

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 2_2005

001_2005 "Guía y procesos de enfermería en atención primaria de Centro de Salud Seminario-Romareda"	Pág. 2 a 5
019_2005 "Protocolo de atención domiciliaria al paciente inmovilizado y su entorno familiar en el Centro de Salud Almozara. Evaluación de la problemática del cuidador principal y de las carencias sociosanitarias del inmovilizado (act-17)" del CS La Almozara	Pág. 6 a 13
024_2005 "Programa de sesiones clínicas del MIR de Medicina de Familia y Comunitaria: un segundo programa formativo en paralelo" de la U.D.M.F. Y C. Zaragoza II	Pág. 14 a 19
033_2005 "Mejora del Plan Terapéutico Farmacológico en los pacientes que usan la cartilla de largo tratamiento (CLT) y optimización del gasto farmacéutico en el Centro de Salud Torrero-La Paz (act-13)"	Pág. 20 a 24
036_2005 "Programa de mejora de la accesibilidad y seguimiento del paciente inmigrante menor de 18 años de edad en el Centro de Salud Almozara"	Pág. 25 a 29
051_2005 "Control y educación al niño asmático en Atención Primaria (act-29)" del CS Las Fuentes Norte	Pág. 30 a 35
052_2005 "Propuesta de mejora de la calidad de la consulta de enfermería en el Centro de Salud de Las Fuentes Norte"	Pág. 36 a 44
128_2005 "Mejora de la atención a los pacientes con EPOC" del CS Hernán Cortés	Pág. 45 a 48
005_2005 "Aplicación de la gestión por procesos al manejo del carcinoma colorrectal. Parte primera: diseño e implantación del subproceso de diagnóstico y estadificación en régimen ambulatorio" del H.U.M.S	Pág. 49 a 55
020_2005 "Diseño y puesta a punto de una Unidad Clínica de Síndromes Linfoproliferativos (UCL)" del H.U.M.S	Pág. 56 a 61
031_2005 "Mejora de la atención hospitalaria urgente al paciente politraumatizado mediante la aplicación de protocolos clínicos y la implantación de un registro de trauma" del H.U.M.S	Pág. 62 a 66
037_2005 "Mejora en la calidad de derivación atención primaria/atención especializada en las consultas de dermatología del área de influencia del H. U. Miguel Servet"	Pág. 67 a 72
038_2005 "Mejora de la gestión de la calidad de los Servicios de Anatomía Patológica, Bioquímica Clínica, Microbiología y Servicio y Centro de Transfusión Sanguínea del H. Miguel Servet a través de la acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 (act-51)"	Pág. 73 a 80
039_2005 "Mejora de la gestión de la calidad del Servicio de Bioquímica Clínica a través de la acreditación según la norma UNE-EN ISO 15189 de laboratorios clínicos" del H.U.M.S	Pág. 81 a 85
040_2005 "Mejora de la gestión de la calidad del Servicio de Microbiología a través de la acreditación según la norma ISO 15189 (act-51)" del H.U. M.S	Pág. 86 a 91
043_2005 "Definición y puesta en práctica de un sistema de gestión de la calidad según la norma ISO 9001 para la Sección de Electromedicina del H.U.M.S a través del grupo de mejora"	Pág. 92 a 95
044_2005 "Programa de mejora de calidad en la asistencia a los pacientes con agudización asmática en el Servicio de Urgencias" del H.U.M.S	Pág. 96 a 102
045_2005 "Desarrollo de la gestión por procesos en el manejo del carcinoma hepatocelular y las metástasis hepáticas en el seno de una Unidad Multidisciplinar de Patología Hepatobiliar y Pancreática (act-3)" del H.U.M.S	Pág. 103 a 106
047_2005 "Puesta en marcha de un sistema para mejorar la clasificación de residuos que se generan en el hospital, tanto por la propia actividad del hospital como por los usuarios" del H.U.M.S	Pág. 107 a 110
048_2005 "Control de servicios morosos de historias clínicas" del H.U.M.S	Pág. 111 a 115
054_2005 "Mejora de la asistencia de los trastornos depresivos y por ansiedad: un programa piloto coordinado entre Atención Primaria y Salud Mental" U.S.M Torrero-La Paz	Pág. 116 a 121
063_2005 "Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria femenina en el post-parto y la post-menopausia" del H.U.M.S	Pág. 122 a 125
094_2005 "Ampliación del proyecto de mejora de la asistencia del infarto agudo de miocardio en el Servicio de Urgencias (act-84)" del H.U.M.S	Pág. 126 a 130
112_2005 "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 (act-130)" del H.U.M.S	Pág. 131 a 136
124_2005 "Elaboración y actualización de protocolos de patología prevalente y mejora de información al paciente en la Unidad de Urgencias de pediatría del Hospital Infantil"	Pág. 137 a 142
142_2005 "Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en Salud Mental. Sector Zaragoza II" de la U.C.E del H.U.M.S	Pág. 143 a 146
144_2005 "Fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos mayores de 75 años: abordaje ortopédico (act-103)" del H.U.M.S	Pág. 147 a 150
150_2005 "Aplicación de gestión de la calidad según la norma UNE-EN ISO 15189 en el Servicio y Centro de Transfusión Sanguínea del H. U. Miguel Servet	Pág. 151 a 154

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

GUÍA Y PROCESOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CENTRO DE SALUD SEMINARIO-ROMAREDA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **Mª Jesús García y Ana Blasco**

Profesión **Enfermeras** Centro de trabajo: **Seminario-Romareda**

Correo electrónico: **bermai@teleline.es**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Acha Aibar	Enfermera	Seminario-Romareda
Esther Díaz de Rada Turumbay	Enfermera	Seminario-Romareda
Mª Jesús Gálvez Samper	Enfermera	Seminario-Romareda
Isabel Gonzalvo Altabás	Enfermera	Seminario-Romareda
Amparo Rojo Villahizán	Enfermera	Seminario-Romareda
Asunción Sánchez Abad	Enfermera	Seminario-Romareda
Mª José Palacín Cabrejas	Aux.Enfermera	Seminario-Romareda

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Importancia:

A/ Sustituciones con mejor integración y eficacia.

B/ Unificar criterios de actuación y registro de Enfermería.

Métodos:

A/ Reuniones para opinión, intercambio y lluvia de ideas, sobre nuestro funcionamiento.

B/ Preguntando a sustitutos/as sobre dificultades que se les plantean cuando llegan al centro.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Una mejor orientación y trabajo de sustitutos/as e interinos/as.**
- **Una actividad profesional más compartida, unificada y dialogada entre todos.**

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

- **Desorientación de sustitutos/as por desconocer ubicación de material. No encontrar, a veces, personas libres que puedan indicarles.**
- **Proximidad de cambio de plantilla por jubilación.**
- **Variedad en los registros de la actividad de Enfermería.**
- **Intercambio de opiniones con sustitutos/as.**

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Reuniones de acuerdo y aportaciones para el diseño de Guía.**
- **Miniguía de registros y codificación plastificada de bolsillo.**
- **Guía básica de 6 hojas para cada sustituto/a de Enfermería o Auxiliar.**
- **Revisar y actualizar la Guía cada año o dos máximo para incorporar cambios y nuevos procesos que surjan.**
- **Elaboración de Guía amplia de consulta para la actividad de Enfermería.**

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Consensuar y presentar Guía.**
- **Lista de incidencias y problemas detectados antes, durante y después de sistematizar la Guía para dar a los sustitutos/as.**
- **Revisar las historias con una muestra de 20 sobre registro de Enfermería y Programa del Niño Sano y Visita domiciliaria a Inmoviliados.**
- **Sacar listados de Pacientes Inmovilizados y número de niños sanos.**

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de enero de 2005	Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2005, ...
Calendario: Iniciar Guía y entrega de miniguías	diciembre de 2004
Lista de incidencias	marzo de 2005
Registro de actividad de Enf. (revisión)	1 de junio de 2005
Presentación de Guía amplia	1 de junio de 2005
2ª revisión de Registro de Enf.	1 de diciembre de 2005
Revisión y actualización de Guía	1 de diciembre
Continuidad de revisión de Guía	anual o bianual máximo

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador Portátil	1.600 €
Cañón de Proyección	1.600 €
TOTAL	3200 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Zaragoza a 3 de diciembre de 2004

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AL PACIENTE INMOVILIZADO Y SU ENTORNO FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA.

ACTUALIZACIÓN:

EVALUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DEL CUIDADOR PRINCIPAL Y DE LAS CARENCIAS SOCIOSANITARIAS DEL INMOVILIZADO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

CLARA PUEYO SALAVERA y TERESA PEMAN MUÑOZ.

Profesión MÉDICO DE FAMILIA Centro de trabajo C.S. ALMOZARA

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: OCTUBRE 2003

Fecha de actualización: OCTUBRE 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

El C.S. Almozara ha desarrollado durante el año 2004 el Protocolo de Atención Domiciliaria al Paciente Inmovilizado y su entorno familiar en el Centro de Salud Almozara.

Siguiendo el cronograma del Proyecto de Calidad hemos finalizado la fase de Captación y Registro del Paciente Inmovilizado y a partir de ahora iniciamos las actividades para conseguir los objetivos priorizados para el año 2005, que son:

- 1. Captación y evaluación del Cuidador Principal.**
- 2. Detección de las Carencias Sociosanitarias del Paciente Inmovilizado.**

RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO:

Clara Pueyo Salavera (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

COMPONENTES DEL EQUIPO:

Mariano Gascón Val (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

Teresa Pemán Muñoz (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

Dolores Pujol Peiró (Diplomada en Enfermería)

Agustín Romeo Gutierrez (Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria)

Teresa Ruiz Vecino (Trabajadora Social)
Nieves Sobrevuela Celma (Diplomada en Enfermería)
Yolanda Soria Buil (Celadora)
Lourdes Meavilla Minué (Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria)
Rebeca Rubio Escuin (Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria)

FECHAS PREVISTAS: La actualización se llevará a cabo desde octubre-04 hasta diciembre-05. Las actividades a realizar durante este periodo las describiremos en el Apartado 7: Calendario de Acciones Pendientes.

RESULTADOS ESPERADOS:

1. Diseño de una Base de Datos Relacional Indexada para registro de la figura del Cuidador Principal, su evaluación global y registro de las carencias socio-sanitarias.
2. Obtención y registro en la Base de Datos de la evaluación física, psíquica y social del Cuidador Principal mediante entrevista estructurada.
3. Obtención del Índice de Esfuerzo del Cuidador Principal mediante un cuestionario validado.
4. Identificación de los problemas de salud del Cuidador Principal.
5. Evaluación de carencias y recursos disponibles:
 - a. Detección de necesidades socio-sanitarias del Paciente Inmovilizado y del Cuidador Principal.
 - b. Relación de recursos socio-sanitarios del Sistema de Salud.
 - c. Inventario de material ortoprotésico disponible en el C.S. Almozara.
 - d. Grado de utilización de los recursos disponibles.
6. Sentar las bases de un Protocolo de Actuación para abordar las carencias de salud detectadas en el Cuidador Principal.

INDICADORES:

1. Captación y evaluación del Cuidador Principal.

- a. Identificación del Cuidador Principal (índice de calidad de captación del C.P.)
 - i. N° de CP registrados * 100 / N° Pacientes Inmovilizados
 - ii. Periodo de observación: oct-2004 / oct-2005
 - iii. Nivel deseado de cumplimiento: 65%
 - iv. Fuente de datos: Base de Datos de Pacientes Inmovilizados y Entrevista al Cuidador Principal.
 - v. Responsable de la obtención de datos: Dra. Pemán, Dra. Pueyo.
 - vi. Primera medición: mayo-2005
 - vii. Segunda medición: oct-2005.
- b. Evaluación del Esfuerzo de los Cuidadores Principales (índice de porcentaje de CP evaluados de acuerdo al estándar de esfuerzo).
 - i. N° de CP evaluado con Índice de Esfuerzo del Cuidador * 100 / N° Cuidadores Principales registrados.
 - ii. Periodo de observación: oct-2004 / oct-2005
 - iii. Nivel deseado de cumplimiento: 60%
 - iv. Fuente de datos: Base de Datos de Pacientes Inmovilizados y Entrevista al Cuidador Principal.
 - v. Responsable de la obtención de datos: Dra. Pemán, Dra. Pueyo.
 - vi. Primera medición: mayo-2005
 - vii. Segunda medición: oct-2005.

2. Detección de las Carencias Socio-sanitarias del Paciente Inmovilizado.

a. Registro de utilización de recursos socio-sanitarios.

- i. N° de Pacientes Inmovilizados con registro de utilización de recursos SS * 100 / N° total de Pacientes Inmovilizados.
- ii. Periodo de observación: oct-2004 / oct-2005
- iii. Nivel deseado de cumplimiento: 50%
- iv. Fuente de datos: Base de Datos de Pacientes Inmovilizados y Entrevista al Cuidador Principal.
- v. Responsable de la obtención de datos: Dra. Pemán, Dra. Pueyo.
- vi. Primera medición: mayo-2005
- vii. Segunda medición: oct-2005.

RELACIÓN CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

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>	++++				

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Para desarrollar el proyecto, el Equipo de Mejora de la Calidad ha realizado desde el último trimestre del 2003 hasta la actualidad, las siguientes actividades:

1- Presentación del proyecto al Equipo Atención Primaria (E.A.P.), donde se especificaban los siguientes contenidos:

- Definición del inmovilizado
- Justificación: Mejorar nuestros registros. (Déficit aproximado del 40%)
- Objetivos:
 - Incrementar la calidad de vida del inmovilizado.
 - Coordinar y potenciar las actuaciones socio-sanitarias.
 - Utilizar los recursos socio-sanitarios de la red sanitaria.
- Material y métodos
 - Pacientes inmovilizados posibles (11% >65 años) =386.
 - Pacientes inmovilizados a controlar (30%) =116.
 - Pacientes inmovilizados por cupo (según tabla).
 - Normas técnicas mínimas.
- Plan actuación
 - Circuito derivación: Personal Sanitario <=> Trabajadora Social.
 - Análisis situación socio-familiar.

- Estudio de la red de apoyos y cuidadores.

2- Entrega de documentación a los miembros del E.A.P. (Octubre 2003)

- En sucesivas reuniones de trabajo del equipo de mejora, se decidieron los documentos que se iban a utilizar para poder desarrollar las diversas actividades del programa.
- Revisión bibliográfica para obtener un cuestionario validado y así poder realizar la valoración socio-sanitaria del cuidador principal.
- Relación de documentos:
 - Tabla de pacientes inmovilizados totales a controlar por el E.A.P.
 - Tabla de pacientes inmovilizados a controlar por cada cupo.
 - Hoja de registro captación inmovilizados por cupo. (C. Captación).
 - Hojas de registro. Servicio 313. (C. Registro).
 - Cuestionario validado del cuidador principal.
 - Normas de recogida de datos y de la evaluación.

3- Formación definitiva del equipo (Noviembre 2003)

Con la incorporación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria al Centro de Salud se modificó el equipo previsto con anterioridad, incluyendo dos nuevos médicos residentes de tercer año, y dos médicos del E.A.P.

4- Elaboración de la base de datos (Diciembre 2003)

Se procedió a dicha elaboración, utilizando el programa informático Excel. Se realizó una tabla de variables para cada uno de los once cupos que consta el Centro de Salud. Se introdujeron las variables a controlar, previamente consensuadas por el equipo de trabajo:

- Variable definitoria (Nº SS, edad, nombre y apellidos)
- Motivo de inclusión y fecha
- Motivo de exclusión y fecha
- Cumplir Nº total de registro. SI / NO (C. Captación)
- Cumplir criterio motivo de inclusión SI / NO (C. Registro)

Una vez concluida la base de datos, se procedió a introducir los primeros datos, obtenidos a través de las hojas de registro de captación de pacientes inmovilizados.

5 - Actualización de la base de datos (Enero 2004)

Se completaron los primeros listados de inmovilizados y se revisaron cada mes durante el primer trimestre. Posteriormente se introdujeron en todas las historias clínicas seleccionadas, las hojas de registro del programa de inmovilizados (Servicio-313), para su cumplimentación (motivo de inclusión, datos clínicos), indistintamente por Médico-D.U.E.-T. Social

6- Elección de los indicadores (Mayo 2004)

Elegimos para evaluar el proyecto, dos indicadores de calidad basados en los objetivos del proyecto, que nos sirvieran para identificar aspectos claves y que fueran fácilmente cuantificables, *Indicador de calidad de captación (I.C.C.)* e *Indicador de calidad de registro (I.C.R.)*

7- Inclusión total de los inmovilizados (Junio 2004)

Actualización de nuevo de la base de datos, con la información recogida a través del registro de inmovilizados en este último periodo, y se comenzó a iniciar la evaluación de las diversas actividades.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

A continuación se relacionan las actividades reseñadas anteriormente y la evaluación de las mismas, realizada en Septiembre de 2.004.

1-Presentación del proyecto de Mejora de la Calidad al E.A.P.

El 85% de los integrantes de Centro de Salud asistió a la presentación del proyecto, en la cual se expusieron todos los contenidos previstos en el proyecto.

2-Entrega de documentación a los miembros del E.A.P.

Se entregó la documentación a todos los asistentes a la reunión (médico -D.U.E.-T.Social), correspondientes a los 11 cupos que integran el Centro de Salud Almozara.

3-Formación definitiva del equipo.

Se ofreció a los médicos residentes de M.F y C y a los distintos miembros del equipo la posibilidad de incorporarse al equipo multidisciplinar, aceptando en total 2 médicos titulares y dos médicos R.III.

4-Elaboración de la base de datos.

La creación de la base de datos nos facilitaba la actualización y seguimiento continuo de todos los pacientes inmovilizados en base a las variables:

- Motivo de inclusión /Fecha
- Motivo de exclusión /Fecha

Además se eligieron variables de identificación del paciente por ser imprescindibles para la localización sucesiva en los archivos del centro, consiguiendo alcanzar cifras del 98% en la última revisión. Las historias no localizadas habían salido del Centro de Salud por exclusión (cambio de domicilio).

5-Actualización de la base de datos.

El 100% de las hojas de registro de captación fueron nuevamente revisadas y actualizadas en la base de datos.

6-Elección de Indicadores.

Todos los miembros del equipo de mejora, participaron en la evaluación, utilizando las normas diseñadas y entregadas previamente. Para su aplicación utilizamos los siguientes datos que corresponden a las T.I.S. del 10 julio 2003 del Centro de Salud Almozara:

Pacientes con edad > 65 años ----- = 3.511
 Pacientes inmovilizados posibles [11% >65 años] ----- = 386
 Pacientes a controlar [30% inmovilizados posibles] ----- = 116

Los indicadores previamente elegidos fueron:

- Indicador de calidad de captación
- Indicador de calidad de registro

A estos indicadores se les aplicaron los datos numéricos anteriores, dando los siguientes resultados:

RESULTADOS DE LOS INDICADORES

En la primera medición, en Junio de 2.004, se obtuvieron los siguientes resultados:

$$\text{I. C. C.} = \frac{\text{n}^\circ \text{ pacientes inmovilizados registrados}}{\text{n}^\circ \text{ total inmovilizados posibles (11\% >65 años)}} \times 100 = \frac{95}{386} \times 100 = \mathbf{24,6\%}$$

$$\text{I. C. R.} = \frac{\text{n}^\circ \text{ pacientes con registro motivo inclusión}}{\text{n}^\circ \text{ pacientes inmovilizados registrados}} \times 100 = \frac{81}{95} \times 100 = \mathbf{85,3\%}$$

En Septiembre de 2.004, los datos obtenidos fueron los siguientes:

$$\text{I. C. C.} = \frac{129}{386} \times 100 = 33,4\%$$

$$\text{I. C. R.} = \frac{126}{129} \times 100 = 97,6\%$$

Resumen de resultados:

	RESULTADOS		OBJETIVO
	Mayo-2.004	Setiembre-2.004	
I. C. CAPTACIÓN	24,6%	33,4%	30%
I. C. REGISTRO	85,3%	97,6%	80%

Indicador de calidad de captación: El objetivo previsto era de un 30% y el resultado en la última medición ha sido 33,4%. Podemos además comparar con los datos existentes en el año 2002-03, en el que se alcanzó un porcentaje aproximado del 18%.

Solo seis historias no pudieron evaluarse por estar excluidas del programa por diversos motivos (cambio domicilio, traslado a residencia).

Indicador de calidad de registro: Nuestro objetivo para este indicador era alcanzar el 80% de pacientes con correcto registro de motivo de inclusión, y como observamos en los resultados la cifra alcanzada en Septiembre de 2.004 es del 97,6%. Únicamente tres historias no tenían registrado el motivo de inclusión.

En el año anterior tan solo estaba registrado el motivo de inclusión en el 25% de las historias de los pacientes.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB-05	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Rediseño Equipo Calidad	■	■	■												
Diseño valoración del CP	■	■	■												
Diseño valoración Recursos SS		■	■	■											
Presentación Actualización al Equipo					■										
Diseño Base de Datos				■	■										
Entrevistas Informatizadas domiciliarias						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación semestral								■					■		
Grupo de Mejora								■					■		
Evaluación final y conclusiones														■	■
Bases para Protocolo Atención al CP															■

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Excesiva presión asistencial que dificulta la realización de cualquier proyecto ajeno a la demanda asistencial.

Carencia de formación en temas relacionados con actividad sociosanitaria.

Desarrollo del Programa fuera del ámbito físico del Centro de Salud, con los consiguientes desplazamientos a cada domicilio de los pacientes inmovilizados.

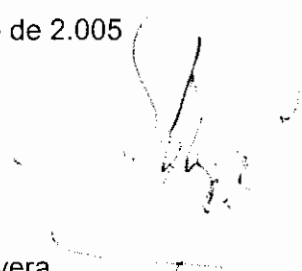
Necesidad de coordinación con otros profesionales (médico, trabajador social, enfermera) para la visita domiciliaria a los pacientes inmovilizados.

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
Material ortoprotésico	1.000 €
Formación específica del equipo en atención al paciente inmovilizado	2.000 €
Encuestadores	1.000 €
TOTAL	4.000 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza, a 7 de Enero de 2.005



Fdo.: Clara Pueyo Salavera

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROGRAMA DE SESIONES CLÍNICAS DEL MIR DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA: UN SEGUNDO PROGRAMA FORMATIVO EN PARALELO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Francisco José Pablo Cerezuela

Profesión: Medico (Técnico de Salud)

Centro de trabajo: Unidad Docente MFyC Zaragoza. Sector Zaragoza II

Correo electrónico: fpabloc@udomfyc.org

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Monreal Híjar	Coordinador	Unidad Docente MFyC. Sector Zaragoza II
José Luis Álvarez Pardo	Técnico Salud	Unidad Docente MFyC. Sector Zaragoza III
Pablo Vela Condón	Coordinador	Unidad Docente MFyC. Sector Zaragoza III
Esther Hernández del Molino	Auxiliar Administrativo	Unidad Docente MFyC. Sector Zaragoza III
Ana Rey Liso	Auxiliar Administrativo	Unidad Docente MFyC. Sector Zaragoza II

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Las Unidades Docentes MFyC de Zaragoza dentro de su Programa Integral de Mejora Continua de la Calidad tiene establecidos diferentes mecanismos para detectar áreas u oportunidades de mejora en los diferentes procesos que ejecuta. Básicamente, estas son detectadas por medio de sus reuniones de trabajo con sus clientes internos (Tutores y Médicos Residentes), encuestas generales de opinión que periódicamente cumplimentan los médicos residentes y tutores, con apartados específicos sobre puntos susceptibles de mejora en la Unidad Docente.

