

## INDICE DE PROYECTOS ZARAGOZA 2\_2004

013_2004 "Mejora del Plan terapéutico farmacológico en los pacientes que usan la cartilla de largo tratamiento y optimización del gasto farmacéutico en el Centro de Salud Torrero-La Paz"	Pág. 2 a 9
017_2004 "Actualización del protocolo de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y su entorno familiar en el Centro de Salud Almozara"	Pág. 10 a 14
029_2004 "Control y educación al niño asmático en Atención Primaria" del CS Las Fuentes Norte	Pág. 15 a 19
036_2004 "Mejora de la calidad de la atención a la diabetes mediante la implantación de grupos de educación para la salud" del CS San José Sur"	Pág. 20 a 23
095_2004 "Mejora de calidad en el control de los factores de riesgo cardiovascular, en los pacientes con cardiopatía isquémica" de los CS San José Centro y San José Norte	Pág. 24 a 25
003_2004 "Desarrollo de la gestión por procesos en el manejo del carcinoma hepatocelular y las metástasis hepáticas en el seno de una unidad multidisciplinaria de patología hepatobiliar y pancreática" del H.U.M.S	Pág.26 a 32
012_2004 "Introducción de técnicas quirúrgicas precoces en el tratamiento de la colecistitis aguda y la pancreatitis litiasica leve" del H.U.M.S	Pág. 33 a 36
039_2004 "Prescripción racional de medicamentos, prevención de efectos adversos y aumento de adherencia al tratamiento en consultas externas de neurología" del H.U.M.S	Pág. 37 a 40
051_2004 "Sistema de gestión de la calidad según la norma UNE-EN-ISO 15189:2003 para los Servicios de Microbiología y Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza"	Pág. 41 a 45
073_2004 "Instauración del protocolo de analgesia postoperatoria en cirugía mayor" del H.U.M.S	Pág. 46 a 52
074_2004 "Información y consentimiento informado de analgesia en el parto. Programa piloto de mejora e integración de niveles" del H.U.M.S	Pág. 53 a 58
083_2004 "Proyecto de mejora de la información al cliente interno y externo en hemodinámica y cardiología intervencionistas (continuación)" del H.U.M.S	Pág. 59 a 64
084_2004 "Ampliación del proyecto de mejora de la asistencia del infarto agudo de miocardio en el Servicio de Urgencias (continuación)" del H.U.M.S	Pág. 65 a 69
087_2004 "Puesta en marcha de una consulta de alta resolución para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca de novo, en coordinación con Atención Primaria" del H.U.M.S	Pág. 70 a 77
092_2004 "Optimización de derivación de patología músculo-esquelética a las consultas de reumatología" del H.U.M.S	Pág. 78 a 83
093_2004 "Capacitación de personal de enfermería en la atención del paciente reumático crónico en consultas externas del reumatología" del H.U.M.S	Pág. 84 a 88
103_2004 "Fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos mayores de 75 años: abordaje ortogeriatrico" del H.U.M.S	Pág. 89 a 95
104_2004 "Circuito de manejo de la dependencia funcional en ancianos detectada durante la estancia hospitalaria" del H.U.M.S	Pág. 96 a 102
114_2004 "Diseño de un Plan de gestión de calidad. Modelización de programas de gestión de calidad en Servicios Hospitalarios del área médica. Estructuración siguiendo el modelo EFQM (continuación)" del H.U.M.S	Pág. 103 a 107
115_2004 "Mejora de la continuidad de la asistencia entre niveles e información al paciente con ictus(continuación) del H.U.M.S	Pág. 108 a 116
130_2004 "La calidad como marco de referencia para la buena práctica clínica en el Servicio de Obstetricia y mejora la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente" del H.U.M.S	Pág. 117 a 121

# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

## 1.- TÍTULO

**MEJORA DEL PLAN TERAPEUTICO FARMACOLOGICO EN LOS PACIENTES QUE USAN LA CARTILLA DE LARGO TRATAMIENTO (CLT) Y OPTIMIZACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRERO-LA PAZ**

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos: Maria Jose Lapuente Arruebo**

**Profesión: Medico de familia**

**Centro de trabajo : C.S.Torrero La Paz**

**Correo electronico: mjoseiapuente@jazzfree.com**

## 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Diciembre 2002

Fecha de actualización: Diciembre 2003

## 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

4.1 La responsable del proyecto, Carmen Olalla, dejó de prestar sus servicios en este Centro.

Nuevo responsable de este proyecto María Jose Lapuente En el resto de los componentes del equipo no ha habido variaciones

4.2 Se ha mantenido el calendario de actuaciones previsto ,tanto en la aplicación de criterios como en la actualización La fase de reevaluación se retrasa de noviembre a mayo ya que los medios materiales (ordenador, impresoras, tarjetas, bolsas...) no estuvieron disponibles hasta Octubre-Noviembre del 2003

4.3 Hemos introducido un nuevo modelo de (CLT) en la que aparece: Nombre del médico, Nombre del fármaco, presentación y posología, fecha de generación de la CLT

4.4 Se ha consensuado que el periodo idóneo para la revisión de los tratamientos se estima que debe ser el que necesite el paciente según las características de su tratamiento y nunca sobrepasar el máximo de una vez a año.

4.5 Hemos incorporado el programa OMI, para el control de fechas de expedición de recetas

4.6 Hemos realizado una modificación parcial del circuito de entrega de recetas mediante bolsas de plástico en las que se introducen las CLT y las recetas generadas. De momento coexiste con el modelo anterior

4.7 Se ha decidido no limitar ni el número, ni el tipo de fármaco a incluir en la CLT, se deja a criterio del facultativo

4.8 En cuanto a la prescripción inducida ha sido imposible hacer una estimación de su volumen sobre el total, ya que por defecto siempre se marca en OMI como lugar de generación EN EL PROPIO CENTRO, de momento sólo podemos contabilizar como inducida aquella que precisando visado de inspección su gasto de farmacia no es atribuible a AP.

## **5.-RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

### **OBJETIVOS GENERALES**

Mejorar el control terapéutico de los pacientes con CLT y optimización del gasto farmacéutico

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Mejorar la calidad de prescripción terapéuticas (uso de medicamentos esenciales y recomendados en AP, disminución del uso de fármacos sin demostrada eficacia, evitar asociaciones...)
- Racionalizar el consumo de medicamentos en pacientes crónicos, disminuyendo el riesgo de interacción en los tratamientos, el uso incontrolado de fármacos y la automedicación
- Controlar y revisar periódicamente los tratamientos crónicos instaurados, mediante revisiones periódicas de las CLT y su confrontación con los tratamientos que figuren en la Historia Clínica del paciente
- Disminuir la presión asistencial por consultas meramente burocráticas por demanda de medicamentos crónicos y optimizar así la calidad asistencial
- Reforzar la educación sanitaria individual del paciente en cuanto al uso de la CLT y conocimiento del paciente de su medicación crónica

**6.- RELACION DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD**

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

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

**7. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

7.1 Se realizó una valoración de la situación general para comprobar la magnitud del problema y valorar donde se pueden ejercer las medidas de mejora de forme prioritaria, para ello se realizó un AUDIT con una muestra de 15 CLT por cupo (valoración inicial)

7.2 Se realizó una reunión con los responsables de la CLT presentando los resultados del AUDIT

7.3 El EAP decide por consenso: fármacos a incluir y excluir en los tratamientos crónicos de las CLT, modelo uniforme de CLT, periodicidad con la que los facultativos pueden revisar los tratamientos, datos obligatorios a cumplimentar en la CLT, circuito de prescripción de fármacos en las CLT, generación de recetas y modelo de revisión.

7.4 Se decide la aplicación de las medidas de mejora a un 10% de las cartillas ya existentes y en todas las nuevas a partir de ahora

7.5 Se hace una revisión por parte de la farmaceutica del centro, del 10% de las tarjetas, notificándose al facultativo correspondiente, interacciones y duplicidades de fármacos y posibles sustituciones. La CLT es revisada por el facultativo responsable

7.6 Se realizan los cambios pertinentes en el área de admisión

7.7 Se pone en funcionamiento

Calendario actuaciones . fecha de inicio Marzo 2003 fecha de finalización Noviembre 2003

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
AUDIT inicial									
Presentación de resultados			15/05						
Reunión EAP				19/06					
Reunión con enfermería							25/09		
Revisión CLT									
Elaboración nuevas CLT									

## **8. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

- 8.1 Tras el AUDIT realizado se conoce la situación inicial del Centro respecto a las CLT, el número aproximado de estas CLT se encuentra entre 1323-1675, (se estimó contando durante todos los días de la segunda semana del mes de octubre y noviembre las CLT que entraban en el Centro( ver documento adjunto)
- 8.2 Hemos unificado la CLT. La CLT informatizada se imprime directamente desde OMI-AP, cualquier variación que se realice en el tratamiento automáticamente se hace en la CLT. En esta cartilla aparecen los siguientes datos: Nombre del médico, nombre del paciente, fármaco, y fecha de generación, y además aparecen otros datos susceptibles de revisión: Fecha de autorización (fecha de instauración del tratamiento), final de autorización , próxima revisión y duración prevista del tratamiento (diferencia fecha inicio y final.)
- 8.3 Las CLT mantiene el color de las clásicas: verdes para activos y rojas para pensionistas. Ahora además, son introducidas en bolsas de plástico, manteniendo en todo momento la confidencialidad del paciente y evitando pérdidas u otros accidentes
- 8.4 Se han revisado las 15 CLT por cupo, eliminando duplicidades e interacciones, mejorando la calidad de prescripción
- 8.5 Hemos realizado una estimación que nos permite elaborar una estadística de aquellos grupos terapéuticos, según clasificación ATC, que más se prescriben a través de una CLT (Ver documento adjunto) y permite autoevaluaciones periódicas de la terapeutica a la vez que comparaciones respecto a otros centros

## **9. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

Actuaciones pendientes: Fecha de inicio diciembre 2003      Fecha de finalización diciembre 2004

- 9.1 Se ponen en funcionamiento las CLT correspondientes a 15 pacientes por cupo, es decir un total de 150 CLT más las nuevas que se vayan generando
- 9.2 En Mayo –Junio, se realizará un audit, para valorar la situación en ese momento, comparar con la situación inicial, e introducir los cambios que se estimen oportunos
- 9.3 Se presentarán los resultados al equipo y se consensuarán las decisiones a tomar
- 9.4 se ampliará el numero de CLT, a un 20%, se ampliara también a las CLT pediátricas (pacientes menores de 14 años con patología crónica) y se buscará un consenso en la forma de recoger o señalar en la nueva CLT la prescripción inducida por el especialista
- 9.5 Posteriormente se realizará un nuevo AUDIT y se generalizará el uso de esta tarjeta a todos los pacientes .

	Dic.	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Noviembre	Diciembre
Puesta en función												
AUDIT												
Presentación de resultados												
Ampliación Nº CLT												

## 10. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

10.1-El material de apoyo necesario para llevar a cabo el proyecto (impresoras, tarjetas, bolsas de plástico...) no llegó al centro hasta octubre por lo que se retrasó la fase de reevaluación

10.2- La no existencia de un ordenador en el punto de atención continuada con conexión al OMI-AP hace que en el horario de 17.00-20.00 horas no se tenga acceso a la información de la CLT por lo que son previsibles recetas extras, duplicidades o interacciones, que además no quedan registradas en la historia clínica del paciente

10.3 - La no existencia de un programa de interacciones medicamentosas actualizado, accesible desde cualquier consulta hace que en la prescripción diaria y en la de largo tratamiento se produzcan interacciones medicamentosas que en alguna ocasión pueden ser graves sería interesante contar con este programa de apoyo

10.4 – Como apoyo al plan de formación del Centro de Salud (sesiones tutores, residentes... y para generalizar experiencias con otros centros sería interesante contar con una cámara de video.

## 9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>ordenador tipo Pavilion T360 (con grabadora DVD)</u>	<u>1140 €</u>
<u>programa BOT del CSCOF</u>	<u>145 €</u>
<u>business inkjet 1100d HP</u>	<u>199 €</u>



<u>Creative Modem blaster 56K v.92 USB</u>	<u>46.90 €</u>
<u>Kit de iniciación a redes Sitecom</u>	<u>32.90 €</u>
<u>Norton antivirus</u>	<u>42.66 €</u>
<u>video camara digital CCD de 1/6 pulgadas JVC. GR-D2DEX</u>	<u>499 €</u>
TOTAL	2.105 €
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza a 13 de enero de 2004

Maria Jose Lapuente

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS Y SU ENTORNO FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA</p>
---

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>			
Nombre y apellidos	Teresa Pemán Muñoz		
Profesión	Médico	Centro de trabajo	Centro de Salud "Almozara"
Correo electrónico:	garcia@unizar.es		

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Clara Pueyo Salavera	Médico	Centro de Salud "Almozara"
Dolores Puyol Peiro	D.U.E	Centro de Salud "Almozara"
Teresa Ruiz Vecino	Trabajadora Social	Centro de Salud "Almozara"
José Luis San Martín Izcue	M.I.R. III de M.F.C.	Centro de Salud "Almozara"
Nieves Sobrevuela Celma	D.U.E.	Centro de Salud "Almozara"

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA****Método de detección**

- Necesidad sentida por parte de los profesionales
- Aumento de las demandas sociales de los cuidadores

**Método de priorización**

- Accesibilidad, ya que forma parte de nuestra actividad asistencial diaria

**Utilidad del proyecto**

- Detectar las carencias sociales de apoyo a las familias de los pacientes inmovilizados
- Habiéndose detectado problemas burocráticos en el registro de asistencia a pacientes inmovilizados, este proyecto pretende actualizar y protocolizar el programa de atención domiciliaria de dichos pacientes

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El objetivo fundamental de este trabajo, es incrementar la calidad de vida del paciente inmovilizado y mejorar las actuaciones sociales de ayuda a sus familias y a sus cuidadores, utilizando y exigiendo los recursos socio-sanitarios de nuestro sistema de salud.

**Esperamos conseguir los siguientes resultados:**

- Captar los inmovilizados de nuestro Centro de Salud, incluyendo a los pacientes desplazados
- Registrar todos los pacientes captados
- Detectar las carencias sociales del sistema de salud
- Utilizar todos los recursos socio-sanitarios disponibles del sistema de salud
- Ampliar el actual protocolo de inmovilizados, para incluir la atención socio-sanitaria del Cuidador Principal, a través del Futuro Proyecto de Mejora: coordinando al equipo socio-sanitario con objeto de mejorar la captación y evaluación de resultados en la figura del cuidador principal

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

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

<u>7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA</u>
<p><b>Situación de partida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit de captación del 40% sobre los objetivos especificados en la cartera de servicios</li> <li>- Incremento de la demanda socio-sanitaria sobre recursos de apoyo en la continuidad de los cuidados</li> </ul>
<p><b>Posibles causas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de trabajo en equipo que implica la falta de unificación de criterios</li> <li>- Descoordinación en el sistema de registro del Equipo de Atención Primaria (E.A.P.)</li> <li>- Incremento de las labores asistenciales sin contar con un apoyo administrativo que favorezca el registro en Atención Primaria</li> <li>- Las familias de los pacientes inmovilizados nos plantean cada vez más ayudas en cuidados básicos que no son cubiertos por la Administración</li> <li>- Descoordinación entre D.G.A. -Salud-Ayuntamiento, en materia de recursos-socio sanitarios</li> <li>- La desaparición de la prestación social substitutoria, que ha sido el gran recurso de apoyo a las familias. Estas expectativas creadas no han sido asumidas por la Administración Pública</li> </ul>
<p><b>Fuentes de información</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demanda asistencial en Atención Primaria</li> </ul>

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

- Presentación al E.A.P. del programa de inmovilizados que vamos a realizar y entrega de la documentación del programa
- Protocolización de la captación y registro del paciente con una base de datos unificada
- Seguimiento de las Normas Técnicas Mínimas (N.T.M.) realizando los test de valoración y desarrollando el anexo del programa de inmovilizados.
- Detectar los déficit sociales de ayuda al paciente inmovilizado y de apoyo al cuidador principal, a través de los siguiente indicadores valorados en la historia social del paciente:
  - o Características físicas del domicilio
  - o Estructura familiar (genograma)
  - o Redes de apoyo: social, familiar, institucional o privado
  - o situación económica
- Valoración socio-sanitaria del cuidador principal a través del cuestionario ya elaborado (índice de esfuerzo del cuidador), como primer instrumento de partida
- Canalizarlos al Trabajador Social
- Ofrecer los recursos socio-sanitarios disponibles por parte de la Administración y en su defecto por la empresa privada

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

- Revisión mensual de base de datos
- Seguimiento trimestral de N.T.M. tal y como se especificó en la evaluación del programa de Atención a Inmovilizados
- Seguimiento trimestral de las demandas y carencias sociales
- Seguimiento trimestral de la derivación a Trabajadores Sociales e implantación de la historia
- Seguimiento cuantitativo de los cuidadores valorados

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**Fecha de inicio: **Septiembre de 2003**Fecha de finalización: **Septiembre de 2006****Calendario:**

- Ultimo trimestre del 2003: elaboración de base de datos y presentación del programa al E.A.P.

- Primer trimestre del 2004: diseño de la valoración socio-sanitaria del cuidador principal (búsqueda bibliográfica, elaboración de cuestionarios)

- Segundo trimestre del 2004: en función de los resultados diseñar las actividades para mejorar la implantación del programa.

- Tercer trimestre del 2004: evaluación anual del programa



## **PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

### **1.- TITULO**

**“CONTROL Y EDUCACIÓN AL NIÑO ASMÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA”**

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Ana Luz Garín Moreno. Pediatra. C.S. Las Fuentes Norte  
Correo electrónico

### **3.- COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

M<sup>a</sup> Teresa Bartrés Soler. Pediatra. C.S. Las Fuentes Norte  
Mercedes Guallart Blanco. Pediatra. C.S. Las Fuentes Norte  
M<sup>a</sup> Isabel Moneo Hernández. Pediatra. C.S. Las Fuentes Norte  
M<sup>a</sup> Pilar Marín Ibáñez. Enfermera. C.S. Las Fuentes Norte  
M<sup>a</sup> Desamparados Forés Catalá. Enfermera. C.S. Las Fuentes Norte  
Elisa Lambán Casamayor Enfermera. C.S. Las Fuentes Norte  
Raquel Rubio Fernández. Enfermera. C.S. Las Fuentes Norte

### **4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

- 1- Control deficiente de la patología crónica más prevalente en la infancia, con ausencia en muchos pacientes, de un plan de acción de manejo del asma.
- 2- Conocimientos insuficientes o erróneos sobre los factores que influyen en la enfermedad y su manejo en los pacientes asmáticos y sus familiares.
- 3- Escasa adherencia al tratamiento crónico en muchos pacientes y errores en las técnicas de administración del tratamiento.
- 4- Escasa conciencia de la importancia del autocontrol en muchos pacientes.

### **5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1- Aumento del número de pacientes con un plan estratégico de tratamiento de forma individualizada.
- 2- Disminución de la morbilidad: visitas a urgencias, hospitalizaciones o ausencias escolares.
- 3- Aumento de conocimientos, actitudes y habilidades en el manejo de la enfermedad.
- 4- Aumento de la adherencia al tratamiento.
- 5- Aumento de la autoconfianza y autoeficacia en el manejo del asma.

