal 4,32 casos, radio distal 6,6 casos.

Esta alarmante progresión de la prevalencia de las fracturas osteoporóticas en España se debe, en buena parte, al elevado índice de envejecimiento de la población general del país, que se cifró en un 16,6% de > 65 años en censo de 2006; en la Comunidad Autónoma de Aragón las perspectivas son mucho mas preocupantes, pues alcanzó un valor del 20,5% en el padrón municipal de 2005.

A todo lo anteriormente expuesto debemos añadir que la osteoporosis es una enfermedad frecuentemente asintomática o, cuando mas, productora de una sintomatología fácil y usualmente achacable al envejecimiento, motivo por el que muchas veces no se diagnostica hasta que aparece alguna de sus complicaciones mas graves. Sin embargo y a pesar de que hay evidencia científica suficiente de que la producción de alguna de estas fracturas osteoporóticas multiplica hasta por 5 veces el riesgo de sufrir otra de la misma índole en el futuro inmediato, el número de tratamientos farmacológicos preventivos que se instauran en el momento del alta es sorprendentemente bajo; así y según el estudio AFOE, en la estimación para el año 2.003, el 73,7% de los pacientes tratados por fractura de fémur proximal fueron dados de alta hospitalaria sin tratamiento farmacológico preventivo alguno.

Por otra parte, actualmente existe evidencia científica suficiente de los beneficios obtenidos en la reducción del riesgo de nuevas fracturas osteoporóticas con diferentes tratamientos farmacológicos preventivos.

A la vista de todo lo anterior, es evidente que el diagnóstico precoz de osteopenia / osteoporosis y la detección de pacientes en situación de riesgo de fractura osteoporótica, mediante la utilización de una herramienta sencilla y de fácil manejo, sería de gran utilidad para instaurar tratamientos farmacológicos preventivos en los casos en que estuviese indicado. Aunque el objetivo ideal del proyecto sería el control de toda la población en situación de riesgo potencial (lo que no se descarta para futuras etapas del mismo), la precariedad de medios humanos y materiales en el Sector Zaragoza 1 y el elevado número de individuos a analizar nos obliga a limitar el objetivo inicial a aquellos pacientes que ingresen en los hospitales Royo Villanova y N^a S^a de Gracia por causa de tratamiento ortopédico y/o traumatológico.

FUENTES DE INFORMACION:

-FRACTURAS DEL EXTREMO PROXIMAL DEL FÉMUR. Monografías SECOT 3, Dirigido por el Prof. Luis Ferrández Portal. Editorial Masson S.A. Barcelona 2.000.

-Cranney A, Guyatt G, Griffith L, Wells G, Tugwell P, Rosen C, The Osteoporosis Methodology Group, and the Osteoporosis Research Advisory Group: IX: Summary of Meta-Analyses of Therapies for Postmenopausal Osteoporosis. Endocrine Reviews, August 2002, 23(4): 570-578.

-Estudio AFOE (Acta de Fracturas Osteoporóticas en España), del Grupo de Estudio e Investigación en Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.003.

-Guía de Práctica Clínica: OSTEOPOROSIS, del Grupo de Estudio e Investigación en Osteoporosis de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.004.

-Guía de buena práctica clínica en Geriátrica: Osteoporosis, de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Coordinada por las Dras. M^a P. Mesa y N. Guañabens. Editada por Scientific Communication Management. Madrid, 2.004.

-FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS. Editado por los Profesores L. Ferrández Portal y A. Herrera Rodríguez. Medical & Marketing Communications. Madrid, 2.006.

-GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN OSTEOPOROSIS, patrocinada por la O.M.C. Editorial: International Marketing & Communication S.A. Madrid, 2.008.

-Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. Revista Clínica Española, Vol. 208. Extraordinario 1. Mayo 2008.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Conocer la prevalencia real de fracturas osteoporóticas previas en pacientes ingresadas para tratamiento de una fractura osteoporótica reciente.
- Conocer la prevalencia real de fracturas osteoporóticas previas en pacientes mayores de 65 años ingresadas para tratamiento de una artropatía degenerativa (fundamentalmente cadera y rodilla).
- Conocer el número real de pacientes con fracturas osteoporóticas previas que seguían un tratamiento preventivo suficiente de la osteoporosis.
- Conocer el número real de pacientes sin fractura previa, pero con diagnóstico efectivo de osteopenia u osteoporosis, ingresados para tratamiento de una fractura o una artropatía degenerativa, que seguían un tratamiento preventivo suficiente de fracturas osteoporóticas.
- Instaurar y monitorizar tratamientos farmacológicos preventivos de nuevas fracturas en todas aquellas pacientes en que se confirme el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reclutamiento de pacientes: detección de fracturas osteoporóticas previas conocidas, control de tratamientos preventivos previos e historia clínica. **Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.**
- Estudio radiológico morfométrico para detectar fracturas no conocidas : proyección lateral de columna dorsolumbar y estudio morfométrico con el software Morpho-Express®. Se intentará hacer, además, un estudio densitométrico correlativo **Encargados: I. Romero, B. Cano, A. Placeres.**
- Pauta de tratamiento preventivo de la osteoporosis en los pacientes que lo precisen. **Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.**
- Seguimiento y monitorización de los pacientes tratados, al menos durante 1 año (1ª etapa del estudio). Detección de nuevas fracturas. **Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.**
- Cálculo de la reducción de riesgo relativo de fractura con respecto a la población general del mismo grupo de edad. **Encargados: V. Canales, P. Mesa, L. Górriz, B. García Salaverri, J.M. Mallén.**
- Coordinación del estudio. **Encargados: V. Canales, P. Mesa.**

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

En la evaluación del proyecto se contempla la detección de: el número de fracturas osteoporóticas previas no conocidas, el número de pacientes osteoporóticos con

tratamiento insuficiente, el número de pacientes a los que se instaura un tratamiento nuevo, el número de pacientes que cumple adecuadamente el tratamiento y el número de fracturas osteoporóticas nuevas.

INDICADORES:

-Porcentaje de pacientes osteoporóticos al que se instaura un tratamiento preventivo nuevo al alta hospitalaria.

-Porcentaje de pacientes que cumplen adecuadamente el tratamiento al año del alta hospitalaria.

-Porcentaje de pacientes que presentan una nueva fractura osteoporótica después del alta hospitalaria, pese al tratamiento preventivo.

-Índice de mortalidad al año del alta hospitalaria.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

La primera etapa del proyecto está diseñada para una duración de dos años, a lo largo de los cuales se desarrollarán las siguientes actividades:

-Primer año:

- +Reclutamiento de pacientes
- +Exploración radiográfica y morfometría
- +Instauración de tratamiento
- +Seguimiento de los pacientes y monitorización del tratamiento

-Segundo año:

- +Seguimiento de los pacientes y monitorización del tratamiento
- +Exploración radiográfica y morfometría
- +Evaluación de resultados y control de indicadores

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
EQUIPO INFORMÁTICO (P.C.)	700
SCANNER PARA RADIOGRAFÍAS	300
TOTAL	1000

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO DISEÑO DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN VOLUNTARIA DE SUCESOS ADVERSOS EN EL SECTOR ZARAGOZA I</p> <p>(CONTINUACIÓN DEL PROYECTO PRESENTADO EN LA CONVOCATORIA DEL AÑO 2008)</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos FERNANDO RAMOS D'ANGELO</p> <p>Profesión MÉDICO</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL ROYO VILLANOVA</p> <p>Sector de SALUD: ZARAGOZA I</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. UNIDAD DE CALIDAD</p> <p>Correo electrónico: framos@aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 466 910; Ext. 17305</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JUANA JIMÉNEZ SÁEZ	MÉDICO	H. Real Nuestra Señora de Gracia - Servicio de Medicina Interna - Coordinadora de Calidad del Sector Zaragoza I
ROSA MARTÍNEZ ÁLVAREZ	MÉDICO	H. Royo Villanova - Servicio de Medicina Interna
ROSA MAGALLÓN BOTAYA	MÉDICO	C.S. Arrabal
ELENA SANCHEZ BARTOLOME	ENFERMERA	COORDINADORA DE CALIDAD

<p>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</p> <p>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> <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>

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) *To err is human*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.