Una de estas áreas es el Programa de sesiones clínicas que los residentes de primer y segundo año llevan a cabo en el Hospital Universitario Miguel Servet y el Hospital Clínico Universitario.

El Programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria se desarrolla en tres años (cuatro a partir de las promociones que se incorporen a partir del próximo año) y prevé entre otros muchos objetivos docentes una serie de rotaciones por diversos servicios hospitalarios. Rotaciones que se llevan a cabo durante un mes, tiempo que es manifiestamente escaso. Por otro lado el mismo programa indica que las Sesiones Clínicas son un objetivo docente a la par que una herramienta. Por todo ello en nuestra Unidad se desarrolla desde hace varios años un ambicioso programa de sesiones que comprende la realización durante 9 meses, 35 semanas hábiles, de dos sesiones semanales. En total 140 sesiones programadas, documentadas y evaluadas. El programa que tras sucesivas mejoras se ha convertido en un programa paralelo de actualización, revisión y formación en temas preventivos y clínicos desde el punto de vista de la Atención Primaria.

Cada sesión presentada posee un protocolo de elaboración y presentación previamente preestablecido incluyendo una revisión bibliográfica actualizada, la elaboración de un documento explicativo de la sesión en formato Word (aproximadamente 10-15 folios), aporte de material didáctico si procede y una presentación audiovisual de calidad.

Este instrumento, en los últimos dos años, ha traspasado el ámbito de los residentes para llegar a otros profesionales. Por medio de otra herramienta de gestión de la Unidad, su pagina web, hemos podido difundirlo entre los médicos tutores de los residentes con dos grandes objetivos. El primero de ellos que el tutor posea más información sobre el proceso de aprendizaje de sus residentes y que le sirviera como recurso de tutorización de la adquisición de conocimientos y habilidades. El segundo de ellos que se pudieran aprovechar para la practica clinica los materiales que se habían presentado en las sesiones.

El programa sirve también para hacer cumplir otros objetivos docentes: búsqueda de mejor información disponible (básicamente mediante el manejo de la Red), adquisición de habilidades en la presentación de documentos, trabajo en equipo, mejora de habilidades de la comunicación verbal, herramienta de evaluación formativa y sumativa entre otros.

Desde la Unidad se han programado actividades para conseguir que este

Programa fuera exitoso: cursos de paquetes informáticos para realizar presentaciones de diapositivas, cursos sobre como preparar y presentar una buena sesión, seminarios de cómo hablar en público, bibliografía referente a la preparación y presentación de sesiones en público etc. Además se ofrecen los recursos informáticos de la Unidad para su preparación y elaboración.

El **problema detectado** es la falta de recursos materiales para conseguir que la presentación de calidad preparada puede llevarse a cabo todas las veces evitando depender de otros servicios para conseguir el material necesario. Nos estamos refiriendo en concreto a la disposición de ordenadores portátiles y cañones de proyección que disponen los hospitales.

Estos recursos son utilizados por otros servicios del Hospital encontrándonos con situaciones lógicas de coincidencia en su utilización.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con la disposición del material necesario por parte de la Unidad se pretende conseguir:

- La mejora de la presentación de las sesiones clínicas.
- Evitar gestiones burocráticas en la consecución y devolución del material.
- Ganar en autonomía como Unidad Docente.
- La oferta de los mejores recursos en la presentación en público de sesiones clínicas.
- Disminuir el gasto de la presentación (no sería necesario realizar las tradicionales diapositivas en marco).
- Almacenamiento más rápido de la información. Evitamos pasos en el proceso de recogida de las sesiones para su posterior publicación en web.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Las sesiones clínicas se celebran en las aulas y salones de actos que disponen los hospitales. Normalmente se tiene reservado uno de los salones siendo esta reserva bastante estable. No obstante en algún momento y por necesidades urgentes o prioritarias hay que cambiar de ubicación.

Los residentes utilizan como medios de su exposición diapositivas que se pueden presentar en formato tradicional de marquitos o mediante un ordenador y cañón de proyección. Para lo primero utilizan la paleta de diapositivas que existe en la Unidad pero que requiere entregar los ficheros con el tiempo suficiente para que sean disparadas y posteriormente reveladas (y comprobado que no haya errores, frecuente según la casa comercial que utilicen). Para lo segundo o bien disponen de ordenador personal portátil (los menos) o solicitan alguno del Hospital, junto con el cañón de proyección.

Estos medios son escasos en el Hospital y están destinados y priorizados para otros menesteres lo que conlleva que cuando se van a reservar están ya utilizados o si son necesarios por servicios jerárquicos o más prioritarios la reserva se anule (incluso con horas de aviso).

Además estos medios hay que devolverlos en forma y tiempo que marca el Hospital, lo que conlleva algunos desajustes con los horarios del Programa de sesiones (Última hora de la jornada de mañana habitual) y los horarios de determinados servicios.

Todo ello conlleva que en determinadas ocasiones haya que suspender la sesión, la mayoría de las veces con muy poco tiempo de antelación, que impide avisar con tiempo. Hay que hacer notar que a la sesión acuden residentes desde todos los lugares de rotación (centros de salud, centros de especialidades, otros hospitales, 061, etc.). Las situaciones previamente expuestas conllevan que el programa de sesiones, por causas ajenas a la organización de la Unidad, pierda solidez y rigurosidad ya que en ocasiones el número de anulaciones de sesiones o de falta de material adecuado para su presentación es demasiado frecuente, circunstancia denunciada por los propios residentes que en ocasiones realizan importantes desplazamientos baldíos

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Instrucciones a los responsables de sesiones (2 MIR por promoción)
- Elaboración de un manual sencillo de utilización de los aparatos
- Instrucción sobre el manejo a los responsables de sesiones
- información oral, por escrito y con soporte documental en web a todos los residentes de las normas de utilización y manejo de lo mismo

De estas tareas se encargarán los respectivos Técnicos de Salud y Coordinadores de las respectivas Unidades Docentes.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Numero de sesiones que se presentan con ordenador y cañon/numero de sesiones totales
- Numero de sesiones que se presentan con cañon/numero de sesiones totales
- Calidad de las sesiones. Item presentación de la hoja de evaluación de las mismas
- Numero de sesiones que se deben de anular y análisis de sus causas.

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: Ya en marcha

Fecha de finalización: Sin fecha de finalización

Calendario:

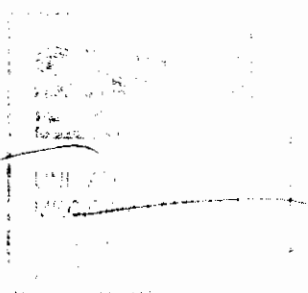
El programa de sesiones se desarrolla durante el año "lectivo" para los residentes de primer y segundo año. Se dedican 9 meses para su desarrollo y habitualmente comprende desde Septiembre hasta Junio del año siguiente, coincidiendo y ajustando a las diferentes fechas de incorporación de las sucesivas promociones. Su puesta en marcha solo requiere tras su aprobación y desarrollo de la ejecución de las actividades previstas que se concentraran en 30 días.

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
1 Ordenador Portátil características comunes, incluyendo disquetera 3,5, DVD y grabador, tarjeta de red y comunicaciones, ratón inalámbrico, lector de infrarrojos y bluetooth.	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo 1.450 €
1 Cañón de proyección con conexiones para ordenador, video, DVD, lector de infrarrojos y bluetooth	990 €
TOTAL	2.440 €

Fecha y firma:

17-01-2005



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

Mejora del Plan Terapéutico farmacológico 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 **Esperanza Abós Olivares**

Profesión: **Médico de Familia**

Centro de trabajo: **C.S. Torrero La Paz. C/ Soleiman 11. Zaragoza**

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: **Diciembre 2002**

Fecha de actualización: **Diciembre 2004**

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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 anterior responsable del Proyecto, D^a Maria José Lapuente Arruebo, dejó de prestar sus servicios en este Centro. Nuevo responsable de este Proyecto, es D^a Esperanza Abós Olivares, médico con plaza en propiedad de este Centro, elegida para darle una continuidad al Equipo de Mejora. Con motivo de haber dejado de prestar sus servicios en este Centro la Dra. Carmen Arracó Mompel, se ha incorporado a este equipo de mejora, el Dr Fernando Martín Moreno. Médico de Familia, con plaza en propiedad en este Centro de Salud.
- 4.2 Se ha mantenido el calendario de actuaciones previsto, tanto en la aplicación de criterios como en la actualización. La reevaluación de los criterios se realizó en Mayo y en Noviembre. Se ha mantenido posteriormente una reunión con los médicos para informar de los resultados.
- 4.3 Durante este año se ha ido introduciendo el modelo de CLT con datos mecanizados y legibles: Nombre del médico, nombre del fármaco, presentación, posología y fecha de generación de la CLT.
- 4.4 Hemos aprovechado las posibilidades informáticas del programa OMI-AP en la gestión de la CLT.
- 4.5 Hay una coexistencia de los dos modelos de CLT. El antiguo, basado en las viejas cartillas de largo tratamiento, y las nuevas CLT, mas grandes, con una bolsa de plastico transparente con autocierre, informatizadas y legibles. Si bien el porcentaje de CLT viejas es muy bajo.

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- 5.1 Se realizó una valoración inicial, para comprobar la magnitud del problema y valorar donde se pueden ejercer las acciones de mejor.
- 5.2 Se realizó un audit con una muestra de 15 CLT por cupo.
- 5.3 Se realizó una reunión, con los responsables de la CLT presentando los resultados del Audit.
- 5.4 El EAP decidió los tratamientos a incluir en las CLT, datos obligatorios a cumplimentar en la CLT, circuito de prescripción de farmacos en la CLT, generación de recetas y modelo de revisión.
- 5.5. Se decidió la aplicación de las medidas de mejora a un 10% de las cartillas ya existentes y todas las nuevas.
- 5.6 Se hizo una revisión de los tratamientos puestos en la CLT y la valoración de duplicidades e interacciones farmacológicas.
- 5.7 Se hicieron los cambios pertinentes en el area de admisión.
- 5.8 Se puso en funcionamiento las modificaciones.
- 5.9 Se han ido cambiando progresivamente las CLT al nuevo modelo.
- 5.10 Se realizó un nuevo audit de control sobre una muestra de 15 CLT por cupo
- 5.11 Se informó de los resultados al Equipo.
- 5.12 Se volvió a realizar un audit en Noviembre del 2004 de otras 15 CLT para reevaluar la cumplimentacion de datos (con especial incapie en la posología)
- 5.13 Se realizó una reunión en Enero 2005 para informar de los resultados del audit y para valorar los cambios a realizar.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Los resultados conseguidos hasta el momento:

- 6.1. Creación del Grupo de Mejora.
- 6.2. Integración del personal médico, de enfermería y de admisión en el proceso de cambio.
- 6.3. La modificación del circuito de entrega de las CLT, no ha presentado grandes problemas organizativos Cambio mayoritario de las CLT viejas al nuevo modelo.
- 6.4. Mejora de la información de las CLT, con una mejora de la cumplimentación de datos: Nombre paciente, fármacos, presentación y posología, a lo largo de este tiempo. La informatización del proceso, ha permitido una mejor legibilidad de los datos, orden y limpieza de la CLT, evitando correcciones y tachaduras. El uso de las bolsas de plástico ha permitido que las CLT se entreguen en admisión y una disminución de las pérdidas de recetas.
- 6.5. Detección de interacciones medicamentosas entre los fármacos de las CLT, habiéndose estudiado y valorado las interacciones con relevancia. (Se han descartado las interacciones sin relevancia). En este grupo de CLT auditados no se han encontrado duplicidades, pero es objeto de comentario, el haber encontrado algún caso por no haber actualizado la lista de medicamentos crónicos.
- 6.6. Comunicación de los datos obtenidos y correcciones.
 - 6.6.1 Se ha decidido la realización de nuevas CLT cuando haya modificaciones del tratamiento, dado la facilidad de su realización con el programa OMI. Evitando las correcciones hechas a mano
 - 6.6.2 El equipo considera importante incluir modificaciones en el sistema porque se han detectado errores de registro inicial que deben ser solucionados: En la historia clínica informatizada no se corresponden los tratamientos con los episodios a los que son asignados (por ejemplo: hipotensores en actividades preventivas, broncodilatadores en diabetes, etc..)
 - 6.6.3 Al haberse marchado la farmaceutica que habia en el Centro, se propone que se haga una revisión por pares de la calidad del tratamiento puesto en las CLT. Se propone que las parejas de médicos de las guardias, hagan una revisión de una muestra de las CLT del compañero.

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES**Conclusiones:**

1. Ha habido una mejora importante de la información contenida en las CLT
2. Se ha modificado el circuito de las CLT con la participación de todos los estamentos.
3. No se han detectado interacciones graves entre los fármacos de las CLT.

Acciones pendientes:

1. Continuar con la mejora de la información de las CLT
2. Mejorar la calidad de los registros: Se considera importante avanzar en el conocimiento de las posibilidades que el sistema informático ofrece, a nivel de la CLT, dado que existe la posibilidad de incluir algunos tratamientos en la opción "Tratamientos crónicos" que posibilita la generación automática de recetas con diferentes fechas de emisión, y en bloque. Se valora las posibilidades que en algunos casos pueden suponer de mejora (menor número de viajes al centro de Salud, mejor imagen, garantizar un mejor seguimiento, etc.)
3. Valoración de la calidad de la prescripción
4. Control y revisión periódica de los tratamientos crónicos instaurados.

Fecha inicio Diciembre 2003 Fecha finalización Diciembre 2005

- 7.1 Reunión informativa con Medicina y Enfermería para profundizar en el sistema de tratamientos "crónicos" del Programa informático OMI-AP. En dicha reunión, hacer incapié en corregir las deficiencias existentes del sistema de registro (relacionar los tratamientos crónicos con los episodios correctos).
- 7.2 Insistir en la cumplimentación de todos los datos de la CLT, especialmente la posología. También en completar el paso de CLT viejas a las nuevas.
- 7.3 Hacer un audit de 15 CLT con estudio de:
 - 7.3.1 Si son CLT nuevas o viejas
 - 7.3.2 Si los tratamientos corresponden a los episodios adscritos.
 - 7.3.3 Si se generan mediante la opción "Demanda" o "Crónica"
- 7.4 Incorporar las modificaciones
- 7.5 Realizar un nuevo audit en Julio 2005.
- 7.6 Comunicar resultados y valorar modificaciones.
- 7.7 Nuevo audit en Noviembre 2005.

Caleandario de acciones pendientes:

	Feb	Marz	Abril	Mayo	Junio	Juli	Ago	Sep	Octu	Novi	Diciem
Reuniones Informativas											
Audit											
Presentación resultados											

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

8.1 Hasta Junio no se contó con un ordenador en el punto de atención continuada, por lo que no se tenía acceso a la información de las CLT, siendo previsible la dispensación de recetas extras, duplicadas, etc.

8.2 No hay un programa de interacciones actualizado, que esté centralizado en el servidor del Centro, no habiendo posibilidad de acceso desde las consultas a un programa de interacciones. Tampoco hay posibilidades de acceso a internet desde el centro de salud.

8.3 La dotación de material no llega hasta final de año.

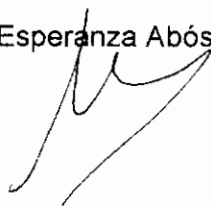
8.4 Los cambios de personal interino del centro de Salud ha motivado que varios componentes del Equipo de mejora, entre ellos los responsables del proyecto, hayan cesado su actividad en el centro Durante este año ha habido problemas de continuidad en el Grupo, que se han corregido al incorporar personal con plazas en propiedad.

8.5 La colaboración de Residentes en el Proyecto ha facilitado la realización de los audit, pero también ha puesto de manifiesto errores de homogeneidad en la obtención de datos.

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>2 Impresoras HP Deskject</u>	<u>280 Euros</u>
<u>Software interacciones</u>	<u>160 Euros</u>
<u>Material fungible (impresos, cartuchos tinta, bolsas..)</u>	<u>400 Euros</u>
<u>Archivador/ Buzón recogida CLT/</u>	<u>150 Euros</u>
TOTAL	990 Euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Zaragoza, 14 de Enero del 2005

Esperanza Abós Olivares



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INMIGRANTE MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Clara Maria Pueyo Salavera

Profesión: Médico de Atención Primaria.

Centro de trabajo: Centro de Salud Almozara. Batalla de Almansa s/nº. Zaragoza.

Correo electrónico: ebajadora@meditex.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Etelvina Alonso Alvarez	Administrativo	C.S. Almozara
Magdalena Aparicio	Enfermera	C.S. Almozara
Pilar Bueno Orera	Médico	C.S. Almozara
Ana Fernandez	Enfermera	C.S. Almozara
Alfonso Gallego Dieguez	Pediatra	C.S. Almozara
Sara Iglesia Ara	Médico	C.S. Almozara
Maria Pilar Martinez Escribano	Pediatra	C.S. Almozara
Nieves Navas Santos	Médico	C.S. Almozara
Teresa Pemán Muñoz	Médico	C.S. Almozara
Julia Perez Martinez	Enfermera	C.S. Almozara
Teresa Ruiz Vecino	Trabajadora Social	C.S. Almozara
Yolanda Soria Buil	Celadora	C.S. Almozara

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

Desde la década de los noventa se está produciendo en nuestro país un progresivo aumento de número de inmigrantes económicos, regularizados o sin regularizar, que acuden con la esperanza de una vida mejor. Según diversos autores el 3% de nuestra población total son inmigrantes económicos, de los cuales mas de 84.000 son niños y adolescentes menores de 18 años que conviven en una nueva sociedad, con distintas culturas e idiomas.

En nuestra Comunidad Autónoma más de 44.000 inmigrantes acceden al S.A.L.U.D. con su tarjeta sanitaria individual. Nuestra legislación vigente garantiza, entre otros, el derecho de los menores inmigrantes a la salud y a la escolarización, pero en la práctica clínica diaria detectamos desigualdades en el acceso al servicio de salud, en especial en relación con el género y el país de origen, encontrando en algunos casos menores en situación de "aislamiento social" y de ausencia de revisiones programadas a partir de la primera infancia y durante la adolescencia.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El presente Proyecto de Mejora de Calidad pretende establecer un sistema de captación y seguimiento de los inmigrantes menores de 18 años que permita detectar de forma precoz las disfunciones en el acceso al sistema sanitario y sus consecuencias. Nuestro objetivo es que esta población participe y se beneficie de todas las actividades preventivas y asistenciales que ofrece el Equipo de Salud de Almozara en igualdad de condiciones con la población española.

Para ello debemos:

1. Captar en el Servicio de Admisión a los menores de 18 años
2. Derivar a estos pacientes a Pediatría o Medicina General
3. Establecer un sistema de citación y seguimiento telefónico.
4. Protocolar las revisiones en Pediatría y Medicina General.
5. identificar de forma precoz aquellos menores que se encuentren en una situación de "aislamiento social"
6. Detectar las carencias de escolarización en esta población.
7. Orientar hacia la normalización lingüística e inserción laboral.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS 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	+++				
	+				

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

El concepto de salud es relativo y multidimensional, y en el caso de los inmigrantes influyen muchos factores sobre los que no podemos influir, como son la situación legal, económica o legal, pero sí que podemos actuar sobre un factor que incide plenamente en la salud, como es la accesibilidad al sistema sanitario, debiendo diseñar medidas que garanticen la eliminación de barreras que generan desigualdad en el acceso, en función de la edad, género o país de origen, que descubrimos en la práctica clínica.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaborar una base de datos que incluya la filiación y edad de todos los inmigrantes menores de 18 años.
2. Se registrará el país de procedencia, cultura y situación de escolarización.
3. Diseñar un folleto explicativo del funcionamiento del Centro de Salud en los diferentes idiomas.
4. Elaborar un Protocolo de Citación Telefónica.
5. Protocolar las revisiones de adolescentes en Medicina General.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La duración del programa será inicialmente de un año.

Se efectuará una evaluación de todas las actividades realizadas a los 6 y a los 12 meses del inicio.

Para ello se utilizarán entre otros los siguientes indicadores:

1. Número de inmigrantes menores de 18 años con registro completo en el C.S.
2. Porcentaje de pacientes incluidos en el programa de seguimiento telefónico respecto del total de pacientes incluidos.
3. Porcentaje de pacientes en situación de riesgo ("aislamiento social", ausencia de

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

escolarización, etc) identificados respecto del total de pacientes incluidos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS												
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas												
Fecha de inicio: Marzo-05						Fecha de finalización: Marzo-06						
Calendario:												
	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Creación del equipo de trabajo	■											
Diseño de base de datos		■	■									
Protocolarización de la captación		■	■	■								
Diseño del folleto informativo			■	■								
Diseño del programa de seguimiento telefónico				■	■							
Edición del folleto informativo e inicio de la distribución						■	■	■	■	■	■	■
Realización de las revisiones						■	■	■	■	■	■	■
Evaluación						■						■

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Edición de 1000 folletos informativos en 5 idiomas	400
Gastos de traducción del folleto a los distintos idiomas	400
TOTAL	800 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza, a 13 de enero de 2005.

Fdo. Clara M^a Pueyo Salavera.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONTROL Y EDUCACIÓN AL NIÑO ASMÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Ana Luz Garín Moreno .

Profesión Pediatra Centro de trabajo C.S. Las Fuentes Norte.