## 6.- RELACION DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en la infancia . La prevalencia para el asma en la edad infantil (0-14 años), varía según distintos estudios entre el 5 y el 15%. La prevalencia está en aumento en los países desarrollados.

El asma genera una importante disminución de la actividad del niño, con pérdida de días de escolarización, disminución de actividades deportivas y pérdida de calidad de vida.

El asma supone un elevado gasto sanitario, tanto desde la atención directa como el gasto originado por pérdida de horas de trabajo en la familia, etc...

Se debe aspirar a que el niño asmático disfrute de una vida normal. Para ello se deben establecer planes terapéuticos individualizados, enseñando mecanismos de autocontrol y educando al niño y a su familia a conocer y manejar la enfermedad.

## 8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Protocolización de la actuación por el Equipo de mejora
- Consultas Programadas del Pediatra
- Consultas Programadas de Enfermería
- Actividades de E.P.S. de Pediatra y Enfermera
- Implicación de Niño y/o Familia en el autocuidado en relación al asma



## 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- N° de niños incluidos en programa / N° total de niños asmáticos estimados x 100
- N° de niños con consulta inicial del programa / N° total de niños incluidos x 100
- N° de niños con plan individualizado de tto/N° total de niños incluidos x 100
- N° de niños con consulta de seguimiento / N° total de niños incluidos x 100
- N° de niños con consulta periódica anual / N° total de niños incluidos x 100
- % de niños incluidos susceptibles de realización de espirometría con espirometría realizada
- Evaluación de conocimientos sobre el asma mediante una encuesta previa y postintervención
- Valoración de las medidas de evitación puestas en práctica
- Valoración de la técnica de inhalación
- % de niños incluidos que han recibido e.p.s.
- % de niños incluidos que han incorporado medidas de autocontrol

## 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: enero 2004

Fecha finalización: diciembre 2004

1º TRIMESTRE 2004	2º TRIMESTRE 2004	3º TRIMESTRE 2004	4º TRIMESTRE 2004
CAPTACIÓN	CAPTACIÓN		
CONSULTA INICIAL	CONSULTA INICIAL		
	CONSULTAS SEGUIMIENTO		CONSULTAS SEGUIMIENTO
		*PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
		EVALUACIÓN	EVALUACION
			REVISIONES PERIÓDICAS
			PROGRAMACIÓN EPS GRUPAL

\*P. Complementarias: se programarán las pruebas de esfuerzo que no requieran realización inmediata, para evitar ausencias escolares.

## 11.- PREVISIÓN DE RECURSOS

- |  |                   |
|--|-------------------|
| • Pulsómetro A3 (realización test de esfuerzo)   | 90 euros          |
| • Cinta de andar ( realización test de esfuerzo) | 200 euros         |
| • Pulsioxímetro (valoración de crisis)           | 950 euros         |
| • Cámara digital (realización material eps)      | 800 euros         |
| • Cañón de proyección (sesiones formativas)      | 1800 euros        |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>3840 euros</b> |

## ACTUALIZACION

### 1.- TITULO

**Control y Educación del Niño Asmático en Atención Primaria**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Ana Luz Garín Moreno  
Pediatra. Centro de Salud Las Fuentes Norte

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACION

Fecha de inicio: julio 2003    Fecha de actualización: diciembre 2003

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Incorporación al Equipo de Trabajo de la Enfermera Raquel Rubio Fernández.

Retraso en el inicio del Programa de aproximadamente 6 meses, ya que se puso en marcha al recibir la aprobación del proyecto.

### 5.- ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

1. Protocolo de actuación en el niño asmático ( Anexo)
2. Estimación de Población Diana: considerando la población de niños atendidos en pediatría de 2547 y una prevalencia estimada de asma del 5 % se obtendrían 128 niños susceptibles de ser incluidos en el programa.
3. Censo de niños que han presentado al menos dos episodios de sibilancias y dificultad respiratoria.
4. Captación o inclusión en programa de los niños que cumplan los criterios.
5. Consulta inicial de pediatra
6. Consulta inicial de enfermera
7. Consultas de seguimiento

### 6.- RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

1. El censo de niños asmáticos a fecha de diciembre del 2003 hace un total de 107.
2. Se han realizado consultas iniciales en un 45% de los incluidos.
3. Se han realizado consultas de seguimiento en un 10 % de los incluidos.
4. La población incluida hasta el momento muestra buena disponibilidad hacia el proyecto y aceptación de las actividades realizadas.
5. Para los profesionales del equipo de trabajo ha supuesto una ampliación de conocimientos y satisfacción a la hora de desarrollarlo.

6. La impresión subjetiva de los profesionales del equipo en relación a la mejora de los conocimientos de los niños y familias incluidos sobre el asma y su manejo es satisfactoria.

## **7.- CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

- Primer trimestre 2004: captación  
consultas iniciales
- Segundo trimestre 2004: consultas de seguimiento
- Tercer trimestre 2004: pruebas complementarias  
actividades de evaluación
- Cuarto trimestre 2004: revisiones periódicas  
programación eps grupal

## **8.-PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

1. Retraso en la puesta en marcha del programa de 6 meses.
2. Dificultad de adaptación del proyecto a la dinámica de trabajo habitual.
3. Necesidad de más tiempo del programado para llevar a cabo todas las revisiones.

## **9.- PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS**

• Pulsómetro ( test de esfuerzo)	90 euros
• Cinta de andar (test de esfuerzo)	200 euros
• Pulsioxímetro (valoración de crisis)	950 euros
• Cámara digital	800 euros
• Cañón de proyección	1800 euros
<b>Total</b>	<b>3840 euros</b>

Fdo: Ana Luz Garín Moreno

Zaragoza, a 16 de enero de 2004



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

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La educación diabetológica considerada de forma integral (educación a diabéticos y formación continuada del personal responsable de la atención sanitaria), goza de una buena relación coste eficacia, con importante ahorro en los costes económicos y con una mejoría evidente de calidad de vida de estos pacientes.

Se organizó una reunión del quipo de mejora donde se propusieron una serie de oportunidades de mejora (Brainstorming) que finalmente fueron priorizadas mediante votación. La diabetes mellitus es una patología muy frecuente en Atención Primaria, en la que el autocontrol y autocuidados del paciente son pilares fundamentales para conseguir retrasar la aparición de complicaciones crónicas, por lo que consideramos fundamental la educación del paciente y de los familiares que conviven con él.

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1-Durante el año 2004 al menos el 90% de profesionales de enfermería deben poner en marcha la educación diabetológica en sus cupos.

2-El 100% de ellos recibirá formación continuada en el tema.

3-Incluir en la educación al menos al 10% de los diabéticos tipo 2 con preferencia los de reciente diagnóstico, con los siguientes objetivos específicos:

- Aumentar los conocimientos en los diabéticos y sus familiares: alimentación, ejercicio físico, complicaciones agudas y crónicas, control de factores de riesgo en al menos un 60%.
- Mejorar conocimientos y habilidades para actuar frente a complicaciones agudas y crónicas en al menos un 60%.
- Conseguir que el 95% de los diabéticos incluidos realicen autocontroles.
- Reducir la HbA1c en al menos un punto en el 50%.
- Mejorar el perfil lipídico, con una disminución de triglicéridos en al menos 50 mg al mejorar el perfil glucídico.

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

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Indicar, al menos, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información  
 Nuestro Centro de Salud lleva poco tiempo funcionando como Equipo de Atención Primaria/  
 modelo reformado. Creemos que la implantación de grupos de educación diabetológica es una  
 estrategia que puede impulsar el funcionamiento de nuestro centro como equipo, y a la vez  
 mejorar la eficiencia de la prevención de las complicaciones de la diabetes.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables  
 -Formación continuada para enfermería relacionada con la educación diabetológica. Reuniones  
 periódicas en las que se expongan dudas o problemas que se detecten, sobre los que se pueda  
 intervenir en los grupos.  
 -Educación de al menos 4 grupos al año, con al menos un diabético y acompañante por cupo. Los  
 cursos para grupos tendrán una duración de 4 días, repartidos en dos semanas, en los que se  
 tratarán: complicaciones agudas y crónicas (primer día), alimentación y ejercicio físico (2º día),  
 autocontroles (3º día), cuidado del pie diabético y consejos generales (4º día).

### 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a  
 utilizar  
 -Recoger datos referentes a cifras de HbA1c, TG, autocontroles, en las historias de los pacientes  
 sobre los que se va a realizar educación grupal, previo y posterior, y cuantificar grado de mejoría  
 en dichas cifras.  
 -Evaluar la satisfacción de los asistentes a los grupos mediante encuestas.  
 -Evaluar los conocimientos adquiridos por los pacientes en los grupos mediante test, esperando  
 que al menos un 90% de pacientes tengan un nivel de aciertos de la menos un 90%.  
 -Reunir al Equipo periódicamente para comentar temas o problemas que surjan y que se puedan  
 tratar en los grupos.

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Junio 2002	Fecha de finalización: continuada
Calendario: Febrero, Mayo, Octubre, Diciembre 2004 (este año) para grupos de educación Marzo, Junio, Octubre, Diciembre, con enfermería (formación). Marzo, Junio, Octubre, Diciembre con el Equipo para intercambiar problemas detectados.	



# MODIFICACIÓN AL PROYECTO DE CALIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD DE SAN JOSE NORTE Y CENTRO

## 1.- TITULO

MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN LOS PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Alejandro Marin Ibañez Carlos Isanta Pomar. Profesión: Médico C.S. SAN JOSE NORTE Médico C.S. SAN JOSE CENTRO

Correo electrónico: [amarini@a7sem4.es](mailto:amarini@a7sem4.es)

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Hector Pintado Sandoval C.S. SAN JOSE NORTE Vicente Compaired Aragtiés C.S. SAN JOSE NORTE José Antonio Montiu Pemán C.S. SAN JOSE NORTE Luisa Navarro C.S. SAN JOSE NORTE y Concepción Gelado C.S. SAN JOSE NORTE Pilar Melón Juncosa C.S. SAN JOSE CENTRO Clara Terrón Sánchez C.S. SAN JOSE CENTRO M<sup>o</sup> Angeles Gay Romeo C.S. SAN JOSE CENTRO, Rosa Estopiñan Trasfí C.S. SAN JOSE CENTRO y Clara Sadia C.S. SAN JOSE CENTRO.

## 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Este Proyecto se plantea como alternativa al emitido anteriormente por ambos Centros de Salud, debido a que la población diana previa (pacientes con sonda urinaria permanente) es muy pequeña, y debido sobre todo a la importancia que tiene la prevención de la primera causa de mortalidad en nuestro medio. El escaso control de los factores de riesgo cardiovascular en la población enferma en Zaragoza está claramente definido en el estudio PRECIAR I; y ya no hay duda de que una adecuada prevención secundaria, no solo es costo-eficiente, sino que disminuye la morbimortalidad de nuestros pacientes isquémicos.

## 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivo General: Mejorar la morbimortalidad por cardiopatía isquémica en los pacientes de muy alto riesgo vascular.

### Objetivos Concretos:

- 1) Realizar un listado de, la totalidad de los pacientes con Cardiopatía Isquémica de la Zona Básica correspondiente.
- 2) Análisis de la situación actual
- 3) Concienciación del personal sanitario (médicos y enfermeras) de la relevancia de un adecuado control de los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica.
- 4) Mejora del cumplimiento de las recomendaciones de las diversas Sociedades Científicas y Paneles de Expertos.
  - a) NCEP(ATPII)
  - b) ADA
  - c) CONSENSO SOBRE HIPERTENSIÓN DE LAS SOCIEDADES EUROPEAS



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

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

A pesar de la evidencia existente sobre la eficacia de la prevención secundaria, modificando los estilos de vida o utilizando los diversos fármacos que han demostrado su beneficio clínico en pacientes coronarios, la información disponible sobre el manejo terapéutico de estos pacientes en el ámbito de la atención primaria en nuestro país es escasa y poco precisa.

Se revisaron las historias clínicas de todas las personas diagnosticadas en algún momento de su vida dermatología cardiovascular isquémica; incluyéndose en este apartado el infarto agudo de miocardio y el ángor, dentro de 11 cupos de 3 centros de salud urbanos del área 11 de Zaragoza. La población global era de 19.692 pacientes, encontrándose en 388 casos de cardiopatía isquémica, de los datos recogidos de las historias.

Estudiando los datos sobre el control lipídico, tan solo el 4,7% de los pacientes que se habían realizado el análisis correspondiente tenían el LDL <100 como recomiendan las guías de buena práctica clínica'.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Reunión del equipo el 6 de Diciembre de 2004 para exposición de la logística del proyecto.
2. Sesión clínica: 13 de Diciembre de 2004 "Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica", revisando las guías de práctica clínica y consenso de expertos a la fecha.
3. Recogida de todos los pacientes con cardiopatía isquémica y cumplimentación de los CRDs (ANEXO 2) entre el 1 de Enero de 2005 y el 1 de Abril de 2005.
4. Análisis de los resultados (Antes) 1 Junio de 2005
5. Revisión de los pacientes y cumplimentación de los CRDs (ANEXO 2) del 1 Septiembre de 2005 al 1 de Diciembre de 2005.
6. Análisis de los resultados (Después) 30 Diciembre de 2005.

## 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

11 = Número de pacientes incluidos en el seguimiento.

12 = Número de pacientes incluidos en el seguimiento (población isquémica) / Población general.

13 = Número de pacientes con cifras LDL objetivo / Población diana (isquémica).

14 = Número de pacientes con cifras tensionales objetivo/ Población diana (isquémica).

15 = Número de pacientes diabéticos con HbA1c < 7% / Población diabética isquémica.

16 = Número de pacientes incluidos tratados con estatinas / Población muestra;

17 = Número de pacientes incluidos tratados con AAS / Población muestral.

18 = Número de pacientes incluidos tratados con Betabloqueantes / Población muestral.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS** Descrito en el punto 8 (Método y actividades)

**11.- PREVISIÓN DE RECURSOS**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

DESARROLLO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL MANEJO DEL HEPATOCARCINOMA Y LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS EN EL SENO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PATOLOGÍA HEPATOBILIAR Y PANCREÁTICA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos JOSE MARÍA ARTIGAS MARTÍN

Profesión MÉDICO RADIÓLOGO Centro de trabajo H.U. MIGUEL SERVET

Correo electrónico: [jmartigas@salud.aragob.es](mailto:jmartigas@salud.aragob.es)

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel A. Simón Marco	Digestivo	H.U.Lozano Blesa
Eduardo Bajador Andreu	Digestivo	H.U.Miguel Servet
Javier Fuentes Olmo	Digestivo	H.U.Miguel Servet
Jesús Esarte Muniain	Cirugía	H.U.Miguel Servet
Alejandro Serrablo Requejo	Cirugía	H.U.Miguel Servet
Pilar Cebollero Benito	Cirugía	H.U.Miguel Servet
Vicente Alonso Orduña	Oncología	H.U.Miguel Servet
Antonio Antón Torres	Oncología	H.U.Miguel Servet
Mª Teresa Marcuello Peña	Radiología	H.U.Miguel Servet
Carmen Yus Gotor	A.Patologica	H.U.Miguel Servet
Carlos Hördnler Argáyate	A.Patologica	H.U.Miguel Servet
Teresa Sanz Paricio	DUE Digest.	H.U.Miguel Servet
Dolores Viu Salmons	Anestesia	H.U.Miguel Servet
Mª Pilar García Gil	Informática	H.U.Miguel Servet

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

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

1. La patología oncológica hepatopancreática es un área crítica por su incidencia y elevada morbimortalidad. Los resultados dependen de la intervención coordinada de diversos especialistas. En la actualidad existen desfases que repercuten en la atención prestada.
2. Por iniciativa de los profesionales existe en la actualidad un grupo multidisciplinar que evalúa de forma coordinada y protocoliza esta patología en el H.U. Miguel Servet (HUMS).
3. El HUMS ha iniciado el desarrollo de la Gestión por Procesos como método para optimizar su rendimiento y alcanzar los objetivos de calidad del modelo EFQM.
4. El grupo de trabajo se ha marcado como objetivo para el año 2004 comenzar a diseñar el mapa de procesos de la patología de su ámbito de interés y llevar a cabo su implantación progresiva, comenzando por los procesos oncológicos dada su relevancia sanitaria y social. En concreto para el año 2004 se han elegido dos procesos: Carcinoma Hepatocelular y Metástasis Hepáticas. En cada uno de ellos se proyecta realizar:
  - a. Revisión de ambos Protocolos y elaboración de las correspondientes Vías Clínicas.
  - b. Definir el proceso y diseñar su mapa, de los subprocesos y de las actividades que conlleva.
  - c. Establecer los indicadores necesarios para medir el proceso.
  - d. Diseñar la forma de implantación.
  - e. Implantación
  - f. Optimizar los cauces de información al paciente para hacerle partícipe cualificado en la toma de decisiones de tanta relevancia para su salud. Instauración del Médico Responsable del proceso oncológico en cada paciente.
  - g. Iniciar la participación en la Gestión de Agendas para mejorar la accesibilidad y eliminar tiempos muertos en el proceso.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Disminuir el **tiempo de acceso** y de **atención** desde que se produce el diagnóstico de Hepatocarcinoma o de Metástasis Hepáticas y se completa el tratamiento.
2. Mejorar la **calidad técnica** ofrecida al paciente:
  - a. Mejora de los indicadores de resultado del proceso:
    - i. Morbilidad, mortalidad y complicaciones.
    - ii. Reingresos.
    - iii. Índice de supervivencia a 1 y 5 años.
3. Mejorar la **calidad percibida** por el paciente:
  - a. Acceso, agilidad y resolutivead
  - b. Competencia técnica.
  - c. Trato y confortabilidad.
  - d. Información y comunicación: Instauración del Médico Responsable del Paciente.
4. Mejora en la **transferencia del conocimiento** entre los miembros del grupo de trabajo y el resto de profesionales, especialmente los MIR en formación.
5. Crear el microclima adecuado para el desarrollo de **líneas de investigación** en esta área.
6. Contribuir a la modelización de la gestión por procesos en el HUMS

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

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

La subcomisión se reúne semanalmente y evalúa una media de 3 a 5 pacientes afectos de patología hepatopancreática. El grupo debate las diferentes alternativas diagnóstico-terapéuticas y decide de forma consensuada la que considera mas adecuada para cada caso. La decisión queda registrada en un documento que se incluye en la Historia Clínica del paciente y en un libro-diario que queda como registro de la actividad del grupo. En las reuniones se comentan la totalidad de los pacientes subsidiarios de cirugía, así como de intervenciones percutáneas, diagnósticas o terapéuticas. Igualmente se valora la evolución de los pacientes tras las diferentes opciones terapéuticas.

Además de su actividad clínica, el grupo realiza tareas de **valoración de nuevas tecnologías** que afecten a su ámbito de trabajo, como en el caso de la ablación tumoral por ondas de radiofrecuencia. Tras una valoración de la evidencia científica y dos pruebas "ex vivo" de las principales alternativas existentes en el mercado, recomendó a la Comisión de Tecnología la implantación de esta técnica en el hospital, que se llevó a cabo en enero de 2003 con resultados similares a los referidos en la literatura médica.

Otro aspecto muy importante de la actividad del grupo es la **transferencia del conocimiento**. Las sesiones del grupo tienen un importante contenido docente para los médicos especialistas en formación y constituyen el mejor sistema de formación continuada para los profesionales que tratan esta patología. Cada novedad científica, bibliográfica o tecnológica, es analizada y evaluada, y cada vez que uno de los miembros del grupo asiste a una reunión científica, curso, congreso expone aquellos aspectos que considera de interés.