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.

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.

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.

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

La duración inicialmente prevista del proyecto era de 2 años.

El 16 de abril de 2008 se comunicó al Coordinador del proyecto la selección del mismo para formar parte del Programa de Apoyo a las Iniciativas de mejora de la Calidad en SALUD, en la convocatoria de 2008 realizada por Resolución de 21 de enero de 2008, de la Dirección – Gerencia del Servicio Aragonés de Salud.

El ACUERDO de compromiso mutuo, se suscribió por el Gerente del Sector Zaragoza I y el Coordinador del Proyecto.

En las mismas fechas se hizo pública la convocatoria de la Agencia de Calidad del SNS de ayudas para Proyectos de fomento de prácticas seguras en todo el territorio nacional. El equipo del proyecto, ampliado con nuevos profesionales, se planteó presentar a tal convocatoria una propuesta titulada **LOS DEFECTOS DE COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES COMO CAUSA DE SUCESOS ADVERSOS SIN DAÑO GRAVE EN EL PACIENTE (INCIDENTES). LA VISIÓN DEL PROBLEMA DESDE LOS DIFERENTES ACTORES EN DIFERENTES OBSERVATORIOS.**

El nuevo proyecto fue aceptado y financiado, lo que llevó al equipo del proyecto presentado a la convocatoria de SALUD, a revisar la orientación del mismo, de forma que se complementasen

ambas iniciativas.

Los objetivos recogidos en el proyecto, y que se mantienen tras la revisión del mismo, son:

- 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.

Las actividades inicialmente previstas eran:

- 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.

A lo largo de las reuniones celebradas, se fueron tratando diferentes propuestas que, llevaron al acuerdo siguiente:

No se considera una estrategia adecuada la búsqueda retrospectiva de casos, ya que, al ser el proyecto una de las primeras iniciativas en materia de Seguridad Clínica, se podrían generar suspicacias entre los profesionales, lo que podría condicionar negativamente el futuro desarrollo del Registro Voluntario de Casos. Además, definir **sucesos centinelas** (efectos adversos de gran trascendencia clínica) podría conllevar conflictos en el ámbito de la Responsabilidad Patrimonial y de otra índole, todavía no resueltos y ni aclarados en el conjunto del Estado, para lo que hay un grupo de trabajo coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La definición y detección de sucesos centinela se deja a las estrategias internas de los centros en materia de Seguridad Clínica.

La utilización de una herramienta Web para la cumplimentación de las encuestas que han definido en el proyecto avalado por la Agencia de Calidad del SNS, servirá de referencia para el diseño del sistema de registro de casos que se pretende en el proyecto del SALUD.

Las actividades que se realizarán, pues, para llevar a cabo el proyecto son:

- Revisión bibliográfica del estado de la cuestión.
- Diseño de los modelos de registro de casos y de la herramienta más adecuada.
- Definición de la estrategia de implantación y propuestas de actuación.

A lo largo del año, se han realizado búsquedas bibliográficas en diferentes bases de datos:

Para las búsquedas iniciales se utilizó el metabuscador **ScienceRoll Medical Search**

[<http://sciencerooll.polymeta.com/search/ui7/searchfr.jsp?>

[sq=&catchanged=false&sc=Allcat&q=&un=sciencerooll](http://sciencerooll.polymeta.com/search/ui7/searchfr.jsp?sq=&catchanged=false&sc=Allcat&q=&un=sciencerooll). Acceso 22/02/2009]

Como criterios de selección de artículos para revisión, se han adoptado los del estudio antes citado, modificados.