Correo electrónico:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Teresa Bartrés Soler.	Pediatra	C.S. Las Fuentes Norte
Mercedes Gualart Blanco.	Pediatra	C.S. Las Fuentes Norte
M ^a Isabel Moneo Hernández.	Pediatra	C.S. Las Fuentes Norte
M ^a Desamparados Forés Catalá.	Enfermera	C.S. Las Fuentes Norte
Elisa Lambán Casamayor.	Enfermera	C.S. Las Fuentes Norte
M ^a Pilar Marín Ibáñez.	Enfermera	C.S. Las Fuentes Norte
Inmaculada Calvo Muñoz.	Enfermera	C.S. Las Fuentes Norte
M ^a Teresa Cuesta Samper	Médico	C.S. Las Fuentes Norte

4 - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- 1- El asma es la patología crónica más prevalente y de mayor morbilidad en la infancia y adolescencia.
- 2- Errores en los sistemas de inhalación y falta de adherencia al tratamiento.
- 3- Falta de incorporación de habilidades y actitudes en el autocuidado del asma.
- 4- Mejorar la calidad de vida del niño asmático y familia.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1- Aumento del número de pacientes con un plan de tratamiento individualizado y seguimiento regular de los mismos.
- 2- Utilización adecuada de los servicios sanitarios y disminución de la morbilidad.
- 3- Favorecer la adherencia al tratamiento y reducir los efectos secundarios de los fármacos.
- 4- Mantenimiento de las actitudes, habilidades y adecuada toma de decisiones en el autocuidado del asma.
- 5- Conseguir cambios de conducta y en el estilo de vida que proporcionen una mayor "calidad de vida" al niño asmático y su familia.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

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 de 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 debe establecer planes terapéuticos individualizados, enseñando mecanismos de autocontrol y educando al niño y a su familia a conocer y manejar la enfermedad. Se ha demostrado que la educación en el niño asmático mejora la evolución de su patología.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. CAPTACIÓN DE NUEVOS CASOS
2. CONSULTAS PERIÓDICAS DE REVISIÓN ANUAL
3. VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS
4. DOCUMENTACIÓN PERSONALIZADA
5. EDUCACIÓN GRUPAL
6. VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

INDICADOR 1 :

- 1.1-Nº NIÑOS CON PRIMERA VISITA
- 1.2-Nº NIÑOS CON VISITAS SUCESIVAS

INDICADOR 2: Nº NIÑOS CON EPS**INDICADOR 3: Nº NIÑOS CON VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA**

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)**

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 2005

Fecha de finalización: diciembre 2005

Caleandario: FECHAS PREVISTAS: AÑO 2005

1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE
CAPTACION	CAPTACION	CAPTACION	CAPTACION
SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO
		TALLER GRUPAL	
			EVALUACIÓN EPS
			CALIDAD VIDA

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>Alargadera enrollable , cable USB Macho A – Macho B y Ratón inalámbrico</i>	35 Euros
<i>Funda para Cámara de fotos SONY (DSC-P 43)</i>	10 Euros
<i>Material didáctico</i>	600 Euros
<i>Cinta de andar (test de esfuerzo)</i>	300 Euros
<i>Sensor reutilizable infantil FS-02 KT MED'S Para el pulsoxímetro portátil KTPS-01</i>	100 Euros
<i>Pantalla Proyector.</i>	465 Euros
<i>Dos Pen-drive</i>	100 Euros
<i>Cartucho de impresión negro de HP nº 56 y Cartucho de impresión en color nº 57</i>	60 Euros
<i>Curso Formación Educación en asma,etc.</i>	3000 Euros
TOTAL	4670 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El Centro de Salud Las Fuentes Norte se abrió en Junio de 1991 a los 2 años de esta apertura se realizó una encuesta telefónica a la población asignada al mismo con los siguientes resultados:

En la muestra A (poblacional) acudieron al Centro de Salud el 86,3% , el 42% saben que hay una consulta de enfermería y un 27,8% la han utilizado. De la muestra B (institucional) conocen la consulta un 60% y la han utilizado un 46%, por grupos de edades son los mayores de 65 años los que mas la han utilizado. La actividad más conocida de la consulta de enfermería es la toma de tensión arterial (con un 20,3% en nuestra A y un 33% en muestra B), seguidas por el control de peso (13,7% y 20% respectivamente), la realización de recetas y curas son los siguientes motivos. Hay un 14,1% y un 14% de diferencia respectivamente de A y B entre las personas que conocían la consulta de enfermería y quienes la utilizaron, porcentaje que sabe que existe y no la han utilizado nunca.

En estos 11 años se han realizado actividades como la puesta en marcha de las consultas de enfermería tanto a demanda como programadas, actividades con la comunidad en la Fundación El Tranvía y en los colegios de la zona básica de salud, con el programa "Fuensalud", actividades grupales con diabéticos y grupos de EPOC.

Aunque la actividad de enfermería ha sido en este intervalo de tiempo, pensamos que importante y abundante tanto en cantidad como en calidad queremos constatar que esto ha llegado a la población con la que trabajamos y por ello la importancia de volver a realizar la misma encuesta y compararla con la de hace 11 años y en relación a los resultados instaurar medidas de intervención con la comunidad

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR*Objetivos generales:*

↳ Conocer la opinión de la población adscrita al Centro de Salud "Las Fuentes Norte" sobre los profesionales de enfermería.

↳ Saber si la población en el año 2005 conoce más y mejor a los profesionales de enfermería que en el año 1992

Objetivos específicos:

↳ Que un 20% más de la población conozca a su enfermero/a.

↳ Que un 20% más conozca las actividades que se realizan en la consulta de enfermería

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

No somos conocedoras de trabajos en los que se pueda saber los conocimientos que tienen la población sobre las actividades de enfermería, en el realizado hace 10 años nos sorprendió la variedad de motivos por los que conocen la consulta de enfermería, pero es cierto que casi todos con un porcentaje muy bajo, muy pocas personas conocen ampliamente el trabajo de enfermería, la inmensa mayoría sólo la conocen en partes muy concretas y no identifican la labor del enfermero/a como consulta de enfermería. Se seguía identificando al enfermero/a por actividades que "clásicamente" ha realizado, como son la toma de tensión arterial y peso. Todavía no eran sentidas por la población otras actividades de enfermería que se vienen realizando desde hace tiempo, como el control de tratamientos dietéticos y farmacológicos, revisión del niño sano, educación para la salud, etc...

Por todo esto, es preciso realizar este trabajo de campo antes de plantearnos un calendario de actividades con la comunidad, para reforzar, mejorar o descubrir si fuera necesario la imagen de los profesionales de enfermería del Centro de Salud.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Son precisas dos muestras:

Muestra A (poblacional): Cien familias seleccionadas de forma aleatoria sistemáticamente utilizando la guía telefónica y de forma proporcional al número de vecinos de cada calle, encuestando a todos los componentes de cada familia mayores de 18 años que se encuentran en el domicilio en ese momento, lo cual nos da el número de personas encuestadas.

Muestra B (institucional): Aleatoria simple y proporcional de 100 pacientes, seleccionados de los archivos del centro de salud.

El estudio se realizará durante el mes de febrero del 2005, mediante una encuesta telefónica, previamente estructurada, en un intervalo de horario de 15.00 a 16.00 horas. Se

utilizará un cuestionario, en el que se incluirán, además de los datos de identificación, 7 cuestiones, cinco de ellas cerradas (la 1, 2, 3, 4 y 7) y dos abiertas (la 5 y 6). Todas las preguntas se consideran individuales salvo la séptima, que en la muestra A es grupal (sobre 100).

Las variables estudiadas son: sexo, edad, si han acudido al Centro de Salud y conocimiento de la consulta de enfermería.

Los resultados de este estudio se compararán con el mismo realizado hace 10 años, cuando el Centro de Salud comenzaba su andadura.

El trabajo de campo se realizará por 6 profesionales de enfermería del Centro de Salud y se hará hincapié en la presentación del encuestador y motivo de la encuesta, así como en asegurar el anonimato de los encuestados. Se realizará una prueba piloto y se elaborará un protocolo para homogeneizar el procedimiento de preguntas y respuestas.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

ENCUESTA

POBLACIONAL

Nº

EDAD

SEXO: VARON MUJER 1. ¿Ha acudido al Centro de Salud desde que se abrió? SI NO 2. ¿Sabe si la enfermera/o tiene consulta de enfermería? SI NO 3. ¿Ha ido alguna vez a la consulta de enfermería desde que se abrió el Centro de Salud? SI NO

4. ¿Cuántas veces?

5. ¿Sabe para qué se realiza la consulta de enfermería?.....

.....

.....

.....

.....

6. ¿Sabe quién es su enfermero/a? SI NO ¿lo conoce? SI NO 7. ¿Ha ido la enfermera/o a su domicilio? SI NO

ENCUESTA

INSTITUCIONAL

Nº

EDAD

SEXO: VARON MUJER 1. ¿Ha acudido al Centro de Salud desde que se abrió? SI NO 2. ¿Sabe si la enfermera/o tiene consulta de enfermería? SI NO 3. ¿Ha ido alguna vez a la consulta de enfermería desde que se abrió el Centro de Salud? SI NO

4. ¿Cuántas veces?

5. ¿Sabe para qué se realiza la consulta de enfermería?.....

.....
.....
.....
.....

6. ¿Sabe quién es su enfermero/a? SI NO .¿Lo conoce? SI NO 7. ¿Ha ido la enfermera/o a su domicilio? SI NO

Indicadores a evaluar:

-1-La población que conoce a los profesionales de enfermería.

-2-Población con conocimiento de la consulta de enfermería.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Calendario:

Fecha de inicio: enero 2005

Fecha de finalización: diciembre 2005

	ENERO	FEBRERO	MARZO	SEPTIERMBRE	
			ABRIL	OCTUBRE	
			MAYO	NOVIEMBRE	
Discusión del proyecto con la gerencia					
Realización de la encuesta					
Análisis de resultados					
Evaluación y discusión de las actividades con la comunidad					

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Cursos de formación y congresos	6.000 euros
Material para trípticos	700 euros
PEN-DRIVE	200 euros
TOTAL	6900 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

13-1-2005

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION A LOS PACIENTES
CON EPOC

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos GLORIA NAVARRO AZNARÉ

Profesión MEDICO Centro de trabajo CS PARQUE ROMA

Correo electrónico:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CONCHA ESTEBAN VIDAL	ATS	CS P ROMA
GLORIA SAAVEDRA CORELLA	MEDICO	"
ANGEL ROYO SARTO	MEDICO	"
MARTA PEREZ	ATS	"
LOLA SARGA	ATS	"
LOURDES CANCER	ATS	"
VICTOR LONGAS VILELLAS	MEDICO	"
ANA CRIS GARCIA BLAS	AUX ADMIVO	"
MARIBEL PEREZ GARCIA	AUX-ADMIVO	"
RAMON ESTEBAN VIDAL	ATS	"
RICARDO MOLINOS ZAPATER	MEDICO	"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La EPOC es la 1^a causa de consulta en Atención Primaria, representa el 8% de los ingresos hospitalarios y es la 4^a causa de muerte en la actualidad.
 Al menos un 10% de la población mundial por encima de los 40 años padece una EPOC.
 En A. Primaria se puede realizar el diagnóstico precoz siendo imprescindible realizar una espirometría.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la cobertura de la EPOC en nuestro C Salud
- Disminuir la tasa de infradiagnósticos
- Aumentar la tasa de diagnósticos precoces
- Aumentar el consejo antitabaco en los pacientes con EPOC
- Aumentar tasa de vacunación antigripal en estos pacientes
- Mejorar sistemas de registro

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

- En la actualidad en nuestro CSalud se dispone de un espírometro de antiguo modelo que nunca se ha utilizado
- Falta de experiencia en el uso e interpretación de espirometrías
- Limitada posibilidad de realizar el diagnóstico de EPOC en nuestro nivel asistencial
- Fuentes de información: H^o Clínica, sistema informático OMI

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Actualizar protocolo EPOC
- Realizar cursos de formación sobre "espirometrías" por parte de personal médico y de enfermería
- Realizar series de formación continuada con el Servicio de Neumología de referencia
- Responsables (ver puntos 2 y 3)

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Determinar la población > 40 años de nuestra Z de Salud
- Obtener listado actual del registro de pacientes con EPOC
- Registrar todos y cada uno de los nuevos diagnósticos
- Registrar si se ha efectuado consejo anti tabaco
- N^o de pacientes con EPOC registrados / Población > 40 años
- N^o de pacientes con espirometría / N^o total pacientes con EPOC registrados
- N^o de pacientes con consejo anti tabaco / N^o total pacientes EPOC fumadores

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 2005

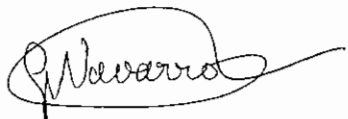
Fecha de finalización: Febrero 2006

Cronograma: Sujeto a recepción de espirometro y a calendario de cursos de formación.

- Febrero-Marzo 2005 → Actualización protocolo EPOC por equipo encargado.
- Abril 2005 → Exposición en series en el EAP. Detección casos posibles

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
ORDENADOR (con grabadora) + impresora	2.000 €
MATERIAL BIBLIOGRAFICO (por determinar)	180 €
MATERIAL FUNGIBLE (Transparencias, rotuladores, tinta impresora (color) ---)	130 €
GASTOS DE FORMACIÓN = (calculados para 3 días de formación por profesional: incluyendo sustituciones) + gastos personal docente)	250 €
ESPIRÓMETRO	600 €
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
3.210 €	

Fecha y firma:


17-1-05

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS AL MANEJO DEL CARCINOMA COLORRECTAL.

PARTE PRIMERA:

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL SUBPROCESO DE DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN EN RÉGIMEN AMBULATORIO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos EDUARDO BAJADOR ANDREU

Proyecto integrado en Programa de Ambulatorización de Procesos diseñado por el Grupo de Mejora de Ap. Digestivo.

Profesión Médico AP. DIGESTIVO **Centro de trabajo** H.U.MIGUEL SERVET

Correo electrónico: ebajadora@meditex.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Santiago García López	Ap. digestivo	HUMS.
Raquel Vicente Lidón	Ap. digestivo	CE. Ramón y Cajal
Elena Sanchez y Mara Charro. Médicos Residentes	Ap. digestivo	HUMS.
Ramón Galbe. J.M ^a Artigas y M ^a Teresa Marcuello	Radiología	HUMS.
Carlos Hördnler Argáyate	Anatomía Patol.	HUMS
M ^a Pilar Garcia Gil y equipo de Informática	Informática	HUMS
Carmen Bueno	Enfermera	HUMS.
María José Ciria Baile	Administrativo	HUMS.
Equipo Directivo: Subd. Médica y S. Centrales	Directivos	HUMS
Grupo de Mejora del S. de Ap. Digestivo.	Med. enf. aux.	HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

1. El **Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS)** está desarrollando el **Modelo de Calidad EFQM** y la **Gestión por Procesos** en ámbito de la actividad asistencial.
2. La implantación de estas herramientas de gestión es especialmente importante en los denominados **Procesos Críticos**, definidos como "aquellos procesos en los que la institución debe ser especialmente buena y eficiente". Dentro de los procesos críticos de una institución hospitalaria ocupa un papel primordial la **atención del paciente oncológico**.
3. Los tumores digestivos considerados globalmente constituyen la patología neoplásica mas frecuente por aparatos y, dentro de ellos, el **Cáncer Colorrectal (CCR)** es el tumor digestivo mas frecuente.
4. El **Proceso de atención del paciente con CCR** integra la actuación de diversos especialistas (Médico de Familia, Digestivo, Oncología, Radiología, Anatomía Patológica, Laboratorio, Radioterapia) e incluye varios **subprocesos**:
 - a. Diagnóstico
 - b. Estadificación
 - c. Tratamiento: quirúrgico, quimioterápico, radioterápico y paliativo.
5. Es deseable **ambulatorizar** la mayor parte del Proceso de Atención al Paciente con CCR.
6. El **Subproceso de Diagnóstico y Estadificación** viene realizándose en la actualidad en régimen de ingreso hospitalario, pero por sus características resulta factible realizarlo de forma ambulatoria, lo que supondría un importante **ahorro en consumo de recursos** (en torno a 100 ingresos/año) y un **aumento de la calidad percibida por el paciente** (confortabilidad, permanencia en su medio, menor riesgo de infecciones, etc.).
7. El **Grupo de Mejora del Servicio de Aparato Digestivo** incluye entre sus objetivos para el 2005 el inicio de un **programa de Ambulatorización de Procesos** con objeto de disminuir los requerimientos asistenciales de hospitalización que consumen una gran cantidad de recursos y generan demoras y disfunciones.
8. En el HUMS viene funcionando una **Consulta Específica de Prevención del CCR** dentro del **Programa de Prevención del CCR** desarrollado por el Departamento de Salud y Consumo. El Subproceso de Diagnóstico y Estadificación puede desarrollarse en esta consulta y de este modo se integraría la prevención y el diagnóstico-estadificación en un mismo ámbito físico y funcional.
9. La **Consulta de Diagnóstico y Prevención de CCR** se diseñará como una **Consulta de Alta Resolución** (mínimos contactos).

OBJETIVO INICIAL:

Desarrollar e implantar el Subproceso de Diagnóstico y Estadificación del CCR en régimen ambulatorio, utilizando la metodología de la Gestión por Procesos, como medio para el ahorro en el consumo de recursos y aumento de la calidad percibida por el paciente.

OBJETIVO FINAL:

Instaurar de forma progresiva la Gestión por Procesos en la Atención Integral del Paciente con CCR.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Iniciar el Programa de Ambulatorización y Gestión de Procesos diseñado por el Grupo de Mejora del S. de Aparato Digestivo con el desarrollo e implantación del Subproceso de Diagnóstico y Estadificación del CCR en el HUMS como paso inicial para la progresiva implantación de la Gestión por Procesos en la Atención Integral del Paciente con CCR.
2. Realizar este Subproceso en régimen ambulatorio, en una Consulta Médica Específica de Alta Resolución que integre la Prevención, Diagnóstico y Estadificación del CCR.
3. Coordinar todas las actividades del proceso de modo que se desarrolle en un máximo de 15 días.
4. Ahorrar un total aproximado de 1350 estancias hospitalarias, lo que podría suponer (para una estancia media de 9 días) unos 150 ingresos potenciales para el S. de Aparato Digestivo. Esto significaría aumentar la oferta de ingresos del Servicio y disminuir el número de ingresos ectópicos.
5. Mejorar la Calidad Técnica:
 - a. Implantación progresiva la Guía Clínica del CCR de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) la diseñar cada subproceso.
6. Mejorar el nivel de Calidad Percibida por el paciente:
 - a. **Confortabilidad:** el paciente permanece en su entorno, rodeado de sus familiares y amigos, en mejores condiciones y sin riesgo (infección hospitalaria, etc.).
 - b. **Accesibilidad y resolutivead:** una sola consulta de Alta Resolución.
 - c. **Información y comunicación:** un solo Médico Responsable del Paciente.
7. Formar a los Médicos Residentes en la Gestión por Procesos y el Modelo de Calidad EFQM.
8. Desarrollo de una Base de Datos Informática del Proceso CCR ampliable.
9. Desarrollo de del software necesario para la citación coordinada: "cita única".
10. Contribuir a la implantación de la Gestión por Procesos en el HUMS.

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

INTRODUCCIÓN:

1. El CCR es el tumor digestivo mas frecuente y su incidencia aumenta progresivamente en los países desarrollados. Es un tumor con un tratamiento altamente efectivo.
2. Desde que se inicia el diagnóstico hasta que se concluye el tratamiento (quirúrgico, quimioterápico, radioterápico, paliativo) se requiere el concurso de múltiples especialistas actuando de forma coordinada. Ello implica múltiples contactos con el hospital, ingresos sucesivos, etc., por lo que es deseable desarrollar un modelo de Gestión del Proceso que optimice la secuencia de las distintas actuaciones y minimice las molestias y riesgos para el paciente.
3. Dentro de esta línea es deseable **ambulatorizar** la mayor parte del proceso, siendo especialmente factible en el **Subproceso de Diagnóstico y Estadificación**, en el que se desarrollan las actividades conducentes a conocer el grado de invasión tumoral y así poder definir el tratamiento adecuado.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

4. En la actualidad el **Subproceso de Diagnóstico y Estadificación** previo al tratamiento se realiza en régimen de **hospitalización** e incluye: biopsia, determinaciones analíticas, radiología de tórax, TAC abdominal (o RM, PET, etc.), ECG, Consulta a Anestesia y Consulta a Cirugía.
5. Según el resumen de actividad del S. de Aparato Digestivo agrupada por GRD, en el año 2003 se atendieron aproximadamente unos **130 casos de CCR** y la **estancia media prequirúrgica** por caso fue de **13'5 días**, por lo que el **Subproceso de Estadificación** originó un total de **1.755 estancias**.
6. Si estimamos que aproximadamente **100** de estos casos (**75%**) podrían ser estatificados en régimen ambulatorio, esto supondría que se **evitarían 1.350 estancias al año**. Teniendo en cuenta la estancia media del servicio se sitúa en aproximadamente 9 días, este ahorro podría significar unos **150 nuevos ingresos potenciales**.
7. Pero además del importante ahorro en estancias, en especial para un hospital saturado como el HUMS, no deben olvidarse otros potenciales **beneficios para el paciente**. La estadificación en régimen de hospitalización obliga al paciente a estar fuera de su medio habitual, alejado de su familia y amigos, y sometido a ciertos riesgos (infección hospitalaria, alteraciones nutricionales, etc).
8. En el HUMS viene funcionando una **Consulta Especifica de Prevención del CCR** dentro del **Programa de Prevención del CCR** desarrollado por el Departamento de Salud y Consumo. El **Subproceso de Diagnóstico y Estadificación** puede desarrollarse en esta consulta y de este modo se integraría la prevención y el diagnóstico-estadificación en un mismo ámbito físico y funcional.
9. La realización del proceso de estadificación en régimen ambulatorio requiere una perfecta coordinación entre los diversos servicios que intervienen, para evitar demoras y molestias al paciente. La **Gestión por Procesos** es una metodología que permite coordinar dichas intervenciones, anulando espacios muertos y evitando aquellas actividades que no añaden valor al proceso. Para ello también es necesario **optimizar el proceso de citaciones** de modo que las actividades a realizar (exploraciones, consultas) se lleven a cabo con el **menor número de contactos** posible, para lo que se precisa desarrollar el software adecuado.
10. El **paciente debe tomar parte activa en todas las decisiones** para lo cual deberá estar adecuadamente informado y es necesario que tenga un **Médico Responsable** como referente a quien expresar sus dudas, inquietudes y deseos.

CONDICIÓN IMPRESCINDIBLE:

11. El **Equipo Directivo** del HUMS deberá colaborar e implicarse en el desarrollo del Programa para que sea posible llevarlo a cabo. Algunas de las actuaciones necesarias requieren coordinación entre distintos servicios y ello **SOLO SE PODRÁ LLEVAR A CABO** si el Equipo

Directivo participa de forma activa en su realización.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Diseño del Subproceso de Diagnóstico y Estadificación Ambulatoria del CCR. Responsable: Eduardo Bajador.
2. Implantación progresiva de la Guía de Práctica Clínica del CCR de la AEG. Responsables: Eduardo Bajador y Santiago García.
3. Coordinación con Centros de Especialidades. Responsable: Raquel Vicente Lidón.
4. Optimización del proceso de Biopsia de Colon. Responsable: Carlos Hördner.
5. Establecer un sistema de citación que soporte el modelo de "mínimos contactos". Responsables: Ramón Galbe, José M^a Artigas, María Teresa Marcuello, Carmen Bueno y María José Ciria.
6. Desarrollo de software para citación coordinada desde consulta: interconexión de agendas de radiología, anestesia y cirugía. Responsable: D^a Pilar García Gil y equipo de Informática.
7. Diseño y puesta en marcha de una Base de Datos Informática para CCR, adaptada al modelo de Gestión por Procesos, que permita automatizar la medida de indicadores y la evolución del proceso. Responsable: Eduardo Bajador y Santiago García.
8. Información y Participación del Paciente. Responsable: D^a. Carmen Bueno y María José Ciria.
9. Monitorización por el Grupo de Mejora de Ap. Digestivo:
 - a. evaluación los indicadores de forma periódica
 - b. proponer las modificaciones necesarias para la optimización del subproceso.
 - c. Comunicación: información a todos los participantes en el subproceso con periodicidad trimestral y se tomarán las decisiones pertinentes.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. EVALUACIONES: 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 del Subproceso de Diagnóstico y Estadificación Ambulatoria:
 1. Diseño del subproceso e implantación.
 2. Diseño de la Base de Datos Informática.
 3. Diseño de un sistema de citación de "mínimos contactos".
 4. Diseño de un software para citación coordinada.
 - ii. Evaluación de la calidad técnica:
 1. evaluación de la implantación de la Guía Clínica del CCR de AEG en la parte correspondiente a este Subproceso.
 2. Impacto en el funcionamiento del Servicio de Digestivo: ahorro de número de estancias e ingresos potenciales.
 - iii. Evaluación de la calidad percibida por los pacientes.
2. INDICADORES:
 - a. Generales:
 - i. Número y porcentaje de pacientes estaticados ambulatoriamente respecto del total de pacientes diagnosticado de CCR. Nivel deseable para el primer año: 50%.
 - ii. Número de estancias ahorradas para primer año: 500.