A pesar de todo lo expuesto existen ineficiencias en el manejo de esta patología, con excesivo tiempo de acceso y de atención (desde la sospecha diagnóstica hasta que se establece el diagnóstico, se estadifica la situación de la neoplasia y se procede a completar el tratamiento, generalmente multidisciplinar).

Un aspecto sensiblemente mejorable es el proceso de estadificación neoplásica, en la actualidad llevado a cabo en régimen de hospitalización para evitar demoras excesivas, con la consiguiente sobrecarga asistencial que conlleva (en torno a 10 días de hospitalización), además de las innegables molestias y riesgos para el paciente y encarecimiento del proceso. Un adecuado diseño del subproceso de estadificación permitiría realizarla en régimen ambulatorio en un periodo no superior a 15 días.

Otro tema de extraordinario interés es conocer nuestro nivel de efectividad y eficiencia en el manejo de estos procesos, lo que solo puede conseguirse mediante la sistematización de nuestra actividad y la recogida de toda la información relevante que permita el análisis mediante indicadores adecuados.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Revisión del Protocolo de Hepatocarcinoma y de Metástasis Hepáticas. Responsables: Dres. Artigas, Simón, Bajador, Esarte, Serrablo, Alonso, Yus.
2. Información al Paciente. D<sup>a</sup>. Teresa Sanz Paricio (DUE), Dra. Cebollero
3. Supervisión de la definición y diseño de ambos procesos. Dr. Bajador.
4. Diseño del proceso de Hepatocarcinoma. Drs. Artigas, Simón, Bajador, Esarte, Hördnler.
5. Diseño del proceso de Metástasis Hepáticas. Dres. Alonso, Serrablo, Fuentes, Marcuello, Yus.
6. Diseño de indicadores. Dres. Artigas, Alonso y Bajador.
7. Diseño de Base de Datos. Dres. Artigas, Alonso, Bajador, Serrablo, Hördnler y García Gil.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

1. Se han previsto dos evaluaciones al proyecto: a los 6 meses de su inicio y a los 12 meses:
  - a. Evaluación a los 6 meses:
    - i. Cumplimiento del cronograma y del desarrollo de las distintas actividades propuestas.
  - b. Evaluación a los 12 meses:
    - i. Grado de implantación de ambos procesos.
    - ii. Evaluación de la calidad técnica.
    - iii. Evaluación de la calidad percibida por los pacientes.
2. INDICADORES:
  - a. Generales:
    - i. Nº de pacientes evaluados por la Unidad Hepatopancreática.
    - ii. Porcentaje de pacientes incluidos en cada el Protocolo y Vía Clínica.
  - b. De acceso: Demora media desde diagnóstico hasta inicio de estadificación.
  - c. De proceso:
    - i. Tiempo medio de atención completa: desde diagnóstico hasta alta.
    - ii. Tiempo medio empleado en estadificación
    - iii. Tiempos muertos medios:
      1. desde fin de estadificación e inicio del tratamiento: quirúrgico, quimioterápico, percutáneo u otros.
  - d. De resultado: CALIDAD TÉCNICA.
    - i. Porcentaje de complicaciones quirúrgicas.
    - ii. Porcentaje de complicaciones por quimioterapia.
    - iii. Porcentaje de complicaciones por tratamientos percutáneos.
    - iv. Días de hospitalización
    - v. Porcentaje de reingresos.
    - vi. Mortalidad a 1 mes, 6 meses, 1 año y 5 años.
    - vii. Supervivencia a 1 año y 5 años.
  - e. De resultado: CALIDAD PERCIBIDA.
    - i. Cumplimentación de consentimientos informados
    - ii. Porcentaje de pacientes que han dispuesto de un Médico Responsable de su proceso.
    - iii. Evaluación del dolor postoperatorio: escalas visuales los días 1, 2, 5 y 7 del postoperatorio.
    - iv. Encuesta de satisfacción al paciente.

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

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>													
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas													
Fecha de inicio: Marzo de 2004							Fecha de finalización: Abril de 2005 (continuación)						
<b>CRONOGRAMA ACTIVIDADES 2004-2005</b>													
	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>Jn</b>	<b>Jl</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
Revisión bibliográfica CHC													
Revisión protocolo CHC													
Diseño base datos CHC													
Elaboración docum. informat.: pacientes, enfermería, médicos													
Diseño proceso CHC													
Implantación proceso CHC													
Monitorización y mejora													
Seguimiento proceso CHC													
Revisión bibliográfica metástasis hepáticas													
Revisión protocolo metástasis													
Diseño base datos metástasis hepáticas													
Formación complementaria: gestión procesos e indicadores													
Análisis incidencias													
Difusión científica													







## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Introducción de técnicas quirúrgicas precoces en el tratamiento de la colecistitis aguda y la pancreatitis litiásica leve.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos María del Pilar Cebollero Benito

Profesión Facultativo Especialista de Area ( Cirugía General y Ap. Digestivo )

Centro de trabajo Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Correo electrónico: pcebo@excite.com

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alejandro Serrablo Requejo	FEA Cirugía	Hospital Universitario Miguel Servet
José Ignacio Barranco Domínguez	Residente Cirugía	HUMS
Sonia Cantín Blázquez	FEA Cirugía	HUMS
Jesús M <sup>a</sup> Esarte Muniáin	Jefe Unidad Cirugía	HUMS
Concepción Beltrán Cruselles	Supervisora ATS	HUMS

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

**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**  
 Incluir, al menos, "importancia y utilidad del proyecto" y "métodos de detección y priorización empleados"

El tratamiento ideal para la patología aguda biliopancreática es la colecistectomía laparoscópica precoz.

Sin embargo, actualmente en nuestro centro, en el 80% de los casos se realiza tratamiento médico y colecistectomía tras varios meses de espera, lo que supone un mayor número de ingresos por la misma patología y un incremento en la morbilidad de los procesos.

- 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**
- Disminuir el número de ingresos hospitalarios por la misma patología
  - Disminuir la estancia hospitalaria
  - Disminuir el número de pruebas complementarias
  - Disminuir la morbimortalidad en estos pacientes
  - Disminuir el gasto farmacéutico
  - Aumentar la satisfacción de los pacientes
  - Adaptar patrones de excelencia en la aplicación de técnicas quirúrgicas

**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

Sólo un 20% de los pacientes con patología aguda biliopancreática se intervienen de urgencia. Los motivos para no intervenirlos precozmente son: necesidad de estudio del paciente, hábitos, sobrecarga de trabajo en las guardias, ausencia de protocolo consensuado, etc.

Las fuentes de información han sido:

- encuesta en los hospitales de Aragón ( Sociedad Aragonesa de Cirugía )
- análisis retrospectivo de la casuística del Hospital
- estudio prospectivo actual

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de un protocolo o vía clínica de la colecistitis aguda y pancreatitis litiasica leve ---- Servicios de Cirugía General, Urgencias, Digestivo, Anestesia.
- Puesta en marcha de un quirófano de urgencias diferidas --- Dirección Médica
- Formación del equipo quirúrgico --- Cirugía General, Anestesia, Enfermería

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

- Elaboración y monitorización de los indicadores de actividad y resultados ( gasto farmacéutico, pruebas complementarias, estancia media hospitalaria, morbimortalidad, tasa de reingresos ).
- Estudio antes – después.
- Encuesta de satisfacción de usuarios.

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

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS												
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas												
Fecha de inicio: 01 abril 2004						Fecha de finalización: 01 abril 2006						
Calendario:												
Año 2004 - 2005	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
Formación equipo de trabajo	X											
Elaboración del protocolo		X										
Elaboración de indicadores		X										
Presentación y difusión del protocolo			X	X	X	X	X	X	X			
Puesta en marcha del quirófano de urgencias diferidas			X									
Aprobación del protocolo en el Comité de Tecnología			X									
Aplicación de la técnica quirúrgica				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis de resultados									X			
Encuesta de satisfacción						X			X			X
Análisis de reclamaciones			X			X			X			X
Año 2005 - 2006	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
Aplicación de la técnica quirúrgica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis de resultados			X						X			X
Encuesta de satisfacción			X			X			X			X
Análisis de reclamaciones			X			X			X			X

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Base de datos informatizada ampliable a otras patologías	1500
Presentación en el Congreso Nacional de Cirugía	1300
<b>TOTAL</b>	<b>2800</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: 14 de enero de 2004

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**PRESCRIPCIÓN RACIONAL DE MEDICAMENTOS, PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y AUMENTO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGÍA**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Jesús Martín Martínez

Profesión FEA Neurología Centro de trabajo H U Miguel Servet

Correo electrónico: mbestugc@meditex.es

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Ramón Ara Callizo	Neurólogo	H U Miguel Servet
Raquel Arrieta Navarro	Farmacéutica	H U Miguel Servet
Vicente Bertol Alegre	Neurólogo	H U Miguel Servet
María Bestué Cardiel	Neurólogo	H U Miguel Servet
José Luis Capablo Liesa	Neuróloga	H U Miguel Servet
Josefa Carcelen Andrés	Farmacéutica	H U Miguel Servet
Eugenia Marta Moreno	Neuróloga	H U Miguel Servet
Antonio Oliveros Cid	Neurólogo	H U Miguel Servet
Isabel Pérez López-Fraile	Neuróloga	H U Miguel Servet
Isabel Velilla Marco	Neuróloga	H U Miguel Servet

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

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En USA, el tratamiento médico es responsable de 1,3 millones de efectos adversos con un coste anual de 2000 millones de \$ en pacientes hospitalizados. El factor más importante relacionado con los efectos adversos evitables está en relación con el deficiente conocimiento de los fármacos prescritos (dosis, interacciones y forma de administración).

La **prescripción razonada o racional de medicamentos** se define como la metodología que confiere un correcto hábito prescriptor. Este procedimiento implica: a) la elaboración y actualización de fármacos eficaces seleccionados en base a la eficacia, perfil de seguridad y eficiencia y b) información y toma de decisión de acuerdo con el paciente.

Los factores relacionados con la falta de **adherencia al tratamiento** son poco conocidos interviniendo las características del paciente, la enfermedad, la actuación médica y el tratamiento o tratamientos prescritos. Este hecho se asocia a una menor eficacia del tratamiento y mayores demandas de recursos.

En el proyecto se pretende actuar sobre el principal factor asociado a efectos adversos inducidos por medicamentos (deficiente conocimiento de los fármacos prescritos).

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminución de efectos adversos inducidos por el tratamiento prescrito.

Mayor grado de implicación del paciente en el tratamiento y adherencia al mismo.

Mejora de la eficiencia en la prescripción.

#### 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>			++		
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	++++				
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		+++			
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		+++			

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Los efectos adversos inducidos por fármacos constituyen un problema sociosanitario multifactorial de primer orden. Si bien éste es conocido a nivel de la hospitalización, no lo es a nivel ambulatorio.

Del análisis de las causas descritas en la literatura, el factor principal es el asociado al desconocimiento del fármaco por parte del médico prescriptor. Otro aspecto importante es el de los sistemas de alerta y feedback, que si no funcionan adecuadamente en el ambiente hospitalario, en el medio ambulatorio son prácticamente inexistentes, en una población envejecida y polimedcada.

Como se ha indicado previamente la falta de cumplimiento terapéutico es un aspecto mal conocido, en el que la información médica y nula participación del paciente en el tratamiento son parte importante de la falta de adherencia al tratamiento.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Estudio de intervención en los CME de San José y Ramón y Cajal, en pacientes diagnosticados y tratados previamente o de novo de epilepsia o migraña. Como control se evaluará la situación previa a la intervención. Los pacientes serán controlados de forma programada cada tres meses y a demanda por incidencias.

Las medidas de intervención establecidas son:

- a) Elaboración de un vademecun de fármacos eficaces y eficientes, referente a cefaleas y epilepsia; que constituyen las patologías más prevalentes en nuestras consultas externas de neurología.
- b) Elaboración de tarjetas acerca de efectos secundarios e interacciones de los fármacos utilizados, para el paciente.
- c) Elaboración de tarjetas de dosificación comprensible: señalando dosis y duración del tratamiento.
- d) Orden legible y completa del fármaco seleccionado y aceptado por el paciente. en la historia clínica.
- e) Revisión sistemática y consulta telefónica de los efectos adversos posibles de los pacientes en tratamiento.
- f) Cuestionario de factores de adhesión al tratamiento (test de Morisky-Green)
- g) Supervisión por farmacéutico de interacciones medicamentosas

## 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se valorarán pre y post intervención:

**Tasa prescripción de genéricos**

**Tasa de interacciones farmacológicas:** (nº de interacciones/nº de pacientes en tratamiento)

**Tasa de efectos adversos:** (nº complicaciones comunicadas/nº de pacientes asistidos por ese proceso)

**Tasa de abandonos de tratamiento** (nº de abandonos/nº de pacientes tratados en ese proceso)

**Causas de abandono**

Nº de comunicaciones al servicio de farmacovigilancia





## **PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN**

### **1.- TÍTULO**

**“Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma UNE-EN-ISO 15189:2003 para los Servicios de Microbiología y Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza” como actualización del proyecto “Diseño de un plan de gestión de calidad en el servicio de Anatomía patológica del Hospital Universitario Miguel Servet. Creación de un marco de modelización de las Normas ISO 9000/2002”.**

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos: Ramiro Alvarez Alegret.**

**Profesión: Médico Anatomopatólogo      Centro de trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet.**

### **3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN**

Fecha de inicio: marzo de 2003

Fecha de actualización: enero de 2004

### **4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO**

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

#### **4.1.- INTRODUCCIÓN:**

El proyecto inicial planteaba los objetivos y acciones se mencionan en el ANEXO 1, De forma coincidente, en el mes de marzo de 2003 se promovió por parte de la Dirección del Hospital una acción de formación aplicada denominada “Proyecto de Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001 para los laboratorios” dirigida a los Laboratorios encuadrados en el entorno de gestión del HUMS.

Los objetivos, resultados y actividades de esa acción se mencionan en el ANEXO 2.

**4.2.- MODIFICACIONES**

4.2.1 Dada la convergencia de objetivos y similitud de contenidos entre los dos proyectos se estableció que **los miembros de los Grupos de Mejora de la Calidad de los Servicios de Anatomía Patológica y Microbiología tuviesen sesiones de trabajo conjuntas para aprovechar recursos, establecer sinergias y compartir experiencias mutuas** en la consecución de resultados de este último.

Posteriormente, y **como consecuencia de la publicación de la Norma UNE-EN-ISO 15189:2003 se decidió tomar esta norma como referencia de trabajo** y redefinir los resultados a obtener, cuya diferencia con los iniciales y nueva programación de actividades se menciona en el ANEXO 3.

4.2.2 Las modificación de los componentes de los Grupos de Mejora de la Calidad se mencionan en el ANEXO 4

4.2.3 Realización de las sesiones

El número y fecha de las sesiones realizadas con cada Grupo de Mejora, incluyendo las coincidentes y no coincidentes se exponen en el ANEXO 5.

**5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

1. Definición de la Política de la Calidad.
2. Identificación de los clientes según su tipología y concreción de sus necesidades y expectativas.
3. Búsqueda de un objetivo de gestión y poner en práctica las acciones para su cumplimiento..
4. Formación en la Norma UNE-EN-ISO 15189.
5. Elaboración y/o adaptación de la cartera de servicios de los Laboratorios.
6. Elaboración del Reglamento de funcionamiento de los Grupos de Mejora de la Calidad.
7. Concreción de Metodología y contenidos para la obtención de la satisfacción de clientes.
8. Estructura y apartados del Manual de la Calidad según la Norma.
9. Configuración y análisis de los procesos internos de los Laboratorios.

10. Política y procedimiento de las reclamaciones de clientes.

## **6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

1. Documentos de Política de la Calidad según la Norma UNE-EN-ISO 15189 (ANEXO 6).
2. Documento de requisitos de clientes. (ANEXO 7)
3. Cartera de Servicios del Laboratorio de Microbiología. (ANEXO 8)
4. Reglamento de funcionamiento de los Grupos de Mejora. (ANEXO 9)
5. Manual de la Calidad: Estructura y contenidos generales. (ANEXO 10)
6. Borrador de proceso preanalítico. (ANEXO 11)
7. Borrador de Política de comunicación con clientes. (ANEXO 12)
8. Realización de encuesta de satisfacción entre los miembros de los Grupos de Mejora para valorar el proyecto y la forma de realizarlo (ANEXO 13). Los resultados se detallan en el ANEXO 14

## **7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**

Las acciones propuestas a realizar en el periodo 2004 están en sintonía con el objetivo institucional a largo plazo de poner en práctica un Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma UNE-EN-ISO 15189:

1. Definición de procesos y elaboración de procedimientos analíticos en las Secciones de Epidemiología y Respiratorio.
2. Obtención del nivel de satisfacción de los clientes.
3. Realizar el control de equipos de medición de temperatura: estufas, frigoríficos y cámaras climáticas.
4. Establecer la metodología de gestión por objetivos.
5. Obtener la satisfacción del personal del Servicio.
6. Definir y poner en práctica el procedimiento de tratamiento de reclamaciones de clientes.
7. Elaborar el Manual de recogida, transporte y procesado de muestras.
8. Automatización del control documental mediante la aplicación de tecnologías de información y comunicaciones.

La distribución temporal de las acciones se detalla en el cronograma del ANEXO 15.

**8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

Los problemas encontrados en el avance, realización y obtención de resultados se relacionan directamente con:

- Limitación del tiempo de dedicación al proyecto por parte de los miembros de los Grupos de Mejora.
- Inexistencia temporal del Jefe de Servicio en el Laboratorio de Anatomía Patológica por vacante de la plaza.
- Falta de experiencia en la dinámica de trabajo en equipo por parte de los miembros de los Grupos de Mejora.
- Falta de conocimiento de los contenidos de la Norma y de experiencia en apartados relacionados con la gestión y metodologías de mejora continua.
- Necesidad de integración de las acciones del Sistema de la Calidad de los Laboratorios con el resto de Servicios/Unidades del Hospital.

