

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 2_2006

045_2006 "Mejora de la atención sanitaria de los pacientes con insuficiencia cardiaca" del CS San Pablo	Pág. 3 a 7
048_2006 "Propuesta de mejora de la calidad de la consulta de enfermería en el Centro de Salud de la Fuentes Norte"	Pág. 8 a 12
052_2006 "Efectividad del Consejo de Enfermería en el abordaje de la obesidad y el sobrepeso en la infancia y adolescencia" del CS Torrero-La Paz	Pág. 13 a 19
053_2006 "Mejora del Plan Terapéutico y Farmacológico en los pacientes que usan la cartilla de largo tratameitno en el Centro de Salud Torrero-La Paz"	Pág. 20 a 26
116_2006 "Mejora de la asistesncia de los trastornos depresivos y por ansiedad: un programa piloto coordinado entre Atención Primaria y Salud Mental" del Centro de Salud Torrero-La Paz	Pág. 27 a 32
187_2006 "Programa de mejora de la accesibilidad y seguimiento del paciente inmigrante menor de 18 años de edad. Atención a la mujer inmigrante embarazada (act.36)" del CS Almozara	Pág. 33 a 40
003_2006 "Control de Servicios moros de historias clínicas" del H.U.M.S.	Pág. 41 a 45
019_2006 "Programa de desarrollo integrado de una vía clínica de diagnóstico y tratamiento de síndromes linfoproliferativos malignos" del H.U.M.S.	Pág. 46 a 50
020_2006 "Aplicación de gestión de la calidad para acreditación por el Comité de Acreditación de Transfusión Nacional (CAT) del Sersvicio de Transfusión Sanguínea del H. U. Miguel Servet"	Pág. 51 a 56
024_2006 "Curso de reanimación cardiopulmonar básica dirigido a los familiares de los pacientes en riesgo de muerte súbita extrahospitalaria como medida de mejora de atención al paciente" del H.U.M.S.	Pág. 57 a 61
025_2006 "Contribución del Equipo de Enfermería a la Mejora de la continuidad de cuidados en Salud Mental" del H.U.M.S.	Pág. 62 a 65
037_2006 "Elaboración de Manual de procedimientos de acceso a la asistencia de los pacientes en el Sector Zaragoza II" del H.U.M.S.	Pág. 66 a 69
039_2006 "Instauración de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio en la Residencia General Miguel Servet"	Pág. 70 a 74
041_2006 "Mejora de la gestión de la calidad del Servicio de Anatomía Patológica del H.U. Miguel Servet a través de la acreditación según la Norma UNE-EN ISO 15189, en el Área de Inmunohistoquímica"	Pág. 75 a 81
043_2006 "Mejora del sistema de control de los medicamentos estupefacientes en el H. Miguel Servet"	Pág. 82 a 87
066_2006 "Mejora de la utilización y control terapéutico de la insulino terapia en los pacientes hospitalizados con diabetes mellitus e hiperglucemia" del H.U.M.S.	Pág. 88 a 94
067_2006 "Mejora de la efectividad de los procesos y comunicación con clientes internos y externos" del H.U.M.S."	Pág. 95 a 99
068_2006 "Acreditación de la Unidades Metales del Servicio de Bioquímica Clínica del H.U.M.S. en las determinaciones de los metales: Al, Pb, Se,Cu, Zn, por ENAC según la Norma UNE-EN ISO 15189 y desarrollo e implementación de un sistema documental de gestión de la calidad global para el Servicio de Bioquímica"	Pág. 100 a 106
069_2006 "Aplicación de mejoras de calidad en las pruebas de esfuerzo convencionales ecocardiografías de estrés y otras pruebas de inducción de isquemia cardiaca con tres líneas de actuación" del H.U.M.S.	Pág. 107 a 114
070_2006 "Desarrollo de un proceso sistemático de mejora del Servicio de Neurología del H.U. Miguel Servet que permita su acreditación como Servicio de referencia por la Sociedad Española de Neurología"	Pág. 115 a 119
071_2006 "Influencia de la valoración de los pacientes neurológicos pendientes de ingreso en la Unidad de Urgencias por los facultativos del Servicio de Neurología" del H.U.M.S.	Pág. 120 a 127
072_2006 "Implantación de un programa de mejora continua en la prevención, detección y cuidado del paciente con delirium en el Hospital" del H.U.M.S.	Pág. 128 a 137
104_2006 "Valoración geriátrica en los Servicios de Medicina Interna (parte 1)" del H.U.M.S.	Pág. 138 a 141
105_2006 "Implantación de un programa de Atención Específica a los pacientes con enfermedades autoinmunes sistemáticas (EAIS) del Servicio de Medicina Interna del H.U.M.S."	Pág. 142 a 145

106_2006 "Mejora de la gestión de la calidad del Servicio de Microbiología a través de la acreditación, según la Norma ISO 15189 de un Sección del mismo " del H.U.M.S	Pág. 146 a 151
110_2006 "Proyecto TRIAMAR: Tratamiento de Repercusión Farmacológica y/o mecánica de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en Aragón. Coordinación interdisciplinaria y desarrollo de aplicaciones para evaluar la asistencia" del H.U.M.S	Pág. 153 a 157
114_2006 "Elaboración y actualización de Protocolos de patología prevalente y mejora de información al paciente en la Unidad de Urgencias de Pediatría del Hospital Infantil" del H.U.M.S	Pág. 158 a 164
115_2006 "Mejora de la eficiencia de la actividad asistencial desarrollada en el Hospital de Día de Urgencias de Pediatría mediante el Registry Codificación Diagnóstica" del H.U.M.S	Pág. 165 a 170
122_2006 "Fractura de fémur proximal de origen osteoporótico en ancianos mayores de 75 años: abordaje ortogeriatrico" del H.U.M.S	Pág. 171 a 175
124_2006 "Guía para el cuidado del paciente anciano con dependencia en el Sector II" del H.U.M.S	Pág. 176 a 180
128_2006 "Mejora de la calidad de derivación Atención Primaria/Atención Especializada en las Consultas de Dermatología del Área de influencia del H.U.Miguel Servet"	Pág. 181 a 187
129_2006 "Proyecto de mejora de la asistencia de la primera crisis epiléptica" del H.U.M.S	Pág. 188 a 192
130_2006 "Programa de mejora de calidad en la asistencia a los pacientes con agudización asmática en el Servicio de Urgencia" del H.U.M.S	Pág. 193 a 201
145_2006 "Ampliación del Proyecto de mejora de la asistencia del infarto agudo de miocardio en el Servicio de Urgencias (Act. 94)" del H.U.M.S	Pág. 202 a 206
146_2006 "Proyecto de mejora de la asistencia del ictus en el Servicio de Urgencias" del H.U.M.S	Pág. 207 a 212
179_2006 "Aplicación de la autoevaluación de un modelo de gestión de la calidad (EFQM) en el Servicio de Obstetricia del H.U.M.S. Modelización para su utilización en servicios clínicos"	Pág. 213 a 217
181_2006 "Aplicación de la gestión por procesos al manejo del carcinoma colorrectal. Diseño e implantación del subproceso de diagnóstico y estadificación en régimen ambulatorio" del H.U.M.S	Pág. 218 a 224
182_2006 "Realización de las punciones foliculares con anestesia general de forma ambulatoria (Protocolo de CMA)" del H.U.M.S	Pág. 225 a 228
184_2006 "Reducción de la tasa de cesáreas en posiciones anómalas fetales" del H.U.M.S	Pág. 229 a 232
185_2006 "Adecuar y mejorar el control del bienestar fetal intraparto" del H.U.M.S	Pág. 233 a 237
188_2006 "Mejorar el manejo clínico-asistencial de la gestante y recién nacido con malformaciones congénitas" del H.U.M.S	Pág. 238 a 242
192_2006 "Desarrollo de un programa interniveles de información colectiva y consentimiento informado de analgesia en el parto, como cartera de servicios en los Sectores I y II" del H.U.M.S	Pág. 243 a 250
195_2006 "Optimización de derivación de patología músculo-esquelética a las consultas de reumatología. Criterios de derivación desde Atención Primaria (Act. 114)" del H.U.M.S	Pág. 251 a 256