- iii. Número y porcentaje de pacientes integrados en el Subproceso que cumplen los requerimientos de la Guía de Práctica Clínica de CCR (AEG) respecto del total de pacientes participantes en el subproceso. Nivel deseable: 80%.
- b. De proceso:
- Tiempo medio de estadificación completa. Nivel deseable: 15 días.
 - Tiempo medio desde final de estadificación e inicio de tratamiento (cirugía, quimio, radioterapia). Nivel deseable: 15 días.
- c. De resultado: CALIDAD TECNICA.
- Número y porcentaje de pacientes que concluyen la estadificación ambulatoria respecto del total de pacientes que inician el subproceso. Nivel deseable: 80%.
 - Número y porcentaje de pacientes que requieren hospitalización adicional antes del tratamiento. Nivel deseable: 10%.
 - Media de contactos para desarrollo del subproceso: 3 contactos.
- d. De resultado: CALIDAD PERCIBIDA.
- Cumplimentación de consentimientos informados. Nivel deseable: 100%.
 - Porcentaje de pacientes que han dispuesto de un Médico Responsable de su proceso. Nivel deseable: 100%.
 - Encuesta de satisfacción al paciente. Se deberá encuestar a un mínimo del 20% de los pacientes participantes en el subproceso.

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-Marzo 2005

Fecha de finalización: Marzo 2006 (continuación)

Cronograma:

CRONOGRAMA ACTIVIDADES 2005-2006

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Revisión Guía Clínica del CCR	■											
Diseño del Subproceso DyEA del CCR	■	■	■									
Diseño base datos CCR			■	■	■							
Diseño de sistema de cita coordinado.			■	■	■							
Diseño software cita coord.						■	■	■	■	■	■	■
Implantación subproceso DyEA del CCR						■	■	■	■	■	■	■
Revisión Consentimientos paciente				■	■							
Diseño encuesta Satisfacción paciente				■	■							
Evaluación						■						■
Grupo de Mejora						■		■				■

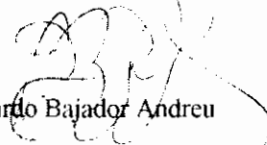
11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)

Material/Servicios	Euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Reserva de tiempo facultativo digestivo: 6 horas/semana.	
Reserva de tiempo enfermera digestivo: 6 horas/semana.	
Reserva de tiempo administrativo: 6 horas semana.	
Acceso a las agendas de citación de radiología.	
Implicación del Equipo Directivo del HUMS: Subdirección Médica y Subdirección de Servicios Centrales: <ul style="list-style-type: none"> Imprescindible para lograr la necesaria coordinación de agendas con Radiología. 	
Ordenador de sobremesa e impresora, para registro de Base de Datos del Proceso y manejo de la documentación del Proceso.	1.000
TOTAL	1.000 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza, 6 de enero de 2004.

Fdo. Dr. Eduardo Bajador Andreu



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO:

Diseño y puesta a punto de una Unidad Clínica de Síndromes Linfoproliferativos (UCL)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Pilar Giraldo Castellano

Profesión: Médico Hematólogo. Centro de trabajo Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico: pgiraldo@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ramiro Alvarez Allegret	Médico Anat. Patol	H U Miguel Servet
Jesús Esarte	Médico Cirujía	H U Miguel Servet
Carlos Lample	Médico Radiólogo	H U Miguel Servet
Juan Carlos García Zueco	Médico Hematólog	H U Miguel Servet
Valle Recasens Flores	Médico Hematólog	H U Miguel Servet
Araceli Rubio Martinez	Médico Hematólog	H U Miguel Servet
Carlos López Puente	ATS	H U Miguel Servet
M ^a José Círia	Administrativo	H U Miguel Servet
M ^a Angeles Montañés Gracia	Médico A Primaria	CS
M ^a Teresa Cortina Lacambra	Médico Salud Mental	CS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Dentro del programa de Mejora de la Calidad del Servicio de Hematología del HUMS se propone la creación de una UCL. El planteamiento es realizar un abordaje multidisciplinar del tema estableciendo colaboración para intercambiar la experiencia entre los profesionales tanto de A Primaria como de los especialistas en Hematología, Cirugía, Anatomía Patológica, Radiología y Salud Mental del sector II. La importancia del proyecto se sustenta en el fuerte incremento que se está produciendo en la incidencia de Síndromes Linfoproliferativos (SLP) y concretamente en los linfomas, de tal forma que éstos se han duplicado en los últimos 15 años. Ocupan el 4º lugar en incidencia de tumores en España y constituye en estos momentos la enfermedad neoplásica más frecuente con la que se enfrenta el hematólogo en su práctica clínica.

La importancia y utilidad del Proyecto es disponer de un diseño dinámico y una estructura estable que implique a los equipos de A Primaria y A Especializada, para potenciar una metodología de trabajo coordinado y en equipo que permita acortar el tiempo utilizado en completar el proceso diagnóstico de los SLP y sistematizar éste en pocas actuaciones pero muy concretas, para finalmente aplicar el esquema terapéutico adecuado y mejorar la calidad de la atención y la satisfacción del usuario.

Los métodos de detección y priorización del problema se basan en las guías de actuación ya consolidadas por la evidencia científica para el diagnóstico y seguimiento de estos procesos utilizadas desde hace años en otras unidades creadas a tal efecto en diversos centros del país, adecuando la planificación terapéutica en el contexto de protocolos acreditados y sistematizados que engloban también la repercusión social y psicológica que supone el diagnóstico de una enfermedad neoplásica. El diseño de este procedimiento no supone un incremento de los costes del proceso, solamente se trata de una forma planificada y sistematizada de abordaje.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Actualmente la demora media en la obtención del diagnóstico de Linfoma está estimada entre 30 y 40 días. El circuito actual se produce generalmente desde A Primaria donde el paciente consulta por aparición de un "bulto" el tiempo medio que transcurre hasta el diagnóstico se distribuye de la siguiente manera: Desde A Primaria hasta A especializada transcurren entre 21-30 días. Desde A Especializada hasta completar el diagnóstico de extensión y planificar la 1ª línea de tratamiento suelen transcurrir unos 20 días. En el proceso completo en tiempo real se viene a consumir en general entre 50-75 días.

Por otra parte la precisión en el diagnóstico de la variedad de SLP tiene una gran importancia: 1.- porque la planificación terapéutica y el pronóstico dependen de la estirpe del proceso identificado. 2.- contribuye a que el paciente pueda liberar su angustia, derivada de la incertidumbre en la espera de un diagnóstico y pronóstico de la enfermedad que padece

El circuito completo tiene un consumo de tiempo, recursos humanos y materiales susceptibles de mejorar estableciendo una mayor fluidez en el acceso al diagnóstico, en la distribución del paciente y a su vez, requiere un plan de gestión del estudio diagnóstico y de la programación terapéutica.

Los resultados que se esperan obtener de una UCL son acortar los tiempos en la obtención del diagnóstico, coordinando desde la unidad la consulta con cirugía y el estudio hematológico de extensión que incluye pruebas de imagen, evitando demoras y ambulatorizando al máximo el proceso, contando con un apoyo psicológico para resolver el afrontamiento de la enfermedad y sus secuelas, finalmente planificar el tratamiento integral del paciente en régimen ambulatorio en Hospital de Día y emisión del informe correspondiente con copia al facultativo de A Primaria que remitió al paciente para mantener el nivel óptimo de información.

El HUMS coordinado con el área de A Primaria dispone de recursos humanos, materiales y experiencia acumulada suficientes para resolver el planteamiento del problema. Todo el proceso desde el abordaje diagnóstico a la aplicación del tratamiento puede ser completado en un periodo máximo de 15 días, ajustando la planificación del mismo.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	---

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD					
Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Hipótesis: La disponibilidad de una UCL permite sin encarecer el coste real del proceso, dar mayor fluidez al proceso diagnóstico, redistribuir las líneas de actuación y proporcionar el mejor tratamiento integral a los pacientes.

Objetivos

- Utilizar procedimientos normalizados de actuación en el diagnóstico de sospecha de SLP
- Minimizar los circuitos de derivación de pacientes con sospecha de SLP
- Obtener un diagnóstico en 15 días
- Aplicar protocolos terapéuticos adaptados al diagnóstico y acreditados por la comunidad científica. Utilizar apoyo psicológico dirigido.
- Realizar reuniones periódicas para el seguimiento de la actividad y corregir defectos adaptándose al Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- El grupo de mejora elabora una Hoja de solicitud de atención en la UCL destinada a su difusión en A Primaria e intrahospitalaria, que incluya unos criterios clínicos mínimos previamente definidos e indicadores de prioridad. Se ocupa del diseño colegiado de los protocolos diagnósticos y de los circuitos.

2.- Hacer llegar la información a los Centros de A Primaria y A especializada de la existencia de esta unidad en el IUUMS, utilizando para ello sesiones clínicas dirigidas y folletos informativos elaborados conjuntamente por el grupo indicando en ellos el procedimiento para referir a los pacientes de forma específica por sospecha clínica de SLP. En esta fase intervienen mas directamente los especialistas de A P.

3.- Tras la recepción de la consulta en la UCL se da prioridad a la misma en función de los indicadores fijando una cita en la misma semana. En esta fase interviene el responsable de la UCL junto con el Administrativo y ATS integrado en el grupo. El número máximo estimado de consultas en el momento actual estaría en 2-3 por semana.

4.- En la primera consulta, el hematólogo inicia el protocolo diagnóstico previamente establecido, incluyendo en el mismo el ajuste de la primera visita con los responsables en Cirugía y Radiodiagnóstico y la sistematización de las pruebas analíticas siguiendo el circuito de coordinación reglamentado. Se comunica igualmente con el responsable de Anatomía Patológica para alertarle del caso cerrar el proceso diagnóstico y organizar la distribución de las muestras de tejido.

5.- Finalmente una vez obtenido el diagnóstico en función del mismo fijar la consulta para informar al paciente de su diagnóstico y posibilidades de tratamiento. Esta consulta se completa con una cita para apoyo psicológico con el especialista en Salud Mental.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

X Tº Transcurrido entre 1ª consulta y Cirugía

Tº Transcurrido entre 1ª consulta y diagnóstico histológico

Tº Transcurrido entre 1ª consulta y 1ª dosis de tratamiento

X Encuesta de satisfacción al paciente por la información recibida, satisfacción con el trato, satisfacción con la asistencia médica

Revisión de Historias para comprobar si los pacientes disponen del informe completo antes de iniciar el tratamiento

Nº de complicaciones entre ciclos, nº de veces que el paciente ha acudido a Urgencias o ha precisado realizar una consulta

Participación en ensayos clínicos

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	---

Participación en proyectos de investigación Publicaciones en revistas con índice de impacto
--

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 de 2005	Fecha de finalización: Mayo 2008
Calendario: Junio-Diciembre 2005 Elaboración del plan de actuación, folletos informativos y Hoja de remisión del paciente. Elaboración de la Guía informativa al paciente sobre los efectos de la quimioterapia. Planificación de las sesiones clínicas Planificación de las reuniones de coordinación Elaboración de protocolos diagnósticos Elaboración de protocolos terapéuticos Puesta en marcha: Enero 2006	

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Elaboración del material de trabajo</u>	<u>1.000 €</u>
<u>Reuniones</u>	<u>0 €</u>
<u>Edición de folletos y guías</u>	<u>1.000 €</u>
<u>Encuestas de satisfacción</u>	<u>1000 €</u>
TOTAL	3.000 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza 11 de enero de 2005

Pilar Giraldo Castellano

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION HOSPITALARIA URGENTE AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS CLINICOS Y LA IMPLANTACION DE UN REGISTRO DE TRAUMA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos : **Rafael Cerdán Pascual**

Profesión: **Médico Especialista en Cirugía General y Digestiva**
 Centro de trabajo: **Hospital "Miguel Servet"**

Correo electrónico: **jorge_siro@yahoo.es**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sonia Cantín Blázquez	Médico	Hospital "MiguelServet"
Ignacio Barranco Dominguez	Médico	Hospital "MiguelServet"
Sofía Borlán Ansón	Médico	Hospital "MiguelServet"
Antonio Martinez Germán	Médico	Hospital "MiguelServet"
José Manuel Gavín Bercero	Médico	Hospital "MiguelServet"
Miguel Angel Dobón Rascón	Médico	Hospital "MiguelServet"
M ^a Victoria Duque Mallén	Médico	Hospital "MiguelServet"
Alejandro Serrablo Requejo	Médico	Hospital "MiguelServet"
Joaquín Bernal Jaulín	Médico	Hospital "MiguelServet"
Alberto Olabera Céspedes	Médico	Hospital "MiguelServet"
Pilar Cebollero Benito	Médico	Hospital "MiguelServet"
Jaime Ruiz Montoya	Médico	Hospital "MiguelServet"
Virginia Rodrigo Vinué	Médico	Hospital "MiguelServet"
Jesús Esarte Muniáin	Médico	Hospital "MiguelServet"

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El manejo inicial del paciente traumatizado presenta peculiaridades que exigen el diseño de planes de actuación específicos. Es necesario que la organización de la asistencia al trauma en los hospitales y los recursos destinados a ello corran parejos a esta nueva demanda.

Un sistema integral de atención a las urgencias traumáticas es un conjunto de unidades funcionales coordinadas, que actúan en un espacio geográfico-sanitario definido, para lograr un objetivo final, en este caso para reducir la mortalidad de los procesos traumáticos y aminorar sus secuelas. El hospital receptor de los pacientes traumáticos se constituye como elemento fundamental del sistema. El proyecto que proponemos va encaminado a la mejora de la atención urgente del paciente politraumatizado en nuestro Hospital mediante la aplicación de protocolos de práctica clínica y la implantación de un registro de trauma.

La práctica clínica nos muestra continuamente la gran variabilidad que existe en la utilización de los recursos sanitarios que la sociedad dispone. Se necesitan instrumentos destinados a disminuir la variabilidad de la atención sanitaria, ajustar la utilización de recursos y aumentar la calidad en el cuidado del paciente. Los protocolos y las guías de práctica clínica son elementos vehiculizadores de las mejores prácticas y permiten realizar una atención al paciente más eficiente y consistente. Por otro lado, la realización de registros que reflejan la atención de los pacientes traumatológicos permite establecer mejoras en los modelos asistenciales. La información sobre las características y manejo de los pacientes permite crear modelos predictivos sobre la probabilidad de muerte, lo que posibilita identificar sistemas o centros cuyos resultados se encuentran por debajo de los resultados generales y en los que se están produciendo muertes no esperadas.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con el desarrollo de este proyecto pretendemos:

- Mejorar la asistencia hospitalaria inicial al paciente politraumatizado. Mediante:
 - Coordinación eficiente
 - Implantación y aplicación de protocolos
 - Confección e implantación del Registro de Politraumatizados.
- Optimizar los recursos existentes.
- Disminuir las muertes evitables.
- Disminuir las secuelas y gran número de incapacidades derivadas del trauma.
- Disminuir los costes sanitarios.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Las lesiones traumáticas constituyen en la actualidad una verdadera pandemia de gran impacto social. Cada año se producen 3 millones de traumatismos en España. La dimensión del problema es aún mayor si tenemos en cuenta que los traumatismos afectan fundamentalmente a personas jóvenes y se acompañan de una importante mortalidad (los traumatismos son la primera causa de muerte entre los menores de 45 años con una mayor incidencia en edades comprendidas entre los 18 y 44 años) y morbilidad (por cada fallecido se generan dos incapacitados graves, de forma que los traumatismos suponen mayor pérdida de años de vida laboral activa que la isquemia miocárdica y el cáncer conjuntamente). Referente al trauma severo, los accidentes de tráfico constituyen el grueso de la estadística, representando el 7% de todas las muertes en cuanto a mortalidad general de la población. Todo ello se traduce en un gasto que supone aproximadamente el 1% del producto nacional bruto en países desarrollados, gasto derivado no sólo de la atención sanitaria que demandan los traumatizados (recursos humanos y materiales), sino también de la pérdida de productividad, indemnizaciones y pensiones asociadas a las incapacidades generadas.

Consciente de la gravedad e importancia del problema, el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Miguel Servet decidió investigar más a fondo acerca de la situación actual de este tema en nuestro centro. Inmediatamente surgió la necesidad de saber de dónde partíamos y para ello se ha confeccionado una encuesta de 14 preguntas que se distribuirá entre diferentes facultativos de nuestro Hospital que hacen guardias y que atienden habitualmente pacientes politraumatizados. Las preguntas de la encuesta hacen referencia, entre otros asuntos, a la coordinación de la atención, la formación específica que se posee, la aplicación de protocolos y los recursos del Hospital. De igual forma se ha consultado la bibliografía existente, tomando como referencia dos publicaciones, a nuestro juicio, básicas:

- **Manual ATLS** (Advanced Trauma Life Support) del Colegio Americano de Cirujanos
- **Cirugía del Paciente Politraumatizado**. Guía Clínica de la Asociación Española de Cirujanos

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Distribución de la encuesta a los profesionales de diferentes especialidades involucrados en la atención del paciente politraumatizado
- Análisis de los resultados de la encuesta.
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para:
 - Análisis de la situación actual de nuestro Hospital en relación a la atención urgente prestada al paciente politraumatizado (coordinación, recursos humanos y materiales, protocolos, etc.)
 - Análisis de los protocolos ya existentes y desarrollo de uno propio adaptado a la realidad de nuestro Hospital y sus circunstancias (población atendida, tipos de pacientes que se reciben, medios con los que contamos, etc.)
 - Implantación progresiva del protocolo, consensuado entre todos los profesionales involucrados en la atención del paciente politraumatizado.
 - Confección de un manual como referencia para todos los profesionales del Centro
 - Puesta en marcha del registro de trauma y análisis de los resultados obtenidos
 - Desarrollo de cursos de formación.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	---

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluación continua del proyecto mediante sesiones de trabajo trimestrales del grupo multidisciplinar, con especial atención al cumplimiento estricto del cronograma. Como indicadores a utilizar destacamos:

- Confección de la base de datos del registro de trauma y evaluación del número de pacientes incluidos en la misma sobre el total de pacientes politraumatizados atendidos.
- Confección del protocolo y evaluación del número de pacientes en los que se ha aplicado sobre el total de pacientes politraumatizados atendidos.
- Confección del manual y distribución del mismo a los profesionales del centro, evaluando su impacto mediante encuesta.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Marzo 2005	Fecha de finalización: 1 de Marzo 2007
----------------------------------	--

Calendario:

Año 2005:

- Marzo: Distribución y recogida de la encuesta
- Abril: Análisis de resultados de la encuesta.
- Mayo: Inicio de la implantación y aplicación del registro de trauma (que se prolongará durante todo el año 2006).
- Junio: Constitución del grupo multidisciplinar y reparto de tareas.
- Octubre y Noviembre: Análisis de la situación actual en nuestro Hospital.
- Diciembre: Análisis de los protocolos existentes

Año 2006

- Enero y Febrero: Confección de un protocolo propio.
- Marzo: Presentación del protocolo e inicio de su aplicación.
- Abril: Inicio de la confección del manual.

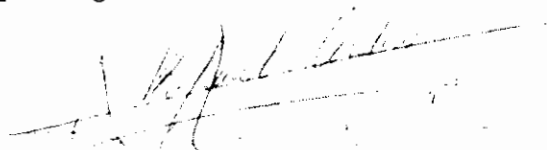
Año 2007

- Enero y Febrero: Análisis de resultados del registro de trauma

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
1 ORDENADOR PORTATIL	1.500
1 CAMARA FOTOGRAFICA DIGITAL	300
CONFECCION DE LA BASE DE DATOS	1.000
TOTAL	2.800 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Zaragoza a 13 de Enero de 2005



Fdo. Dr. Rafael Cerdán Pascual

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Las listas de espera de los pacientes "preferentes" que acuden a las consultas de Dermatología es muy prolongada, principalmente en el CME Ramón Y Cajal, observándose una inadecuada derivación de los pacientes.
En el año 2002 el servicio realizó un pequeño estudio durante una semana en todas las consultas preferentes que se realizaron, observando una derivación inadecuada como patología preferente en más del 50% de las mismas.
- Las derivaciones a las consultas de Dermatología por parte algunos facultativos de Atención Primaria es en muchas ocasiones inadecuada.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Mejorar la relación Atención Primaria-Atención Especializada entre profesionales.
- 2.- Actualizar los conocimientos dermatológicos a los facultativos de Atención Primaria.
- 3.- Mejorar y disminuir las derivaciones de pacientes preferentes.
- 3.- Mejorar las derivaciones a las consultas de Dermatología y como consecuencia las listas de espera.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Prolongadas listas de espera para pacientes preferentes en las consultas, principalmente en el CME Ramón y Cajal, y de primeras visitas en todas las consultas de Dermatología.

Causas:

1.- Derivación improcedente por parte de algunos facultativos de Atención Primaria por:

- Desconocimiento de la patología Dermatológica.
- Listas de espera de primeras visitas prolongadas, por lo que se envía al paciente con carácter "preferente".
- Insistencia del paciente.
- Consultas de Atención Primaria masificadas

2.- Escasos recursos en cuanto a emplazamientos, y facultativos del Servicio de Dermatología.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realizar sesiones conjuntas teórico-prácticas con los facultativos de Atención Primaria.
Se han realizado reuniones con la Dirección de Atención Primaria para acudir al CS Sagasta para iniciar consultas conjuntas con los facultativos de este Centro de Salud de las patologías dermatológicas más frecuentes. Se tiene prevista su realización los miércoles de 12-14h.
- Realización de un Protocolo sobre el tratamiento del Acné.
- Ofrecer la posibilidad de "rotación" a los facultativos de Atención Primaria por las consultas de Dermatología.

Responsables:

Dras. M^a Luisa Zubiri Ara, Rosa Inés García Felipe, Nieves Porta Aznarez, Estrella Simal Gil, y otros miembros del Servicio de Dermatología interesados.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	---

--

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Número de sesiones teórico-prácticas realizadas.
- Disminución de listas de espera de pacientes preferentes.
- Adecuación diagnóstica en pacientes preferentes en comparación con el estudio previo realizado.

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-II-2005	Fecha de finalización: 1-II-2006
----------------------------	----------------------------------

Calendario:

Sesiones teórico-prácticas: Dos mensuales durante los meses de Febrero, marzo, abril, mayo, junio, septiembre, octubre y noviembre.

Realización de protocolo: Tratamiento del Acné. Marzo 2005

Difusión del protocolo con la colaboración de la Dirección de Atención Primaria. Abril 2005.