- Idioma: Artículos en inglés, francés o español
- Situación geográfica: No límites de zonas geográficas
- Fechas: 2000 - hasta fecha actual
- Tipo población: humanos
- Artículos con abstracts
- Acceso a texto completo, por ser de libre acceso o por estar la revista incluida en el catálogo del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Igualmente, se ha revisado portales de Internet de organizaciones relevantes tanto nacional como internacional, por ejemplo the Agency for Healthcare Research and Quality (USA), Medicare Advisory Committee (Australia), The National Patient Safety Foundation (NPSF) o el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España).

La financiación adjudicada (1.200 @) se ha gastado en su totalidad con la adquisición del siguiente material informático para la Unidad de Calidad del Hospital Royo Villanova:

- Ordenador portátil
- Equipo multifunción (Impresora, escáner, fax)
- Disco duro externo.

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, preferentemente orientado a los denominados "incidentes" y "cuasi-errores".
- Identificar en la bibliografía los "sucesos centinela" para proponer sistemas de detección y método de análisis.
- Conocer la realidad en relación con los sucesos adversos en los distintos ámbitos del Sector Zaragoza I y, en particular, lo relacionado con los sucesos adversos ligados a la Comunicación entre niveles asistenciales.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Una selección y revisión de los artículos y documentos que se consideren más relevantes, elaborando una ficha de catalogación de los mismos.
- Definición de sucesos centinela y metodología de análisis.
- Diseño de los modelos de registro de caso.
- 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

- Número de artículos revisados de entre los inicialmente seleccionados.
- Número de modelo de registro de caso.

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- 1er semestre de 2009: Revisión y catalogación de las búsquedas bibliográficas realizadas. Selección de los sucesos centinelas.
- 2º semestre de 2009: Diseño de los modelos y herramientas de recogida de

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Implementación de actuaciones para mejorar la atención del paciente con Sepsis Grave

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	Servicio	Centro de trabajo
José Ruiz Budría	Bioquímica	Hospital Royo Villanova
Ana Ezpeleta Galindo Marta González Caballero (Supervisora)	Medicina Intensiva	Hospital Royo Villanova
Rosa Martínez Álvarez Carla Toyas Miazza Ester Del Corral Eulalia Munilla	Medicina Interna	Hospital Royo Villanova
Carmen Aspiroz	Microbiología	Hospital Royo Villanova
M ^a Soledad Pascual Parrilla Santiago Rubio Félix	Urgencias	Hospital Royo Villanova
Antonio Castanera Moros	Neumología	Hospital Royo Villanova
Juan Luis Blas Laina	Cirugía	Hospital Royo Villanova

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Como ya se indicó, tanto en la presentación del proyecto ***Implantación de una guía de Manejo del Paciente con Sospecha de Sepsis***, seleccionado dentro del Programa de Ayuda a las Iniciativas de Mejora de la Calidad 2008, como en los resultados remitidos en diciembre pasado, la mortalidad de la sepsis es muy elevada (superior a la que produce el infarto agudo de miocardio o el ictus, y que el conjunto de los tumores de mama, colon, recto y próstata) y por ello tiene una enorme trascendencia desde el punto de vista de la salud pública. Esto determinó la puesta en marcha en 2002, de la "Campaña Sobrevivir a la Sepsis" (CSS) a

nivel internacional, auspiciada por la European Society of Intensive Care Medicine, el Internacional Sepsis Forum y la Society of Critical Care Medicine, y cuyo objetivo principal era disminuir en un 25% la mortalidad de la sepsis grave en los siguientes 5 años. (Surviving Sepsis Campaign. <http://www.survivingsepsis.org>). Se desarrolló para ello una guía con pautas de actuación clínica sobre sepsis grave y shock séptico, basadas en la evidencia, y a la que progresivamente se han ido sumando más sociedades científicas internacionales (Surviving Sepsis Campaign Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. Crit Care Med 2004; 32: 858-873). La última revisión se ha realizado en 2008 (Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 2008; 36(1): 296-327).