**9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)**

<b><i>Material/Servicios</i></b>	<b><i>Euros</i></b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>Asesoramiento externo</b>	<b>900</b>
<b>Documentación y reprografía</b>	<b>500</b>
<b>Congresos y certámenes</b>	<b>1100</b>
<b>Equipamiento: termómetros de regulación y control.</b>	<b>2500</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5.000</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:****19/01/04****Fdo. Ramiro Alvarez Alegret**

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

## **PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD**

### **1.- TÍTULO**

**INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO DE ANALGESIA  
POSTOPERATORIA PARA CIRUGÍA MAYOR.**

### **2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**Nombre y apellidos JAVIER MARTINEZ UBIETO**

**Profesión FEA ANESTESIA  
MIGUEL SERVET**

**Centro de trabajo HOSPITAL**

**Correo electrónico: fmubieto@wanadoo.es**

### **3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA**

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Centro de trabajo</b>
<b>DOLORES VIU</b>	<b>FEA</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>JOSE ANTONIO GIRON</b>	<b>FEA</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>NATIVIDAD QUESADA</b>	<b>FEA</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>MARIA LUISA LAZARO</b>	<b>ATS-DUE</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>BEGOÑA ALZOLA</b>	<b>ATS-DUE</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>FRANCISCO J. MATEO</b>	<b>CELADOR</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>MIGUEL A. DOBON</b>	<b>FEA</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>ARACELI VELA</b>	<b>SUPERV.</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>
<b>RICARDO RUIZ</b>	<b>J.SERVICIO</b>	<b>MIGUEL SERVET</b>

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

#### **4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**

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

- **Creación de la unidad de dolor agudo postoperatorio, básica en la atención al enfermo quirúrgico.**
- **Control del dolor postoperatorio en los enfermos quirúrgicos, con la consiguiente mejora de la calidad percibida por el enfermo.**
- **Disminución de las complicaciones postoperatorias de los enfermos.**
- **Disminución de las estancias hospitalarias con el consiguiente ahorro económico.**

#### **5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- **Homogeneizar los tratamientos empleados en el dolor agudo postoperatorio, controlarlos y protocolizarlos en coordinación con los otros servicios quirúrgicos.**
- **Disminución de dicho dolor con la consecuencia de una mejora de la calidad asistencial percibida por el enfermo.**
- **Disminución del número de complicaciones postoperatorias.**
- **Facilitar el trabajo a la enfermería.**
- **Disminución de costes al protocolizar tratamientos y disminuir estancias hospitalarias.**

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

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

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

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



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

### **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

- Actualmente en las plantas de hospitalización dolor moderado-alto en determinados pacientes, con la consiguiente disminución de la calidad percibida por los pacientes, así como el aumento de complicaciones y del gasto sanitario.***
- No hay protocolos establecidos en dependencia del dolor y su tipo.***

### **8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

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

- Fundamentalmente, se va a intentar establecer unos protocolos de tratamiento del dolor post operatorio.***
- Seguimiento por parte del Servicio de Anestesiología siendo estos los responsables en colaboración con otros servicios quirúrgicos y enfermería.***
- Adecuación y valoración de los posibles efectos secundarios.***
- Mejorar la calidad percibida por el paciente.***

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

<p><b>9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b></p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, los indicadores que se van a utilizar</p> <p><b>-El seguimiento del proyecto, consistirá en intentar poner en marcha estos protocolos de una manera definitiva en el tiempo, siendo controlados y evaluados por el Servicio de Anestesiología.</b></p> <p><b>-Indicadores. - Escala Analógica Visual.</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><b>- Disminución del número de complicaciones.</b></p>
--

<p><b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b></p> <p>Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas</p> <table border="1" data-bbox="248 1176 1418 1220"> <tr> <td data-bbox="248 1176 829 1220">Fecha de inicio: Marzo 2004</td> <td data-bbox="829 1176 1418 1220">Fecha de finalización: Indefinida</td> </tr> </table> <p>Calendario:</p> <p>Instauración de la unidad de dolor agudo postoperatorio en nuestro hospital de manera indefinida.</p>	Fecha de inicio: Marzo 2004	Fecha de finalización: Indefinida
Fecha de inicio: Marzo 2004	Fecha de finalización: Indefinida	



**Anexo 2**

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

**Fecha y firma: ZARAGOZA 16 ENERO 2004.**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. L. L.', is written on the page. Below the signature is a short horizontal line.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Información y Consentimiento Informado de analgesia en el parto.  
Programa piloto de mejora e integración de niveles.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos Augusto Navarro Hernando**

**Profesión Médico Anestesiólogo Centro de trabajo HMI - HUMS**

**Correo electrónico: aunava@terra.es**

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Centro de trabajo</b>
<b>Pedro Oliva</b>	<b>Anest.</b>	<b>HMI - HUMS</b>
<b>Ignacio Fernandez-Liesa</b>	<b>Anest.</b>	<b>HMI - HUMS</b>
<b>Jesús Oro</b>	<b>Anest.</b>	<b>HMI - HUMS</b>
<b>Luis Portero</b>	<b>Anest.</b>	<b>HMI - HUMS</b>
<b>Lourdes Muñoz</b>	<b>Matrona</b>	<b>CS La Jota</b>
<b>Ana Charro</b>	<b>Matrona</b>	<b>H. Provincial</b>
<b>Carmen Ortubia</b>	<b>Matrona</b>	<b>CS Sagasta</b>
<b>M<sup>a</sup> Pilar Garrido</b>	<b>Obstetra</b>	<b>HMI - HUMS</b>

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

## 4.1.- Problema

El grupo de mejora de calidad de la Unidad Materno-Infantil del Servicio de Anestesiología ha detectado mediante encuesta al personal y posterior priorización el problema de la falta de conocimientos de las gestantes relativos a la analgesia epidural y la ausencia de un procedimiento de consentimiento informado adecuado.

La tasa de Consentimiento Informado (CI) previa al desencadenamiento del parto es mínimo en la actualidad (< 0.5 %) y este momento, el del parto iniciado, resulta inadecuado para la transmisión de información imprescindible para el mismo.

La información a las gestantes sobre analgesia epidural en el parto, pese a ser una prestación de amplia cobertura (80% de partos por vía vaginal) y prevalencia (11-12/día), es escasa y deficiente.

## 4.2.- Oportunidades de mejora

Avanzar en el continuo asistencial integrando servicios de Atención Primaria (cursos de preparación al parto guiados por matronas) y servicios de Atención Especializada (Anestesiología). Punto primero de la Primera Línea Estratégica del Plan Estratégico y Segundo Aspecto Clave del Plan de Empresa del HUMS.

Oportunidad de mejorar la educación sanitaria, formando tanto a personal (matronas) como a las gestantes en conocimientos de analgesia durante el parto.

## 4.3.- Importancia

El proceso del parto es probablemente el de mayor impacto al tratarse del más frecuente del HUMS (6.5% de Altas Hospitalarias) y el HUMS atiende cerca del 50% de los partos de la Comunidad Autónoma.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

5.1.- Mejora de la información de la gestante.

5.2.- Lograr tasas aceptables de un adecuado consentimiento informado para analgesia epidural previo al desencadenamiento del parto.

5.3.- Mejora de la calidad percibida por las pacientes del proceso asistencial al parto mediante adecuación de sus expectativas.

5.4.- Integración de niveles (Primaria – Especializada)

5.5.- Mejora de los niveles de educación sanitaria

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

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

## **7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

La analgesia epidural para el parto desde hace 4 años es una prestación optativa para las gestantes las 24 horas. Todos los recursos se han destinado a cubrir las necesidades de personal de guardia del servicio de anestesia para garantizar e incrementar su cobertura. Sin embargo no se han realizado programas para mejorar y homogenizar la información que reciben las gestantes sobre analgesia obstétrica en Atención Primaria (clases de preparación al parto), ni en el ámbito Especializado (Servicio de Anestesia) con vistas a la consecución de una elección y consentimiento informados adecuados.

El Consentimiento Informado (CI) es un derecho de todo paciente y requisito legal recogido en la LGS que debe efectuarse con la necesaria antelación. En la actualidad el número de gestantes que tienen cumplimentado el CI para analgesia epidural antes del parto es mínimo (< 0.5%).

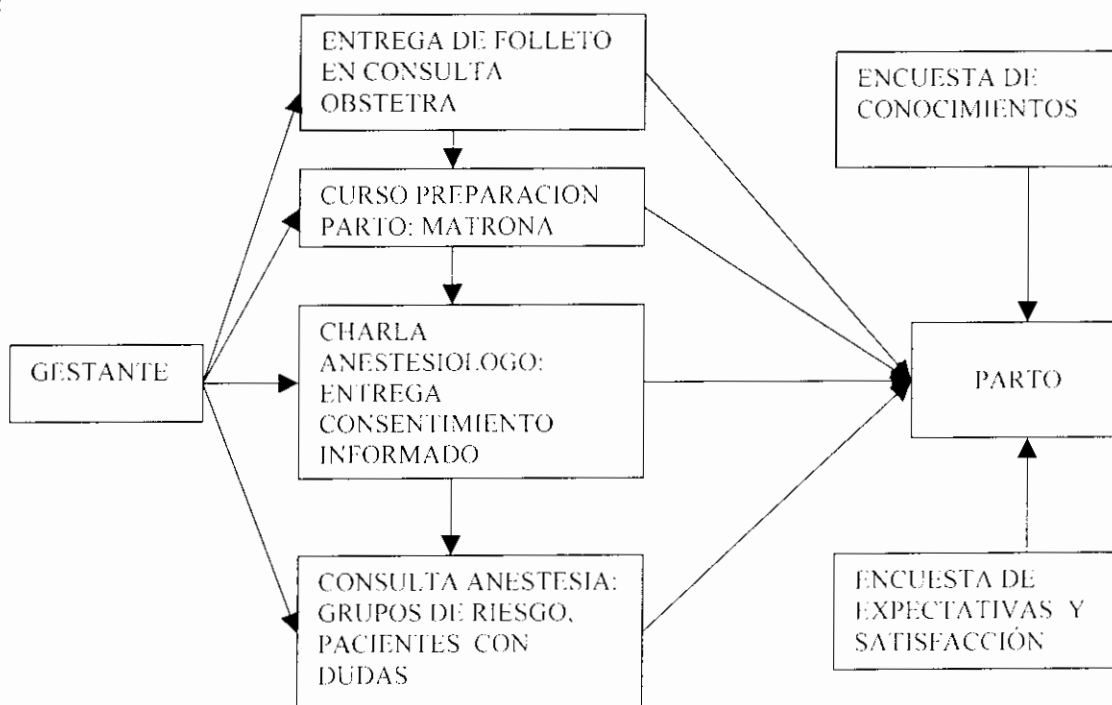
Los conocimientos que tienen las gestantes para el CI en el momento del parto son francamente insuficientes cuando no erróneos, con una amplia variabilidad según área geográfica y Zona de Salud adscrita. Por otro lado una vez iniciado el parto no se dan las condiciones para una correcta transmisión de información cara al CI.

En el caso del CI para analgesia epidural obstétrica dada sus características de frecuencia (11-12 / día), homogeneidad de procedimiento y situación clínica de las gestantes (proceso fisiológico) resultaría excesivamente costoso y tedioso su obtención de forma individualizada (consulta de anestesia) por lo que parece razonable, y probablemente más eficaz, su abordaje colectivo en grupo, que permite la utilización de recursos de apoyo a la transmisión de información (sistemas audiovisuales) y de refuerzo (coloquio).

La modificación de la situación actual requiere en primer lugar la elaboración de los módulos informativos a los que toda gestante debe tener acceso, estableciendo sus contenidos y formato, así como el momento y personal encargado de facilitarlos, aprovechando los recursos existentes en Atención Primaria (Clases de Preparación al Parto) e instaurando nuevos en Atención Especializada (Sesiones Informativas y de Consentimiento Informado).

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Encuesta de conocimientos de las gestantes sobre analgesia obstétrica en el momento del parto. Que sirva de apoyo al análisis de la situación de partida y permita un seguimiento de la repercusión del proyecto. A realizar por miembros del grupo de mejora.
2. Constituir el grupo de trabajo formado por anestesiólogos, matronas y obstetras cotejando sus opiniones junto con las de las pacientes (conseguidas mediante encuesta) para realizar el programa piloto, que inicialmente constaría de los siguientes elementos:
  - Elaboración de folletos explicativos a entregar en la consulta del obstetra y en las clases de preparación al parto.
  - Elaboración de los contenidos de la información a facilitar por parte de la matrona en relación con la analgesia durante el parto en las clases de preparación
  - Elaboración de los contenidos de la información a facilitar por parte del Anestesiólogo, con apoyo de medios audiovisuales, de aspectos concretos de la analgesia epidural en las sesiones seguidas de coloquio.
  - Entrega del consentimiento informado.
  - Detección de pacientes de riesgo para derivarlas a la consulta de anestesia de forma individualizada.







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

<b><i>Material/Servicios</i></b>	<b><i>Euros</i></b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>Cañón de proyección</b>	<b>2.000</b>
<b>Folletos Informativos</b>	<b>1.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.000</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

“PROYECTO DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO EN HEMODINÁMICA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA”.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ISABEL CALVO CEBOLLERO

Profesión Médico (Cardióloga) Centro de trabajo HUMS

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Marzo 2003

Fecha de actualización: 15 de enero de 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

- Ceses e incorporaciones en el equipo de mejora:
  - Deja de pertenecer al grupo Ana Rosel Vallejo (Aux. administrativo), por cambio de destino laboral.
  - Se incorporan al mismo Isabel Bueno Huete (Aux. administrativo) y Carmen Pérez Hernández (Cardióloga clínica).

- Ajuste del proyecto (orientación y cronograma):

El trabajo realizado durante el año 2003 nos ha permitido consolidar el grupo de mejora, profundizar en el conocimiento de las necesidades de nuestros clientes y poner en marcha la línea de información al cliente externo, basada en el DCI “ilustrado”, (que demuestra en la encuesta realizada un alto grado de satisfacción por la información y la atención recibida).

Las herramientas de información al paciente sobre procedimientos cardiológicos invasivos, se encuentran en fase de elaboración avanzada. Queda para realizar a lo largo del 2004 la difusión de las mismas (entre clientes externos e internos y en la comunidad) y la valoración de su impacto en el cliente que permita ajustar y corregir esta línea de intervención.

Durante el desarrollo del proyecto hemos detectado importantes déficits en la información del cliente interno al que creemos que hay que dar en esta etapa una atención prioritaria, ya que es previsible que la mejora de la información a médicos y personal de enfermería, en el Hospital, en los centros que tienen a este como referencia, y en la comunidad consiga:

- Mejorar la calidad de la atención percibida por el paciente.
- Mejorar la coordinación entre distintas áreas funcionales hospitalarias y extrahospitalarias y entre los distintos estamentos en contacto con el paciente.
- Mejorar los resultados de nuestros procedimientos sobre el paciente, mediante la intervención en las actividades preparación y tratamiento del mismo pre y post-cateterismo cardíaco y mediante la rápida identificación y tratamiento de las posibles complicaciones relacionadas con el procedimiento intervencionista.
- Mejorar la eficiencia derivada de una mejor utilización de los recursos.
- Acortar la estancia hospitalaria, ya que las mejoras técnicas aplicadas en la sala de hemodinámica en este sentido, dejan de ser útiles si el personal de enfermería y el médico no hemodinamista directamente responsable del paciente, desconocen, por falta de la información adecuada, los beneficios derivados de su utilización y que permitirían un menor tiempo de hospitalización.
- Mejorar los resultados sobre el paciente a medio y largo plazo a través de la mejora de la información en cardiología invasiva y prevención secundaria del personal médico y de enfermería de atención primaria.

Nos proponemos en esta etapa, sin descuidar la línea de información al cliente externo, impulsar la información al cliente interno, desarrollando actividades centradas en tres grupos que exigen distinta información :

- Personal de enfermería en formación.
- Personal médico y de enfermería de los Servicios de Cardiología (hospitalaria y extrahospitalaria) y Cuidados Intensivos del HUMS y centros que tienen a este como referencia.
- Personal médico y de enfermería de Atención Primaria o de otras especialidades vinculadas a la atención de pacientes cardiológicos (MI).

Las actividades planificadas, algunas de ellas ya en desarrollo, para cada uno de estos grupos son los siguientes:

Personal de enfermería en formación:

- Incorporación en prácticas a la Unidad de Hemodinámica.
- Charlas en la Escuela Universitaria de Enfermería.

Personal médico y de enfermería de los Servicios de Cardiología y UCI:

- Protocolos consensuados de preparación del paciente con problemas específicos que va a ser sometido a cateterismo cardíaco.
- Guía de cuidados de enfermería pre y post-cateterismo cardíaco.
- Curso de formación para médicos sobre aspectos clínicos de la cardiología invasiva
- Talleres de cardiología invasiva para personal de enfermería, sobre

temas concretos recogidos en los protocolos elaborados: Preparación del paciente anticoagulado, diabético, con insuficiencia renal....movilización tras el procedimiento, prevención y tratamiento de complicaciones vasculares.... dirigidos a pequeños grupos de trabajo en los que se pretende que se genere un "feed-back" de información mutua que ayude a mejorar la atención al paciente y que sea la base para la elaboración de distintas vías clínicas.

Personal médico y de enfermería de Atención Primaria o de otras especialidades vinculadas a la atención de pacientes cardiológicos (MI).

- Curso de formación para médicos sobre Cardiología Invasiva en la práctica clínica.
- Participación en los cursos de formación continuada para personal de enfermería de la Organización Colegial.

En esta fase, pretendemos monitorizar además de los indicadores clínicos y de adecuación de la prestación sanitaria, actualmente ya bajo control, otros, en los que presumiblemente tiene un mayor impacto la mejora de la información recibida por el cliente externo e interno (grado de cumplimiento de aspectos concretos del protocolo de preparación del paciente y cuidados pre y post-cateterismo, adecuación de estancias, grado de adhesión al tratamiento post-intervención, etc.), seleccionando para su monitorización aquellos que sean elegidos tras debate dentro del grupo de mejora, con el fin de modificar o ajustar la línea de trabajo según los resultados obtenidos.

Continuaremos recogiendo el impacto de la intervención sobre los pacientes mediante encuesta analizando y comparando los resultados con la encuesta de partida del proyecto.

Nos proponemos encuestar a nuestros clientes internos, teniendo en cuenta las características de los diferentes grupos, que se volverá a pasar una vez realizadas las actividades de información programadas.

Otras áreas funcionales del servicio de Cardiología, han demostrado interés en adoptar el modelo de información al paciente basado en el DCI "ilustrado". Nuestra intención es prestar nuestra colaboración y material ya realizado a todos los grupos interesados en ello.

## 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- Constitución del equipo de mejora interdisciplinario.
- Asignación de responsabilidades y objetivos.
- Reuniones periódicas del equipo de mejora.
- Encuesta a los pacientes sobre calidad percibida de la atención prestada antes, durante y después del cateterismo cardíaco (50 pacientes).
- Folletos informativos (trípticos) sobre el cateterismo cardíaco diagnóstico y la angioplastia coronaria. (En imprenta pendiente de mejorar la calidad de algunas de las imágenes incluidas en los mismos).
- Video informativo para pacientes sobre el cateterismo diagnóstico y terapéutico: Tras la elaboración de un guión se ha realizado ya la filmación del mismo. Pendiente de poder disponer de una animación sobre el acceso de los catéteres al corazón y del montaje del video.
- Elaboración parcial de protocolos de actuación médicos y de personal de enfermería sobre cuidados pre y post cateterismo cardíaco diagnóstico y terapéutico. Se han completado los protocolos de “Prevención y Manejo de la nefrotoxicidad por contraste”. “Manejo del paciente anticoagulado”. “Prevención y tratamiento de la alergia al contraste”. “Manejo del paciente diabético sometido a cateterismo cardíaco”.
- Información al personal de enfermería: Conferencia impartida por las enfermeras del grupo de mejora sobre Cuidados de enfermería pre, durante y post el cateterismo cardíaco. Colegio de Enfermería. 12 de Mayo de 2003.
- Incorporación de la Unidad de Hemodinámica al programa de docencia a alumnas de la Escuela Universitaria de Enfermería. Formación en practicas de 5 alumnas de octubre a diciembre de 2003.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- Formación y consolidación del grupo de mejora interdisciplinario en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Asunción de responsabilidades y realización de actividades por todos los miembros del equipo.
- Alto grado de satisfacción del usuario por la calidad de la atención recibida en el servicio y por la información suministrada ( resultados de la encuesta sobre pacientes).
- Mayor conocimiento de los profesionales no vinculados al servicio sobre las actividades desarrolladas en el mismo.
- Mejora de la atención al paciente en los cuidados pre y post-cateterismo ya protocolizados.