Recogida de datos y estudio de indicadores diciembre 2005-enero 2006.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Dos microscopios de Epilumisiscencia</u>	<u>900.00 eu</u>
<u>Una máquina de fotos Digital</u>	<u>500.00 eu</u>
TOTAL	1.400.00 Eu Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: 14 de enero de 2005


Fdo: Dra. Mª Luisa Zubiri Ara

SUBPROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

“Mejora de la gestión de la Calidad del Servicio de Anatomía Patológica a través de la acreditación según la Norma ISO 15189”.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **Ramiro Alvarez Alegret**

Profesión: Médico Anatomopatólogo Centro de trabajo: H. Universitario Miguel Servet

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Marzo de 2003

Fecha de actualización: Enero de 2005

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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.OBJETIVOS

4.1.1: Seguimiento y control de las acciones y actividades puestas en marcha en 2004: puntos 1, 2, 3 6 y 7 del apartado 6 del presente documento

4.1.2: Monitorización de aquellas actividades con indicadores establecidos, y aplicar medidas correctivas: puntos 2, 3 6 y 7 del apartado 6 del presente documento.

4.1.3. Continuación de aquellas acciones y actividades que se hallan en desarrollo: puntos 4 y 5 del apartado 6 del presente documento.

4.1.4: Recogida, control y archivo documental de quejas y reclamaciones

4.1.5: Monitorización de los casos consulta del Servicio, tanto de los que se remiten como de los que se reciben como centro de referencia

4.1.6: Avance en la implementación de Protocolos Diagnósticos

4.1.7: Incorporación al programa de Control de Calidad en técnicas inmunohistoquímicas, creado y controlado por la Sociedad Española de Anatomía

patológica (SEAP)

4.2.MODIFICACIONES

Componentes del Grupo de Mejora de la Calidad

Respecto al proyecto inicial se han producido las siguientes variaciones en los miembros del Grupo de Mejora:

4.2.1.-Salidas del Grupo de Mejora de Anatomía Patológica

- Loto Remón Garijo

4.2.2.-Incorporaciones al Grupo de Anatomía Patológica:

- José Antonio Giménez Mas (Jefe del Servicio)
- Isabel Marquina López (MIR 2º año)
- Mª Mar Pascual (MIR 1º año)
- Ana Ozón (Técnico de A. Patológica)

4.2.3.- Realización de las sesiones:

- Periodicidad: Bimensual, con revisión crítica del trabajo realizado intersesiones
- Duración de las sesiones: 1 hora
- A partir de la incorporación del Jefe del Servicio, se ha consolidado el Grupo Oficialmente y se han realizado cuatro reuniones en el cuarto trimestre de 2004 (18-10-04, 20-11-04, 2-12-04 y 20-12-04)

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- 1.- Consolidación estructural y Creación formal del Grupo de Mejora de Calidad del Servicio de Anatomía Patológica, con Reuniones bimensuales de todo el Grupo.
- 2.- Reestructuración de Objetivos, actividades y prioridades, de acuerdo con la Política de Calidad del Servicio.
- 3.- Elaboración del Reglamento de Funcionamiento del Grupo de mejora siguiendo el formato estipulado en la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital Universitario Miguel Servet, aprobado por unanimidad por todos sus miembros, y pasado por Registro a Dirección Médica.
- 5.- Elaboración y ejecución, total o parcial, de las tres líneas de mejora pactadas en el Contrato de Gestión de 2004, con sus correspondientes evaluaciones e indicadores (Ver Resultados 2, 3 y 4).
- 6.- Propuesta de encuesta de satisfacción del cliente externo del Servicio de Anatomía Patológica, postergada por cuestiones estratégicas para el 2º trimestre de 2005, con un modelo similar al de las encuestas realizadas en el los Servicios de Microbiología Y Bioquímica Clínica.
- 7.- Elaboración y ejecución, total o parcial, de otras tres líneas de mejora no incluidas en el Contrato de Gestión (Ver Resultados 5, 6 y 7).
- 8.- Elaboración de propuestas de actuación para el año 2005, con reuniones bimensuales del Grupo de Mejora y creación de subgrupos con asignación de actividades concretas, incluyendo monitorización de las líneas de mejora ya existentes.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

1.- Reglamento de funcionamiento del Grupo de Mejora del Servicio.

Se ha configurado según esquema general de Reglamento de los Grupos de Mejora de la Unidad de Calidad asistencial del Hospital (UCA).

2.- Protocolo de Autopsia Fetal y Perinatal:

- * Responsable de la línea de mejora: Dra. Carmen Yus Gotor

- * Elaboración terminada del procedimiento de Autopsia Fetal, revisado, aprobado, distribuido y puesto en práctica.

- * Se planifica seguimiento del cumplimiento del mismo por revisión de informes en 2005.

3.- Control de Calidad de la citología triple toma cérvico-vaginal según normas de la CLIA'88:

- * Responsable de la línea de mejora: Dr. Jorge Alfaro Torres.

- * Elaboración terminada del procedimiento de Control de Calidad de la Citología Triple Toma cervico-vaginal según normas de la CLIA'88, revisión, aprobación, distribución y puesto en práctica.

- * Seguimiento semestral, con adopción de medidas correctoras pertinentes.

4.- Actualización de la Cartera de técnicas de Inmunohistoquímica y monitorización del consumo, gasto y rendimiento:

- * Responsable de la línea de Mejora: Dr. José A. Giménez Mas.

- * Cumplido parcialmente:

- Se ha revisado la cartera actual confeccionando un listado de la misma que incluye nombre, código del HUMS y suministrador

- Se ha elaborado un nuevo impreso de técnicas que incluye tanto las IHQ como las TE. Este impreso permite visualizar la totalidad de las técnicas disponibles y figura colgado en la intranet del servicio para libre disposición del mismo según necesidades y actualización permanente.

5.- Propuesta de actualización y mejora del programa informático de gestión del Servicio de Anatomía Patológica (PatWin):

* Responsable de la línea de Mejora: Dr. José A. Giménez Mas.

* La propuesta de cambios ha sido presentada a la Dirección Médica, con el presupuesto de la casa comercial, que ha acogido con satisfacción parte de los cambios sugeridos, y se halla pendiente de aprobación.

6.- Protocolo de recepción y procesamiento del ganglio centinela en Patología Mamaria:

* Responsable: Sección de Patología Mamaria.

* Impreso consensuado y presentado, accesible en la IntraNet

7.- Protocolo de recepción y procesamiento del ganglio centinela en el melanoma Maligno:

* Responsable: Secciones de Patología ganglionar y Dermatopatología.

* Impreso consensuado y presentado, accesible en la IntraNet

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

1. Seguimiento y control de las líneas de mejora establecidas y terminadas en 2004.
2. Continuación de las líneas de mejora que están en desarrollo.
3. Encuesta de satisfacción para el cliente externo (Servicios peticionarios) prevista para el segundo trimestre 2005.
4. Recogida y archivo de reclamaciones (carpeta existente). Introducción de reclamaciones en grupo de mejora, organización y seguimiento.
5. Monitorización de los casos consulta del Servicio (tanto los que se remiten por nuestra parte, como los que se reciben como centro de referencia), con control de calidad y tiempo de respuesta.
6. Avances en implementación de protocolos diagnósticos, con elección de una patología por grupo.
7. Ampliación de la utilización de la IntraNet como vehículo de comunicación, y recogida y actualización de información del Servicio.

8. Incorporación al programa de control de calidad externo auspiciado por la Sociedad Española de A. Patológica (técnicas inmunohistoquímicas, con programa trimestral, y coste a estudiar a cargo del Hospital)

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

- Persiste, aunque va atenuándose con la progresiva formación y funcionamiento conjunto, la falta de experiencia en la dinámica de trabajo en equipo por parte de los miembros de los Grupos de Mejora.
- Falta de conocimiento y profundización de los contenidos de la Norma ISO 15189 y de experiencia en apartados relacionados con la gestión y metodologías de mejora continua.
- Limitación del tiempo de dedicación al proyecto por parte de los miembros de los Grupos de Mejora. Este es el problema fundamental en Servicios, como el nuestro, con una gran presión asistencial.
- Necesidad de integración de las acciones del Sistema de la Calidad entre todos los Laboratorios del Hospital
- Necesidad de integración de estas mismas acciones con el resto de Servicios/Unidades del Hospital.

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

Material/Servicios

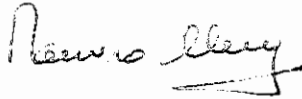
Euros

Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

Jornadas colaborativas y Congresos	1200 €
Asesoría y Apoyo Externo en Metodología y Aplicación de los contenidos de la Norma	900 €
Diagnóstico del Sistema respecto a los requisitos de la Norma	500 €
Auditorías externas	400 €
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:



Dr. Ramiro Alvarez Alegret
Responsable del Proyecto

Dr. José A. Giménez Mas
Jefe del Servicio

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA A TRAVÉS DE LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 15.189 DE LABORATORIOS CLÍNICOS":

DEFINICIÓN Y FORMALIZACIÓN DE UN MANUAL DE CALIDAD, DE LOS PROCEDIMIENTOS PREANALÍTICOS Y ANALÍTICOS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: ÁNGEL GARCÍA DE JALÓN.

Profesión: JEFE DEL SERVICIO DE BIOQUÍMICA.

Centro de trabajo: SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET".

Correo electrónico: agarciadej@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alicia Boudet García	Facultativo especialista	Servicio de Bioquímica
M ^ª Luisa Calvo Ruata	Facultativo especialista	Servicio de Bioquímica
Luis Rello Varas	Facultativo especialista	Servicio de Bioquímica
Pedro Ventura Ventura	Facultativo especialista	Servicio de Bioquímica
Rosa Pages Garriga	Supervisora de enfermeras	Servicio de Bioquímica
Carmen Parrilla Benedicto	Supervisora de enfermeras	Servicio de Bioquímica
Javier Albericio Portero	Residente	Servicio de Bioquímica

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Silvia Izquierdo Álvarez	Residente	Servicio de Bioquímica
Marisa Vela		U.C.A.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

-Disponer del Sistema Normalizado con la Norma ISO 15.189, específica de Laboratorios clínicos para:

1. Demostrar la competencia del Servicio a terceras partes;
2. Conseguir una "trazabilidad" completa con respecto a las peticiones de pruebas diagnósticas;
3. Minimizar el "tiempo de entrega" de resultados de las pruebas diagnósticas;
4. Alcanzar la plena satisfacción de nuestros clientes (pacientes y Facultativos clínicos).

PRIORIDAD:

- Disposición de la elaboración de toda la documentación necesaria del Sistema de Gestión de Calidad del Servicio, especialmente la referida a los procesos pre- y analíticos.
- Llevar un control de los equipos de ensayo.

MÉTODOS DE DETECCIÓN:

Encuestas llevadas a cabo para evaluar la opinión de la eficacia de nuestro Servicio con respecto al resto de servicios del Hospital.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disposición de toda la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio: Manual de Calidad, procedimientos pre- y analíticos, instrucciones de trabajo, plantillas de registros.
- Puesta en práctica del tratamiento eficaz de las incidencias en el Servicio y aplicación real de la documentación del Sistema.
- Seguridad en el funcionamiento y resultados de los equipos de ensayo.
- Lograr la acreditación según la Norma UNE-EN ISO 15.189.
- Conseguir la plena satisfacción de nuestros clientes.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del proyecto

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

SITUACIÓN DE PARTIDA:

- Se parte de una situación en la que los diversos procesos de prestación del Servicio no están completamente documentados y la forma de su realización depende del grado de cualificación y experiencia del personal interviniente.

FUENTE DE INFORMACIÓN:

- La fuente de información para la documentación de los procesos es portada por los miembros del Grupo de Mejora en colaboración con otros miembros del Servicio.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reuniones de trabajo *quincenales* del Grupo de Mejora (debate).
- Elaboración de documentos del Sistema de Gestión de Calidad por Miembros del Grupo de Mejora.
- Instalación de programa informático para controlar los equipos técnicos.
- Formación específica de "calidad" periódica a los Miembros del Grupo de Mejora y charlas informativas al resto del personal del Servicio.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se evaluará la función del número de procesos que se consigan documentar de forma gradual. (Realización de Auditoria Interna documental).

INDICADORES:

- Número de no conformidades registradas y grado de resolución;
- Número de equipos técnicos sujetos a control.

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 Febrero del 2005

Fecha de finalización: 31 diciembre del 2005

Caleandario: 11 meses.

Ver cuadro adjunto.

PERIODO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE/S
Febrero-julio 05	Elaboración de todos los PNTs e instrucciones de trabajo	Miembros del Grupo de Mejora
Marzo -diciembre 05	Elaboración borrador Manual de Calidad	Responsable de Calidad y Miembros del grupo de Mejora
Febrero-noviembre 05	Elaboración de todos los POCs (Procedimientos Operativos de Calidad)	Miembros del Grupo de Mejora
Febrero -Noviembre 05	Elaboración de plantillas de registros necesarias	Miembros del Grupo de Mejora
Diciembre 05	Auditoria interna del Servicio documental	Responsable de Calidad y Asesoría /Consultora externa
Septiembre-Noviembre 05	Charlas informativas de mejora de calidad a Miembros del Servicio	Responsable de Calidad y Jefe del Servicio
Febrero -Noviembre 05	Formación específica cursos a Miembros del Grupo de Mejora	Jefe del Servicio y Consultores externos
Febrero- Noviembre 05	Instalación del programa informático para el control de registros informáticos y equipos técnicos.	Miembros del Grupo de Mejora y Jefe del Servicio

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
ASESORÍA EXTERNA PARA APOYO DE REUNIONES DEL GRUPO DE MEJORA/ AUDITORÍAS INTERNAS	Mínimo 3000 euros
CURSOS FORMATIVOS ESPECÍFICOS DE CALIDAD/ CONSULTORAS EXTERNAS	Mínimo 3000 euros
INSTALACIÓN DE "PROGRAMA INFORMÁTICO" PARA EL CONTROL DE EQUIPOS DE ENSAYO/ TÉCNICOS.	Mínimo 3000 euros
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
9000 euros	

Fecha y firma:



Zaragoza a 17 de Enero del 2005.

SUBPROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

“Mejora de la gestión de la Calidad del Servicio de Microbiología a través de la acreditación según la Norma ISO 15189”.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **Maria José Revillo Pinilla**

Profesión: Médico Microbiólogo Centro de trabajo: H. Universitario Miguel Servet

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: Marzo de 2003 | Fecha de actualización: Enero de 2005

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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

1.- Objetivo:

El proyecto en el Servicio de Microbiología para 2005 persigue:

- 1.- Consolidar las actividades puestas en marcha en el periodo anterior.
 - 2.- Finalizar las acciones comenzadas en 2004 y que no han podido terminarse por contingencias varias.
 - 3.- Evaluar la situación del Servicio respecto al cumplimiento de la Norma ISO 15189
 - 4.- Utilizar indicadores de la calidad como elemento de medición de la gestión.
- Ampliar la formalización documental de los procesos analíticos.

El resultado esperado es la acreditación de una Sección del Servicio según la Norma UNE-EN-ISO 15189 en el plazo de 2 años y elaborar toda la documentación técnica de dicha Sección en el periodo 2005 .

2.- Modificaciones:

Se han producido dos bajas en el Grupo de Mejora:

1. Luis Torres por traslado de Centro.
2. Beatriz Moles por necesidades de la Sección

Igualmente, se han producido dos altas en el Grupo:

1. Maria Elena Lomba
2. Maria Pilar Egido.

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

La metodología del proyecto realizada hasta la fecha ha sido:

- 1.- Sesiones de trabajo de ejecución realizadas por los miembros del grupo de forma aislada, junto con personal de las Secciones, utilizadas en la elaboración de propuestas y documentos borradores de trabajo.
- 2.- Sesiones de debate y decisorias sobre las propuestas aportadas realizadas por la totalidad de los miembros del Grupo de forma conjunta. En el periodo 2004 se han celebrado 30 sesiones de una hora de duración desde el 20 de enero hasta el 16 de diciembre a razón de una por semana por término medio.
- 3.- Sesiones de comunicación con los facultativos y resto de personal del Servicio para transmitir las actividades realizadas y acuerdos alcanzados.

Las actividades del Grupo se han centrado en:

- 1.- Recopilación y elaboración de datos para establecer indicadores.
- 2.- Elaboración de procedimientos normalizados de trabajo PNT.
- 3.- Perfilar el contenido y estructura de la Cartera de Servicios.
- 4.- Realización del inventario de los equipos térmicos.
- 5.- Adaptación de los miembros del Grupo de Mejora a la sistemática de distribución y control documental a través de la web.
- 6.- Participación en la elaboración de comunicación al congreso de la SEIMC.
- 7.- Recopilación y estructuración de las acciones correctivas y reclamaciones de los clientes.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Los resultados alcanzados en el 2004 en relación con la solicitud realizada han sido:

1. Definición de procesos y elaboración de procedimientos analíticos en las Secciones de Epidemiología y Respiratorio.

Se han realizado 9 procedimientos normalizados de trabajo PNT de la fase analítica correspondientes a cada una de las Secciones o Unidades funcionales del Servicio. La relación de los mencionados PNT es:

- a) Antigenemia
- b) Citrulina
- c) Helicobacter
- d) Hepatitis
- e) Legionela
- f) Orina-mico
- g) Parásitos visión fresco
- h) Cribaje staphilococcus aureus resistente a la meticilina (SAMR)
- i) Hemocultivos mediante BACTEC 9240

2. Obtención del nivel de satisfacción de los clientes.

Se ha elaborado y aprobado un cuestionario de recogida de la satisfacción de los clientes y se ha determinado la metodología de realización de la consulta. Queda pendiente la realización de la consulta y la recogida y elaboración de los datos resultantes.

3. Realizar el control de equipos de medición de temperatura: estufas, frigoríficos y cámaras climáticas.

Se ha realizado el inventario de equipos, se han establecido las tolerancias para cada uno de ellos y se ha determinado la forma más adecuada de realizar un control de temperatura. A partir de ahí se ha establecido y solicitado los equipos de control. Queda pendiente la recepción y puesta en funcionamiento de los citados equipos de control.

4. Establecer la metodología de gestión por objetivos

Se han analizado variables que son susceptibles de constituir indicadores de la calidad del servicio. Una vez evaluados la idoneidad de los indicadores será

posible establecer objetivos de mejora y gestionar su consecución. Los indicadores recogidos son:

4.1 Incidencias en la recepción de las muestras.

4.2 Tiempos de respuesta del servicio y su comparación con los estándares provisionales.

4.3 Proporción de muestras de esputos válidas para su procesado.

4.4 Errores administrativos en la mecanización de los datos de los volantes y la posterior distribución de estos últimos.

4.5 Nivel de solicitudes formales de duplicados de informes emitidos con anterioridad.

5. Conocer el nivel de la satisfacción del personal del Servicio.

No se ha podido realizar esta acción. Está pendiente iniciarla cuando finalice la consulta de satisfacción de clientes.

6. Definir y poner en práctica el procedimiento de tratamiento de reclamaciones de clientes.

Se ha puesto en marcha el procedimiento de recogida y tratamiento de las reclamaciones de clientes. Se han recogido 2 reclamaciones desde el inicio de la puesta en marcha.

7. Elaborar el Manual de recogida, transporte y procesado de muestras.

Se ha comenzado con la elaboración del documento que contiene los criterios para el rechazo de las muestras que no reúnan los mínimos exigidos para garantizar resultados fiables. Se continúa trabajando en la elaboración del mencionado Manual.

8. Automatización del control documental mediante la aplicación de tecnologías de información y comunicaciones

Se ha establecido un sistema documental del Sistema de gestión de la Calidad en el Servicio de Microbiología a través de acceso a internet, que es el vehículo de distribución de la documentación del proyecto. El sitio web del citado sistema es www.ainasg.com/micro/

Además de los resultados mencionados relacionados con las acciones comprometidas, se han conseguido otros resultados adicionales que son:

9. Aprobación y distribución de la cartera de servicios del Servicio de Microbiología
10. Presentación de dos comunicaciones al XI congreso nacional de la SEIM de mayo de 2004

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Las acciones propuestas para el periodo 2005 se establecen en:

1.- Mantener la continuidad en los logros obtenidos en el periodo anterior.

1.1 Gestionar las reclamaciones de clientes.

1.2 Continuar con la sistemática de las acciones correctivas

2 - Finalizar los temas comenzados y no concluidos.

2.1 Nivel de satisfacción de los clientes.

2.2 Control de los equipos térmicos.

2.3 Manual de transporte y recogida de muestras.

2.4 Metodología de gestión por objetivos con los indicadores: incidencias en recepción de muestras, muestras de esputos válidas y anomalías en el ensayo de hemocultivos

3 - Iniciar acciones nuevas que se pretende que estén finalizadas en el periodo 2005.

3.1 Elaborar nuevos PNT con un total de 16 para el conjunto de las Secciones o Unidades funcionales.

3.2 Elaborar instrucciones como documentos de trabajo complementario a los PNT con un total de 8 para el conjunto de las Secciones o Unidades funcionales.

3.3 Presentar 1 comunicación a un congreso clínico.

3.4 Superar auditorías documentales a los documentos realizados.

3.5 Realizar un diagnóstico cuantitativo de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 15189.

3.6 Formalizar y poner en práctica la metodología para instruir al personal técnico y facultativo cuando se detectan microorganismos atípicos

El calendario y responsables se establece en el anexo

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

La problemática general que acontece al proyecto realizado en los términos expuestos se resume en los siguientes apartados:

- 1 - Desarrollo lento derivado de la participación conjunta de los miembros del equipo de mejora. Pese a que realizan trabajos de forma individual o subagrupada, el debate y la toma de decisiones colectiva ralentiza el plazo de las mismas. Por otro lado, ello presenta la ventaja de que las decisiones adoptadas son fruto del debate, consenso y fácilmente realizables.
- 2.- Tiempo limitado de los intervinientes al tener que compaginar las actividades del proyecto con su carga de trabajo habitual.
- 3.- Carencias de conocimientos y experiencia en la gestión. El personal participante tiene una procedencia científico-técnica y buena parte de los temas abordados suponen una novedad a la que debe habituarse de inicio.

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
Colaboración/asesoramiento externo	
Diagnóstico de situación	
Utilidades informáticas	
Auditorías	
Formación	
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

17/01/09
Marta Rubio

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

" Definición y puesta en práctica de un sistema de gestión de la calidad según la Norma ISO 9001 para la Sección de Electromedicina del HUMS a través del Grupo de Mejora"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Jose Ramón Vera Gracia

Profesión: Ingeniero Técnico **Centro de trabajo:** Hospital U. Miguel Servet (H. General)

Correo electrónico: jrverag@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jorge Melendez Pérez	Ing. Técnic	Hospital General
Julián Royo Ferrerueta	Albañil	Hospital General
Albino Rudilla Planas	Calefactor	Hospital General
Agustín Espiago Gracia	Técnico	Hospital General
Dionisio Gracia Rubio	Albañil	CME Ramón y Cajal
Angel Bosque Serrano	Calefactor	Hospital General
Ana Herrero García	Administrativa	Hospital General
Olga Blas Borroy	Delineante	Hospital General
Armando Gimenez Sobreviela	Mecanico	Hospital General

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El proyecto constituye una oportunidad para sistematizar y formalizar los métodos de intervención de la Sección de Electromedicina. Una consecuencia importante será la implementación de la cultura de la mejora continua entre el personal de la Sección por su participación a través de los grupos de mejora y la posibilidad de que esta opción pueda extenderse a otras Secciones del Servicio de Ingeniería de Mantenimiento.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El resultado del proyecto son, por un lado, las ventajas de un sistema de gestión normalizado, que pueden resumirse en:

- Aumento de la satisfacción de los clientes.
- Reducción sistemática de errores.
- Por otro, dejar a la Sección de electromedicina en disposición de ser certificada por parte de una entidad certificadora.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Los puntos débiles de la Sección que se pretenden resolver de inicio son:

- Métodos de trabajo diferentes utilizados para los mismos procesos por parte del personal implicado debido a falta de normalización.
- Carencia de información respecto a las quejas de clientes por la ausencia de metodología para su recogida y tratamiento.
- Información de mantenimiento escasa e insuficiente para realizar una correcta gestión posterior de los equipos electromédicos.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Realización de diagnóstico de situación.
2. Recopilación de legislación y Normativa
3. Elaboración de documentos del Sistema según el apartado 4.2.2. de la Norma ISO 9001.
 - 3.1. Procedimientos operativos de mantenimiento
 - 3.2. Procedimientos de Sistema
4. Debate y aprobación de los documentos.
5. Puesta en funcionamiento de:
 - 5.1. Tratamiento de quejas de clientes.
 - 5.2. Establecimiento de indicadores de calidad del servicio
 - 5.3. Calibración de equipos de medición
 - 5.4. Medición de la satisfacción de los clientes.
 - 5.5. Acciones correctivas, preventivas y de mejora.
6. Seguimiento del cumplimiento.