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **MARISA SAMITIER LERENDEGUI**

Profesión

MEDICA

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

C.S. SAN PABLO

Correo electrónico:

marisasamitier@telefonica.net

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 469 106

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Natividad Castro	Médica	C.S.San Pablo
Mercedes Eguiluz Lopez	Médica	C.S.San Pablo
Ana Sarsa	Médica	C.S. San Pablo
Elena Arrillaga	Enfermera	C.S. San Pablo
Mercedes Abancens	Enfermera	C.S. San Pablo
Celia Almonacid Foich	MIR 3º	C.S. San Pablo

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La insuficiencia cardiaca (IC) es en la actualidad el único de los grandes síndromes cardiovasculares cuya incidencia se encuentra en aumento a causa del envejecimiento progresivo de la población y de la mayor supervivencia de los pacientes con cardiopatía isquémica. Su prevalencia en la población general se estima entre el 0,5% y el 2% y asciende al 6% en los mayores de 65 años, e incluso a más del 10% en mayores de 75 años. En los últimos 15 años, la prevalencia de IC se ha duplicado y seguirá esta tendencia en los próximos años.

La mortalidad global de este síndrome es de un 50% a los 5 años del diagnóstico inicial y se ha modificado poco en estos últimos años a pesar de los avances en el tratamiento médico. Los pacientes tratados de forma adecuada con criterios de evidencia no alcanzan el 50%, sólo en aproximadamente una tercera parte de los pacientes se ha realizado un ecocardiograma en la valoración inicial de la IC, la infrutilización de la ecocardiografía en el diagnóstico dificulta la detección de estos pacientes y, por tanto, el tratamiento adecuado. Por esto la IC es un síndrome donde se hace imprescindible una buena coordinación entre niveles asistenciales, con el cardiólogo y con el hospital de referencia.

La IC no debe ser un diagnóstico final, ya que siempre acompaña a una enfermedad de base como la HTA y cardiopatía isquémica, patologías muy prevalentes en el medio de la atención primaria, lo que nos pone en una situación privilegiada para que con un correcto manejo y tratamientos adecuados influyamos en el pronóstico de la propia IC.

Utilizando el método de priorización según criterios de: prevalencia, gravedad, oportunidad de mejora reales en el seguimiento de la IC, existencia de evidencias científicas y mejora de la coordinación con otros niveles asistenciales se priorizó la realización de este proyecto por consenso de los profesionales del equipo de atención primaria

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- CRITERIO Dº CLINICO DE I.C. CUMPLEN 26 (65%)
- CRITERIO ECOCARDIOGRAMA CUMPLEN 27 (67,5%)
- CRITERIO CLASIFICACION FUNCIONAL CUMPLEN 10 (25%)
- CRITERIO TRTO CON IECA CUMPLEN 23 (57,5%)
- CRITERIO TRTO CON B-B CUMPLEN 9 (22,5%)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **MEJORAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA**
- **PREVENCION DE LOS FACTORES AGRAVANTES.**
- **MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON IC.**

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Evaluación de historias clínicas.**
- **Revisión y adaptación de GPC de IC.**
- **Reunión con cardiólogos de referencia para establecer el circuito asistencial.**
- **Presentación al equipo en sesión formativa la GPC adaptada remarcando las evidencias científicas que se hayan encontrado en la literatura y en sesión informativa el circuito asistencial que se haya establecido con cardiología.**
- **Re-evaluación de historias clínicas a los seis meses de la implementación de la GPC y del circuito asistencial.**

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

Se evaluarán de forma retrospectiva las historias clínicas, a través del OMI, a los seis meses de la presentación de la GPC y de la sesión formativa, los indicadores que se van a utilizar:

- **Nº de pacientes con IC que tengan registrados los criterios de diagnóstico de Framingham / Total de pacientes con IC**
- **Nº de pacientes con IC clasificados según la NYHA/Total pacientes con IC**
- **Nº de pacientes con IC remitidos para ecocardiografía/Total pacientes con IC**
- **Nº de pacientes con IC en tratamiento con IECA a dosis adecuadas/Total pacientes con IC**
- **Nº de pacientes con IC en trto con b-bloqueantes a dosis adecuadas/total de pacientes con IC**

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-06

Fecha de finalización:

Calendario:

- ✓ 2ª Evaluación de historias clínicas. Febrero-06
- ✓ Reunión con todos los profesionales del EAP: presentación de los resultados de la evaluación análisis de los resultados y establecer nuevos criterios. Marzo-06
- ✓ Reunión formativa de todo el equipo asistencial. Abril-06
- ✓ Re-evaluación. Septiembre-06

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Es una gran satisfacción comprobar como la población conoce ahora más a los profesionales de enfermería.

Parece importante seguir trabajando por la difusión del trabajo de la Enfermera Comunitaria, no solo en lo referente a la consulta de enfermería como era el objetivo del presente trabajo, sino de toda su labor profesional. Para ello resulta relevante poner en marcha actuaciones que redunden en el conocimiento e identificación de

- La existencia de una Enfermera Comunitaria de referencia.
- El trabajo de enfermería como promotora de cuidados
- Las actividades de prevención, promoción y educación para la salud desarrolladas por enfermería
- El ámbito de actuación de enfermería más allá de la consulta y el domicilio, es decir, la comunidad.
- La atención integral prestada por enfermería a cualquier grupo de población, no sólo a los crónicos y de mayor edad.

Como primer paso se va a editar un folleto informativo dirigido a la población de la zona que recoja la información relativa a las enfermeras del centro, actividades que realizan, servicios que prestan, etc.. Así mismo se contará con un espacio informativo en una revista del barrio para difundir más ampliamente la labor de enfermería y que la comunidad pueda identificar los servicios prestados por su enfermera.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Adjuntamos dossier con los resultados del año 2005.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mayor conocimiento por parte de la población de la enfermera como promotora de cuidados.

Las actividades de prevención, promoción y educación para la salud desarrolladas por enfermería

El ámbito de actuación de enfermería más allá de la consulta y el domicilio, es decir, la comunidad.

La atención integral prestada por enfermería a cualquier grupo de población, no sólo a los crónicos y de mayor edad.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1.-Realización de un díptico informativo	M ^a Luisa Lozano
2.-Difusión del díptico	Amparo Fores
3.-Información en revista de la comunidad	Elisa Lamban
4.-Información a los profesionales de enfermería del Centro	M ^a José Armalé
5.-Encuesta a los usuarios	Rosa Arbiol

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Mediante encuesta a los usuarios:

- Claridad del díptico
- ¿Hay alguna actividad de enfermería en el díptico que usted no conociera?
- Después de leer el díptico va a poder utilizar la consulta de enfermería para otra actividad que antes no conocía?