## 7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

### 1º trimestre:

- Completar impresión y difusión de trípticos informativos de cateterismo y angioplastia para pacientes.
- Finalizar la realización y difusión del video informativo sobre hemodinámica y C.I.
- Completar protocolos y guías de cuidados pre y post-cateterismo cardiaco. Edición de cuadernos.
- Formación práctica de alumnas de enfermería.
- Encuesta al cliente interno.

### 2º trimestre:

- Curso de formación continuada de la Organización Colegial de Enfermería 2004. Hemodinámica y Electrofisiología. 2ª quincena de abril. 20 horas teórico-prácticas, impartidas por el personal de enfermería del grupo de mejora.
- Formación práctica de alumnas de enfermería.
- Ponencia en la Reunión Nacional de Enfermería en Hemodinámica.
- Curso de formación: Cardiología Invasiva en la practica clínica (12 horas teórico-prácticas) dirigido a cardiólogos, intensivistas, intensivistas, médicos de familia , médicos de urgencias y residentes)..

### 3º trimestre:

- Canal Cardio TV. Desarrollo técnico de canal de difusión de información (video) utilizando los televisores de las habitaciones de las plantas de hospitalización.
- Monitorización de indicadores. Ajuste del proyecto según resultados.
- Encuesta al cliente externo.

### 4º trimestre:

- Talleres de Cardiología Invasiva para enfermería: Dirigidos a personal de enfermería de Cardiología y UCI, impartidos durante el horario laboral.
- Formación práctica de alumnas de enfermería.
- Difusión de resultados.

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

### 8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

1.-La gran presión asistencial durante la jornada de trabajo, dificulta considerablemente las posibilidades de reunión del grupo de mejora y prácticamente impide la realización de cualquier otra actividad distinta a la asistencial durante estas horas, por lo que de hecho todas las tareas realizadas por cada miembro del grupo, como la elaboración del material informativo, han debido ser realizadas fuera del horario laboral.

2.-La gran presión asistencial dificulta considerablemente las actividades de información a realizar con "el cliente interno". Estas dificultades son máximas para el personal de enfermería, donde el trabajo a turnos y la no sustitución del personal limita la asistencia y obliga a prolongar la jornada laboral.

3.-Dificultades, quizás por "falta de rodaje" dentro del hospital para gestionar los recursos adjudicados al proyecto, en cuanto a personas encargadas de asumir el gasto, rapidez en la gestión, etc...

### 9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>Reproductor- Grabador DVD y reproductor DVD, CD, video.</i>	- 1000
<i>50 DVD R-W</i>	120
<i>Material fungible (folios, cartuchos....)</i>	200
<i>Curso practico para médicos</i>	1200
<i>Talleres de enfermería</i>	1200
<i>Asistencia a cursos, congresos, etc, relacionados con el proyecto</i>	1200
<b>TOTAL</b>	<b>4920</b>
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Isabel Calvo Cebollero

Enero 2004



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**"AMPLIACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS"**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos JAVIER POVAR MARCO

Profesión FEA Centro de trabajo H. U. MIGUEL SERVET

Correo electrónico: [jpovar@comz.org](mailto:jpovar@comz.org)

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGELES ALFRANCA CASTILLON	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
ROSA ALVAREZ OLIVA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
CONCEPCIÓN ASCASO MARTORELL	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
EDUARDO BUSTAMANTE RODRÍGUEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
LUIS MANUEL CLARACO VEGA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JOSE MIGUEL FRANCO SOROLLA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JAVIER GIL DE BERNABÉ LOPEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
BELEN GROS BAÑERES	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ANA HERRER CASTEJON	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
RAFAEL MARRON TUNDIDOR	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JOSE LUIS OMISTE MARTINEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
PATRICIA PALAZON SAURA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
PEDRO PARRILLA HERRANZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ANTONIO REQUENA LOPEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ELENA RICARTE URBANO	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
BERTA VIÑADO OTEO	FEA	H. U. MIGUEL SERVET

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La importancia de la cardiopatía isquémica como problema de salud de gran impacto en términos de morbimortalidad es un hecho bien conocido y queda refrendada en la reciente publicación del "Plan integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007" (PICI). La implantación de dicho Plan por el Servicio Aragonés de Salud en nuestra Comunidad Autónoma supondrá sin duda un importante avance en la consecución de los objetivos reflejados en el mismo.

En este contexto, y en lo que hace referencia al tratamiento de la fase aguda del Síndrome Coronario Agudo, el proyecto que presentamos tiene una evidente utilidad, ya que se centra en la mejora de la detección de los pacientes candidatos a terapia de reperfusión y en el inicio precoz de la misma. Entre las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el manejo de los pacientes con SCA se encuentra la obtención del primer ECG en menos de 10 minutos y la consecución de un "Tiempo puerta-aguja" (desde la llegada al hospital hasta el inicio de la fibrinólisis) de 30 minutos en el infarto de miocardio con ST elevado tratado con fibrinolíticos. Estos mismos objetivos están recogidos en el PICI.

Durante el año 2003 hemos evaluado estos indicadores en nuestro Servicio de Urgencias (ver Anexo 3). Los resultados obtenidos, similares a los publicados por otros grupos de trabajo, detectan una clara oportunidad de mejora en el manejo inicial del paciente en el Servicio de Urgencias, en particular en el sistema de recepción (traje) y en la toma precoz de decisiones terapéuticas.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Con el desarrollo de este proyecto se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- 1.- Disminuir los retrasos asistenciales intrahospitalarios en los pacientes con SCA
- 2.- Reducir la demora en la aplicación del tratamiento de reperfusión (fibrinólisis o ACTP primaria) cuando está indicado
- 3.- Incrementar el índice de fibrinólisis en las dos primeras horas
- 4.- Mejorar la coordinación con la fase asistencial prehospitalaria (Sistema de Emergencias Prehospitalarias, 061)
- 5.- Incrementar la colaboración con los Servicios Hospitalarios implicados en la atención urgente del SCA (en particular los Servicios de Cuidados Intensivos y de Cardiología)

**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**

Las actividades desarrolladas durante el año 2003 nos han permitido analizar la situación del problema en nuestro Servicio. Hemos utilizado como fuentes de información los datos de los registros RESIM y SCASEST.

La medida de los indicadores ya realizada (Anexo 3) nos ofrece una visión objetiva de la situación de partida. Comparativamente con lo publicado por otros grupos de trabajo, nuestros resultados son similares a los de la literatura, pero están claramente alejados de los estándares recomendados.

El análisis de las causas por el equipo de mejora ha detectado como las más importantes las deficiencias en el sistema de triaje, la dificultad para la realización e interpretación precoz del ECG durante los momentos de mayor demanda asistencial en el Servicio, y los retrasos en la toma de decisiones terapéuticas.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las medidas previstas son:

1.- Difusión del material de apoyo para la toma de decisiones ya elaborado durante 2003, entre el personal del Servicio (Médicos adjuntos y personal de enfermería).

Responsables: Rosa Alvarez Oliva  
Patricia Palazón Saura  
Eduardo Bustamante Rodríguez

2.- Actividades formativas específicas dirigidas a los médicos residentes que participan en tareas asistenciales en el Servicio de Urgencias.

Responsables: Javier Povar Marco  
José Miguel Franco Sorolla  
Javier Gil de Bernabé López

3.- Diseño de las medidas adecuadas para mejorar el sistema de triaje del paciente con dolor torácico.

Responsables: Rafael Marrón Tundidor  
Ana Herrer Castejón  
Concepción Ascaso Martorell

4.- Implementación del nuevo sistema de triaje.

Responsables: Elena Ricarte Urbano  
Pedro Parrilla Herránz.  
Angeles Alfranca Castillón

5.- Coordinación con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061).

Responsable: Antonio Requena López  
Belén Gros Bañeres

6.- Programar reuniones conjuntas con los Servicios de Cuidados Intensivos y de Cardiología para resolver problemas comunes relacionados con el proyecto.

Responsable: José Luis Omiste Martínez  
Luis Manuel Claraco Vega.

## 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

<p>La evaluación del proyecto se realizará mediante el análisis de los datos recogidos en los registros RESIM y SCASEST. Está prevista la medida de los indicadores en el segundo y cuarto trimestre del 2004. Los indicadores que se van a utilizar son:</p> <p><b>Indicador DEMORA EN LA REALIZACIÓN DEL ECG</b>  <b>Dimensión</b> Riesgo.  <b>Tipo</b> Proceso.  <b>Estándar</b> &lt;5 %</p> <p><b>Indicador TASA DE FIBRINÓLISIS EN PRIORIDAD I</b>  <b>Dimensión</b> Efectividad.  <b>Tipo</b> Proceso.  <b>Estándar</b> 100 %</p> <p><b>Indicador TIEMPO PUERTA-AGUJA EN PRIORIDAD I</b>  <b>Dimensión</b> Efectividad.  <b>Tipo</b> Proceso.  <b>Estándar</b> &gt;95 %</p> <p><b>Indicador TASA DE FIBRINÓLISIS EN LA PRIMERA HORA</b>  <b>Dimensión</b> Efectividad.  <b>Tipo</b> Proceso.  <b>Estándar</b> 10-15 %</p>
---

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: Enero de 2004	Fecha de finalización: Diciembre de 2004
<p>Calendario:</p> <p><u>Primer trimestre 2004</u>: Difusión del material de apoyo, Actividades formativas, Diseño del sistema de triaje,</p> <p><u>Segundo trimestre 2004</u>: Actividades formativas, Implementación del nuevo sistema de triaje, Evaluación de indicadores</p> <p><u>Tercer trimestre 2004</u>: Actividades formativas, Programar reuniones con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061) y con los Servicios de Cuidados Intensivos y de Cardiología</p> <p><u>Cuarto trimestre 2004</u>: Programar reuniones con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061) y con los Servicios de Cuidados Intensivos y de Cardiología, Evaluación de indicadores</p>	



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DE NOVO, EN COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos M<sup>a</sup> LUISA SANZ JULVE**

Profesión F.E.A. DE CARDIOLOGIA Centro de trabajo HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

**Correo electrónico: jorg200@separ.es**

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
TERESA BLASCO PEIRO	F.E.A. Cardiología	Hospital U. Miguel Servet
ISABEL CALVO CEBOLLERO	JEFE DE SECCIÓN	Hospital U. Miguel Servet
PURIFICACIÓN MARTIN TELLO	D.U.E.	Hospital U. Miguel Servet
CARMEN SANCHEZ CASTAÑO	Aux. Clínica	Hospital U. Miguel Servet
PILAR MATEO PEREZ	D.U.E.	Hospital U. Miguel Servet
CRISTINA PAÑO GUTIERREZ	D.U.E.	Hospital U. Miguel Servet
EVA MORENO ESTEBAN	F.E.A. Cardiología	Hospital U. Miguel Servet
PILAR ORTEGA RODRIGUEZ	Aux. Administrat.	Hospital U. Miguel Servet
GLORIA CUADRON FERRER	Aux. Administrat	Hospital U. Miguel Servet
CARMEN GIMENO JULIAN	Celadora	Hospital U. 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 incidencia y prevalencia de la insuficiencia cardiaca cada día es mayor en todo el mundo, debido a:**

**Aumento de supervivencia en los pacientes con cardiopatía (valvular, isquémica, ect.) con los avances terapéuticos actuales, y esto ha generado un aumento progresivo de la insuficiencia cardiaca secundaria a la cardiopatía existente en este tipo de etiologías**

**La insuficiencia cardiaca es directamente proporcional a la edad, por lo que con el envejecimiento progresivo de la población ha contribuido a aumentar la frecuencia de este síndrome en la población general**

**La insuficiencia cardíaca supone una de las principales causas de ingreso hospitalario entre los mayores de 65 años, con una alta tasa de reingresos, entre 3 y 6 meses que alcanzan según distintos estudios entre el 25-45% de los pacientes.**

**Las hospitalizaciones por IC suponen un alto costo en consumo de recursos sanitarios y en salud.**

**Considerando la dominancia geográfica actual, el problema de la insuficiencia cardiaca va a seguir aumentando y será una de las mayores cargas para cualquier sistema sanitario.**

**El tratamiento óptimo basado en la evidencia, utilizado en cada paciente consigue una importante mejoría en calidad de vida, esperanza de vida y disminución de ingresos y reingresos hospitalarios.**

**Las consultas de alta resolución, debidamente informatizadas previa protocolización del proceso, en coordinación con las consultas de atención primaria han demostrado su eficacia en la mejora de los indicadores clínicos y de calidad en la atención a esta patología.**

**PROBLEMA DETECTADO E IMPORTANCIA DEL PROYECTO**

**Las consultas externas de cardiología tienen un alto grado de saturación con múltiples patologías cardiacas. Esto conlleva a problemas en la accesibilidad del paciente con insuficiencia cardíaca a la consulta debido a la importante lista de espera .**

**Los pacientes en insuficiencia cardiaca empeoran rápida y progresivamente teniendo que acudir a ingreso hospitalario antes de ser visto por especialista de cardiología.**

**Con este proyecto intentamos agilizar el diagnóstico y optimizar el tratamiento sin necesidad de seguir los pasos de consulta externa de cardiología e intentar que disminuyan las urgencias debidas a pacientes en insuficiencia cardiaca, mediante la implantación de una consulta de alta resolución donde el paciente sea referido directamente desde el centro de salud, y siguiendo una atención protocolizada y adecuadamente informatizada, que permita la realización y evaluación de las pruebas complementarias adecuadas con una rapidez muy superior a la habitual en el sistema actual de consultas, permita un diagnóstico rápido y una más precoz iniciación del tratamiento óptimo, transmitiendo esta información directamente a su médico de familia.**

**La informatización de la consulta permitiría controlar con facilidad los indicadores clínicos y de calidad y intercambiar información, cuando tanto con otras especialidades relacionadas con el manejo del paciente como, en su momento con el centro de atención primaria.**

#### **5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1. Mejorar la asistencia a los enfermos en insuficiencia cardiaca.**
- 2. Poder ofertar todas las mejoras de tratamiento de insuficiencia cardiaca, que en este momento dispone el hospital, al mayor número de pacientes que sea posible.**
- 3. Intentar disminuir el ingreso hospitalario debido a insuficiencia cardiaca.**
- 4. Disminuir el número de reingresos hospitalarios por esta causa.**
- 5. Mejorar la participación y coordinación entre atención primaria y cardiología.**
- 6. Disminuir en lo posible la masificación de las consultas externas de cardiología.**
- 7. Bajar el tiempo de espera en consultas externas de cardiología.**
- 8. Intentar establecer la prevalencia e incidencia de la insuficiencia cardiaca en nuestra comunidad .**
- 9. Evaluar los indicadores clínicos y de calidad en relación con el proceso.**
- 10. Protocolizar las actuaciones.**



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

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

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

**7.- ANALISIS DEL PROBLEMA**

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

**La incidencia de insuficiencia cardiaca es alta en pacientes de edad avanzada y muchas veces no está diagnosticada, y por tanto no esta correctamente tratada.**

**Los síntomas de la insuficiencia cardiaca de inicio se pueden confundir con otras patologías, propias de la edad y con mejor pronóstico.**

**La relación más directa entre los profesionales de atención primaria y cardiología haría que las dudas de unos y otros se resolvieran con mayor prontitud en beneficio de los pacientes.**

1.-Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, McPhee SJ.The comprehensive care team: a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. Arch Intern Med. 2004 Jan 12; 164(1): 83-91.

2.-Gramsky C, Josephson S, Langford M, Offutt C, Wingate S.Outpatient management of chronic heart failure. Crit Care Nurs Clin North Am. 2003 Dec; 15(4): 501-9.

3.-Richards M. Outpatient management of heart failure. J Heart Fail Rev. 2003 Oct; 8(4): 345-8.

4.Skaner Y, Bring J, Ullman B, Strender J.E. Heart failure diagnosis in primary health care: clinical characteristics of problematic patients. A clinical judgement analysis study. BMC Fam Pract. 2003 Sep 18; 4(1): 12.

5.-Galin I, Baran DA.Congestive heart failure: guidelines for the primary care physician. Mt Sinai J Med. 2003 Sep; 70(4): 251-64.

6.-Munger MA, Carter O. Epidemiology and practice patterns of acute decompensated heart failure. Am J Health Syst Pharm. 2003 Aug 15; 60 Suppl 4: S3-6.

7.-Barrios Alonso V, Pena Perez G, Gonzalez Juanatey JR, Alegria Ezquerra E, Lozano Vidal JV, Llisterri Caro JJ, Gonzalez Maqueda I. [Hypertension and heart failure in Primary Care and Cardiology consultations of in Spain]. Rev Clin Esp. 2003 Jul; 203(7): 334-42.

8.-Maglaveras N, Gogou G, Chouvarda I, Koutkias V, Lekka I, Giaglis G, Adamidis D, Karvounis C, Louridas G, Goulis D, Avramidis A, Balas EA.Communication infrastructure in a contact center for home care monitoring of chronic disease patients. Proc AMIA Symp. 2002; : 479-83.

9.- Actualización del tratamiento en insuficiencia cardiaca crónica. Suplemento especial de la Rev. ESP. Cardiol. 2002.

10.- Experiencias en consultas de alta resolución de la Fundación del Hospital de Alcorcón.

**8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. **Consulta externa hospitalaria de insuficiencia cardiaca.**
2. **Protocolización de las actuaciones.**
3. **Informatización de la consulta y conexión a la red.**
4. **Reparto de funciones entre los miembros del equipo de mejora.**
5. **Diagnostico con pruebas complementarias (Rx. E.C.G. Holter Ecocardiograma, etc.)**
6. **Tratamiento hospitalario de insuficiencia cardiaca con ingresos programados de corta estancia.**
7. **Tratamiento quirúrgico si su patología lo requiere.**
8. **Valorar si la situación es susceptible de trasplante cardiaco.**
9. **Indicadores clínicos y de calidad. Evaluación periódica de los mismos y ajuste del programa según resultados.**

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

**Numero de enfermos en insuficiencia cardiaca que han sido remitidos a la consulta hospitalaria y evolución a un año. Evaluando en relación con el punto de partida:**

- **Calidad de vida del enfermo.**
- **Grado de satisfacción de los usuarios.**
- **Porcentaje diagnosticado de novo.**
- **Porcentaje derivado a tratamiento quirúrgico.**
- **Tasa de ingresos programados.**
- **Tasa de ingresos urgentes.**
- **Tasa de ingresos a través del servicio de urgencia.**
- **Tasa de consultas externas de cardiología solicitadas.**

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: febrero 2004

Fecha de finalización: febrero 2005

Calendario:

1º trimestre: Reparto de funciones. Protocolización del proceso. Informatización de la consulta. Información a Atención Primaria.

2º trimestre: Puesta en marcha de la consulta de alta resolución.

3º y 4º trimestre: Evaluación de indicadores. Corrección según resultados.