Los responsables se indican en el cronograma en el anexo 1.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Seguimiento del cumplimiento de los plazos de realización de las actividades planificadas.
2. Monitorización del tiempo de respuesta ante un aviso de mantenimiento.
3. Monitorización de la tasa de quejas de clientes.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Inicio: Enero 2005

Finalización: Diciembre 2005

Calendario: ver anexo 1

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
- <i>Normativas necesarias. (Compra de nuevas y actualización de las existentes)</i>	
- <i>Contratación de servicio de comunicación de actualización y nuevas normativas aplicables.</i>	
- <i>Estudios y diagnóstico de la situación actual</i>	
- <i>Formación necesaria a todo el personal implicado en el sistema de gestión, teórica y aplicada.</i>	
- <i>Software necesario para la gestión de Quejas, propuestas, calibraciones, desviaciones, acciones correctoras, etc.</i>	
- <i>Asesoramiento externo para la implantación.</i>	
- <i>Calibraciones de equipos.</i>	
- <i>PC para gestión del sistema de Calidad en el taller.</i>	
TOTAL	
3200 euros	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

17.1.05



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TITULO: *Programa de mejora de calidad en la asistencia a los pacientes con agudización asmática en el Servicios de Urgencias:*

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO:

- **Nombre y apellidos:** José Miguel Franco Sorolla
- **Profesión:** FEA (Medicina Interna - Urgencias)
- **Centro de Trabajo:** H. Universitario Miguel Servet

Dirección: C/ Carrera del Sábado Nº 4, escalera 1ª - 3º A

Localidad: 50006 - Zaragoza Provincia: Zaragoza

Teléfono (Tel/Fax): 976272323 E - mail: jmfrancos@SALUD.ARAGOB.ES

3.- COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA Y RESPONSABLE DEL PROYECTO.

Dña. Almudena Marcos Iñiguez	DUE	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dña. Pilar Cortés Azcoiti	DUE	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dña. Carmen Salas Lisbona	DUE	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
D. Antonio Gaité Villagra	DUE	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet

3.- COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA Y RESPONSABLE DEL PROYECTO. (continuación)

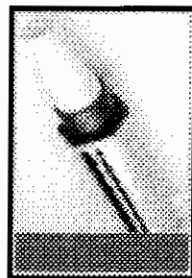
D. Fernando Gracia Federio	DUE	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dr. Enrique Chacón Valles	FEA	Servicio de Neumología del H. U. Miguel Servet
Dra. Elena Ricarte Urbano	FEA	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dr. Rafael Marrón Tundidor	FEA	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dra. Patricia Palazón Saura	FEA	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dr. Eduardo Bustamante	FEA	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dr. Javier Gil de Bernabe	FEA	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADA .

A pesar de la existencia de guías clínicas sobre el manejo del asma en sus agudizaciones, y en particular en sus visitas a los servicios de urgencias, hemos detectado que el grado de implementación de éstas es muy bajo (de un 5-7%) .

Por ello, creemos es fundamental analizar cuales son las causas y posibles dificultades en nuestro medio, que dan lugar a una escasa implantación de las guías de manejo del ASMA, y con ello poder establecer líneas de mejora que permitan, al aplicar estas directrices, aumentar la calidad del servicio prestado y el cumplimiento de estas normativas. Las oportunidades de mejora que consideramos.

4.1 El uso de medidor de peak-flow (PEF) en la atención a un paciente con una agudización asmática **es imprescindible como herramienta objetiva y discriminante**, desde el triaje hasta el alta o ingreso. Es capaz de estratificar el grado de gravedad de la agudización, inducir el tipo de tratamiento, y medir la efectividad de la terapia instaurado en el área de urgencias.



4.- PROBLEMA U OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADA (continuación)

4.2 *Su uso permite tomar decisiones de una forma objetiva y consensuada según las guías clínicas. Por ello, el uso del peak-flow en los servicios de urgencias hospitalarios es un indicador de calidad de buen funcionamiento.*

4.3 Hemos detectado que en nuestra práctica asistencial este parámetro no cumple con los estándares de calidad establecidos.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERAN OBTENER: objetivos.

5.1 En primer lugar nos planteamos *unificar aptitudes entre los médicos del área de urgencias y el personal de enfermería en el tratamiento inicial de este tipo de patología.*

5.2 **Aplicar el protocolo establecido para el tratamiento de la agudización asmática**, que permita que la asistencia a este tipo de enfermos sea homogénea desde el inicio (triaje), proporcionada a su grado de agudización (leve, moderada o severa), monitorizada mediante el PEF, y en consecuencia de mayor de calidad.

5.3 *Coordinar la actuación integral de este tipo de pacientes proporcionando continuidad en los cuidados a través la colaboración y coordinación con el servicio de neumología y atención primaria*, proporcionando con ello una disminución de la tasa de retorno a los servicios de urgencias, y en ocasiones, la necesidad de ingreso hospitalario.

5.4 *Fomentar y promover el uso del Peak Flow en el SUH y la implementación de los protocolos de actuación establecidos en las guías clínicas (GEMA: guía española para el manejo del asma)*

6.- RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DE LA 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				

6.- RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DE LA SALUD (continuación)

Líneas de intervención	++++	+++	++	+	-
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.- ANALISIS DEL PROBLEMA.

7.1 La asistencia a los pacientes con patología asmática agudizada supone un *volumen importante en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.*

7.2 *En colaboración con el Servicio de documentación clínica del Centro,* hemos podido comprobar que han sido *asistidos durante el periodo de 2001-2003 un total de 2.120 pacientes.* De todos ellos 1.446 (68%) tenían una edad superior a los 14 años. Esta patología, que implica una toma de decisiones rápidas y acertadas, genera un número de altas desde el SUH considerable (84% de las visitas al servicio de urgencias), pero también de *reingresos en urgencias (12%).*

7.3 Analizado el problema, desde el punto de partida, y observando que *el grado de utilización del PEF ha sido de un 5-7%,* suponemos que *una de las principales causas es el desconocimiento, o conocimiento parcial, de las normativas clínicas* acerca de la metodología de triaje y tratamiento de las crisis de asma en urgencias.

7.4 Además, tenemos la "impresión" que existe una *infravaloración de los riesgos de estas situaciones,* y debemos remarcar, que *el ASMA esta encuadrado en el apartado de "mortalidad potencialmente evitable.*

8. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

Para mejorar esta situación de partida, consideramos necesario la implantación desde el inicio (traje clínico) la aplicación de las normas de actuación que establecen las guías clínicas, y en particular la guía española para el manejo del asma (GEMA).

En ella, de manera escalonada y sobre la base del triaje inicial de la crisis aguda, se establece caminos terapéuticos y de consumo de recursos distintos. Pero en todos los casos el PEF es una de las bases principales para la toma de decisiones.

8. METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. (continuación)

Actividades necesarias para lograr los objetivos:

8.1 Reunión Informativa y de divulgación del protocolo a seguir en las agudizaciones de ASMA: Dr. Enrique Chacón Valles (Servicio Neumología y Dr. Franco Sorolla Servicio Urgencias), con la totalidad del servicio de urgencias

8.2 Implantación del procedimiento. Responsabilidad de todo el grupo, pero el seguimiento del grado de implantación será supervisado por: **Dr. Rafael Marrón Tundidor**, D. Antonio Gaité Villagra, Dra. Patricia Palazón Saura, D. Fernando Gracia Federico, Dña. Almudena Marcos Iñiguez.

8.3 Evaluación de los indicadores de calidad. Responsable principal: Dra. Elena Ricarte Urbano (coordinadora del servicio de urgencias de la línea de trabajo en calidad asistencial) y **Dr. José Miguel Franco Sorolla** . Recibirán apoyo logístico por: Dña. Pilar Cortés Azcoiti, Dña. Carmen Salas Lisbona, Dr. Enrique Chacón Valles, Dr. Javier Gil de Bernabé y Dr. Bustamante

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

Mediante la aplicación protocolizada de la normativa GEMA, y estableciendo un registro de datos consideramos que la evaluación y seguimiento debe contemplar y conseguir:

9.1 Aumentar el número de casos que han seguido el protocolo de tratamiento estableciendo un registro donde conste los tratamientos instaurados, tiempos y control de la utilización del Peack-Flow

9.2 Disminuir los ingresos hospitalarios, y reingresos en urgencias por esta patología.

9.3 Valorar si con nuestra intervención aumentamos el número de pacientes asmáticos a los que se les a realizado un Peack Flow en urgencias.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO: (continua- ción)

Como indicadores principales planteamos:

9.4 Medir el grado de utilización del Peack-Flow en el triaje inicial. **Como indicador de calidad establecemos su utilización en el 90% de los casos atendidos.**

9.5 Medir el grado de estratificación de las crisis de asma en sus tres niveles: leve, moderada y severa. **Como indicador**, tras revisión de los casos consideramos que esta estratificación, **basada en la aplicación del protocolo y utilización del Peack-Flow debe constar en las historias clínicas en un 50% de los casos**

9.6 Medir el grado de utilización del Peack-Flow para la toma de decisión final: alta y control en atención primaria, o bien, ingreso hospitalario. **Como indicador**, tras revisión de los casos consideramos que este **indicador debe constar en la historia en al menos el 50% de los casos.**

10. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS:

Fecha de inicio: Febrero / 2005

Fecha de finalización: Diciembre / 2005

Calendario:

10.1 Primer mes: difusión de la normativa y protocolo adaptado a nuestras urgencias, con coordinación con el servicio de Neumología.

10.2 Tercer Mes – Décimo mes del proyecto: aplicación del proyecto de mejora.

10.3 Undécimo y duodécimo mes: evaluación de resultados y presentación de los mismos.

11.- PREVISIÓN DE RECURSOS:

11.1 Pulsioxímetro portátil y medidores de Peack-Flow (no vinculados a ninguna empresa de farmaindustria relacionada con distintos productos farmacológicos.

11.- PREVISIÓN DE RECURSOS: (continuación)

Los Peak-Flow adquiridos deben estar homologados y con capacidad de reutilización tras proceso de esterilización periódica). Apartado, valorado en 1.200 euros.

11.2 Asistencia de 2/3 personas (personal de enfermería) a congresos nacionales, talleres de formación, etc. Apartado (opcional, pero deseable), valorado en 1.000 euros

Estimado un Total de: 2.200 euros

Bibliografía.

1. **GEMA: guía española para el manejo del asma:** Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP), y Asociación Asmatológica Catalana (AAC). ED.: Ediciones Mayo S. A., año 2003.
2. Rogado MC, De Diego A, De la Cuadra P. **Tratamiento de la crisis asmática en un servicio de urgencias ¿Se cumplen las normativas?**. Arch Bronconeumol 1997; 33: 179-184
3. Osmond M, Diner B. **Nebulizers Versus With Spacers for acute asthma in pediatrics.** Ann Emerg Med. 2004; 43: 413-415.
4. Diner B. **Nebulizers Versus With Spacers for acute asthma.** Ann Emerg Med. 2004; 43: 410-412.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

"Desarrollo de la Gestión por Procesos en el manejo del carcinoma hepatocelular y las metástasis hepáticas en el seno de una Unidad Multidisciplinar de Patología hepatobiliar y pancreática"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos José María Artigas Martín

Profesión médico Centro de trabajo Radiodiagnóstico HUMS

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio:marzo 2004

Fecha de actualización:marzo 2005

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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

Componentes del equipo en la actualidad:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| • Vicente Alonso Orduña | Médico Oncología HUMS |
| • Reyes Guallart Calvo | Enfermera Oncología HUMS |
| • Alejandro Serrablo Requejo | Médico Cirugía HUMS |
| • Pilar Cebollero Benito | Médico Cirugía HUMS |
| • Javier Fuentes Olmo | Médico Digestivo HUMS |
| • Eduardo Bajador Andreu | Médico Digestivo HUMS |
| • Teresa Sanz Paricio | Enfermera Digestivo HUMS |
| • María Teresa Marcuello Peña | Médico Radiodiagnóstico HUMS |
| • Concepción Pardillos Calatayud | Medico Anestesiología HUMS |
| • Dolores Viu Salmons | Medico Anestesiología HUMS |
| • Carlos Hördnler Argárate | Médico Anatomía Patológica HUMS |
| • M ^a Pilar Torrubia Atienza | Asistencia Primaria (ESAD Seminario) |
| • Jesus Esarte Muniain | Médico Cirugía HUMS |
| • Antonio Antón Torres | Médico Oncología HUMS |
| • M ^a Pilar García Gil | Informática HUMS |

El objetivo principal del proyecto se centra en reducir la variabilidad de la práctica

clínica en el ámbito de la patología hepatobiliar y pancreática, aplicando la mejor evidencia científica disponible en el manejo de las enfermedades mediante el consenso de protocolos y guías clínicas. En la gestión de pacientes la estructuración por procesos es garantía de una óptima atención. Se elaboró durante 2004 una guía/protocolo de actuación y un proceso de actuación clínica para el carcinoma hepatocelular (CHC) y se comenzó su implantación (50 pacientes hasta el momento). Se han elaborado los correspondientes impresos de consentimiento informado para cada una de las técnicas que se aplican así como otros documentos de información general para el propio paciente, enfermería y médicos. El manejo ágil del proceso precisa de infraestructura informática que permita monitorizar indicadores y en ello nos encontramos actualmente. Se han fijado indicadores pero en la actualidad resulta difícil la integración de resultados de las diferentes opciones terapéuticas. Con los datos disponibles, los resultados en el tratamiento del CHC en el HUMS son homologables a los centros de referencia.

Es de resaltar la reciente ampliación del grupo al ámbito de la Asistencia Primaria

Los plazos se ajustan al cronograma previsto, sin grandes variaciones. En tal sentido, se planteó como objetivo para 2005 realizar un enfoque similar para las metástasis hepáticas, especialmente de cáncer colorrectal, habiéndose iniciado la revisión bibliográfica como paso preliminar.

Con el mismo esquema, se fija como objetivo para 2005-2006 la estandarización del diagnóstico y tratamiento de la patología biliar, comenzando por la colecistitis aguda y el colangiocarcinoma, donde se ha identificado importante variabilidad en su manejo clínico. en principio, no justificada a la luz de la evidencia científica existente.

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

El esquema metodológico es el habitual en un grupo multidisciplinario. Una vez seleccionada en el seno del grupo una patología a estandarizar se asigna un responsable o responsables. Todo el grupo realiza una revisión bibliográfica que se contrasta posteriormente. Si existe una guía clínica con nivel suficiente de evidencia científica, se incorpora como herramienta de trabajo inicial sobre la que estructurar la propia teniendo en cuenta las peculiaridades del HUMS. Sobre esa guía/protocolo se estructura la asistencia a los pacientes según un esquema de gestión por procesos.

En el año 2004 se elaboraron los documentos:

- Protocolo/guía para el diagnóstico del carcinoma hepatocelular en adultos
- Proceso: Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular
- Hojas de información sobre "Tratamiento percutáneo de tumores con ondas de radiofrecuencia", dirigido a usuarios, enfermería y médicos

En la actualidad, el hospital conoce la existencia del grupo multidisciplinario y la práctica totalidad de los CHC son incluidos en el proceso asistencial

Con el fin de garantizar la longitudinalidad del proceso se estableció contacto con Asistencia Primaria (ESAD) que ya ha comenzado a encargarse de aquellos pacientes que por su situación no son subsidiarios de asistencia especializada.

Formación en Gestión por Procesos de parte del grupo (J. Fuentes, P. Cebollero, T. Sanz y JM. Artigas) con asistencia al Curso organizado por el HUMS (P. López Arbeloa) y presentación de la propuesta de proceso del CHC

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Se ha estandarizado la asistencia al carcinoma hepatocelular en el Sector II según criterios actualizados de MBE

No se dispone todavía de resultados de indicadores de supervivencia a largo plazo (5 años), pero la supervivencia disponible y morbimortalidad peroperatoria para las diferentes técnicas empleadas son equiparables a las de otros centros.

El nivel de satisfacción de los usuarios es, en general, muy bueno

Se mantiene cohesionado el grupo, si bien no se han incorporado nuevos elementos

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

La gestión estandarizada de enfermedades (guías clínicas) y pacientes (procesos) constituye una línea fundamental de la gestión clínica, pero resulta especialmente laboriosa para las personas implicadas.

En el CHC se ha conseguido una asistencia estandarizada, con mínima variabilidad, si bien asentada únicamente en el voluntarismo de no más de 3 ó 4 personas

Acciones pendientes

Desarrollo de guía clínica y proceso asistencial para las metástasis hepáticas que debería estar listo al final de 2005 (responsable: V. Alonso)

Similar planteamiento para la patología biliar, comenzando por colecistitis aguda (P. Cebollero) y tumores de vía biliar incluyendo ampuloma (J Fuentes), para inicial en 2005 y concluir en 2006.

Mantenimiento de la dinámica y estabilidad del grupo.

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Ausencia de cualquier estructura de soporte para el grupo multidisciplinar

Decisiones del grupo multidisciplinar no vinculantes, más allá de la autoridad científica de sus componentes, lo que constituye un problema para la implantación de cualquier iniciativa en los diferentes Servicios

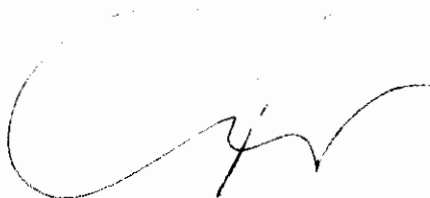
Excesiva carga laboral de los componentes más activos del grupo

Plasmar en soporte informático el esquema de trabajo descrito en el proceso y guía clínica

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>Formación informática en bases de datos y HIS</u>	
<u>Formación en gestión por procesos para los miembros del grupo que no pudieron recibirla en 2004</u>	
<u>Sistema digital de proyección de imágenes</u>	
TOTAL	
1.800 €	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:



JM. Artigas
Zaragoza 13 de enero de 2005

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Puesta en marcha de un sistema para mejorar la clasificación de residuos que se generan en el Hospital, tanto por la propia actividad del Hospital como por los usuarios.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Monlora Marco Arbués

Profesión: Gestión

Centro de trabajo: Hospital Miguel Servet

Correo electrónico: mmmarco@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Camino Pérez Eserverri	Administrativo Jefe de Grupo	Hospital Miguel Servet
Ana Jiménez Caverni	Administrativo Jefe de Grupo	Hospital Miguel Servet
Virginia García Miñana	Administrativo Jefe de Grupo	Hospital Miguel Servet
Fernando Caballero Agreda	Jefe de Celadores	Hospital Miguel Servet
Miguel Valtueña López	Jefe de Celadores	Hospital Miguel Servet
Aurelio Revuelto López	Jefe de Celadores	Hospital Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En el Hospital se producen grandes cantidades de residuos y muy variados: desde residuos de riesgo relacionados con la actividad hasta residuos asimilables a urbanos generados por pacientes, trabajadores y visitas.

Mejorar la clasificación para conseguir:

- Respeto al medio ambiente.
- Racionalizar el gasto.
- Cumplir con las normativas.

5. - RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR

- Aumentar las cantidades de residuos reciclables.
- Controlar la clasificación de los residuos de riesgo.
- Facilitar los puntos de recogida para los usuarios del Hospital apoyando la educación ciudadana.
- Sensibilizar a los profesionales y usuarios del Hospital en la adecuada gestión de residuos.
- Respetar el medio ambiente controlando todos los residuos del Hospital.
- Contar con indicadores que sirvan de medida comparativa.

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

Marcar con (X) en cada línea. la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Partimos de la selección y recogida de los siguientes residuos:

- Grupo III Residuos Sanitarios específicos o de riesgo
- Grupo VI Citostáticos
- Grupo V Químicos
- Pilas
- Residuos desechables:
- Mobiliario y equipamiento, residuos urbanos
- Residuos que se reciclan:
- Chatarra, cartón, papel, plásticos, cartuchos impresora
- Placas radiográficas, latas de bebidas, aceites vegetales, textiles usados, vidrio.

En este momento se tratan como desechables algunos residuos que podrían clasificarse como reciclables.

La información la recogemos de las personas encargadas de la retirada dentro del Hospital y de empresas externas, gestoras que retiran los residuos

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1 Formación e información de los trabajadores que se encargan de la gestión de residuos
Responsables: Miguel Valtueña López y M^a Monlora Marco Arbués.
- 2 Revisión de control de residuos en los Servicios donde se generan y clasifican
Responsables: Virginia García Miñana y Aurelio Revuelto López
- 3 Afianzar la actividad del "grupo de seguimiento de gestión de residuos" constituido por: Servicio de Asuntos Generales, Servicio de Medicina Preventiva, Salud Laboral, Enfermería y Seguridad.
Responsables: Camino Pérez Eseverri y M^a Monlora Marco Arbués
- 4 Cuantificar (Kg.) por tipo de residuo.
Responsables: Ana Jiménez Caverni y Fernando Caballero Agreda

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1 Formación: 4 impactos anuales a los profesionales
- 2 Revisiones de los servicios donde se generan y clasifican. 2 revisiones anuales documentadas con comunicación de las incidencias a los responsables de servicio.
- 3 Afianzar la actividad del "grupo de seguimiento de gestión de residuos" constituido por: Servicio de Asuntos Generales, Servicio de Medicina Preventiva, Salud Laboral, Enfermería y Seguridad: 4 reuniones al año documentadas.
- 4 Cuantificar (Kg.) por tipo de residuo. Indicadores Kg/tipo de residuo que permitan comparar con otros centros.