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:

Caleandario:

	1er trimestre	2º trimestre	3er trimestre	4º trimestre
Realización del díptico				
Difusión a los prof. de enfermería				
Información en la revista del barrio				
Difusión en la comunidad del díptico				
Encuesta a los usuarios				
Evaluación				
Difusión de resultados				

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El equipo seleccionó este tema al considerar de gran importancia la elevada prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en los niños ya que sumando ambas condiciones se estima que la padecen hasta un 25% de los niños. Además la obesidad y el sobrepeso tienen mucha importancia en cuanto a su interacción con otros factores de riesgo cardiovascular como diabetes II, Resistencia a la insulina etc y es además una importante causa de morbilidad desde el punto de vista de la pérdida de autoestima.

Se desconoce por otra parte la eficacia y la efectividad de las actividades destinadas a cambios conductuales en el tratamiento de la obesidad y sobrepeso durante la infancia y la adolescencia

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

.-Evaluación de la efectividad y de la eficiencia del consejo de enfermería: Nutricional, ejercicio físico y cambio de hábitos alimentarios en una actividad ya implantada e implementada pero no evaluada y en las que el equipo está invirtiendo un número considerable de recursos (Tiempo de consulta de enfermería)

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

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

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

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La obesidad y el sobrepeso en la infancia y adolescencia es hoy en día un problema de gran magnitud y prevalencia, alrededor de un 25% entre ambas condiciones y es sobre todo un problema asociado íntimamente con los grandes factores de riesgo cardiovascular que se manifestarán en la edad adulta. La OMS considera la obesidad como una verdadera pandemia. Desde el punto de vista de la actividad de los profesionales dedicados a la salud en la Infancia Adolescencia hay pocos problemas más prioritarios. El abordaje de la obesidad y del sobrepeso pasa por la implantación de medidas educativas y de consejo enfocadas al cambio de comportamientos alimenticios de ejercicio físico de ocio etc. En los que tan importante es el papel de enfermería.

Por otra parte se da la circunstancia que en el Centro de Salud Torrero La Paz se ha implementado desde hace varios años una actividad de Consejo y educación realizada por enfermería enfocada a la corrección de estos hábitos. Pensamos que es importante conocer la efectividad de esta actividad en la que se están invirtiendo una cantidad considerable de recursos (horas de consulta de enfermería). El Equipo de mejora piensa también que si se demostrase que esta actividad es eficiente valdría la pena mejorar las habilidades del personal de enfermería en entrevista motivadora, en técnicas de modificación de comportamientos, Consejo nutricional y de Ejercicio físico.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se pretende realizar una evaluación retrospectiva siguiendo los siguientes criterios:

Tipo de Estudio:

- Estudio retrospectivo de casos y controles
- Descriptivo
- Muestra no Aleatorizada
- Ambito: Atención Primaria. Centro de Salud Urbano en Zaragoza capital

-Casos: Niños incluidos en Consulta programada de Enfermería correspondientes a dos cupos de pediatría que trabajan con la misma enfermera

-Controles: Niños de otro centro de atención primaria de características similares con los mismos criterios de sobrepeso correspondientes a otro cupo de pediatría en el que no se hace programa de obesidad. Puede darse consejo pero no de forma estructurada y no se hace un seguimiento sistemático.

-Definición operativa de sobrepeso y obesidad: IMC>P85 para su edad y sexo.

-Criterios de Inclusión: Incluidos en registro de OMI con diagnóstico de Engordar T 7, Exceso de Peso T82, Incremento de Peso T7, Querer Peder Peso T8, Peso o sobrepeso T82, Obesidad T82

Selección de casos : Registrado 95 niños asignados a una enfermera

Criterio : IMC>P85 Con más de seis meses de seguimiento en consulta de enfermería.

-Excluidos: Por error en clasificación diagnóstica o por no seguimiento: 39. Total: 56

Datos a recoger por casos y controles :

Identificación, Sexo, Edad, IMC en la primera visita registrada como sobrepeso u obesidad IMC1, IMC en la última visita registrada como sobrepeso u obesidad IMC2. Incremento IMC2-IMC1, Perdedores de Peso: Incremento negativo / Ganadores de peso: Incremento positivo

Intervención de Enfermería:

- Consejo sobre Dieta mediterránea
- Consejo sobre moderación de la ingesta
- Consejo sobre ejercicio físico: 1 h al día mínimo
- Consejo sobre moderación en TV /Consolas < 2 horas /d
- Seguimiento mensual en consulta de enfermería programada
- Administración de refuerzo positivo por perder peso

9.-INDICADORES EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Datos a recoger por casos y controles :

Identificación, Sexo, Edad, IMC en la primera visita registrada como sobrepeso u obesidad IMC1 , IMC en la última visita registrada como sobrepeso u obesidad IMC2 .
Incremento IMC2-IMC1, Perdedores de Peso: Incremento negativo y Ganadores de peso: Incremento positivo

SISTEMATICA PARA LA RECOGIDA DE DATOS:

1.Buscar en OMI-EST los epígrafes: Engordar T7, Exceso de Peso T82,Incremento de Peso T7,Querer Peder Peso T8,Peso o sobrepeso T82,Obesidad T82

2.-Excluir si el IMC es < P85 o si el seguimiento es < 6 meses o si el diagnóstico no es el correcto. Excluir si se incluye en un programa o actividad específico de seguimiento o tratamiento de sobrepeso-obesidad. No se excluirá si sólo ha recibido consejo nutricional en las revisiones de salud

3.-Registrar en base de datos de excel con decimales separados por PUNTOS
los datos: Edad, Sexo, IMC1,IMC2

IMC1: Es el índice de masa corporal de al primera visita definida como sobrepeso bien como episodio propio bien en Actividades preventivas

IMC2: Es el índice de masa corporal de la última visita de Actividades preventivas o de sobrepeso

4.Registrar la edad en años + meses/12 y el Seguimiento en años+meses/12

5.EAP (Equipo de Atención Primaria): Poner C (control) o I (Intervención) según pertenezca a uno u otro grupo

6.Tipo (Perdedor o Ganador de Peso): se pone P en los que pierdan IMC2-IMC1 con resultado negativo y G en los que resulte positivo el resultado.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Marzo de 2006

Calendario: Evaluación de Casos Enero 2006 y Evaluación de Controles Febrero 2006

Análisis de datos y conclusiones: Marzo 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
Báscula tallímetro (modelo adulto) con precisión suficiente Para 100 grs	700
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
700	

Fecha y firma:

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La prescripción de tratamientos en enfermedades crónicas y el sistema de prescripción en el Sistema Nacional de Salud, generó un volumen de trabajo para la tarea de realizar las recetas que tenía una importante repercusión en el tiempo de los sanitarios.

Para minimizar este problema, se crearon las Cartillas de Largo Tratamiento, para llevar a un circuito exclusivamente burocrático, este trabajo. Las CLT han posibilitado una mejora del tiempo dedicado a la asistencia. Pero las CLT han generado a su vez un problema de dejación o abandono, que llevaron a una dificultad en realizar una correcta labor de seguimiento y control de estas recetas.