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

<b><i>Material/Servicios</i></b>	<b><i>Euros</i></b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b><i>Un ordenador con pantalla y teclado</i></b>	<b><i>1100</i></b>
<b><i>Una impresora láser</i></b>	<b><i>300</i></b>
<b><i>Toner para impresora láser</i></b>	<b><i>300</i></b>
<b><i>Hardware para conexión a red</i></b>	<b><i>120</i></b>
<b><i>Un telefono- FAX</i></b>	<b><i>180</i></b>
<b><i>100 carpetas, material de imprenta.</i></b>	<b><i>150</i></b>
<b><i>1 estantería</i></b>	<b><i>120</i></b>
<b><i>1 archivador</i></b>	<b><i>500</i></b>
<b><i>1 ordenador portátil</i></b>	<b><i>800</i></b>
<b>TOTAL</b>	<b>3570</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

19 de enero de 2004

Dra. Maria Luisa Sanz Julve

# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

Servicio de Reumatología

H.U. Miguel Servet

Convocatoria 2004

## 1.- TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE DERIVACIÓN DE PATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA  
A LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA

Criterios de derivación desde Atención Primaria

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Francisco Javier Manero Ruiz

Profesión: Reumatología Centro de trabajo: H.U. Miguel Servet

Correo electrónico: fjmanero@able.es

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Angela Pecondón Español	Reumat.	H.U.Miguel Servet
Chesús Beltrán Audera	Reumat.	H.U.Miguel Servet
Fernando Jiménez Zorzo	Reumat.	H.U.Miguel Servet
Marta Medrano San Ildefonso	Reumat.	H.U.Miguel Servet
Eugenio Giménez Úbeda	Reumat.	H.U.Miguel Servet
<b>Se incorporarán 4-6 facultativos de Atención Primaria. Responsables de Calidad de los C.A.P. si puede ser,</b>		

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

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- **Derivación inapropiada del paciente que se envía a Reumatología con el consiguiente aumento del consumo de recursos y listas de espera.**
- **Demora en la atención al paciente que genera insatisfacción y riesgos de salud.**
- **Inexistencia de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.**

En todos los casos se realizará seguimiento estadístico del problema, tanto para conocer la situación de partida como para valorar su evolución en el tiempo tras la aplicación de medidas correctoras.

Se iniciarán las acciones atacando los puntos de más rápida solución.

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Derivación adecuada del paciente reumático.**
- **Reducción de las listas de espera en Reumatología.**
- **Reducir el riesgo salud para el paciente inflamatorio.**
- **Mejora de la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.**

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

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

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

#### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

- **Desconocimiento de la cartera de servicios por parte de Atención Primaria y Atención especializada (fundamentalmente traumatología)**
  - **No se ha realizado su difusión**
- **Elevadas tasas de derivación inapropiada por parte de Atención Primaria y otras especialidades como traumatología**
  - **Falta de aplicación de los protocolos consensuados al no realizarse su**

seguimiento.

- **Protocolos no implantados.**
  - No se realiza su seguimiento ni se exige su aplicación.
- **Aumento de lista de espera con elevada insatisfacción de los usuarios.**
  - Deriva de las anteriores.
  - No se han modificado recursos humanos ni materiales desde hace 12 años.
- **Atención indiscriminada sin poder priorizar por gravedad o complejidad.**
  - Deriva de las anteriores.

#### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Actualizar y difundir la cartera de servicios a Atención Primaria**
- **Elaborar protocolos consensuados de derivación conjuntamente con AP en las 4-5 patologías más prevalentes previo sondeo entre los facultativos de AP.**
- **Elaboración de modelo impreso para la solicitud de atención reumatológica**
- **Creación de dos agendas según la tipología del paciente**
- **Dotación de recursos humanos y materiales adecuados**
- **Desarrollo de encuestas para conocer grado de satisfacción del paciente con la atención recibida en nuestras consultas externas**
- **Desarrollo de encuestas para conocer grado de satisfacción de los facultativos de AP con el Servicio de Reumatología**
- **Elaboración y normalización de impreso para informar al médico de AP**

**RESPONSABLES:** Todos los miembros del equipo

#### 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

##### **Seguimiento de los siguientes indicadores**

- **% de derivación inapropiada.** Evaluación trimestral
- **Reducción de lista de espera.** Evaluación trimestral
- **% de pacientes insatisfechos con la atención prestada (separando crónicos con atención continuada, y no crónicos con atención esporádica).** Evaluación semestral
- **% de médicos de A.P. satisfechos con el servicio de Reumatología.** Evaluación anual

Con la evaluación de resultados se procederá si es necesario emprender nuevas medidas correctoras.



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

### 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: <b>Plazo no superior a un mes desde la aprobación de la beca</b>	Fecha de finalización: <b>Según cronograma</b>
---	--

Calendario:

- 1- Designación de los miembros del equipo y del responsable de proyecto dentro del servicio de Reumatología
- 2- Actualización de cartera de Servicios
- 3- Presentación y aprobación de dicha cartera por Dirección Médica
- 4- Difusión de dicha cartera de Servicios
  - a. En AP a través de los Coordinadores de los CAP pertenecientes a la sector II
  - b. En AE , a través de los jefes de Servicio
- 5- Contactar con médicos de AP de los CAP pertenecientes al área del sector II que deseen incorporarse al proyecto (responsables de calidad si puede ser)
- 6- Realización de sondeo entre los facultativos de AP para establecer un listado de patologías que a su juicio sean de abordaje prioritario por prevalencia.
- 7- Selección de las 4-5 patologías a protocolizar
- 8- Elaboración conjunta de protocolos de derivación por componentes del equipo de mejora de patología músculo esquelética desde AP de las 4-5 patologías previamente determinadas
- 9- Aprobación consensuada de este protocolo por ambas partes (AP y Reumatología) y por las direcciones pertinentes
- 10- Presentación del protocolo en CAP pilotos seleccionados aleatoriamente (25% de los CAP). Al resto se les enviará para su difusión a través del los responsables de Calidad o en su defecto de los coordinadores
- 11- Implantación (fecha en la que tiene que estar funcionando)
- 12- Seguimiento

El punto 12: Se realizara evaluación periódica (según se ha detallado más arriba) para determinar si son necesarias nuevas medidas correctoras.





# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

Servicio de Reumatología

H.U. Miguel Servet

Convocatoria 2004

## 1.- TÍTULO

CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL  
PACIENTE REUMÁTICO CRÓNICO EN CONSULTAS EXTERNAS DE  
REUMATOLOGÍA

Mejora de la información y formación del paciente reumático crónico

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Francisco Javier Manero Ruiz

Profesión: Reumatología Centro de trabajo: H.U. Miguel Servet

Correo electrónico: fjmanero@able.es

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Centro de trabajo</b>
Angela Pecondón Español	Reumat.	H.U.Miguel Servet

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

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

- **Deficiente educación del paciente reumático crónico sobre su proceso, posibilidades terapéuticas y consecuencias.**
- **Elevada prevalencia de pacientes inflamatorios crónicos (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartropatías, conectivopatías...) en las consultas externas de Reumatología que reciben terapias farmacológicas que precisan controles frecuentes.**

Se realizará valoración de la situación de partida y se hará un seguimiento posterior para valorar su evolución en el tiempo. Se prepararán encuestas al paciente para conocer la evolución de la medida.

**5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- **Mejorar la información y formación del paciente con patología inflamatoria crónica, tanto en el conocimiento de su proceso como de las terapias que le son de aplicación.**
- **Algunos controles pueden ser realizados por personal de enfermería adecuadamente entrenado, con la consiguiente disminución del número de consultas con el reumatólogo.**
- **Mejorar la adherencia al tratamiento.**
- **Optimización de los resultados terapéuticos al mejorar la adherencia al tratamiento.**
- **Aumentar la satisfacción de los pacientes con patología inflamatoria crónica.**

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

- **Desconocimiento o escasa información de los pacientes sobre la patología inflamatoria crónica y sus consecuencias.**
- **Adherencia a los tratamientos. Del punto anterior se derivan problemas entorno a la adherencia a los tratamientos, lo que interfiere en su efectividad.**
- **Con este tipo de pacientes se emplean tratamientos de alto coste y con efectos secundarios potencialmente severos que precisan controles de seguimiento frecuentes, que en algunos casos pueden ser realizados por personal de enfermería adecuadamente entrenado, con la consiguiente disminución del número de consultas con el reumatólogo.**

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Capacitación del personal de enfermería como complemento asistencial para las consultas de Reumatología.**
- **Dotación de espacio físico y recursos materiales para la actividad.**
- **Desarrollo de encuestas para conocer grado de satisfacción y conocimiento del paciente.**

**RESPONSABLES: Todos los miembros del equipo.**

### 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

#### **Seguimiento de los siguientes indicadores**

- **% de consultas de enfermería correctamente realizadas en los controles terapéuticos a los pacientes.** (seguimiento quincenal durante al menos 3 meses y después trimestral durante un año)
- **Estadísticas de los pacientes que son controlados en la consulta de enfermería** (información y terapia).
- **% de pacientes satisfechos con la atención prestada.** (seguimiento semestral)
- **% de pacientes que mejoran la información que tienen sobre su proceso.** (seguimiento semestral)
- **% de pacientes que mejoran la información que tienen sobre los tratamientos.** (seguimiento semestral)

Periódicamente se realizará la evaluación de resultados para determinar si es necesario emprender nuevas medidas correctoras.

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

**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: <b>Plazo inferior a un mes desde la dotación de espacio físico.</b>	Fecha de finalización: <b>Según cronograma</b>
--	--

- Calendario:
- 1- Petición a Dirección del espacio y medios para la puesta en marcha del proyecto.
  - 2- Preparación del programa formativo.
  - 3- Selección de la persona(s) a formar.
  - 4- Impartición de la formación.
  - 5- Información de la puesta en marcha de la consulta de enfermería al resto de los miembros del servicio de Reumatología.
  - 6- Elaboración de un protocolo con las características y frecuencia con la que los pacientes deben ser derivados a la consulta de enfermería.
  - 7- Presentación al resto del servicio.
  - 8- Implantación (fecha en la que tiene que estar funcionando).
  - 9- Seguimiento.

**CRONOGRAMA**

Meses	0	1	2	3	4	5
Concesión de la beca.						
1. Dotación de espacio y medios.						
2. Preparación del programa.						
3. Selección de la persona(s)						
4. Impartición de la formación.						
5. Información de la puesta en marcha						
6. Elaboración del protocolo						
7. Presentación al servicio.						
8. Implantación						
9. Seguimiento						➔





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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p><i>Fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos mayores de 75 años: abordaje ortogerátrico.</i></p>
---

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos <i>ANTONIO HERRERA RODRÍGUEZ</i></p> <p>Profesión <i>JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA</i> Centro de trabajo <i>HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET</i></p> <p>Correo electrónico: <i>aherrera@salud.aragob.es</i></p>
---

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<i>VICENTE CANALES CORTÉS*</i>	<i>JEFE DE SECCIÓN TRAUMATOLOGÍA</i>	<i>HUMS</i>
<i>BEATRIZ GAMBOA HUARTE*</i>	<i>FEA GERIATRÍA</i>	<i>HUMS</i>
<i>JUAN ANDRÉS ANDRÉS</i>	<i>COORDINADOR ANESTESIOLOGÍA</i>	<i>HUMS</i>
<i>PALMIRA NAVARRO GARCÍA</i>	<i>ENFERMERA</i>	<i>HUMS</i>
<i>MERCEDES PASCUAL LÓPEZ</i>	<i>SUPERVISORA ENFERMERÍA</i>	<i>HUMS</i>
<i>PILAR DEL CAMPO ESCOTA</i>	<i>TRABAJADORA SOCIAL</i>	<i>HUMS</i>
<i>ISABEL VIVES MARTÍNEZ</i>	<i>AUXILIAR ENFERMERÍA</i>	<i>HUMS</i>
<i>TERESA LÓPEZ ESTEBAN</i>	<i>AUXILIAR ADMINISTRATIVO</i>	<i>HUMS</i>
<i>* COORDINADORES ASISTENCIALES</i>		

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

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

*El envejecimiento de la población es un fenómeno producto de las mejoras sociosanitarias del siglo xx, cuyas consecuencias estamos padeciendo en los inicios del siglo xxi. El sistema sanitario está siendo desbordado por el problema, siendo una necesidad emergente la puesta en marcha de proyectos que den solución directa y adecuada a las necesidades detectadas. Como resultado del envejecimiento nos encontramos con dos hechos: el incremento del total de ancianos (índice de envejecimiento nacional 13,9%, índice de envejecimiento de la comunidad 17,79%) y la aparición de un, cada vez mayor, importante grupo de ancianos mayores de 85 años (sobreenvejecimiento).*

*Los cambios fisiológicos del envejecimiento junto a la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades, muchas de ellas de carácter crónico, favorecen la aparición de situaciones de fragilidad en los ancianos. La fragilidad es la responsable de la dependencia en los ancianos.*

*La osteoporosis es una de las enfermedades que aumentan su prevalencia con la edad y también lo hacen sus consecuencias. La complicación más grave de la osteoporosis es la fractura de fémur proximal, cuya incidencia en España se cifra en 130-200 nuevos casos al año por 100000 habitantes. Las consecuencias más relevantes de la fractura de cadera es el coste económico de su tratamiento inmediato (1.170.000 pesetas por caso; 7032,60 euros por caso), la mortalidad asociada (inmediata 9,3%; al año 14-30%) y la dependencia resultante (65% precisan alguna ayuda en AVD; 70% no recuperan la situación funcional previa) que será responsable del incremento de consumo de recursos sanitarios y sociales futuros.*

*El Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología da respuesta a una población según censo de 1996 de 530.510 personas en el sector 2. También es centro de referencia de otros sectores como son Huesca, Barbastro, Teruel y Alcañiz. En el periodo de junio a noviembre de 2003 se han dado de alta del centro 250 ancianos mayores de 75 años con el diagnóstico de fractura de fémur proximal.*

*En muchos ancianos, la fractura de cadera es un aspecto médico más de su situación de enfermedad. El estrés traumático condiciona en*

*muchos casos la descompensación de otras enfermedades del anciano, lo que hace aconsejable la planificación de un proceso asistencial, integrado por diversos profesionales, con fines preventivos, de intervención y de recuperación funcional que disminuyan las complicaciones, ajusten los tiempos del proceso y garanticen la integración a su medio habitual en las mejores condiciones funcionales posibles, disminuyendo los costes derivados de la dependencia.*

*Para dar solución al problema detectado, el grupo de mejora se propone diseñar un proceso para el abordaje interdisciplinar de los ancianos > 75 años ingresados en el Hospital Universitario Miguel Servet por fractura de fémur proximal, pretendiendo obtener una metodología de trabajo que disminuya la variabilidad, acorte tiempos de demora innecesarios, disminuya las complicaciones y mejore los resultados funcionales.*

*Para la implantación se ha seleccionado una unidad del servicio de cirugía ortopédica y traumatología.*

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

*1.- Resultado principal: mejoría de la situación funcional del anciano con fractura de cadera al alta del proceso.*

*2.- Resultados secundarios:*

- Disminución de la demora de la intervención quirúrgica*
- Mejora de la situación médica preoperatoria*
- Cuantificación de las complicaciones médicas postoperatorias*
- Adecuación de la estancia media*
- Garantía de recursos de recuperación funcional al alta*
- Adecuación del emplazamiento del anciano al alta*
- Evaluación de la mortalidad intrahospitalaria y al año*
- Mejora del informe de alta hospitalaria*

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

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

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

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

#### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

*El tradicional abordaje de la fractura de fémur proximal en mayores de 75 años en el Hospital Universitario Miguel Servet genera una serie de problemas detectados:*

- *Ausencia de una valoración geriátrica exhaustiva (física, mental. Social y funcional) preoperatoria que permita la toma de decisiones terapéuticas apropiadas a cada individuo*
- *Demora en los tiempos quirúrgicos no derivada de problemas médicos, con el consiguiente impacto sobre la salud del individuo*
- *Variabilidad en la atención médica postoperatoria*
- *Inexistencia de una correcta planificación del alta*
- *Infrautilización de recursos de recuperación funcional existentes y específicamente orientados a la disminución de la dependencia en el anciano*
- *Ausencia de planificación de una continuidad de cuidados sanitarios y sociales al alta hospitalaria*
- *Los datos existentes de los 11 últimos años del servicio no manifiestan mejoras funcionales a pesar de la mejora de las técnicas quirúrgicas*

- *Estancias medias elevadas (17,4 en los meses de junio a noviembre de 2003 en el global del servicio).*

#### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

*El método que se utilizará para abordar y dar solución a los problemas detectados será el diseño, implantación y evaluación del proceso "Fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos mayores de 75 años: abordaje ortogeriátrico".*

*El proceso engloba la identificación de los casos de fractura de fémur proximal de > 75 años al ingreso en las camas asignadas a la Unidad de Tumores del Aparato Locomotor y Cirugía Reconstructiva Articular; identificación de los responsables de cada actividad; programación de las actividades pertinentes en el tiempo estimado; planificación del alta; gestión del recurso de recuperación funcional oportuno; y evaluación de los resultados a corto, medio y largo plazo.*

*Dada la orientación ortogeriátrica del proceso, con responsabilidad compartida por parte de traumatología y geriatría, se considera conveniente por los inductores del proyecto mantener dos coordinadores: Dr Vicente Canales Cortés (Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología) y Dra Beatriz Gamboa Huarte (Unidad Sociosanitaria de Valoración).*

#### 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

*1.- Pacientes incluidos: nº fracturas fémur proximal en > 75 años incluidas/ nº de fracturas fémur proximal en > 75 ingresada en la unidad b*

*Indicador: >80%*

*2.- Mortalidad*

*2a.- Mortalidad intrahospitalaria: nº pacientes fallecidos/ nº pacientes incluidos*

*Indicador: < 11%*

*2b.- Mortalidad al año: nº pacientes fallecidos/ nº pacientes dados de alta*

*Indicador: < 30%*

3.- *Estancia media: n° estancias pacientes incluidos/n° pacientes incluidos*

*Indicador: reducción estancia media  $\geq$  1 día*

4.- *Complicaciones infecciosas: n° infecciones/n° de pacientes incluidos*

*Indicador: pendiente de establecimiento*

5.- *Úlceras por presión: n° de pacientes con nuevas upp/n° de pacientes incluidos*

*Indicador: < 5%*

6.- *Enfermedad tromboembólica: n° pacientes con tvp/n° de pacientes incluidos*

*Indicador: < 15%*

7.- *Deterioro funcional: n° pacientes con deterioro funcional\*/ n° de pacientes incluidos*

*(\* Situación funcional previa-situación funcional a los 2 meses/ situación funcional previa < 1)*

*Indicador: < 50%*

8.- *Institucionalización: n° de pacientes institucionalizados al alta/n° pacientes incluidos*

*Indicador: pendiente de establecimiento.*

#### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 DE FEBRERO DE 2004

Fecha de finalización: 31 DE ENERO DE 2006

Calendario:

**1. FASE DE DISEÑO DEL PROCESO: 1 DE FEBRERO A 31 DE AGOSTO DE 2004**

- 1 de febrero a 10 de marzo de 2004: constitución del grupo de trabajo y reparto de funciones
- 10 de marzo a 10 de mayo de 2004: diseño del proceso
- 10 de mayo al 31 de julio de 2004: prueba de implantación y evaluación y mejoras

**2. FASE DE IMPLANTACIÓN: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2004 A 31 DE ENERO DE 2005**

**3. FASE DE EVALUACIÓN: HASTA 31 DE ENERO DE 2005**

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

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<i>MEJORAS: DISPONIBILIDAD DE QUIRÓFANO EN EL TIEMPO PRECISO (48-72 HORAS TRAS INGRESO)</i>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>FORMACIÓN EN GESTIÓN DE PROCESOS, EFQM, ESTADÍSTICA Y CALIDAD</i>	900
<i>ANDADORES PLEGABLES, DE ALUMINIO, AUTORREGULABLES EN ALTURA (5)</i>	500
<i>COLCHONES ANTIESCARAS (10)</i>	3000
<i>FÉRULA ANTIROTATORIA (3)</i>	231
<i>ELEVA INODOROS (10)</i>	300
<b>TOTAL</b>	<b>4.931</b> <i>Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo</i>

Fecha y firma: 19/01/2004

FIRMADO

Prof. A. HERRERA RODRÍGUEZ

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Circuito de manejo de la dependencia funcional en ancianos detectada durante la estancia hospitalaria.</p>
---

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos BEATRIZ GAMBOA HUARTE</p> <p>Profesión FEA GERIATRÍA Centro de trabajo HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET</p> <p>Correo electrónico: bgamboa@salud.aragob.es</p>
--

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSÉ MANUEL CUCULLO LÓPEZ	FEA GERIATRÍA	HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JORGE
PALMINA NAVARRO GARCÍA	ENFERMERA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
MARCELINA NAVARRO CIRUJEDA	ENFERMERA	HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JORGE
INMACULADA GUAJARDO SINUSIA	ENFERMERA	HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JORGE
PILAR DEL CAMPO ESCOTA	TRABAJADORA SOCIAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JOSE Mª MANRIQUE PERMANYER	JEFE DEL SERVICIO DE ADMISIÓN	HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JORGE
MARGARITA CABESTRÉ MARCO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JORGE
CARMEN MALLÉN BIEL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	HOSPITAL UNIVERSITARIO 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 salud del individuo es una cualidad multidimensional cuantificable en sus aspectos físicos, mentales, sociales y funcionales. En el anciano la función es el principal determinante del estado de salud, del consumo de recursos sanitarios y sociales y de la calidad de vida. La detección precoz del deterioro funcional y las medidas aplicadas para su reversibilidad minimizaran los costos sanitarios y sociales derivados.