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 Enero 2005

Fecha de finalización: 31 Diciembre 2005

Calendario:

- 1 Formación: 2 impactos presenciales en el primer semestre del año y 2 impactos de cartelería en el segundo semestre del año.
- 2 Revisiones: 2 revisiones (1 por semestre) documentadas con comunicación de las incidencias a los responsables de servicio.
- 3 "Grupo de seguimiento de gestión de residuos": 2 reuniones en el primer semestre y 2 reuniones en el segundo semestre
- 4 Cuantificar (Kg.) por tipo de residuo. Indicadores Kg/tipo de residuo que permitan comparar con otros centros. Control mensual.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>Formación del Equipo de Mejora Cursos programados en la Comunidad, Seminarios y Congresos</i>	
<i>Contenedores para reciclar papel</i>	
<i>Cartelería</i>	
<i>Impresora color para tamaño hasta DIN A 2 para elaborar cartelería específica destinada a los servicios donde se generan y clasifican los residuos.</i>	
<i>Plastificadora de documentos tamaño DIN A 2 para información específica en los servicios donde se generan y clasifican los residuos</i>	
TOTAL	3.000 € Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONTROL DE SERVICIOS MOROSOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos : M^a PURIFICACIÓN LORENTE GORDO

Profesión: AUX. ADMVO. JEFA DE EQUIPO Centro de trabajo: C.M.E. GRANDE COVIÁN

Correo electrónico: plorente@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
BLANCA DOMÍNGUEZ SANZ	ADMVO.	H.U. MIGUEL SERVET
FERNANDO MONZÓN LÓPEZ	AUX.ADMVO	H.U. MIGUEL SERVET
PILAR VELÁZQUEZ CUENCA	AUX.ADMVO	H.U. MIGUEL SERVET
MARIBEL CABANILLAS HERNÁNDEZ	AUX.ADMVO	H.U. MIGUEL SERVET
ESTHER MONTERO GALVE	AUX.ADMVO	H.U. MIGUEL SERVET
YOLANDA PÉREZ EJARQUE	AUX.ADMVO	H.U. MIGUEL SERVET
M ^a JOSÉ GUILLÉN BELLA	AUX.ADMVO	H.U. MIGUEL SERVET
DOLORES GORRIZ FORTANETE	AUX.CLÍNICA	H.U. MIGUEL SERVET
MERCEDES VALLESPÍN MESEGUER	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
BEGOÑA ALONSO CALAVIA	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
ROSARIO BLANCO LATORRE	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
CARMEN BORROY IBARZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
GLORIA GUÍA BERNAL	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
CRISTINA LÓPEZ GARCÍA	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
PILAR NAVARRO CEBOLLA	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
MARIANO RAMÓN RAMÓN	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
BEGOÑA JIMÉNEZ SÁNCHEZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
ARACELI CONS BUISAN	AUX.ADMVO.	C.M.E. RAMÓN Y CAJAL
MARIFÉ SORO DOMINGO	AUX.ADMVO.	C.M.E. SAN JOSÉ
MERCEDES VÁZQUEZ SÁNCHEZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. SAN JOSÉ
M ^a JESÚS GARCÍA CHOLIZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. SAN JOSÉ
ANA MARÍA GÓMEZ LÓPEZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. SAN JOSÉ
ANGELINES VALERO PALACIOS	AUX.ADMVO.	C.M.E. SAN JOSÉ
CARMEN YUBERO GARCÍA	AUX.ADMVO.	C.M.E. SAN JOSÉ

PILAR BALETA ROS	AUX.ADMVO	C.M.E. SAN JOSÉ
LUISA MARTÍNEZ HERRERA	AUX.ADMVO.	C.M.E. SAN JOSÉ
M ^a JESÚS ARTERO GIL	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
ANA M ^a BERGES MARTÍNEZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
MARIBEL CORTÉS EZQUERRA	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
MARIFÉ TENA TOMÁS	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
MARIANO VALDEZATE GONZÁLEZ	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
FRANCISCO CLAVERO ENGUITA	AUX.ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Queremos conseguir una mayor eficacia en nuestro trabajo diario, cumplir en lo que podamos con las expectativas de nuestros clientes, pero nos encontramos con problemas que no dependen directamente de nosotros, y que sin embargo, originan enfrentamientos, falta de confianza en nuestro trabajo....

Lo más importante es que la historia clínica esté siempre en el lugar que se necesita, bien en una consulta, en una planta de hospitalización, por una orden del juzgado...

El Jefe de Unidad, la Jefa de Sección y los Jefes de Equipo de H.U. Servet y C.M.E.s, concluimos en la primera reunión mantenida antes de formar los grupos de mejora, que el problema de los Servicios morosos era una buena línea de mejora a desarrollar. Era común en los cuatro centros y aportaría grandes beneficios a nuestro trabajo.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Reducir el número de dossiers extraviados.
- Concienciar a los Servicios de la importancia del buen uso de la historia clínica, y por ello, cumplir con los plazos de devolución.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Existe un reglamento de "uso de la historia clínica", realizado por la comisión de Historias clínicas, en el que se detalla la existencia de unos plazos de devolución del dossier clínico al Servicio de Archivos y Documentación Clínica para su guarda y custodia. Este plazo varía dependiendo de si se trata de hospitalización, consultas externas, estudios....

Cuando no se cumplen estos plazos, estos dossiers pasan a ser morosos de los Servicios que los recibieron.

Los problemas que se originan por esta causa son varios:

- Llegan a extraviarse en el mismo servicio que lo solicitó.
- Los prestan a otros Servicios sin notificarlo a nuestro Servicio y se extravían hasta que el otro Servicio decide devolverlo.
- Los pacientes vienen a otras consultas y tenemos que estar reclamando las historias.
- En los C.M.E.s, algunos especialistas se llevan el dossier completo al Hospital, a sus casas..., y tardan tiempo en devolverlo.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Con carácter trimestral, en cada centro lanzaremos los listados de Servicios morosos.

En primer lugar, haremos una revisión en nuestro archivo, recuperando en el ordenador las historias que estaban archivadas en su sitio.

Volveremos a listar, esta vez por agendas, y enviaremos a cada Servicio su listado con una nota nuestra en la que solicitamos la devolución de las historias, y en caso de no devolverlas el motivo de la retención.

Una vez nos van devolviendo los listados, anotaremos en incidencias el resultado, e investigaremos las historias que "no están" en los Servicios.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluaremos el proyecto cada tres meses, y los indicadores serán:

% historias archivadas y no recuperadas

% historias morosas respecto a la evaluación anterior

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 2005

Fecha de finalización: Diciembre 2005

Calendario:


Mayo 2005

Septiembre 2005

Noviembre 2005

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Formativos: jornada sobre el uso de la historia clínica, ley de protección de datos personales y confidencialidad	
Ordenador portátil: poder llevar todos los datos en las reuniones de calidad de los cuatro centros	
TOTAL	2.000 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo


Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y POR ANSIEDAD: UN PROGRAMA PILOTO COORDINADO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos FRANCISCO JOSÉ CARO REBOLLO

Profesión PSIQUIATRA Centro de trabajo U.S.M. TORRERO – LA PAZ

Correo electrónico: fjcaro@comz.org

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier García Campayo	Psiquiatra	USM Torrero
Isabel Polo Palacios	DUE	USM Torrero
M ^a José Rodríguez Fabre	MF y MC	CS Torrero
Alfonso Pérez Poza	Psiquiatra	USM Fuentes Norte
Pilar Sacristán Martín	Psicóloga	USM Fuentes Norte
Cristina Paricio García	DUE	USM Fuentes Norte
Aurelio Martín Ruiz	MF y MC	CS Fuentes Norte

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La asistencia psiquiátrica ha disminuido su calidad, medida entre otros por indicadores indirectos - tiempo de espera (aumentado), tiempo de visita (disminuido) -, y directos - porcentaje de asistencia al Trastorno Mental Menos Grave (cercano al 50%).

La demanda de asistencia psiquiátrica puede incrementarse por condicionamientos sociales y no hay sistema público de atención que lo pueda soportar. El filtro de la valoración de caso y el tratamiento de mantenimiento en Atención Primaria pueden mejorarse, así como la comunicación entre ésta y A. Especializada, a la hora de realizar interconsulta, derivación y análisis y revisiones posteriores de los pacientes.

Un objetivo importante sería mejorar la asistencia de los trastornos psiquiátricos mas prevalentes, como son la depresión y la ansiedad, en Atención Primaria; optimizar la derivación a Salud Mental (A. Especializada) para una buena gestión de la lista de espera y priorización de pacientes.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminución de los casos leves de depresión y ansiedad remitidos a S. Mental; cumplimiento de criterios de gravedad y oportunidad.

Mejora del tratamiento psicofarmacológico de los casos atendidos en A. P.; cumplimiento de las recomendaciones basadas en la evidencia.

Mayor calidad en la derivación a S. Mental (contenidos y priorización).

Mejor tratamiento de mantenimiento en A.P. tras valoración y/o asistencia del episodio agudo en S. Mental.

Mejor utilización de la asistencia psiquiátrica en S. Mental.

En resumen, se pretende desarrollar un instrumento que disminuya la variabilidad en esta patología y que incluya criterios de derivación y de atención a estos enfermos.

6. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD
 Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

No criterios ni métodos de control e intervención en las listas de espera de la asistencia psiquiátrica del sector o a nivel de la CAA.

Saturación de las consultas con disminución de la calidad de asistencia: elevada proporción de patología "banal", menor tiempo de asistencia, asistencia demorada en el tiempo por elevada lista de espera sin criterios para la priorización ad hoc por los equipos de S.M. y con una muy elevada proporción de derivaciones preferentes (demasiada sensibilidad en la detección y derivación de los posibles "casos").

Elevada demanda en la comunidad de intervención psiquiátrica ante acontecimientos vitales y sufrimiento de diversa etiología; escaso tiempo asistencial en A.P.; necesidad de coordinación de esfuerzos y recursos asistenciales entre A.P y A.E. Elevada necesidad impuesta "externamente" sobre la pertinencia de realización de valoraciones e informes de índole laboral y legal por profesionales de S. Mental.

Existe una ausencia de datos en nuestra CAA, y en nuestro sector, que impiden el conocimiento epidemiológico de la población atendida y de los resultados en términos de salud de las intervenciones sanitarias realizadas. En otras CCAA, las evaluaciones de los Planes de Salud Mental y de Asistencia Psiquiátrica han corroborado este incremento de la demanda-asistencia y la repercusión en los equipos asistenciales de S. Mental.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

AMBITO DE APLICACIÓN: Centro de Salud Mental de Torrero La Paz (vinculado a los Centros de Salud de Torrero y Canal) y Centro Salud Mental de Las Fuentes (vinculado al mismo centro de salud y a CS Torreramona). Se realizará la intervención en los Centros de Salud Fuentes Norte y Torrero.

Grupo de mejora compuesto por los responsables del proyecto y representantes de los equipos de A.P. de referencia de las Unidades de Salud Mental de Torrero – La Paz y de Las Fuentes para detectar necesidades de los equipos de A.P, consensuar y diseñar intervenciones: información, actividades de actualización teórica y práctica, criterios de derivación, criterios de calidad de la derivación, criterios para el tratamiento de mantenimiento, criterios y calendario de devoluciones o feed-back de casos periódicas, intervenciones ante pacientes complejos (pluripatología somática, intervenciones legales y sociales, jóvenes, ancianos, embarazadas...).

Revisión de la bibliografía por el responsable del proyecto: intervenciones, criterios de

evaluación, indicadores de calidad,...

Periodo de actualización de los equipos de atención primaria en los tratamientos en los que hay evidencia razonable para su uso en trastornos de ansiedad y depresión: intento de evitar instaurar "nuevos protocolos y algoritmos" que queden en el cajón; los adaptaremos a nuestra realidad asistencial.

Intervención en los criterios de derivación, contenido de la Hoja de Derivación y priorización. Comparación con los datos preintervención.

Desarrollo del plan de mejora: interconsulta telefónica, devoluciones de las hojas de derivación, reuniones de seguimiento de los pacientes (por facultativo).

Evaluación trimestral de los resultados de las intervenciones.

Reunión de mejora

Evaluación anual del plan.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Valoración cualitativa de la Hoja de Derivación tras intervención con los EAP y comparación con aquellos sin intervención (grupo control).

Tiempos de lista de espera para las diferentes prioridades de asistencia (cumplimiento de criterios de calidad)

Satisfacción del Médico de Familia referente.

Valoración de revisiones y del flujo general atención primaria-salud mental (valoración de la efectividad del tratamiento del proceso agudo).

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 2005 Fecha de finalización: 31 enero de 2006

Calendario:

Febrero / Abril 2005: grupo de mejora, revisión de la bibliografía

Mayo 2005: periodo formación EAP
 Junio 2005/enero 2006: realización del plan
 Agosto / Septiembre 2005: evaluación inicial del funcionamiento y primeros indicadores con los MAP y reunión del Grupo de Mejora.
 Enero 2006: evaluación final de 6 meses de intervención.
 Febrero 2006: realización memoria final y conclusiones. Dar continuidad a los instrumentos utilizados con resultado positivo. Valoración de la posibilidad de ampliar a otros EAP el método alcanzado.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador portatil	1.200 euros
TOTAL	1.200 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Este proyecto se realiza con el apoyo de la Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (REDIAPP-G03/170), nodo de Aragón, del Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

Fecha y firma: Zaragoza, a 14 de enero de 2005.

Fdo: Francisco José Caro Rebollo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria femenina en el post-parto y la post-menopausia.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos LUIS LEDESMA ROMANO

Profesión MÉDICO Centro de trabajo H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Correo electrónico: lledesma@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANTONIA SORIANO GUILLEN	MEDICO	H.U. MIGUEL SERVET
BELÉN MORATA CRESPO	MEDICO	H.U. MIGUEL SERVET
M ^a JOSÉ GARCÍA GALÁN	MEDICO	H.U. MIGUEL SERVET
RAMÓN LANZÓN LACRUZ	MEDICO	H.U. MIGUEL SERVET
JOSE J. TOBAJAS HOMS	MEDICO	H.U. MIGUEL SERVET
ERNESTO GARCÍA GARCÍA	MEDICO	H.U. MIGUEL SERVET
JOSÉ GONZÁLEZ RAMOS	MEDICO	C.S.FUENTES NORTE
OLGA BLASCO ROUCO	MEDICO	C.S. SEMINARIO

4 - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La incontinencia urinaria en España, afecta a más de dos millones de personas y solo una de cada cuatro consulta a su médico. Es un trastorno que genera un elevado coste económico (1.996 supuso un consumo de absorbentes cuyo gasto equivalía al 3.2% de la prestación farmacéutica del S.N.S.) La principal utilidad del proyecto es prevenir la aparición de esta patología y si está presente mejorar la calidad de vida de estas pacientes. La detección se hará desde el médico de Atención Primaria y desde los S. de Tocología y Ginecología.

5 - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Demostrar que con un programa de prevención y tratamiento mediante cinesiterapia perineal/biofeedback se resuelve la incontinencia femenina de esfuerzo en el 20% de las pacientes y se consigue una mejoría significativa en el 50/75%

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Mujer post-parto o post-menopausia con pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra sin ninguna alteración orgánica ni neurológica, que acude a su MAP/tocologo/ginecólogo y que estos informan a la paciente para derivar al S. de Rehabilitación.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Detección de la incontinencia urinaria por MAP/tocologo/ginecólogo que derivará al S. de Rehabilitación. El médico rehabilitador hará una reunión informativa cuyo fin será

crear una Escuela de Suelo Pélvico.

Se implicará a las matronas y fisioterapeutas tanto en A. Primaria como en A. Especializada, para la enseñanza de ejercicios de suelo pélvico.

Se hará una segunda valoración a la paciente por el médico Rehabilitador y en función de la evolución, si/no mejoría se pasaría a electroestimulación con biofeedback.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Encuesta valoración programa de valoración-tratamiento a las pacientes.

Test abdominal/test perineal.

EAV(escala valoración analógica)

Estudio analítico grupo de control.

Grupo control en Centro de Salud Seminario y grupos de tratamiento preventivo preparto en C. S. Fuentes Norte y C. E. Grande Covian.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: marzo/abril/05

Fecha de finalización: noviembre/05

Calendario:

- 1.- Reunión con el equipo multidisciplinar MAP/tocólogo/ginecólogo de área y matronas.
- 2.- Enseñanza – educación a matronas.
- 3.- Criterios de derivación para tratamiento en AP o A. Especializada

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD (ACT-84)

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

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

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).

El proyecto que estamos desarrollando en nuestro Servicio de Urgencias se centra en la mejora de la detección de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo 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.

Los resultados obtenidos en nuestro Servicio de Urgencias en la monitorización de estos indicadores durante los años 2003 y 2004 son similares a los publicados por otros grupos de trabajo y ponen de manifiesto 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 tipo de actuación del 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 2003 y 2004 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 de nuestro Servicio.

La monitorización de los indicadores nos ofrece una visión objetiva de la situación. 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 por las guías de práctica clínica y el PICI.

El equipo de mejora ha detectado una variabilidad importante en los tiempos de los principales indicadores monitorizados, que traduce las dificultades en conseguir una actuación homogénea por diversas causas, entre las que destacamos: necesidad de optimizar el sistema de priorización (triaje), la dificultad para la realización e interpretación precoz del ECG durante los picos de demanda asistencial en el Servicio en muchas ocasiones por falta de espacio físico, los retrasos en la toma de decisiones terapéuticas en determinados casos y las demoras para el drenaje del paciente a la UCI.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las medidas previstas son:

1.- Implementación en el Servicio de Urgencias del Sistema Español de Triage (SET), con especial atención a la priorización del paciente con dolor torácico.

Responsables: Rafael Marrón Tundidor
Eduardo Bustamante Rodríguez

2.- Análisis del circuito asistencial de realización e interpretación precoz del primer ECG en los pacientes con dolor torácico

Responsables: Luis Manuel Claraco Vega
Angeles Alfranca Castellón
Rosa Alvarez Oliva

3.- Introducción del sistema de Gestión por Procesos en la asistencia al Infarto de miocardio en el H U Miguel Servet, colaborando en la elaboración del Proceso junto con el resto de Servicios implicados (061, Cuidados Intensivos, Hemodinámica, Cardiología y Rehabilitación).

Responsable: Javier Povar Marco

4.- Actualización y difusión del material de apoyo para la toma de decisiones clínicas elaborado durante 2003, entre el personal del Servicio (Médicos adjuntos y personal de enfermería).

Responsables: Patricia Palazón Saura
Ana Herrero Castejón

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

Responsables: José Miguel Franco Sorolla
Javier Gil de Bernabé López
Concepción Ascaso Martorell

6.- Coordinación con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061) y con los Servicios de Cuidados Intensivos y de Cardiología para resolver problemas comunes relacionados con el proyecto.

Responsable: Antonio Requena López
José Luis Omiste Martínez
Belén Gros Bañeres

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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 2005. Los indicadores que se van a utilizar son:

Indicador DEMORA EN LA REALIZACIÓN DEL ECG**Dimensión** Riesgo.**Tipo** Proceso.**Estándar** <5 %**Indicador TASA DE FIBRINÓLISIS EN PRIORIDAD I****Dimensión** Efectividad.**Tipo** Proceso.**Estándar** 100 %**Indicador TIEMPO PUERTA-AGUJA EN PRIORIDAD I****Dimensión** Efectividad.**Tipo** Proceso.**Estándar** >95 %**Indicador TASA DE FIBRINÓLISIS EN LA PRIMERA HORA****Dimensión** Efectividad.**Tipo** Proceso.**Estándar** 10-15 %**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Fecha de inicio: Enero de 2005

Fecha de finalización: Diciembre de 2005

Caleandario:

Primer trimestre 2005: Continuar con la implementación del nuevo sistema de triaje; Continuar con la introducción del sistema de Gestión por Procesos en la asistencia al Infarto de miocardio del H U Miguel Servet; culminar la elaboración del Proceso junto con el resto de Servicios implicados (061, Cuidados Intensivos, Hemodinámica, Cardiología y Rehabilitación).

Segundo trimestre 2005: Actividades formativas para enfermería y médicos residentes; Continuar con la introducción del sistema de Gestión por Procesos en la asistencia al Infarto de miocardio del H U Miguel Servet; difusión en el Servicio de Urgencias del Proceso del IAM, una vez consensuado con el resto de Servicios implicados; Evaluación de indicadores.

Tercer trimestre 2005: Programar reuniones con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061) y con los Servicios de Cuidados Intensivos, Hemodinámica y de Cardiología para evaluar el resultado de la introducción del sistema de Gestión por Procesos en la asistencia al infarto de miocardio en el H U Miguel Server.

Cuarto trimestre 2005: Actividades formativas para enfermería, médicos residentes y médicos de staff; Difusión del material de apoyo; Evaluación de indicadores.

Anexo 3	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2005)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN 130

1.- TITULO

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Dra. Pilar Garrido Fernández

Profesión: Obstetra FEA Centro de trabajo: Hospital Universitario Miguel Server. Servicio de Obstetricia.

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: 1-01-2004

Fecha de actualización: 1-01-2005

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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.

Como objetivo se planteaba la necesidad de 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.

No ha habido cambios con respecto al responsable y fechas previstas según el cronograma presentado en la convocatoria anterior, ni en resultados esperados ni en lo que se refiere a las líneas de intervención e indicadores monitorizados.

Componentes del Grupo de Mejora:

Dra Adela Villacampa Pueyo. FEA Alto-riesgo Obstétrico.

Dra Belen Rodríguez. FEA paritorio.

Dra. Virginia Echevarren: MIR

D^a Joaquina Lahoz: Supervisora de Enfermería planta 7^a- puerperio.

D^a Eva Villa: Matrona (Puerperio).

D^a Rita Jiménez: Matrona (Supervisora Paritorio).

D^a Rosa Divi Betes: DUE (Quirófano).

D^a Pilar Lafuente: Aux. de Enfermería (Urgencias-paritorios).

D^a Natividad Beguería: Aux. Administrativo.

D^a Ana Izquierdo: DUE Planta 6^a- Alto-riesgo.

Dr. JM Campillos Coordinador Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- 5.1. Se ha elaborado el plan de calidad 2004 y ampliación al 2005 que se adjunta como anexo-1, donde queda reflejada la metodología seguida .
- 5.2. Se ha actualizado la cartera de servicios del año 2004-5.
- 5.3. Se han monitorizado y analizado los indicadores elegidos como más relevantes de la asistencia Obstétrica en nuestro Servicio y se han establecido estándares orientativos según su evolución a lo largo del 2003-2004 y bibliografía consultada; en total son 13 con sus responsables correspondientes.
- 5.4. Se estableció un nº de reuniones predeterminado del grupo de mejora, 1 cada 3 meses y se han realizado 5 en el año 2004, de todas se ha realizado acta y fueron remitidas al Jefe de Servicio, Subdirección de Enfermería y Subdirección Médica.
- 5.5. Se ha realizado una sesión informativa a los facultativos del servicio sobre los temas relacionados con la mejora de calidad.
- 5.6. Existe un panel informativo ubicado en el área de urgencias donde se exponen todas las actividades desarrolladas.(Convocatorias y actas del grupo de mejora , líneas de mejora del 2004 , indicadores , encuestas posthospitalización, análisis de la pregunta abierta de dicha encuesta)
- 5.7. El número de profesionales implicados en el desarrollo del programa: Entre los participantes en el grupo de mejora, responsables de indicadores, participantes en revisión o realización de protocolos o planes de cuidados o asistencia a cursos sobre temas relacionados con la mejora de calidad o actualización de los documentos de consentimiento informado de técnicas invasivas o riesgo significativo...total 35 aproximadamente un 21% (Médicos, DUE, Matronas, Auxiliar enfermería , auxiliar administrativo....)
- 5.8. Numero de profesionales que han realizado cursos sobre el área de gestión de calidad de nuestro servicio 8

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**6.1. En el área científico-técnica :**

A/ Se han elaborado o revisado 18 protocolos clínicos:

1. Infección urinaria en el embarazo 2. Estreptococo agalactiae gestación y tratamiento intraparto. 3. HPV en el embarazo 4. Trombofilias y gestación 5. Sífilis y gestación 6. Embarazo múltiple 7. TT° VIH intraparto 8. TT° insulínico intraparto diabetes tipo I 9. Parto sin dolor 10. Hemorragia postparto 11. Shock séptico 12. Corioamnionitis 13. Incompetencia cervical 14. Embarazo prolongado 15. Diabetes y gestación 16. HIV y gestación 17. Enfermedad trofoblástica 18. amenaza de parto prematuro.