Con la informatización de las consultas, este sistema de prescripción se mecanizó y los programas informáticos incorporaron prescripciones repetidas informatizadas de tipo crónico o a demanda.

Conscientes de esta situación, y de la importancia que esta situación tenía (en posibles interacciones farmacológicas entre los medicamentos incluidos, en la revisión de las CLT, en criterios económicos por las recetas no controladas, etc.), se priorizó este problema en las reuniones celebradas en el año 2002., lo que supuso la presentación en el año 2003 del primer proyecto de mejora.

Además existen situaciones expresadas por pacientes, que no quieren tener la CLT porque les supone la realización de 2 trayectos al Centro de Salud. Estos pacientes vienen a la consulta medica o de enfermería solo por la medicación, pero con el fin de obtener las recetas en un solo viaje.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Desde 2003 se han realizado varias actividades dirigidas a mejorar la Cartilla de Largo Tratamiento.

1. Se modificó el formato de la CLT y se propuso, la introducción de las CLT y de las recetas obtenidas, en una bolsa de plástico transparente con cierre. Esto permite devolver las CLT y las recetas sin necesitar que los administrativos tengan contacto con dichas recetas.

2. Se ha mecanizado la practica totalidad de las CLT, estando todas con una

homogeneidad de datos: Nombre legible de los fármacos, presentación, dosis, etc.

3. Se ha realizado una labor de búsqueda de interacciones farmacológicas entre los tratamientos de larga duración. Las pocas interacciones importantes se han notificado para su corrección.

4. Los problemas detectados en las CLT (duplicaciones de fármacos, fármacos no actualizados, etc.), igualmente se han notificado a los médicos prescriptores para su conocimiento y corrección.

5. En el último año, se vio la necesidad de incorporar más prescripciones crónicas al total de las prescripciones. El sistema informático permite la generación de recetas repetidas mediante el sistema de demanda y el de crónicas. El utilizado en la casi totalidad de la gestión de las CLT es el sistema de demanda. Este sistema, permite generar las recetas del total de las indicadas como de largo tratamiento, según se pide. La fecha de la receta es la del día de la emisión de la receta, y normalmente se hacen las que se consideran necesarias para un periodo de uno o dos meses. El sistema de prescripciones crónicas es un sistema que permite la generación e impresión de recetas de una manera "matemática". Emite las recetas necesarias hasta la próxima visita contabilizando cuando se acaba el envase, de acuerdo a su contenido y a la posología. Permite una emisión de recetas con fechas diferentes y se puede establecer periodos más largos de visita de control. Tiene el inconveniente de ser un sistema muy rígido y de dificultar algunas prescripciones de posología variable (inhaladores, analgésicos, etc. "A demanda").

6. En el último ejercicio en el que nos planteamos incorporar algunas prescripciones de tipo crónico, ha habido problemas para llevarlas a cabo: reuniones poco numerosas, problemas por el tiempo que este cambio supone en las consultas, dificultades de prescripción, etc. Sin embargo si que se ve que puede ser una herramienta beneficiosa.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Incorporar prescripciones del tipo crónicas en las prescripciones de repetición.
2. Mejorar accesibilidad de los usuarios, al precisar menos viajes al Centro de salud por medicaciones.
3. Mayor satisfacción de los usuarios.
4. Mayor control de las prescripciones crónicas.
5. Incrementar algunas prescripciones repetidas que actualmente vienen a consultas solo por la medicación. Sacarlas del circuito asistencial.

Anexo 1	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD		
Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD		
Líneas de intervención	<i>Ejemplo</i>	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	25%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	20%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	35%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	20%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Realizar reuniones con el personal de enfermería y medicina para informar y resolver dudas de este método de prescripción.
2. Realizar citaciones a los pacientes que expresan que no quieren hacer dos viajes al Centro de Salud en consulta medica o de enfermería.
3. Realizar la prescripción en modo crónico, generar el modelo de prescripción en el ordenador, la secuencia de recetas y generarlas para un tiempo determinado (3 – 6 meses).
4. Realizar citación en la consulta de enfermería en la fecha que el ordenador gestiona para un nuevo paquete de recetas.
5. Realizar control en esa visita de adhesión al tratamiento, constantes, cambios en las recetas, etc.
6. Dar una CLT como instrumento de control.

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. Realizar un registro manual de CLT bajo el epígrafe de crónicas que cada cupo realiza.
2. Realizar una encuesta de opinión y satisfacción de los usuarios tras la implantación del programa.
3. Cuantificar numero de visitas realizadas en 2005 en consulta medica y de enfermería y a lo largo de 2006.
4. Detectar problemas que el personal sanitario encuentre al aplicar este sistema.

Anexo 1	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

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 2006	Fecha de finalización: 01 Febrero 2007
<p>Calendario:</p> <p>Febrero 2006 Realización de reuniones con enfermería y con médicos sobre la bondad del programa. Resolver las dudas. Indicar el generar un registro individual de dichas CLT.</p> <p>Abril 2006. Nueva reunión para ver si se ha iniciado en todos los cupos. Numero de pacientes incluidos.</p> <p>Octubre 2006: Nueva reunión para identificar la situación en el momento. Hacer correcciones si es preciso.</p> <p>Enero 2007: Evaluación de los indicadores:</p> <p style="padding-left: 40px;">Numero total de pacientes incluidos en el plan. (Objetivo 80 pacientes en 2006)</p> <p style="padding-left: 40px;">Numero de visitas de cada paciente en 2005 y en 2006. Diferencia entre numero visitas en 2005 y 2006.</p> <p style="padding-left: 40px;">Realización de una encuesta sencilla de satisfacción a una muestra de los pacientes incluidos en el plan.</p>	

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

MÉDICO PSIQUIATRA

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

UNIDAD SALUD MENTAL TORRERO-LA PAZ

Correo electrónico:

ficaro@comz.org;

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-253621

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
José Angel Martínez Milian	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
Esther Ollero Gómez	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 situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

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 (cerca 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 Atención 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 OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- Participación e implicación en el programa de dos equipos de atención primaria y de los equipos de salud mental referentes.
- Consenso sobre las necesidades de formación para la mejora de la asistencia psiquiátrica en atención primaria.
- Mejora del conocimiento de las guías internacionales de tratamiento de la depresión y ansiedad y de los tratamientos basados en la evidencia.
- Consenso sobre los criterios de gravedad para la derivación a Salud Mental.
- Consenso sobre los criterios de priorización en la derivación a Salud Mental.
- Acuerdo sobre la necesidad de disponer de un espacio de coordinación MAP-psiquiatra al margen de la participación en las Sesiones Clínicas del centro, para mejorar la información y asistencia de los pacientes con gravedad o complejos.
- Acuerdo sobre la utilización de la Inteconsulta telefónica para resolver dudas y problemas clínicos, mejorando la asistencia y evitando derivaciones no necesarias.
- Realización de un instrumento "hoja de control del proceso de derivación y asistencia psiquiátrica" que valora derivación y devolución, y que monitorizará el programa.
- Acuerdo y realización de material escrito divulgativo de apoyo para el manejo de los casos en los E.A.P.

6.- 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 E.A.P. tras valoración y/o asistencia del episodio agudo en S. Mental.

Mejor utilización de la asistencia psiquiátrica en S. Mental.