En la documentación comentada ya se apuntó que la participación de nuestro país en dicha campaña ha sido muy activa. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) han elaborado un documento de consenso con recomendaciones para el manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios (Grupo de Trabajo de Sepsis. Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC). Med Intensiva. 2007;31(7):375-87). Por otro lado, en 2008 se han publicado los resultados de un estudio liderado por Ricard Ferrer del Centro de Críticos del Hospital de Sabadell (Barcelona). Se implantó en 59 unidades de críticos un programa formativo, EDU-SEPSIS, dirigido a difundir las guías terapéuticas a médicos y enfermeras que atienden a los pacientes con sepsis en unidades de críticos, urgencias y plantas de hospitalización de agudos. En este trabajo, de hecho el primer trabajo publicado de la CSS, se muestra que en las mediciones previas a la aplicación del programa, la mortalidad hospitalaria por sepsis fue del 44 %. Sin embargo, al concluir el mismo, la mortalidad por esta patología se redujo un 10%. (Ferrer R, Artigas A, Levy MM, Blanco J, González-Díaz G, Garnacho-Montero J, et Al. Edusepsis Study Group. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. JAMA. [2008;299\(19\):2294-303](http://www.jama.com)).

Así mismo, ya han sido comentados numerosos datos que ponen de manifiesto la importancia de estos procesos. Se estima que en España se producen 50.000-100.000 casos/año de sepsis, de los cuales el 30% evolucionarían a sepsis grave ó shock séptico, falleciendo unos 13.000 pacientes por sepsis grave al año. Su incidencia aumenta en torno al 7-9% anual por diversos factores (mayor número de procesos crónicos en la población, incremento de realización de técnicas invasivas, estados de inmunodepresión por fármacos, enfermos tratados con quimioterapia, etc). Los ingresos hospitalarios debidos a sepsis supondrían 3,4-28 casos por cada 1000 ingresos y en el caso de las UCIs, la incidencia de sepsis grave estaría en torno al 3,5-7%. En el estudio EDU-SEPSIS citado, de octubre a diciembre de 2005, la sepsis grave presentó una mortalidad del 47%, y los casos de shock séptico alcanzaron el 84%.

No solamente la mortalidad es más elevada en la sepsis que en el IAM, sino que el coste económico también es muy superior, estimándose en 10.000 € por episodio de sepsis (Íñigo J et al. Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid. Estudio de altas hospitalarias. Med Intensiva. 2006;30:197-203).

Ante todo ello, y con el objetivo de aplicar la CSS en nuestro medio, se creó un equipo multidisciplinar en nuestro hospital. Obtenidos ya sus primeros resultados (ver abajo), se han identificado nuevas áreas de mejora, lo que nos impulsa a proseguir el trabajo iniciado.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Resultados de los indicadores seleccionados a fecha de 15 de diciembre de 2008:

- Nº de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas /nº casos diagnosticados : 32 pacientes de un total de 60 pacientes recogidos = 53%
- Porcentaje de casos diagnosticados con confirmación microbiológica=37 pacientes con cultivos positivos de 60 pacientes recogidos = 61%
- Diagnósticos de Sepsis y Shock Séptico al alta hospitalaria en el periodo 1 de julio a 31 de octubre de 2008: 22 pacientes, lo que supone un 57.14% más que en 2007

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Obtener el registro de los máximos casos posibles (teniendo como objetivo final lograr el 100%) 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. Afianzar la difusión ya iniciada entre los médicos y enfermeras del centro, acerca de la necesidad de mantener un elevado grado de sospecha de la presencia de sepsis, detectando precozmente a los pacientes de riesgo.
3. Aumentar el número de casos registrados en nuestra base de datos, con respecto al año previo y conocer la ubicación de los pacientes y los servicios de procedencia, así como el funcionamiento del circuito de activación.
4. 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. Para ello es necesario mantener la formación continuada del personal sanitario