B/ Elaborado y aprobado el "protocolo de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna" en colaboración con la Unidad de Neonatología.

C/ Elaborado y aprobado el "Plan de cuidados de enfermería a pacientes con amenaza de aborto y/o legrado obstétrico".

D/ Elaborado el proceso del Parto y puerperio normal.

6.2. Área de mejora de la eficiencia (adecuación, hospitalización, pruebas complementarias, tratamientos...):

Introducción de la phmetría en la vigilancia fetal intraparto y en recién nacido postparto.

Revisión de la Profilaxis de la infección perinatal por el Estreptococo β hemolítico en nuestro medio. Se han realizado las siguientes acciones:

1. Revisión y aprobación del protocolo de prevención de la infección perinatal por nuestro Servicio.
2. Revisar y comprobar la tasa de realización de cultivo vaginal correctamente realizado.
3. Se comienza a realizar cultivo rectal aumentando la sensibilidad diagnóstica de la prueba, en coordinación con el Servicio de Microbiología.
3. Información a Tocólogos intra-extrahospitalarios de los resultados y normas de actuación.

6.3. Área de satisfacción del usuario:

A/. Normalización de los documentos de consentimiento informado para actuaciones invasivas o de riesgo significativo según las normas de la Comisión de Ética del HMS o de la UCA: 1. Para oclusión tubárica

2. Para el tratamiento Médico del embarazo extrauterino

3. Para el tratamiento Quirúrgico del embarazo extrauterino

4. Para la denegación de consentimiento al tratamiento propuesto.

B/. Revisión periódica del Buzón de Sugerencias del Servicio.

C/. Análisis trimestral de la pregunta abierta de la encuesta posthospitalización.

D/. Encuesta a las pacientes de consultas externas de Alto riesgo Obstétrico. y realización de propuestas para la mejora de la asistencia.

E/. Normas escritas con recomendaciones para pacientes tras la realización de amniocentesis.

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Aunque se ha realizado un gran esfuerzo por introducir los ciclos de mejora continua de la calidad en el Servicio falta aun mucho camino por andar y para ello es fundamental mayor formación de los profesionales de nuestro servicio en el área de gestión de calidad.

ACCIONES PENDIENTES

7.1. Reorganización del Grupo de Mejora con inclusión de las personas que lo deseen e invitación específica a las que se considere que ejercen un liderazgo dentro del Servicio.
Dra. P. Garrido (Responsable grupo de mejor Obstetricia)

7.2. Mejora de la sistemática de las reuniones del Grupo de Mejora acordando nuevamente número de reuniones, citación con orden del día, acta de las reuniones y reglamento de funcionamiento. Dra. P. Garrido

7.3. Reorganización de las sesiones de calidad del Servicio, que permitan avanzar en la implantación de protocolos y vías clínicas, monitorizar indicadores, programar y discutir actividades de investigación y docencia. Dr.J.J. Tobajas. (Jefe de servicio).Dra. P. Garrido.

7.4 Crear un sistema de monitorización de las actividades del Servicio. (Dr. J. Tobajas)

7.5. Elaborar 3 protocolos clínicos e implantarlos en las diferentes unidades a las que corresponda, uno por cuatrimestre del año 2005:

- 1: Prevención tromboembolismo en la paciente obstétrica (Dr. JM. Campillos. Coordinador unidad de Alto riesgo Obstétrico)
- 2: Antibioterapia profiláctica y terapéutica en patología obstétrica (Dr. JM. Campillos)
- 3: Protocolo de amniotomía intraparto. (Dr. S. Castán. Coordinador de la Unidad de Partorio- Urgencias).

7.6. Implantación del Proceso parto y puerperio normal.

7.6.1. Responsable del Subproceso del parto Dr. S. Castán. Cronograma:

- Información y coordinación de responsabilidades por el Equipo del proceso 2 meses-
- Información a los profesionales implicados 4º meses
- Evaluación 6º mes.
- Reevaluación al año

7.6.2. Responsable del Subproceso del puerperio Dr. E. Cruz (FEA Unidad de Puerperio) Cronograma:

Este proceso requiere de la coordinación del Servicio de Obstetricia con el Area sanitaria y de desarrollo de programas específicos de atención a la mujer, además de un período de adaptación con grupo de consulta de apoyo y primera evaluación y ajuste, a realizar durante el año 2005-2006.

7.7. Implantación del protocolo de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna
Responsables Dr. JM Roncales (Jefe de Sección Puerperio), D^a Eva Villa, (Matrona),
D^a J.La hoz (Supervisora planta de Puerperio), D^a Rita Jiménez (Supervisora Paritorio),
junto con la colaboración de la Unidad de Neonatología. Acciones:

Información a todas las unidades implicadas

Cursos de formación al personal implicado.

Elaboración de material informativo para las pacientes.

Facilitar el protocolo a los centros de atención primaria del área del HMS.

Monitorización de los siguientes indicadores una vez implantado:

1. % de madres con lactancia natural al alta. Estándar > 70%
2. N^o de quejas reflejadas en la encuesta posthospitalización de la UCA.

7.8 Revisión pendiente, tras las actuaciones en el 2004, del cumplimiento del Protocolo de profilaxis de infección perinatal por el Estreptococo β hemolítico, mediante la monitorización de los siguientes indicadores:

- Tasa de cultivos vagino-rectales realizados en las últimas cinco semanas de embarazo. Estándar >95%

- Tasa de portadoras de Estreptococo β hemolítico.

Responsable: Dra. M. Lapresta .FEA. Obstetricia.

7.9 Revisión de los documentos de consentimiento informado. Dr. Castán. Dr. JM. Campillos.

CRONOGRAMA ACTIVIDADES 2005:

Acciones	Cuatrimestres		
	1 ^o	2 ^o	3 ^o
7.1	X		
7.2	X		
7.3	X		
7.4	X	X	
7.5	X	X	X
7.6.1	X	X	X
7.6.2	X	X	X
7.7	X	X	X
7.8	X		
7.9	X	X	

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

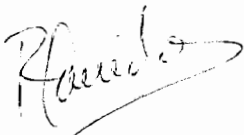
Debido a la escasa formación de los miembros del servicio sobre temas de gestión de calidad ,en este año han participado en cursos tan solo el 5 % y no por falta de incentivación personal , sino por carencia de los mismos, se ve dificultado el desarrollo del plan de calidad y la participación en estos temas.

La carencia durante gran parte del año de Jefe de Servicio , ha dificultado la coordinación entre las diferentes unidades y los profesionales del servicio.

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>Video - proyector</i>	<i>1.100 Euros</i>
<i>Elaboración de folletos, cursos... para el desarrollo del protocolo promoción y apoyo de la lactancia natural.</i>	<i>500 Euros</i>
TOTAL	1600 Euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:



14-J-2005

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE
PATOLOGÍA PREVALENTE Y MEJORA DE INFORMACIÓN AL
PACIENTE EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL INFANTIL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Carmen Campos Calleja

Profesión FEA , Pediatra Centro de trabajo H. Miguel Servet de Zaragoza

Correo electrónico: ccamposc@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier López Pisón	Pediatra	H. Miguel Servet Zaragoza
Mª Concepción García Gimenez	Pediatra	H. Miguel Servet Zaragoza
Mª Pilar Paricio Lorenzo	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Mª Angeles García Diaz	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Carmen Bosque Gracia	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Paquita Guillén Lazaro	Auxiliar	H. Miguel Servet Zaragoza
Sheila Miralvés Terraza	MIR	H. Miguel Servet Zaragoza
Carmen Ruiz de La Cuesta Martín	MIR	H. Miguel Servet Zaragoza
Raul Peiró Aranda	MIR	H. Miguel Servet Zaragoza
Paula Higuera San Juan	MIR	H. Miguel Servet Zaragoza
Ester Navarro Barrado	Celador	H. Miguel Servet Zaragoza

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Importancia y utilidad del proyecto

1º La buena práctica clínica se ve favorecida por la estandarización de los procesos asistenciales, acordes con la evidencia científica disponible, mediante su protocolización. Los protocolos deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio de trabajo y su objetivo está en disminuir la variabilidad en la asistencia urgente, garantizando la mejor calidad en la atención sanitaria en la Unidad de Urgencias de Pediatría

2º Actualizar y/o elaborar los documentos informativos de las recomendaciones sanitarias para el control de estas patologías más frecuentes dirigidos a los responsables de la continuidad de cuidados domiciliarios (padres y/o tutores)

3º Mejorar con esto la Formación Docente de Pregrados (es un Hospital Universitario) y fundamentalmente en los MIR de Pediatría y Familia

Métodos de detección y priorización

1º Oportunidad de mejora priorizada mediante el análisis por método de consenso del grupo de mejora de calidad de la Unidad de Urgencias del Hospital Infantil

2º Consenso con las diferentes especialidades pediátricas

3º De acuerdo con la recomendación del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

5. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Que en nuestro centro existan, se utilicen, se forme en ellos y se actualicen de manera periódica y programada "protocolos clínicos propios" de las patologías más frecuentes, de acuerdo a las mejores evidencias disponibles, y que estén adaptados a nuestro medio.

Que la información a familiares esté estandarizada, actualizada, escrita y comprensible, cuando se considere necesario.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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.- ANALISIS DEL PROBLEMA

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

La evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en los servicios de urgencia requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes y permitan su monitorización

Situación de partida:

No hay un adecuado conocimiento de la prevalencia de los trastornos atendidos en Urgencias de Pediatría, por falta de la codificación de los diagnósticos tras la actuación médica.

Algunos protocolos no están realizados, no están actualizados o no se conocen ni utilizan.

Los documentos de información (normas, consejos, consignas de actuación) para los pacientes/padres no están actualizados o no existen.

Se recomienda que cada hospital los cree o adapte a su realidad (Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría).

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º Elaborar listado de temas pediátricos (prevalentes y urgentes) a protocolizar.

2º Consensuar en coordinación con los responsables de las diferentes especialidades de Pediatría las actuaciones, algoritmos, indicaciones de tratamiento, ingreso, etc...que contemplen los protocolos.

3º Elaboración del protocolo de la Unidad de Urgencias de Pediatría siguiendo la sistemática que contemple: título, autores, fecha elaboración, población diana, plan de actuación, información a familiares, bibliografía, indicadores de calidad, evaluación del protocolo y fecha de revisión.

4º Presentación en sesión clínica del Servicio semanal dentro del "Programa permanente de actualización en urgencias pediátricas"

3º Presentación a la Comisión de Tecnología del Hospital para su aprobación

4º Difusión e implantación en la Unidad de Urgencias del protocolo actual al personal facultativo y de enfermería.


5º Evaluación, análisis, y propuesta de mejora

11.-PREVISION 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
Cañón de proyección	1400 euros
Folleto y hojas informativas	800 euros
TOTAL	2200 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

Zaragoza, a 17 de enero de 2005


Fdo: Carmen Campos Calleja

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

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

Se pondrán en marcha desde los Centros de Salud Mental, grupos focales de familiares de pacientes con T.M.G., coordinados por una enfermera del C.S.M. y otra de la Unidad de Corta Estancia, con la finalidad de detectar las necesidades sentidas por el grupo.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2005 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

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

Diseño preliminar de un programa grupal de autoayuda para familiares de estos pacientes, basado en las necesidades sentidas que hemos detectado.

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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

Uno de los principios de la Psiquiatría Comunitaria "la mayoría de los pacientes con Trastorno Mental Grave deben permanecer en su ámbito social comunitario" (Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón), se ve dificultado porque estos pacientes habitualmente no hacen un uso correcto del Centro de Salud Mental, entre ingresos hospitalarios.

Esto aumenta la presión sobre el núcleo familiar, disminuyendo su capacidad de soporte y contención, generando una gran demanda de internamiento hospitalario.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

Responsables: Enfermeras de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica.

Detección de necesidades sentidas en grupos focales de familiares de pacientes con T.M.G.

Responsables: enfermeras del C.S.M. y de la Unidad de Corta Estancia de referencia.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores de utilización de CSM y Unidad de Corta Estancia por pacientes con TMG. (Ficha epidemiológica y su cuantificación).

Medición de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes con TMG.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Cronograma:

Febrero 05 Primera reunión. Diseño y puesta en marcha de registros

Junio 05 Evaluación de la recogida de datos.

Septiembre 05 Puesta en común de resultados.

Octubre 05 Planificación de la 2ª fase.

Continuidad de cuidados.

Noviembre 05 Puesta en común de resultados y evaluación del proyecto.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Asistencia a reuniones de coordinación, material bibliográfico, formularios, fotocopias informativas, análisis de los datos, sesión de puesta en común de resultados.	1000
TOTAL	1000 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: 17/01/2005



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

Fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos mayores de 75 años: abordaje ortogerátrico

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE Y APELLIDOS **ANTONIO HERRERA RODRÍGUEZ**

Profesión **JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA**
Centro de trabajo **HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: **1 DE FEBRERO DE 2004** Fecha de actualización: **1 DE ENERO DE 2005**

4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Indicar los objetivos del proyecto y 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

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

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.

Las causas detectadas de la demora en la programación de la cirugía son de índole diverso: inestabilidad física del paciente, quirófanos disponibles, medicaciones tipo antiagregantes, anemia... En este año se pretende incidir en la corrección de las causas descritas con el fin de evitar un retraso innecesario de la cirugía que lo único que redundaría es en mayor riesgo vital (aumenta la mortalidad) para el paciente (estrés de la fractura no estabilizada; inmovilidad; dolor; infecciones; úlceras por presión; dependencia) y en mayor consumo de recursos sanitarios y sociales secundarios a las complicaciones médicas y a la dependencia y la merma en la calidad de vida del individuo afecto.

El objetivo marcado es intentar realizar la cirugía de urgencia o programada en

las primeras 72 horas del proceso así como racionalizar el tratamiento de la anemia en el anciano con fractura de fémur proximal.

5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Se establecieron reuniones con la sección elegida para explicar la nueva actividad explicando la incorporación del geriatra en el proceso como colaborador y las tareas asignadas: estabilización preoperatoria, seguimiento clínico postoperatorio y gestión del alta.

En junio se inicia la colaboración y analizados los problemas surgidos se inicia de manera formal la colaboración a partir de septiembre de 2004 salvo durante los periodos de ausencia del geriatra por asueto o formación continuada. La Unidad Sociosanitaria de Valoración solo cuenta con una plaza de Geriatria y las ausencias no han sido cubiertas por la Dirección hasta la fecha.

Hasta la fecha todos los pacientes con diagnóstico de fractura de fémur proximal mayores de 75 años son obtenidos de la intranet del centro al día siguiente de la guardia de la Sección B del Servicio de Traumatología. La secretaría del servicio nos proporciona el calendario de guardias del mes. Los ingresos del sábado son vistos el lunes.

Valorado el paciente se procede a la estabilización de patología aguda o reagudización de crónica si lo hubiese; se ajusta el tratamiento y se programa la fecha más adecuada para la cirugía, sobre todo en los casos en que se precise retrasar la fecha por inestabilidad.

Controlado el postoperatorio se prepara el alta procurando anunciarla con 48 horas de antelación para gestionar los recursos sanitarios y sociales que se precisen y que favorezcan la recuperación funcional del individuo.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Se han incluido en el proyecto 31 pacientes de edad igual o superior a 75 años durante el último trimestre del año 2004.

De muchos de los indicadores no tenemos datos porque es muy reciente el cierre del trimestre y no se han explotado en los diferentes servicios responsables (admisión, documentación, preventiva...).

Los datos disponibles son extraídos de la base de datos de la Unidad Sociosanitaria de Valoración:

- cobertura: 83%
- mortalidad intrahospitalaria: 9,6%
- institucionalización al alta: 12,9%

7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

El periodo de rodaje ha concluido. Se ha creado un equipo de trabajo interdisciplinar.

La nueva metodología de trabajo permite cuantificar los problemas detectados previamente y establecer líneas de actuación orientadas a reducirlos o a su desaparición.

Se han establecido tres factores que contribuyen al retraso en la programación quirúrgica:

- inestabilidad clínica: valoración rutinaria de todos los pacientes en las primeras 24 horas de ingreso lo que permite anticiparse a las situaciones graves de enfermedad, intentar remontar rápidamente y disminuir el riesgo quirúrgico por problemas asociados no controlados.
- Antiagregantes: elaborar una guía consensuada de actuación con anestesia y hematología.
- Control de la anemia: la anemia es consecuencia de la fractura y en algunos casos factor predisponente de caída. Es preciso un nivel, según comorbilidad, para garantizar una buena hemodinámica en la cirugía y favorecer una recuperación funcional rápida. Para ello es preciso diagnosticar las causas y establecer el tratamiento inmediato y a medio-largo plazo.

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

1.- La dificultad de implantar un trabajo interdisciplinar en un gran hospital de más de 1200 camas con una metodología de trabajo multidisciplinar (actuaciones por interconsulta de otras especialidades que no es la que tiene adjudicado el enfermo).

2.- El proceso de la fractura es un proceso dinámico y continuo. Los ingresos del jueves al domingo no se pueden programar porque no hay actividad programada de quirófano los fines de semana o porque no se ha podido realizar el preoperatorio.

3.- Geriatra: En el hospital únicamente existe un geriatra con otras tareas asistenciales adjudicadas. Es difícil que, cumpliendo realmente su horario, sea capaz de llegar a todo, incluidos sábados y sus periodos de vacaciones.

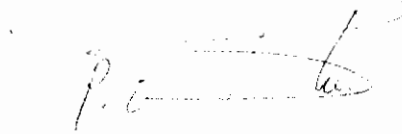
4.- Quirófanos: Los pacientes del proyecto no tienen prioridad sobre otros del servicio en las mismas circunstancias (principio de justicia) y con el mismo proceso y son adjudicados a quirófano en función de la demanda y de la disponibilidad lo que contribuye a la demora injustificada de la cirugía.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador	1200
TOTAL	
1200	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

17 de enero de 2005



Prof. A. HERRERA RODRÍGUEZ

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Aplicación de gestión de la calidad según la Norma UNE-EN ISO 15189 en el Servicio y centro de transfusión sanguínea del Hospital Universitario Miguel Servet

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

María del Valle Recaséns Flores

Profesión: Médico Hematóloga Centro de trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico: vrecasens@salud.aragob.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Félix Lucía Cuesta	Hematólogo	Hospital Miguel Servet
Jose Antonio García Erce	Hematólogo	Hospital Miguel Servet
Juan Gimeno	Hematólogo	Hospital Miguel Servet
Manuel Giralt Raichs	Hematólogo	Hospital Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La directiva 2002/98/CE del parlamento europeo y del consejo, establece la obligatoriedad en la creación de un sistema de gestión de la calidad para todos los centros de transfusión sanguínea que garantice la realización de ésta de acuerdo con los principios de las buenas prácticas

El abordar esta sección de nuestro servicio de manera prioritaria se debe a la proximidad de entrada en vigor de dicha directiva europea, el próximo día 8 de febrero de 2005

El servicio de Hematología inició en el año 2004 el diseño del plan de gestión de calidad con la formación de grupos de mejora de la calidad, abordando secciones concretas del laboratorio de Hematología y el área clínica. Se planifica para el año 2005 el inicio del proyecto de mejora de calidad dirigido específicamente hacia el Banco de Sangre del Hospital Miguel Servet

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Creación y mantenimiento de sistemas de calidad que abarquen todas las actividades que determinan los objetivos y responsabilidades sobre política de calidad en transfusión sanguínea y aplicarlos recurriendo a medios como la planificación, el control y la garantía de calidad, teniendo en cuenta los principios de las buenas prácticas de elaboración y el sistema de evaluación de la conformidad de la CE
- Instauración de un conjunto de procedimientos de vigilancia organizados de recogida y evaluación de la información sobre efectos o reacciones adversos o inesperados resultantes de la extracción de sangre y sus componentes, con objeto de evitar que se repitan efectos o reacciones semejantes o equivalentes, mejorando así la seguridad de la transfusión mediante unas medidas adecuadas

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

Marcar con (X) en cada línea, la valoración que corresponda al tipo de actuación del 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 situación actual en nuestra comunidad es la de una región deficitaria en sangre con un envejecimiento poblacional, y a la espera de la creación del próximo centro regional de Transfusión. Nuestro hospital realiza diariamente una intensa actividad quirúrgica y esto conlleva un elevado consumo de hemoderivados que hace frecuente la suspensión de intervenciones quirúrgicas ante la escasez de sangre y la solicitud de hemoderivados a otras comunidades autónomas.

Hasta la fecha se ha desarrollado un programa autodonación preoperatoria que funciona a demanda sin una programación adecuada, sin llegar a individualizarse los casos, siendo en ocasiones insuficientes y en otras incluso llega a sobrar sangre.

Las nuevas directrices europeas, diferenciadoras entre centros de transfusión y servicios de transfusión sanguínea, han condicionado el que no se iniciara un plan de mejora de la calidad en el área de donación esperando la transferencia de dicha área al futuro centro regional. Ante la entrada en vigor de las directrices europeas, nos encontramos obligados a iniciar programas de hemovigilancia y sistemas de calidad en nuestro Banco de Sangre.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Formación en la Norma UNE-EN ISO 15189
- Elaboración de documento de suministro de información dirigido a posibles donantes de sangre. Responsable: Dra Recasens y Dr García Erce
- Revisión y reelaboración del documento de criterios de selección de donantes. Responsable: Dra Recasens y Dr Gimeno
- Elaboración de un sistema de vigilancia de almacenamiento, transporte, distribución de la sangre y componentes sanguíneos cumpliendo los requisitos a los que se refiere en la citada directiva aplicando la norma UNE-EN ISO 15189. Responsables: miembros del grupo de mejora de calidad
- Inicio de controles de calidad externos e internos en Banco de Sangre. Responsable: Dr. Lucía
- Elaboración de Manual de Calidad. Responsables: miembros del grupo de mejora de calidad

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Realización de controles de calidad internos y externos en Banco de Sangre
- Elaboración de protocolos de trabajo y posterior evaluación mediante la realización de auditorías internas

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Enero 2005

Fecha de finalización: Enero 2006

Calendario:

- Formación en la Norma UNE-EN ISO 15189 durante todo el año 2005
- Primer trimestre:
 - Elaboración de documento de suministro de información dirigido a posibles donantes de sangre.
 - Revisión del documento de criterios de selección de donantes
 - Inicio de controles de calidad externos e internos en Banco de Sangre
- Segundo trimestre:
 - Elaboración de Manual de Calidad. Responsables: miembros del grupo de mejora de calidad
- Tercer trimestre:
 - Elaboración de un sistema de vigilancia de almacenamiento, transporte, distribución de la sangre y componentes sanguíneos cumpliendo los requisitos a los que se refiere en la citada directiva aplicando la norma UNE-EN ISO 15189.

Zaragoza, 14 de enero de 2005

Dra Recasens

Dr Giralt