Mejorar la valoración de caso en E.A.P., la comunicación de la información clínica relevante y la coordinación con S. Mental también en la asistencia del resto de trastornos psiquiátricos

En resumen, se pretende desarrollar un instrumento y un método de trabajo que disminuya la variabilidad en la asistencia a estos trastornos y que incluya criterios de derivación y de priorización de los enfermos.

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

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

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

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-Norte (vinculado al Centro de Salud Fuentes-Norte y al CS Torreramona).

Se realizará la intervención con los E.A.P. Fuentes Norte y Torrero.

Grupo de mejora compuesto por los responsables del proyecto y representantes de los E.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.

Comparación con los datos preintervención, tras revisión de historias (responsable del proyecto y personal en formación)

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

Desarrollo de plan de formación y actualización en técnicas diagnósticas y terapéuticas, formación continuada, por parte de psiquiatra referente y coordinador de docencia de los EAP.

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 realizara valoración de la “hoja de control del proceso” con análisis periódico por centro y por facultativo con el objetivo de valorar tendencias de mejora.

Se analizará, a través de la historia de la historia clínica, la población atendida en EAP y SM por trastornos de ansiedad y depresión en el año previo a la intervención y tras el programa de intervención.

Evaluación de los resultados parciales y propuesta de opciones de mejora a los largo de la realización del proyecto.

Evaluación de la satisfacción de los profesionales a la finalización del programa de mejora.

Indicadores (2):

1.- Derivación adecuada: Las derivaciones de casos de depresión y ansiedad a atención especializada son pertinentes, es decir, cumplen con las recomendaciones y criterios acordados.

Número de pacientes depresión y ansiedad
con derivación adecuada según consenso y guías

número total de pacientes depresión y ansiedad derivados

2.- Derivación de calidad: Las hojas de derivación de casos de depresión y ansiedad informan adecuadamente del estado clínico de los pacientes y del nivel de priorización solicitado.

Numero de derivaciones con contenidos adecuados

Número de derivaciones

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: enero 2006

Fecha de finalización: enero 2007

Calendario:

Enero 2006: inicio del trabajo de campo; puesta en marcha de la "hoja de control del proceso" de valoración de la derivación y devolución de pacientes; continuación de la formación continuada a los EAP; inicio de las reuniones de coordinación de MAP y psiquiatras referentes.

Abril 2006: evaluación de los primeros datos y reunión equipo de mejora; devolución a los EAP

Enero-abril 2006: revisión de la historia clínica de los pacientes atendidos en 2005 para valoración de datos asistenciales previos a la intervención.

Septiembre 2006: nueva evaluación de la evolución del programa por el equipo de mejora; devolución a los EAP

Enero 2007: finalización del programa; evaluación final del programa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

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

ACTUALIZACIÓN PARA EL AÑO 2006:

- MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD
- ATENCIÓN A LA MUJER INMIGRANTE EMBARAZADA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Clara Maria Pueyo Salavera

Profesión: Médico de Equipo de Atención Primaria

Centro de trabajo: C. S. Almozara, Zaragoza.

Correo electrónico: ebajadora@meditex.es

Teléfono y extensión del Centro de trabajo: 976 43 16 21

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
Belen Mora	Matrona	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", la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información.....

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 más 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.

ACTUALIZACIÓN:

Durante el año 2005 nos hemos acercado a la realidad del inmigrante en nuestro medio, hemos captado casi a la totalidad de los menores, y hemos contactado con sus madres, conociendo más profundamente sus necesidades en salud y sus desigualdades socioculturales en relación al país de origen y, por todo ello, creemos necesario continuar con el desarrollo del programa en el menor de edad y priorizar también una situación que va íntimamente unida, como es la de la mujer embarazada.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Desde que fue admitido este proyecto, en julio de 2005, se ha venido desarrollando en nuestro Centro de Salud, en relación a los objetivos planteados y, aunque esta todavía llevándose a cabo, se ha captado y registrado a todos los inmigrantes menores de edad, se les esta evaluando individualmente y, una vez conocidas las carencias mas llamativas, hemos programado los talleres de promoción de salud para febrero de 2006.

Con fecha de 30- Noviembre podemos entregar estos resultados de los indicadores de evaluación :

Indicador de calidad de captación.

- i. Valor de partida: en la actualidad no existe ningún registro específico de IME.
- ii. Nº de pacientes IME registrados x 100 / nº de IME registrados en la base de datos del programa de tarjeta sanitaria individual del Centro de Salud Almozara.
- iii. Fuente de datos: SICAP.
- iv. Nivel deseado de cumplimiento: 50%

$$\frac{280 \times 100}{280} = 100$$

Nivel de cumplimiento 100%

Indicador de la calidad de derivación.

- i. Valor de partida: en la actualidad no existe ningún registro específico de IME.
- ii. Nº de pacientes de IME derivados a pediatría –medicina de familia x 100 / Nº de IME.
- iii. Fuente de datos: SICAP
- iv. Nivel deseado de cumplimiento: 50%

$$\frac{280 \times 100}{280} = 100$$

Nivel de cumplimiento 100%

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La actualización del Proyecto de Mejora de Calidad pretende continuar con la captación y seguimiento de los inmigrantes menores de 18 años e iniciar la captación de las mujeres inmigrantes gestantes, 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:

MENOR DE 18 AÑOS:

- 1) Captar en el Servicio de Admisión a los menores de 18 años
- 2) Derivar a estos pacientes a Pediatría o Medicina Familia
- 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.

MUJER EMBARAZADA:

- 1) Captar en las consultas de Medicina de Familia a todas las mujeres inmigrantes embarazadas
- 2) Derivarlas a la consulta de la Matrona del centro de salud
- 3) Protocolizar las revisiones en las consultas de Medicina de Familia y en las de la Matrona
- 4) Detectar situaciones de riesgo en la gestación
- 5) Abordar las situaciones de riesgo
- 6) Desarrollar actuaciones de Promoción y de Educación para la salud

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

MENOR DE EDAD

1. Incluir en la base de datos a todos los nuevos inmigrantes menores de edad que se capten.
2. Se registrará el país de procedencia, datos culturales y situación de escolarización.
3. Continuar con el protocolo de citación telefónica.
4. Continuar con el protocolo de revisiones en Consulta de Enfermería, Pediatría y Medicina Familiar.
5. Desarrollar un taller piloto de promoción de salud específico para emigrantes, dirigido a niños mayores de 12 años (adolescentes) y madres.

MUJER EMBARAZADA

1. Desarrollar un protocolo de derivación a la consulta de Matrona
- 2.** Desarrollar protocolo de revisión en consulta de Matrona y de Medicina de Familia
- 3.** Definir situaciones de riesgo en la gestante
- 4.** Desarrollar talleres de Promoción y de Educación para la Salud en la embarazada

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

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:

INDICADORES PARA EL MENOR DE EDAD:

- Indicador de calidad de captación del IME.
- Indicador de calidad de derivación del IME.

Indicador de calidad de captación.

- v. Valor de partida: 280 IME.
- vi. N° de pacientes IME registrados x 100 / n° de IME registrados en la base de datos del programa de tarjeta sanitaria individual del Centro de Salud Almozara.
- vii. Fuente de datos: SICAP.
- viii. Periodo de observación 12 meses tras el inicio del programa.
- ix. Nivel deseado de cumplimiento: 50%.
- x. Responsable de la obtención de datos: admisión (Yolanda Soria, Etefvina Alonso).
- xi. Primera medición: junio-2006.
- xii. Segunda medición: noviembre-2006.