La ausencia de una red asistencial geriátrica universalmente desarrollada merma la accesibilidad de los pacientes ancianos con dependencia a los recursos actuales (Hospital de Día Geriátrico). La nueva sectorización sanitaria de la comunidad ha distribuido los recursos públicos existentes de forma no homogénea. La puesta en marcha de la Unidad Sociosanitaria de Valoración del Hospital Universitario Miguel Servet ha permitido la cuantificación de deterioros funcionales potencialmente reversibles que precisarían una correcta y sistematizada derivación a los recursos existentes en la comunidad. La organización de la unidad no está suficientemente desarrollada en los niveles asistenciales tradicionalmente defendidos por la Geriátrica debiendo derivar la asistencia a recursos propios o concertados emplazados en otros centros, siendo necesaria una buena sistemática de trabajo que agilice la asistencia sin duplicar intervenciones.

La oportunidad de mejora seleccionada es el diseño de un circuito ágil, de derivación de los pacientes dependientes detectados en el Hospital Universitario Miguel Servet a la Consulta de Alta Resolución del Hospital San Jorge, único modelo existente en el ámbito de salud, diseñado específicamente para el abordaje de la dependencia funcional potencialmente reversible en el anciano, y que hasta el momento actual solo estaba abierto a la derivación desde Atención Primaria.

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

<p>5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</p> <p>1.- Dar respuesta a la dependencia funcional potencialmente reversible en el anciano, detectada en la estancia hospitalaria.</p> <p>2.- Mejorar la accesibilidad al Hospital de Día Geriátrico de los pacientes con dependencia generada en el hospital.</p> <p>3.- Acortar el tiempo de espera para un recurso de recuperación funcional.</p> <p>4.- Simplificación del circuito previamente en vigor a través de atención primaria.</p> <p>5.- Coordinar ágil y sistematizadamente distintos niveles asistenciales geriátricos.</p> <p>6.- Optimizar la utilización de recursos sanitarios distribuidos en dos sectores sanitarios distintos.</p> <p>7.- Optimizar la orientación rehabilitadora del Hospital de Día Geriátrico.</p> <p>8.- Sistematizar las tareas de los diferentes participantes en el circuito.</p> <p>9.- Garantizar la evaluación de situaciones de dependencia abordables en tiempo diferido.</p>
---

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

El Hospital de Día Geriátrico es el recurso de recuperación funcional universalmente aceptado como el más idóneo en el abordaje de la dependencia funcional, potencialmente reversible, en los mayores de 65 años.

Las ventajas que ofrece son varias. En primer lugar el abordaje del anciano se realiza con carácter interdisciplinar lo que permite además el control de la pluripatología frecuente en el anciano, causa y consecuencia de la dependencia. En segundo lugar el tiempo de abordaje (8h30' a 15h) permite tiempos de sesiones adaptables a la tolerancia del anciano, intercalándose las diferentes actividades, para evitar la fatiga y la pérdida de interés y mejorar los resultados.

Hasta la creación de la Unidad Sociosanitaria de Valoración (USSV) del Hospital Universitario Miguel Servet las principales fuentes de provisión de ancianos los constituían el Servicio de Geriátrica del Hospital San Jorge y la red de Atención Primaria. En este último caso se ha observado que las situaciones de dependencia, en muchos casos, llegaban muy evolucionadas y eran generadas durante su estancia en otro centro hospitalario. La oportunidad que la USSV tiene en la detección precoz del riesgo de dependencia permite las actuaciones precoces que favorezcan su reversibilidad.

En la actualidad no existe un circuito sistemático, ágil, equitativo y accesible desde su estancia hospitalaria para este tipo de pacientes, aún existiendo los recursos para su abordaje. La necesidad de establecerlo, cuantificarlo y mejorarlo, si fuese necesario, favorecería la disminución de la dependencia y proporcionaría, además, la oportunidad de su difusión en otros ámbitos del mapa sanitario.

La Consulta de Alta Resolución (CAR) proporciona la conexión ideal entre la detección realizada por la USSV y el tratamiento oportuno en el Hospital de Día. El paciente al alta hospitalaria ya abandonaría el Hospital Universitario Miguel Servet con una cita programada que agilice su acceso al recurso rehabilitador. Esto acorta el tiempo de espera ya que no precisa intervención de atención primaria.

Algunos pacientes evaluados que presentan deterioro funcional precisan de una evaluación diferida por prescripción facultativa. Al no

contar la USSV con consulta externa estos pacientes son, hasta ahora, derivados a la Consulta de Alta Resolución a través de Atención Primaria, con duplicación de intervenciones, que cargan a la Atención Primaria, y retraso en la gestión.

La mayoría de cuidadores han adaptado su vida con sus deberes habituales a la necesidad de cuidar a su familiar enfermo. La gestión directa de estas citas por la unidad alivia la carga del cuidador del paciente dependiente.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

### 1.- Detección de la dependencia en el hospital: USSV

Todos los servicios del Hospital Universitario Miguel Servet pueden cursar una hoja de colaboración a la Unidad Sociosanitaria de Valoración (USSV). La USSV esta compuesta por una geriatra, una enfermera y una trabajadora social.

De forma sistemática la unidad cuantifica la situación funcional del paciente un mes antes del ingreso en el centro hospitalario y la situación funcional actual. Así podemos cuantificar la existencia de un deterioro funcional y la situación de enfermedad que el anciano presenta.

Si las causas que lo producen son consideradas potencialmente reversibles y el apoyo social del paciente lo permite se derivará a la consulta de alta resolución para inicio del tratamiento.

### 2.- Recurso utilizado: CAR

La Consulta de Alta Resolución del Hospital San Jorge inició su andadura en el año 2002 como una propuesta de mejora en la atención del anciano con dependencia potencialmente reversible. Su diseño permite una evaluación completa de la dependencia y sus posibilidades de abordaje en un tiempo corto, sin demora y un acceso directo al recurso de recuperación funcional que es el Hospital de Día Geriátrico.

### 3.- Paciente tipo

- Deterioro funcional reciente, generado durante la estancia hospitalaria, con estabilidad clínica que permite un abordaje

inmediato. Los principales diagnósticos son fractura de fémur proximal, ACV y síndrome de inmovilidad.

- Deterioro funcional reciente, generado durante la estancia hospitalaria, con necesidad de abordaje diferido. Esta demora en la intervención puede deberse a criterio facultativo, por ejemplo osteosíntesis inestable de una fractura que aconseja apoyo diferido, o ACV en el que se espera una evolución que permita plantear intervención rehabilitadora que no existe en la primera evaluación.
- Característica universal de los pacientes es la existencia de un buen apoyo en el domicilio que permita la atención ambulatoria. Si no existía previamente la trabajadora social lo ha diseñado para el momento del alta.

#### 4.- Circuito

La USSV detecta la dependencia, valora su abordaje inmediato o diferido, emite informe solicitando la citación en CAR a través de fax, se recibe la citación por fax que se comunica al paciente o familiares y se emite informe a Atención Primaria a través de fax.

Realizada la Consulta de Alta Resolución se emite informe a la USSV y a Atención Primaria.

En los casos de evaluación diferida y si se precisa ingreso en otro hospital, San Juan de Dios, para realización del tratamiento la USSV tramitará la solicitud.

#### 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1.- Pacientes tipo derivados: nº de pacientes tipo derivados/nº de pacientes tipo detectados

Indicador: > 50%

2.- Citaciones gestionadas al alta: nº de citaciones gestionadas y entregadas al alta/nº de pacientes tipo derivados

Indicador: > 80%

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

<p>3.- Informes a atención primaria: nº de informes remitidos a atención primaria/nº de pacientes tipo derivados Indicador: &gt; 80%</p> <p>4.- Negativas del paciente: nº de pacientes tipo que rechazan la atención/nº de pacientes tipo detectados Indicador: &lt; 20%</p>
---

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: 1 de febrero de 2004	Fecha finalización: 31 de enero de 2005
<b>Calendario:</b> <b>1 DE FEBRERO A 31 DE MAYO DE 2004:</b> PUESTA EN MARCHA DEL CIRCUITO Y EVALUACIÓN DE SU FUNCIONAMIENTO. DETECCIÓN DE ERRORES Y MEJORAS  <b>1 DE JUNIO DE 2004 A 31 DE ENERO DE 2005:</b> DESARROLLO DEL PROYECTO Y EVALUACIÓN FINAL	

<b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b>	
MEJORA: Ampliación de la dedicación parcial a completa del auxiliar administrativo	
Material/Servicios	Euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Formación complementaria en gestión de procesos	1200
FAX	600
<b>TOTAL</b>	1800 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: 19 de enero de 2004

Fdo.: Beatriz Gamboa Huarte

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

DISEÑO DE UN PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD. MODELIZACIÓN DE PROGRAMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL ÁREA MÉDICA. ESTRUCTURACIÓN SIGUIENDO EL MODELO EFQM.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: JOSÉ-RAMÓN ARA CALLIZO

Profesión: MÉDICO-NEURÓLOGO  
Centro de trabajo: H.U. MIGUEL SERVET

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Enero 2002

Fecha de actualización: 16 Enero 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

Los objetivos, responsable y componentes del proyecto siguen siendo los mismos. Las principales modificaciones tienen lugar en las líneas de intervención, ya que prosiguiendo con las actuaciones diseñadas el año anterior en relación con todos los criterios del Modelo EFQM, este año, y el próximo, queremos impulsar la Gestión por Procesos en el ámbito de nuestro Servicio, con la siguiente priorización:

1. Rediseño del mapa de procesos
2. Diseño de los procesos clave
3. Implantar sistemas de medición de los procesos y objetivos de rendimiento

Además, queremos disponer para final de este año del nº suficiente de personas de nuestro Servicio con conocimientos específicos para realizar la autoevaluación del Servicio siguiendo el Modelo EFQM.

## 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Realización de 10 sesiones del Servicio en relación con temas de Calidad y 6 del Grupo de Mejora.

Reorganización del Grupo de Mejora y Desarrollo del Reglamento de Funcionamiento.

Continuación de las reuniones de protocolización de las patologías prevalentes en la práctica neurológica ambulatoria (durante este periodo, cefaleas y vértigo).

Desarrollo de los formularios de consentimiento informado de tratamiento con inmunoglobulinas, prueba de edrofonio para la miastenia, tratamiento con toxina botulínica del blefarospasmo, tratamiento con toxina botulínica del espasmo hemifacial, tratamiento con toxina botulínica de la distonía oromandibular, tratamiento con toxina botulínica de la distonía del escribiente y tratamiento con toxina botulínica de la distonía cervical.

Monitorización de actividades del Servicio mediante los indicadores previstos.

Desarrollo del mapa de procesos del Servicio y del Proceso de asistencia hospitalaria al ictus.

Actividades de consenso para planificar la formación continuada y asistencia a Congresos.

Curso de formación básica neurológica para Residentes.

Análisis de las dificultades que se presentan en la implantación del programa de calidad.

Inicio de actividades para el desarrollo de la vía clínica de asistencia al paciente con crisis epilépticas.

Inicio de actividades para el desarrollo de la vía clínica de asistencia al paciente con recidiva de Esclerosis Múltiple.

Actividades dirigidas a conocer las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés: corte transversal del tipo de patología que se asiste en los CME, y encuesta de evaluación a los pacientes asistidos por ictus en el hospital.

Desarrollo del plan de cuidados de enfermería.

Participación en reuniones sobre calidad en nuestro hospital y en el hospital Provincial.



## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Reelaboración del Plan de Gestión de Calidad del Servicio de acuerdo con el Modelo EFQM.

Formulación de la visión, misión y valores del Servicio.

Consolidación de la vía clínica de asistencia al paciente con AIT.

Optimización del consumo de suministros (monodosis).

Desarrollo del Mapa de Procesos del Servicio.

Diseño del proceso de asistencia hospitalaria al paciente con ictus.

Establecimiento del Plan de Cuidados al paciente con ictus.

Consolidación de la estructura y normas de funcionamiento del Grupo de Mejora del Servicio.

Incremento en la implicación de las personas en actividades de Calidad: el 77 % de los facultativos están liderando actividades específicas. En enfermería hay implicación directa de al menos 8 personas.

Mejora de la formación en Calidad, con participación en cursos de Gestión por Procesos (4 personas) y de sistemas de gestión del desempeño (1 persona). Formación como evaluadores titulados de EFQM (4 personas).

Asistencia al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y presentación de 3 comunicaciones.

Participación como ponentes y moderadores en 3 cursos de ámbito nacional sobre Calidad Asistencial patrocinados por la Sociedad Española de Neurología.

Realización de un curso de Neurología para Médicos Residentes.

## 7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

- Reformulación del mapa de procesos (Enero-Febrero).
- Finalización del Proceso de Asistencia hospitalaria al paciente con ictus (Enero-Febrero).
- Diseño del proceso de asistencia al paciente urgente (MAP, CME, Urgencias, Hospital de Semana, Hospitalización estándar). Oportunidad y viabilidad de una consulta de alta resolución (Enero-Diciembre).
- Desarrollo e implantación de la vía clínica de asistencia al paciente con crisis convulsivas (Enero- Diciembre).
- Desarrollo e implantación de la vía clínica de asistencia al paciente con recidiva de E. Múltiple (Febrero-Diciembre).
- Autoevaluación del Servicio siguiendo el Modelo EFQM (Noviembre-Diciembre)

A partir de Octubre se empezará la formación de grupos de trabajo, que continuará a lo largo del año siguiente, para:

- Diseño del proceso de asistencia en CME.
- Diseño del proceso de asistencia en Consultas Externas del hospital.
- Diseño del proceso de asistencia al paciente hospitalizado.
- Diseño del proceso de docencia de postgrado.

## 8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Uno de los problemas principales para nosotros radica en la falta de tiempos asignados directamente al diseño, desarrollo y evaluación de actividades de mejora. Resultan especialmente complicadas las reuniones que involucran al conjunto de trabajadores (médicos, DUES, auxiliares de enfermería, administrativos, celadores).

También resulta complicado mantener la motivación de las personas implicadas ante la escasez-ausencia de factores extrínsecos de motivación (carrera profesional, incentivación económica por objetivos, mejora de recursos...).

También creemos que la implantación de un sistema de gestión como el preconizado por el modelo EFQM supone un cambio radical que precisa no sólo la autorización del equipo directivo del hospital y de los jefes de Servicio sino su implicación y liderazgo activos, lo que debería traducirse en algún tipo de acciones que den un rumbo claro a los equipos asistenciales y faciliten su trabajo dentro de las líneas estratégicas del hospital.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

**“MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA ENTRE NIVELES E INFORMACION AL PACIENTE CON ICTUS. HOSPITAL MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.”. (INCLUIDO EN LA CONVOCATORIA 2003)**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos                      María Jesús Chopo Alcubilla.

Profesión	Enfermera Supervisora
Centro de trabajo	Neurología.HUMS

### 3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: año 2003

Fecha de actualización: año 2004

### 4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

La unificación de AE-AP en una misma Gerencia y las directrices actuales del SALUD han venido a ratificar el interés de este proyecto, por lo que nos proponemos concluirlo a lo largo del 2004 y ampliarlo en sus objetivos 2 y 3 de forma que los documentos de información entregados al alta en la hospitalización (dietas, recomendaciones para anticoagulantes, etc.) sean los mismos que se manejan en AP, asegurando la coherencia y continuidad de cuidados. Para eso nos planteamos una primera fase en la que se consensuarán los documentos a entregar al alta con una representación de AP y del Servicio de Endocrino-Unidad de Nutrición del HUMS, para en una segunda fase promover el uso común de los mismos en otros Servicios del HUMS y en AP del Sector.

Para conseguir esto, hemos incluido en el Grupo a miembros de AP (propuestos por la Dirección de AP) y del Servicio de Endocrino-Unidad de Nutrición del HUMS, además de contar con el beneplácito de las Direcciones Médicas y de Enfermería afectada

Los objetivos que nos planteábamos en el 2003 eran:

- 1) MEJORAR LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN a los pacientes que han sufrido un ictus y sus cuidadores.
- 2) MEJORAR EL CONTINUUM ASISTENCIAL: entre hospitalización-AP-AE
- 3) DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA INFORMACIÓN Y PAUTAS A SEGUIR en aspectos como el control de factores de riesgo vascular, dietas, tratamientos con anticoagulantes, periodicidad de los controles, recursos sociosanitarios, etc.

Los del 2004 son los mismos, pero ampliando tanto el ámbito como el número de documentos y recomendaciones.

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

## 5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Se han realizado dos charlas informativas, la última de ellas con motivo del Día Nacional del Ictus (en el Hospital Clínico Universitario). Destacar que se ha conseguido tener una relación con AIDA y han colaborado algunos rehabilitadores, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

Se ha realizado una encuesta específica (ver anexo) acerca de la satisfacción con la información recibida durante el ingreso y al alta que nos permita tener una valoración basal de la situación y de las expectativas del usuario. Esta encuesta ha sido pasada a 30 pacientes ingresados por ictus.

Participación de 3 enfermeras en el III Curso de Neurología y Neurocirugía para Enfermería del Hospital Clínico de Barcelona (del 17 al 21 de febrero del 2003. Asistieron las 3 enfermeras participantes en este Proyecto, con buen aprovechamiento.

Se entrega el Alta de Enfermería a todos los pacientes que necesitarán cuidados especiales (sondas, curas, etc.)