5. Conocer el nº de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas /nº casos diagnosticados. Valorar la idoneidad y el seguimiento de la guía de Sepsis del centro elaborada en 2008 en cuanto al tratamiento antimicrobiano prescrito.
6. Conocer el rendimiento del procedimiento de la activación de casos de sepsis desde el laboratorio de Bioquímica –mediante la alerta del ácido láctico- y desde el de Microbiología –mediante el informe periódico de todos los hemocultivos positivos presumiblemente significativos.
7. Conocer la etiología y sensibilidad de los episodios de sepsis y sepsis grave y el porcentaje de casos diagnosticados con confirmación microbiológica.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Se afianza el equipo multidisciplinar creado en 2008: Medicina Intensiva, Urgencias, Medicina Interna (Unidad de Enfermedades Infecciosas), Microbiología, Bioquímica, Neumología y Cirugía.
2. Difusión en el hospital de la campaña, de la guía de Sepsis y de los resultados concretos obtenidos en 2008 en el hospital: 1. Sesión clínica general para todo el personal sanitario del centro. 2. Participación en las sesiones clínicas de cada servicio. 3. De forma individualizada, en los grupos de médicos y enfermería en los que se considere que hay que insistir especialmente.
3. Se nombrará en las respectivas unidades a los clínicos responsables de la recogida, registro y seguimiento de los casos de sepsis. Los casos se activarán desde los distintos Servicios médicos y de Urgencias, así como desde los laboratorios de Microbiología -a través de los hemocultivos positivos- y Bioquímica -a través de las determinaciones de láctico >4 mmol/mL-. Los servicios quirúrgicos se activarán a través de interconsultas con Medicina Interna -Unidad de Enfermedades Infecciosas.-
4. La Unidad de Enfermedades Infecciosas (Medicina Interna) se encargará de valorar y llevar a cabo el seguimiento si procede, a los pacientes activados a través de Urgencias, de Bioquímica y de Microbiología que pertenezcan tanto al área de Medicina Interna como a las áreas quirúrgicas.
5. Los datos se registrarán sistemáticamente en la base creada al efecto, lo que permitirá evaluar el impacto y seguimiento de la campaña.
6. El registro informático será revisado, y si se estima conveniente se modificará, una vez revisados los casos registrados durante el año 2008, adaptándose a los datos que pueden ser más relevantes.

8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación: Tras la puesta en marcha del proyecto, el grupo de trabajo inicial se convierte en *Grupo de Seguimiento de la Sepsis* en el HRV, que evaluará periódicamente los resultados que se vayan obteniendo.

Indicadores:

1. Aumento de casos registrados en la base de datos.
2. Aumento de casos registrados en las altas (CIE-9) tras la implantación de la campaña respecto al existente previamente.
3. Nº de hemocultivos positivos previos al inicio de tratamiento antibiótico.
4. Nº de casos de aplicación del tratamiento antibiótico antes de 3 horas /nº casos diagnosticados.
5. Idoneidad del tratamiento antimicrobiano administrado y fidelidad a la guía de sepsis del centro.
6. Porcentaje de casos diagnosticados con confirmación microbiológica.
7. Listado anual de la etiología de los casos de sepsis, con información de la sensibilidad antimicrobiana de los principales microorganismos y grupos terapéuticos.
8. Porcentaje de pacientes con hiperlactacidemia o shock séptico resucitados (2 ó más de los criterios) en las primeras 6 horas.
9. Estudio de mortalidad

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

1. Febrero - Mayo 2009: Difusión, de nuevo, a todos los servicios del hospital de la importancia del tema, del seguimiento de la campaña y recogida de información acerca del conocimiento, de la utilización y del seguimiento del folleto divulgativo.
2. Febrero - Abril: Revisión de la base de datos.
3. Enero-Diciembre: Recogida sistemática de datos por parte de los integrantes del grupo.
4. Enero-Diciembre: Seguimiento clínico de los pacientes con sepsis confirmada.
5. Diciembre: Evaluación de resultados y elaboración de la memoria.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INCIDENCIA DE UPP EN EL PACIENTE CRÍTICO. VALORACIÓN DE CUIDADOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Marta González Caballero

Profesión

D.U.E.