Indicador de la calidad de derivación.

- v. Valor de partida: 280 IME.
- vi. N° de pacientes de IME derivados a pediatría –medicina de familia x 100 / N° de IME.
- vii. Fuente de datos: SICAP.
- viii. Periodo de observación: 12 meses tras el inicio del programa.
- ix. Nivel deseado de cumplimiento: 50%.
- x. Responsable de la obtención de datos: ATS (Julia Pérez), médico (Nieves Navas. Pilar Bueno).
- xi. Primera medición: junio-06.
- xii. Segunda medición: noviembre-06

INDICADORES PARA LA MUJER EMBARAZADA:

- Indicador de calidad de captación de la Mujer Embarazada (ME).
- Indicador de calidad de derivación de la ME.

Indicador de calidad de captación.

- xiii. Valor de partida: en la actualidad no existe ningún registro específico de ME.
- xiv. N° de ME registradas/ N° total de ME * 100.
- xv. Fuente de datos: Consulta de Medicina Familiar.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

- xvi. Periodo de observación: 12 meses desde el inicio del programa.
- xvii. Nivel deseado de cumplimiento: 40%
- xviii. Responsable de la obtención de datos: admisión (Nieves Navas. Sara Iglesia).
- xix. Primera medición: junio-2006.
- xx. Segunda medición: noviembre-2006.

Indicador de la calidad de derivación.

- xiii. Valor de partida: en la actualidad no existe ningún registro específico de ME.
- xiv. N° de ME derivadas a matrona x 100 / N° de ME registradas.
- xv. Fuente de datos: consulta de Matrona
- xvi. Periodo de observación 12 meses desde comienzo del programa
- xvii. Nivel deseado de cumplimiento: 80%.
- xviii. Responsable de la obtención de datos: Belen Mora, Clara Pueyo.
- xix. Primera medición: junio-06.
- xx. Segunda medición: noviembre-06

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: 2º trimestre 2006 Fecha de finalización: 2º trimestre 2007

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
Captación y evaluación del IME	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Captación de la paciente inmigrante embarazada	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diseño de la atención a la ME	■	■										
Protocolización de la derivación de la ME			■									
Evaluación de ME				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diseño de los talleres de promoción de salud				■	■	■						
Desarrollo de Talleres							■	■	■	■	■	
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 (2006)
---------	--

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
Material/Servicios	Euros
<i>Ordenador portatil</i>	1200
<i>Organización y desarrollo de Talleres de promoción y educación para la salud en la Mujer Gestante (total 5 talleres a 150 euros cada uno)</i>	750
TOTAL	1950

Fecha y firma: Zaragoza, a 11 de enero de 2006.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONTROL DE SERVICIOS MOROSOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MIGUEL MORENO VERNIS

Profesión

MÉDICO – JEFE DE UNIDAD

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

Sº DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y ARCHIVOS DE H.U.M.S.

Correo electrónico:

plorente@salud.aragon.es - mmorenov@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976472370 . ext.244 – 976765550 ext.2562

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
Mª JOSÉ GUILLÉN BELLA	AUX. ADMVO.	H.U.MIGUEL SERVET
DOLORES GORRIZ FORTANETE	AUX. CLINICA	H.U.MIGUEL SERVET
MERCEDES VALLESPIN 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
CONCEPCIÓN LAHUERTA HERNÁNDEZ	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
Mª 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
PURIFICACIÓN LORENTE GORDO	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
M ^a JESÚS ARTERO GIL	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
ANA M ^a BERGES MARTÍNEZ	AUX. ADMVO.	C.M.E. GRANDE COVIÁN
M ^a ISABEL CORTES EZQUERRA	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, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Seguimos pensando este año que es un buen proyecto de mejora para los cuatro archivos existentes en H.U.M.S. y C.M.E.s, profundizando en los objetivos planteados en el año anterior de detección y disminución del porcentaje de servicios morosos.

Se ha ido consiguiendo que en los distintos servicios a los que realizamos préstamos de historias se conciencien de un buen uso de la historia clínica, haciendo la devolución de las mismas en menores plazos de tiempo.

En lo que respecta a nuestro Servicio hemos ganado eficacia en el trabajo diario, depuramos los fallos de recuperación de historias que podamos tener al aumentar el grado de implicación del personal del archivo; y credibilidad respecto al resto de servicios, al tener un mayor control sobre la documentación clínica.

El objetivo final y más importante sigue siendo que la historia clínica esté siempre en el lugar que se necesita, sea consulta, planta de hospitalización, atención al paciente, evaluación de calidad, docencia, investigación...

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

INDICADOR 1: % DE HISTORIAS NO RECUPERADAS Y ARCHIVADAS EN SU SITIO

	FEBRERO	MAYO	SEPTIEMBRE
C.M.E. RAMÓN Y CAJAL:	41 %	26 %	64 %
C.M.E. SAN JOSÉ	28 %	35 %	52 %
C.M.E. GRANDE COVIÁN	52 %	63 %	67 %

INDICADOR 2: % DE HISTORIAS DEVUELTAS 15 DIAS DESPUÉS DE ENVIAR NOTIFICACIÓN A CONSULTAS

	FEBRERO	MAYO	SEPTIEMBRE
C.M.E. RAMÓN Y CAJAL:	73%	65%	64%
C.M.E. SAN JOSÉ	44%	42%	37%
C.M.E. GRANDE COVIÁN	38%	54%	52%

En el H.U.M.S. se modificó el calendario previsto debido al volumen de historias que aparecían como morosas (8.143 historias).

De la primera revisión se objetivó que un 70% de las historias estaban en su sitio y se pudieron borrar de la base de datos, además de depurar con informática los múltiples fallos derivados de la implantación del H.I.S. en el año 1999 y la entrada masiva de datos que hubo que realizar por parte de una empresa externa en ese año.

Se mandaron comunicaciones a los Jefes de Servicio, Enfermería y Asuntos Generales (secretarías), solicitando su colaboración en el proyecto, reclamándoles aquellas historias que seguían figurando como prestadas a los distintos servicios.

Una vez enviadas las listas y recibidas las contestaciones, el resultado de la actividad redujo a 1850 historias que quedarían pendientes de revisar.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Seguir reduciendo el número de dossieres extraviados.
- Mejorar los porcentajes de los dos indicadores seleccionados
- Aumentar la formación de los profesionales del archivo en los circuitos de gestión, préstamo y recuperación de la documentación que se solicita por distintos motivos.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En los C.M.E.s seguiremos haciendo un análisis trimestral, con el mismo método seguido el año pasado. Además, haremos un seguimiento más minucioso y personalizado, valorando indicadores nuevos, con diseño y realización de una encuesta para medir el grado de satisfacción de los servicios a partir de las acciones emprendidas.

Valorar escalonar la frecuencia de devolución de historias clínicas por parte de las consultas a lo largo de la jornada, con el objetivo de evitar un excesivo acúmulo de documentación a última hora, responsable, a nuestro entender, de posibles errores tanto en la recuperación como el archivado.

En el H.U.M.S. se intentará acercar el proyecto al calendario marcado, distribuyendo y analizando también la encuesta planteada.