Se han elaborado, siguiendo las recomendaciones de las Guías Clínicas y diferentes Sociedades Médicas, tres documentos que se entregaran al alta. (dieta diabético, hipercolesterolemia y precauciones con anticoagulación oral). No se entregan sistemáticamente y sería bueno que fuesen consensuados con la Unidad de Nutrición y Atención Primaria para extender el uso del mismo documento a todos los ámbitos.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- La elaboración de una encuesta de satisfacción con la información durante el ingreso.
- El Curso de Enfermería Neurológica realizado por 3 enfermeras, que puede ser útil para la mejor atención de estos pacientes, especialmente de cara a empezar con una Unidad de Ictus.
- Elaboración de los documentos de recomendaciones y dietas a utilizar, que ahora nos proponemos extender a otros ámbitos.
- El uso del Alta de Enfermería y Plan de Cuidados de forma habitual.

## 7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Los indicadores a monitorizar son los ya descritos en la convocatoria anterior, añadiendo :

- 1) Número de documentos y recomendaciones efectivamente consensuados con la Unidad de Nutrición y con Atención Primaria.
- 2) Porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes, dislipemia, anticoagulación oral y obesidad a los que efectivamente se les entregan.

<b>1) Mejorar la información directa al alta.</b>	A partir de la encuesta específica, que ya ha sido pasada a 30 pacientes, tenemos una medida basal a partir de la cual monitorizar la mejora de la información. Es necesario reiterar la formación a los profesionales y contextualizar la mejor información en la práctica diaria (hora y lugar prefijado, etc.).
<b>2) Charlas informativas acerca de la enfermedad y sus factores de riesgo durante el ingreso</b>	Se comenzarán cuando se disponga del material (video, TV, pizarra) solicitados en la beca.
<b>3) Charlas y talleres de contenido</b>	Se irán realizando reuniones, cada 3 meses aproximadamente y

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

más específico (rehabilitación, ayudas, etc.) en colaboración con la Asociación Ictus de Aragón (AIDA),	se celebrará el Día Nacional del Ictus 2004. Un problema es que deben ser fuera de horario laboral, otro problema es la falta de medios y de un local propio de AIDA.
4) Animar a todos los profesionales que trabajan con estos pacientes (médicos, DUE, auxiliares), a adoptar una actitud abierta, docente, formando en el manejo diario de estos pacientes	Para eso nos planteábamos dos acciones: A) Continuar con la formación y sensibilización del personal: Se intentará que otra enfermera participe en un curso específico. B) Trabajo con los pacientes: Es necesario mejorar lo que se ofrece.
4) Mejorar y ampliar la información escrita que se entrega al Alta Médica.	Se han elaborado los 3 documentos propuestos, pero no se han empezado a utilizar y es necesario concienciar a los facultativos sobre su importancia. Además, creemos que sería importante consensuarlo con la Unidad de Nutrición, extender su uso a otros Servicios del Hospital y en AP de nuestro Sector, para lo cual solicitamos esta nueva beca.
5) Implantar el Alta de Enfermería adjunta al Alta Médica (Valoración de Patrones Funcionales y Plan de Cuidados).	Se entrega el Alta de Enfermería a todos los pacientes que necesitarán cuidados especiales (sondas, curas, etc.). En este año, se propone aumentar su uso y dar una copia más al paciente, que entregue a su enfermera de AP.

Este Proyecto se desarrolla dentro de las iniciativas del Grupo de Mejora de la Calidad del Servicio de Neurología del HUMS, que tiene varias líneas de mejora en marcha.

<p><b>8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO</b></p> <p>1) Poca disposición de tiempo para reunirnos o para asistir a las reuniones que nos proponíamos con los pacientes y cuidadores. Pasar las encuestas, analizarlas y evaluar los resultados también consume tiempo. Todo se hace fuera del tiempo de trabajo.</p> <p>2) No se dispone de espacios para la información a los pacientes, de forma que la información al alta se realiza en la habitación o en el pasillo.</p> <p>3) Dificultades para que alguien pueda hacer una base de datos con los documentos que se vayan creando y para hacer el tratamiento estadístico.</p> <p>4) Retraso en la resolución de la beca. Aún no disponemos del material solicitado, ni sabemos cuando estará.</p> <p>5) Dificultades para cobrar los gastos de los cursos a los que asistieron las enfermeras en Febrero (cobrados en Noviembre)</p>
---

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

<u>9.-PREVISIÓN DE NUEVOS RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
cañón proyector para portátil	1.800
TOTAL	1.800

Fecha y firma:

M<sup>a</sup> JESUS CHOPO ALCUBILLA.

FEBRERO 2004

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN Y AMPLIACIÓN DEL PROYECTO “MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA ENTRE NIVELES E INFORMACION AL PACIENTE CON ICTUS. HOSPITAL MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.”. (INCLUIDO EN LA CONVOCATORIA 2003)**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**Maria Jesús Chopo Alcubilla. Enfermera de Neurología. Supervisora.**

**Javier Marta Moreno. Adjunto S. de Neurología HUMS**

Profesión Enfermera Centro de trabajo S. de NEUROLOGIA

Correo electrónico: mariajesuschopo@yahoo.es

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Juan Ignacio Lopez Gastón.	Jefe de Sección	S. Neurología. HUMS
Jose Ramón Ara Callizo	Jefe de Sección	S. Neurología. HUMS
Jose A. Olivan Usieto	“	“
Ana Maria Romeo Laguarda	enfermera	“
Asunción Guerenbain Machiñena	“	“
Concepción Planas Miñana	“	“
Violeta Escapa De La Fuente	Auxiliar	“
Alejandro Sanz	Endocrinólogo	S. Endocrinología. HUMS
M <sup>a</sup> Jesús Montoya Oliver	Enfermera Supervisora del S. de Endocrinología.	HUMS
Elena Arrieta	Coordinadora de Enfermería del CS. S. José Sur	
Ángel Jimeno Aranda	Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Sta. Lucia	

### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El proyecto presentado en la convocatoria anterior, **“MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA ENTRE NIVELES E INFORMACION AL PACIENTE CON ICTUS”** ha sido una herramienta útil en la mejora de la asistencia a estos pacientes en nuestro Servicio. La Memoria adjunta explica la situación del proyecto y los resultados en los diferentes indicadores predeterminados. Queremos destacar los siguientes aspectos:

- Al ser un proyecto que involucra a médicos, enfermeras y auxiliares ha favorecido una dinámica de diálogo, trabajo en equipo y corresponsabilidad en la asistencia.
- Ha enfatizado la necesidad de dirigir nuestros esfuerzos no solo a dar una atención técnicamente correcta, sino también a cuidar aspectos relativamente poco costosos



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

pero que añaden un gran valor añadido desde el punto de vista del paciente, como son la identificación del personal o la mejor información de su proceso guiada por sus necesidades sentidas y de forma personalizada.

- Mejorar la continuidad de cuidados al alta requiere una mejor coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Debemos buscar el consenso y la implicación de ambos niveles en este tipo de iniciativas, evitando malentendidos.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Aumentar el % de pacientes con AIT que son incluidos en la Vía Clínica ya instaurada, pasando del 38% actual al 60% en el 2003.**
- 2.- Ampliar los criterios de inclusión en la Vía a aquellos ictus que cursan sin déficit funcional que incapacite al paciente (puntuación en la escala de Rankin Modificada menor de 2), que asistencialmente son asimilables a aquellos que sufrieron un AIT.**
- 3.- Establecer la Gestión del Proceso: “Estenosis carotídea subsidiaria de endarterectomía”, en colaboración con los Servicios de Radiología y Cirugía Vascular, que:**
  - Garantice la calidad de la asistencia.
  - Disminuya la variabilidad clínica.
  - Racionalice el uso de recursos.
  - Mejore la información y satisfacción del paciente.
  - Mejore los sistemas de información que faciliten el seguimiento y detección de problemas mejorables en el futuro.
  - Sea una herramienta de formación continuada para los profesionales.

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La necesidad de mejor información sobre su proceso, pronóstico, medicación y opciones terapéuticas es una demanda frecuente de los pacientes ingresados por un ictus. Así se refleja en las encuestas de satisfacción del Servicio de Neurología y en las Encuestas de Satisfacción Posthospitalización que periódicamente pasa la UCA del Hospital.

Siendo una medida que no requiere grandes medios ni supone añadir costes, creemos importante mejorar la sensibilización hacia el problema y realizar los cambios organizativos necesarios para mejorar este aspecto.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

**1 - Renovar la información al Servicio de Urgencias y presentar los resultados a sus responsables semestralmente.**

- Análisis crítico por parte de todo el Servicio del funcionamiento de la Vía en el ejercicio pasado, de su repercusión en los indicadores y la distribución de trabajo, así como de las posibilidades de mejora en el presente año (YA REALIZADO EN DICIEMBRE DEL 2002, reflejado en la evaluación-propuestas de mejora de la Memoria)

**2 - Extender el uso de las escalas de Rankin, Glasgow y NIH en la valoración del paciente al ingreso y en su seguimiento.**

- Incluir estos pacientes en la Vía.

**3 - Elaboración de una Vía Clínica, elaborado a partir de las Guías Clínicas de MBE existentes, con los servicios involucrados: reuniones periódicas. (INICIADA EN ENERO DEL 2003).**

- Estratificar el riesgo de recurrencias/indicación quirúrgica en función de las características ecográficas de la placa carotídea (estenosis y morfología).

- Monitorización de los resultados de los pacientes intervenidos, para lo cual consideramos necesario revisar a los pacientes en Consulta de Patología Vascular Cerebral a los 3 meses de la endarterectomía, lo que hasta ahora no hacíamos. Esto nos supone un esfuerzo adicional y la habilitación de unas horas de consulta

### 9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

**1- Continuar con la evaluación semestral de los indicadores prefijados y su presentación al conjunto del Servicio y Urgencias para su análisis. Se mantiene el diseño de la Vía y los indicadores utilizados**

**2- Los ya usados en la Vía, incluida el de satisfacción del paciente.**

- Nº de casos de infarto cerebral Rankin <2 incluidos en la Vía/nº de casos de infarto cerebral Rankin <2 atendidos.

- Estancia media de los incluidos y de los no incluidos

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

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS												
Fecha de inicio: enero 2004						Fecha de finalización: diciembre 2004						
	EN	FB	MZ	AB	MY	JUN	JUL	AG	SPT	OCT	NO V	DIC
INFORMACIÓN A URGENCIAS (charlas)			X						X			
INFORMACIÓN A URGENCIAS (resultados)						X						X
EVALUACIONES EN EL SERVICIO						X						X
USO DE ESCALAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
INCLUIR RANKIN <2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AUMENTAR % INCLUSIÓN DE AIT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GESTION DEL PROCESO ENDARTERECTOMIA (elaborar Guia/Vía)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ESTRATIFICAR INDICACIÓN SEGÚN ECODOPPLER			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CONSULTA PVC				X	X	X	X	X	X	X	X	X

#### BIBLIOGRAFÍA.-

- 1) Feinberg WM, Albers GW, Barnett HJM, Biller J, Caplan LR, Carter LP, Hart RG, et al. Guidelines for the management of transient ischemic attacks: from the Ad Hoc Committee on Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks of the Stroke Council of the American Heart Association. AHA medical/scientific statement: special report. *Circulation*. 1994;89:2950–2965.
- 2) Albers GW, Hart RG, HL Lutsep, D W Newell, R. Sacco. Supplement to the Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks : A Statement From the Ad Hoc Committee on Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks, Stroke Council, American Heart Association. *Stroke* 2000; 30: 2502-2511.  
*Estas dos referencias son las Guías Clínicas que sobre el AIT propone el Comité ad hoc propone la American Heart Association y una referencia para elaborar nuestra propia Guía Clínica.*
- 3) Barnett HJ, Taylor DW, Eliasziw M, Fox AJ, Ferguson GG, Haynes RB, Rankin RN, Clagett GP, Hachinski VC, Sackett DL, Thorpe KE, Meldrum HE. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis: North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. *N Engl J Med*. 1998;339:1415–1425.

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

- 4) North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. N Engl J Med. 1991;325:445–453.
- 5) European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST). Lancet. 1998;351:1379–1387.

En estos trabajos se sentó la hoy aceptada indicación de endarterectomía en prevención secundaria (incluyendo el AIT y las amaurosis fugax) del ictus cuando la estenosis sea significativa hemodinámicamente (>70% según criterios NASCET).

- 6) Johnston DCC, Goldstein LB (2001). Clinical carotid endarterectomy decision making: Noninvasive vascular imaging versus angiography. Neurology 56: 1009-1015.

Capacidad de la ecografía carotídea de seleccionar pacientes con alto riesgo de recurrencia.

- 7) Yonas H, Smith HA, Durham SR, Pentheny SL, Jonson DW. Increased stroke risk predicted by compromised cerebral blood flow reactivity. J Neurosurg 1993; 79: 483-9.
- 8) Segura T. Utilidad del Doppler Transcraneal en la determinación de la reactividad vasomotora cerebral. Rev 2000;31 (11):1031-1032

*Papel del estudio de la reserva hemodinámica y vasorreactividad cerebral en la selección de candidatos a endarterectomía.*

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u> (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
software de análisis de imágenes ecográficas: MATROX INSPECTOR 4.1	1600
Software de cuantificación de reserva hemodinámica cerebral (doppler)	600
SCANNER DE IMÁGENES para PC con retroiluminación (scaneado de arteriografías, Rx, transparencias, etc	800
<b>TOTAL</b>	<b>3200</b>

Fecha y firma:

MARIA JESUS CHOPO ALCUBILLA. Febrero 2004.

Anexo 1	Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)</b>
---------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>La calidad como marco de referencia para la buena práctica clínica en el Servicio de Obstetricia y mejorar la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos: Pilar Garrido Fernández Profesión      Obstetra FEA      Centro de trabajo: HMS Maternidad Correo electrónico: Pgarridof@ meditex.es
---

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Javier Tobajas:	Jefe de Sección de Alto-riesgo Obstétrico	HMS Maternidad
Dra. Adela Villacampa Pueyo	FEA. Paritorio y Urgencias	
Dra. Belén Rodríguez:	FEA. Consultas Externas	HMS Maternidad
Dra. Virginia Echevarren:	MIR	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Joaquina Lahoz:	Supervisora de Enfermería planta 7 <sup>a</sup> - puerperio	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Eva Villa:	Matrona (Puerperio)	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Rita Jiménez:	Matrona (Paritorio).	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Ana Izquierdo:	DUE (Planta 6 <sup>a</sup> - Altoriesgo)	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Rosa Divi Betes:	DUE (Quirófano)	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Natividad Beguería:	Aux. Administrativo.	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Pilar Lafuente:	Aux. de Enfermería (Urgencias-paritorios)	HMS Maternidad
D <sup>a</sup> Teresa. Zurdo:	Aux. de Enfermería (Urgencias-paritorios)	HMS Maternidad

Anexo 1	Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)</b>
---------	---

#### 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Desarrollar un plan de calidad del Servicio de Obstetricia para promover la participación y formación de nuestros profesionales en la mejora continua de la calidad.

Método de detección:

Encuesta al personal del servicio, encuesta posthospitalización a pacientes y buzón de sugerencias, indicadores relevantes asistenciales.

#### 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Promover la participación de los profesionales y la mejora de la percepción del paciente de la asistencia recibida.

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

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

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

#### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

El Servicio de Obstetricia del HMS ha asistido durante los años 2000 a 2002 un total de 11.754 partos, lo que supone mas el 40% de los partos de toda la Comunidad Autónoma en el mismo período y 51.928 Urgencias. Sólo en el 2002 se atendieron 74.731 consultas. El Parto es el GRD mas frecuentes en el Hospital Miguel Servet (en el año 2003: 4.166 ), con una tendencia ascendente desde al año 1998 del 4%, todos estos datos dan una idea de la

magnitud que un Plan de Calidad podría aportar a la organización y a las usuarias. En el marco de la estrategia de la política de gestión del HMS en el servicio de Obstetricia se conforma el grupo de mejora a lo largo del año 2003, como primera actividad a desarrollar se plantea la necesidad de conocer la situación de partida del servicio mediante encuesta al personal del servicio, encuesta posthospitalización a pacientes y buzón de sugerencias para pacientes hospitalizadas y en consultas y elección de los indicadores relevantes asistenciales y su seguimiento.

### **8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Desarrollo en el servicio de un programa de calidad que aumente la implicación del personal y mejore por tanto la asistencia y la satisfacción de las pacientes.

Elaboración de indicadores y su monitorización, como herramienta que ayude a tener una visión de la calidad de la asistencia y que identifique oportunidades de mejora, estudiando la tendencia a lo largo del tiempo.

- Índice de Mortalidad Perinatal Ampliada. Dra. Esther Cruz.\*
- Tasa de mortalidad materna .Dra. V. Echevarren.\*\*\*
- Tasa total de cesáreas. Dra. A. Villacampa.\*
- Tasa total de partos instrumentales. Dra. A. Villacampa.\*
- Tasa de Partos múltiples. Dra. Esther Cruz.\*
- Tasa de Partos prematuros. Dra. P Garrido Fernández.\*
- Recién Nacidos Traslados a H.I. Dra. Esther Cruz.\*
- Perdidas gestacionales post-amniocentesis. Dra. Pérez Pérez.\*
- Porcentaje de pacientes que reciben información escrita sobre las normas de estancia. UCA\*\*
- Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida sobre su enfermedad y resultados. UCA.\*\*
- Entrega y firma de los documentos de consentimiento informado a las pacientes para técnicas invasivas de diagnóstico prenatal. Dra.P Garrido Fernández.\*
- Tº desde indicación de cesárea y extracción fetal. Dra. A. Villacampa \*
- Investigación de colonización Streptoc. Agalactiae. Dra. M. Lapresta.\*

Según las características del indicador la evaluación será trimestral\* , semestral\*\* o anual\*\*\*.

Anexo 1	Solicitud de inclusión en el <b>Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2004)</b>
---------	---

### **9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

1. Analizar la tendencia de los indicadores relevantes de la Asistencia Obstétrica
2. Nº de reuniones del grupo de mejora.
3. Nº de profesionales implicados en el desarrollo del programa.
4. Nº de sesiones informativas al servicio, sobre los resultados de los indicadores mas relevantes Tasa de cesáreas , mortalidad perinatal.....Y divulgación de los mismos en panel informativo.
5. Situaciones susceptibles de mejora que surjan y actuaciones.








### **10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: enero 2004

Fecha de finalización: Dic..2004

Calendario:

Actividad	2003	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Establecer grupo de mejora y su reglamento interno.													
Encuesta al personal sanitario sobre situaciones de mejora													
Elaboración de lista de situaciones de mejora													
Elaboración de objetivos sobre situaciones de mejora y plan de calidad 2004.		X	X	X									
Monitorización Indicadores		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Actualización protocolos asistenciales.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis pregunta abierta de la encuesta post-hospitalización y conclusiones			X			X				X			
Buzón de sugerencias y seguimiento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Una vez terminado el análisis con el resultado de los indicadores, se elaborará el plan 2004, con las áreas de mejora, entre las que ya se apuntan por las encuestas a pacientes (encuesta posthospitalización , buzón de sugerencias) y encuesta al personal del servicio de obstetricia:

Protocolización de la asistencia a las gestantes ingresadas por parte de las matronas.

Actualización de protocolos asistenciales de Obstetricia.

Presentación de los consentimientos informados para técnicas invasivas de diagnóstico prenatal para su aprobación en la Comisión de Etica del Hospital....

Y las áreas que surjan de la monitorización de los indicadores antes descritos, tras su análisis.