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

Hospital Royo Villanova

Sector de SALUD:

Sector I

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

U.C.I.

Correo electrónico:mgonzalez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976466910 ext.17284

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Isabel Ramos Alda	D.U.E.	Hospital Royo Villanova
2Carolina Pina Erdociaín	D.U.E.	Hospital Royo Villanova
3Elisa Guerrero Trenado	D.U.E.	Hospital Royo Villanova
4M ^a Elena Condón Gracia	D.U.E.	Hospital Royo Villanova
5Nélida Rabal Pacheco	D.U.E.	Hospital Royo Villanova
5Ana González Caballero	D.U.E.	Hospital Royo Villanova
6M ^a Mar Rello Echazarreta	D.U.E.	Hospital Royo Villanova

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores, el consumo de recursos para el sistema de salud, pudiendo incluso alcanzar responsabilidades legales al ser consideradas en muchas situaciones como un problema evitable.

La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables) (Hibbs P. 1987) (Waterlow J. 1996) , por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención integradas dentro de guías de práctica clínica interdisciplinares que contemplen los distintos niveles asistenciales. Estas guías deberán basarse en las mejores evidencias científicas disponibles.

El paciente crítico, presenta un elevado riesgo de padecer UPP por una serie de circunstancias especiales (pacientes intubados en coma inducido, fármacos vasopresores, déficits neurológicos, procesos quirúrgicos complicados, déficits nutricionales, inmunodeprimidos...) que hay que tener en cuenta a la hora de planificar los cuidados de prevención y tratamiento.

Dada la trascendencia del problema, en el año 2006 se formó un grupo de mejora en la unidad, que ha ido trabajando mediante reuniones mensuales, hasta el momento de la constitución de la **Comisión de Enfermería de UPP** del Hospital Royo Villanova . Actualmente se está trabajando desde el seno de la Comisión en la creación de una gráfica de registro unificada para todo el Hospital, así como de un protocolo de recomendaciones de cuidados.

En este contexto y desde la Unidad de Cuidados Intensivos, nos planteamos la necesidad de poder medir el nº de casos de pacientes que desarrollan una UPP durante su estancia y los resultados de los cuidados de prevención y tratamiento administrados.

Fuente de información: GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas)

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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir la incidencia de UPP en UCI en relación a los distintos factores de riesgo.
- Valorar la eficacia del tratamiento en las UPP ya establecidas, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica y documentos de consenso basados en las mejores evidencias científicas disponibles.
- Disponer de una base de datos para comparación de resultados en relación a los años posteriores y poder identificar oportunidades de mejora.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Valoración inicial de riesgo según la escala de NORTON
-
- Cumplimentación de gráfica de registro de UPP:
 - Nivel de riesgo
 - Patología causante de ingreso
 - Estado nutricional
 - Medidas de prevención
 - Pautas de tratamiento
 - Evolución de la lesión
- Crear base de datos para registro de todos los pacientes ingresados en UCI.

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

- Nivel de seguimiento de las actividades para mejorar
- Relación: nº de pacientes ingresados en UCI/ nº de pacientes que han desarrollado una UPP
- Nivel de eficacia del tratamiento establecido: debido a que la valoración de este indicador depende de los días de permanencia del paciente en UCI y a que la curación de las UPP puede llevar meses, se valorarán los siguientes indicadores de buena evolución en el lecho de la herida:
 - Ausencia de tejido necrótico
 - Ausencia de infección
 - Buena gestión del exudado
 - Presencia de tejido viable (granulación)
 - Disminución del tamaño de la lesión
 - Buen estado de los bordes perilesionales

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

1.Marzo – Diciembre 2009: registro de datos en gráfica de UPP.
2.Marzo – Abril 2009: creación base de datos
3.Abril – Diciembre 2009 :registro en base de datos de todos los pacientes
Enero 2010: evaluación de resultados y memoria.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO ASESORAMIENTO Y APOYO AL CUIDADOR FAMILIAR CONSULTA DE ENFERMERIA EN HOSPITAL ROYO VILLANOVA .
--