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 devueltas 15 días después de enviar listados a consultas

añadiendo este año como nuevos indicadores:

% historias devueltas 3 meses después (cuando hacemos la siguiente valoración)

% no devueltas 3 meses después

Además analizaremos los motivos de no devolución: espera de resultados, realización de informes, historias duplicadas, historias de familiares o de personal de la casa...), buscando medidas correctoras a estas anomalías.

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 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

Mayo 2006

Septiembre 2006

Noviembre 2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Programa de desarrollo integrado de una Vía Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Síndromes linfoproliferativos malignos

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Pilar Giraldo Castellano

Profesión

Jefe de Sección de Hematología

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

Sº de Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

pgiraldo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765546

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Valle Recasens Flores	Hematólogo	H U Miguel Servet
Juan Carlos García Zueco	Hematólogo	H U Miguel Servet
Araceli Rubio Martinez	Hematólogo	H U Miguel Servet
Jesús Esarte	Cirujano	H U Miguel Servet
Ramiro Alvarez Allegret	Anatomopatólogo	H U Miguel Servet
Carlos Lample	Radiólogo	H U Miguel Servet
Carlos López Puente	ATS	H U Miguel Servet
Mª José Ciria	Administrativo	H U Miguel Servet
Mª Angeles Montañés	M Familia	CS
Mª Teresa Cortina	Psiquiatra	CS
Victor Solano Bernad	M Preventiva y Salud Pública	H U Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Los Síndromes Linfoproliferativos (SLP) constituye el motivo de consulta más frecuente en la especialidad de Hematología clínica, la complejidad diagnóstica que plantea el problema en estudio, requiere para su resolución la intervención ordinaria de especialistas provenientes de distintos servicios o departamentos del Hospital, para abordarlo de forma integral e integrada..

Los SLP son neoplasias, o proliferaciones de origen linfoide, muy heterogéneas y que adoptan expresiones clínico-patológicas diferentes según el lugar dónde asientan. Su localización no es exclusivamente ganglionar, puede aparecer en cualquier órgano o tejido, sin excepción y, por tanto, el comportamiento clínico es complejo y variado. Requieren la utilización de pruebas diagnósticas seleccionadas precisas y rápidas, en las que intervienen cirujanos, radiólogos, patólogos e inmunólogos para establecer con exactitud la variedad histológica, genética y molecular. Esta información es indispensable para ajustar una estrategia terapéutica adaptada a las características particulares del paciente, en función de sus factores pronósticos y comorbilidad. Generalmente los pacientes precisan apoyo psicológico y social necesario para afrontar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Los Programas para Estudio y Tratamiento de los SLP han demostrado su utilidad en otros centros hospitalarios y se sustentan en la convicción de que el abordaje multidisciplinar de su compleja patología mejora notablemente la atención, involucra y cohesiona más al equipo y permite racionalizar los recursos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

En los objetivos que nos planteábamos en el Proyecto de mejora 2005 “Diseño y puesta a punto de una Vía Clínica de diagnóstico de Síndromes Linfoproliferativos” Hemos conseguido:

- 1.- Utilizar procedimientos normalizados de actuación en el diagnóstico de sospecha de Linfoma en el 90%
- 2.- Minimizar los circuitos de derivación de pacientes con sospecha de Linfoma, atendiendo las consultas por sospecha en menos de 5 días en el 80% de los casos.
- 3.- Realizar biopsia tisular en menos de 10 días en el 70% de los casos y obtener un diagnóstico en un plazo máximo de 15 días en el 80% de los casos.
- 4.- En el 25% de las biopsias ganglionares hemos conseguido reservar material de forma apropiada en el Banco de Tumores del HU Miguel Servet. Obtener DNA y RNA para diagnóstico y preservar congelado para investigación en el 50% de los pacientes.
- 5.- Informar detalladamente a los pacientes sobre su diagnóstico y posibilidades de tratamiento. Obtener consentimiento informado de todos ellos para la administración de quimioterapia y para la utilización del material sobrante del diagnóstico para investigación.
- 6.- Entregar a los pacientes junto con el informe clínico una Guía Informativa sobre Quimioterapia y sus efectos y complicaciones

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Distribución de guías de sospecha diagnóstica en A Primaria con el objetivo de minimizar el tiempo de derivación de los pacientes con sospecha de SLP.

Obtener un diagnóstico en un periodo de tiempo inferior a 15 días con programación metódica de las pruebas diagnósticas fundamentales

Elaborar Guías de procedimiento y conservación de material biopsico en el Banco de Tumores del HUMS.

Elaborar Guías terapéuticas de los diferentes síndromes linfoproliferativos.

Realizar reuniones de coordinación del grupo cada 2 meses para analizar los resultados obtenidos y corregir desviaciones

Potenciar la atención psicológica al paciente con neoplasias hematológicas

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Mantener relaciones y colaboraciones mediante reuniones de coordinación con A Primaria y con los servicios implicados

- a. Anatomía Patológica.
- b. Radioterapia.
- c. Cirugía.
- d. Radiología.
- e. Medicina Nuclear.
- f. Unidad del dolor.
- g. Psiquiatría
- h. Farmacia Oncológica.

Utilizar y participar en los protocolos diagnósticos y terapéuticos y ensayos clínicos elaborados por los grupos cooperativos:

- PETHEMA y GEL-TAMO en España.
- EORTC, en Europa.
- IELSG, a nivel mundial.
- Sociedad Aragonesa de Hematología

Mantener relaciones ya establecidas y colaborar con los centros de investigación: CIMA (Navarra), CIC (Salamanca), CNIO (Madrid), ICO (Barcelona)

Seguir trabajando en Investigación en SLP en colaboración con la Universidad de Zaragoza (grupo de Bioquímica Prof Javier Naval y Prof Miguel Pocoví)

Participar en las redes de investigación y futuros CIBER

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

- a. Autoevaluación, mediante el registro, análisis y seguimiento de los pacientes diagnosticados de la patología mencionada.
- b. Evaluaciones externas, mediante los trabajos de cooperación con otras instituciones, ensayos clínicos y auditorías de los mismos.
- c. Puesta en marcha de las Guías de actuación mencionadas

Indicadores

Tº Transcurrido entre 1ª consulta y fecha de informe clínico y 1er ciclo de tratamiento

Nº de muestras ganglionares depositadas en el Banco de Tumores

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: Enero 2006	Fecha de finalización: Diciembre 2006
Calendario: Reunión de coordinación de todos los integrantes del grupo para	
1.- Definir los circuitos de derivación del paciente	
2.- Establecer una agenda de citaciones que incluya consultas, fecha de cirugía, fecha de tratamiento en H de día	
3.- Estándares que debe cumplir la muestra obtenida en la cirugía para que pueda ser almacenada en el Biobanco de Tumores	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Aplicación de Gestión de la Calidad para acreditación por el Comité de Acreditación de Transfusión Nacional (CAT) del servicio de transfusión sanguínea del Hospital Universitario Miguel Servet

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

María del Valle Recaséns Flores

Médico Adjunto Servicio de Hematología.
Responsable de calidad del Servicio de Hematología

Servicio de Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza

vrecasens@salud.aragon.es

976 765546

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Jose Félix Lucía Cuesta	Jefe de Sección (Banco)	Sº Hematología-Hemoterapia HUMS
Juan Gimeno	Médico Adjunto	Sº Hematología-Hemoterapia HUMS
Jose Antonio García Erce	Médico Adjunto	Sº Hematología-Hemoterapia HUMS
Cándido García	Supervisor Enfermería	Sº Hematología-Hemoterapia HUMS
Manuel Giralt	Jefe de Servicio	Sº Hematología-Hemoterapia HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El servicio de Hematología inició en el año 2004 el diseño del plan de gestión de la calidad con la formación de grupos de mejora de la calidad, abordando secciones concretas del laboratorio de Hematología y del área clínica. El año pasado se inició este proyecto de mejora de calidad dirigido específicamente hacia el Banco de Sangre de nuestro Hospital promovido por la directiva europea 2002/98/CE del parlamento europeo y del consejo.