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos M ^a Jesús Pardo Diez
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital "Royo Villanova"
Sector de SALUD: Zaragoza I
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Enfermera de valoración sociosanitaria, atención primaria
Correo electrónico: mjpardod@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976.466910 extensión:174444

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M.Isabel Alfonso Cortés	DUE	Enfermera Enlace Sector 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>Los cambios del nivel de dependencia en personas ingresadas producen desconcierto en la persona que debe asumir su cuidado al alta.</p> <p>La consulta de enfermería, puesta en marcha en el Hospital Royo Villanova en el 2008, como "Consulta de apoyo al cuidador familiar", presta atención, información y orientación sobre las dudas que generan los cuidados a las personas que deben prestarlos.</p> <p>Este apoyo al cuidador, durante el ingreso, le ayuda a afrontar el alta a domicilio y garantizar la derivación informada a otro nivel asistencial (Atención Primaria y otros).</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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

La mayoría de los cuidadores atendidos en consulta en el 2008 participaba de forma activa en el cuidado y se reconocían así mismos como cuidadores principales.

Atención en consulta:

Nº de cuidadores 36 (27 mujeres 4 hombres):

Atención a demanda 19

Atención derivada 17

Resultado de indicadores del proyecto 2008:

- A) Nº cuidadores atendidos en consulta petición propia = 54.8%
Nº total de cuidadores atendidos en consulta
- B) Nº cuidadores atendidos en consulta derivados = 45.1%
Nº total cuidadores atendidos en consulta
- C) Proporción de cuidadores derivados con informe AP = 83.8%

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Dar a conocer la consulta al mayor nº de cuidadores posibles que necesiten apoyo.
- Favorecer el mayor nivel de autonomía del cuidador principal con información y asesoramiento.
- Prevenir la claudicación del cuidador principal, un cuidador con apoyo se siente mas seguro en la toma de decisiones.

7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Dar a conocer la consulta de enfermería a los profesionales y/o cuidadores.

Difundir: ubicación y horario establecido (dos días en semana).

Se podrá acudir a demanda o derivado por otros profesionales.

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

Crear un lugar de referencia para los cuidadores debutantes o con un cambio significativo en el nivel de dependencia de la persona a la que proporcionan cuidados.

La consulta ofrece:

- Información sobre las necesidades manifestadas.
- Soporte escrito siempre que sea posible.
- Facilitar habilidades para la autonomía en el cuidado.
- Resolver dudas.
- Relación de ayuda.

Recoger los datos que nos proporcionan información sobre el cuidador y sus necesidades de formación en cuidados, para tenerlos en cuenta a la hora de realizar talleres de formación en AP.

Ficha del cuidador:

- sexo y edad.
- identificar el centro de salud al que pertenece para remitir información.
- conocer el tiempo del que dispone el cuidador para dedicar a la 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) Encuesta de grado de satisfacción del cuidador atendido en consulta
- B) Nº consultas sobre cuidados
Nº total de consultas

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Calendario:

- 1º trimestre: - Mantener la consulta
 - Modificación y ajuste del proyecto
 - Diseño de materiales (encuesta, ficha ...)
- 2º trimestre: - Difundir y divulgar la consulta en el hospital
 - Presentación en las unidades hospitalarias del proyecto a los profesionales
 - Solicitar la colaboración de los profesionales en la captación y derivación de cuidadores
- 3º trimestre: - Valorar el registro de las necesidades de formación manifestadas por los cuidadores atendidos en consulta
 - Posibilidad de realización de talleres en atención primaria con la colaboración de los profesionales de los centros de AP.
- 4º trimestre: - Evaluar funcionamiento de la consulta en 2009
 - Revisión, análisis y evaluación del proyecto.
- Diciembre: - Propuestas de mejora y actividades a desarrollar en el 2010.