Recientemente ha sido publicado el **Real decreto 1088/2005, de 16 de septiembre**, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. Entre otros apartados, en su capítulo VI, artículo 32, **obliga a la implantación de un sistema de calidad tanto en los centros como en los servicios de transfusión.**

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

- Durante el año 2005 el grupo de mejora de calidad ha recibido una formación continuada en la norma **UNE-EN-ISO 15189** y se ha adaptado a los criterios de exigidos por los estándares de acreditación que exige el comité de Acreditación en Transfusión (**CAT**) dependiente de la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea para la acreditación reconocida en nuestro país en Servicios de Transfusión.
- Se ha elaborado un **documento de suministro de información dirigido a posibles donantes** de sangre que incluye todos los requisitos relativos a la información que se exige en el Real Decreto 1088/2005. Dicho tríptico informativo se ha facilitado a los respectivos Bancos de sangre de toda nuestra comunidad autónoma, para su adaptación y posterior implantación.
- Se ha reelaborado el **documento de criterios de selección y exclusión de donantes** adaptándolo a las normas actuales exigidas en el Real Decreto 1088/2005. Su creación permite una uniformidad por parte del personal sanitario a la hora de seleccionar a los posibles donantes.
- Puesta en marcha de un **sistema de Hemovigilancia**. Se ha iniciado un conjunto organizado de procedimientos de vigilancia relativos a los efectos o reacciones adversas graves en los donantes o en los receptores, así como el seguimiento epidemiológico de los donantes. Se ha iniciado la notificación de efectos y reacciones adversas a nivel autonómico con la oportunas modificaciones de los documentos hospitalarios para su notificación, reforzando las instrucciones tanto en la adecuada petición de componentes sanguíneos, la petición del correspondiente consentimiento informado como en la notificación de incidencias relacionadas con la transfusión
- Se han implantado la realización de **controles de calidad tanto internos como externos** en el Servicio de Transfusión tanto en las áreas de serología como en las de pruebas cruzadas
- Se ha iniciado la elaboración de un **manual de calidad** con el asesoramiento externo
- Se han logrado alcanzar los indicadores de calidad planificados anteriormente de nuestro proyecto consistentes en **un nivel del 100% de información por escrito a los candidatos a donantes** acerca de las condiciones y actividades que excluyen la donación y la importancia de no donar sangre si le son aplicables y la puesta en marcha del sistema de Hemovigilancia alcanzando una **comunicación del 100% de incidencias al Registro**

Autonómico de Hemovigilancia

- Hemos participado en el Congreso Nacional de Calidad celebrado en Zaragoza en Mayo con la presentación de una comunicación tipo póster, así como en otros congresos de ámbito nacional (Congreso Nacional de Hematología y Hemoterapia) e internacional (Congreso Americano de Hematología).
- Hemos participado en las Jornadas autonómicas de calidad celebradas en Zaragoza asistiendo entre otras actividades al taller de Norma UNE-EN-ISO 15189

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Creación y mantenimiento del sistema de calidad que abarque 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 Comunidad Europea

Las actividades programadas en nuestro actual proyecto de mejora van dirigidas a la solicitud de acreditación por parte del CAT en el área de **transfusión sanguínea**

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Elaboración de los documentos y requisitos para remitir a la Secretaría del CAT para iniciar el proceso de acreditación:

- Documento de criterios de examen y selección de donantes de citaféresis. Inclusión de frecuencia y volumen máximo de donación. Responsable: Dr Gimeno
- Documento de comprobación y aceptación de las solicitudes de transfusión. Responsable: Dra Recaséns y Dr García Erce
- Documento de revisión de las solicitudes de transfusión. Responsable: Dra Recaséns y Dr García Erce
- Instrucción de comprobación de solicitud y muestra: Dra Recaséns y Dr García Erce
- Instrucción de realización de pruebas: en el receptor, en la bolsa y de compatibilidad. Responsable: Dra Recaséns y Dr García Erce
- Documento de criterios de selección de componentes sanguíneos para la transfusión. Responsable: Dr Gimeno
- Procedimiento de identificación de componentes y receptor. Responsable: Dra Recaséns y Dr García Erce
- Procedimiento para solicitudes urgentes. Responsable: Dra Recaséns y Dr García Erce
- Procedimiento de transfusión. Responsable: Cándido García y Dra Recaséns
- Registro de los valores de las variables relevantes de la transfusión. Responsable: Cándido García y Dra Recaséns
- Procedimiento para el tratamiento de las reacciones adversas. Responsable: Dr Gimeno y Dra Recaséns
- Registro de las reacciones adversas y su tratamiento. Responsable: Dr Gimeno y Dra Recaséns
- Procedimiento de transfusión autóloga. Responsable. Dr García Erce
- Procedimiento de profilaxis con inmunoglobulina anti-D. Responsable: Dr Gimeno y Dra Recaséns

Continuación en el programa de Hemovigilancia con el desarrollo de sesiones en los diferentes servicios hospitalarios reforzando el seguimiento adecuado de todas las instrucciones en materia de transfusión tanto en el colectivo médico como de enfermería

Continuación de la formación externa en normativa 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. Evaluación externa de parámetros serológicos de VHC, VHB Y VIH de ámbito nacional en colaboración con la empresa IZASA-Biokit
- Porcentaje de solicitudes de transfusión rechazadas/ solicitudes recibidas. Evaluación mediante la realización de auditorías internas

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Fecha de inicio: Enero 2006	Fecha de finalización: Diciembre 2006
Calendario:	
<ul style="list-style-type: none">• Formación en la Norma UNE-EN ISO 15189 y estándares de acreditación del CAT durante todo el año 2006• Primer trimestre:<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de los 5 primeros documentos con su implantación en nuestro servicio• Continuación de sesiones informativas en los diferentes servicios hospitalarios sobre el sistema de Hemovigilancia• Segundo trimestre:<ul style="list-style-type: none">• Continuación del manual de calidad con la elaboración, revisión, aprobación e implantación de los siguientes 5 documentos• Tercer trimestre:<ul style="list-style-type: none">• Continuación del manual de calidad con la elaboración, revisión, aprobación e implantación de los últimos 4 documentos• Solicitud de acreditación al Comité de Acreditación en Transfusión	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica dirigido a los familiares de los pacientes en riesgo de muerte súbita extrahospitalaria como medida de mejora de atención al paciente.”

2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Antonio Asso Abadía (1)

Profesión: Médico, Unidad de Arritmias

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital Universitario Miguel Servet, Unidad de Arritmias, Servicio de Cardiología

Correo electrónico:
antasso@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976765500 ext 3082

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Javier Salazar Mena	FEA S. Cardiología	HUMS
Eduardo Bustamante Rodríguez	FEA S. Urgencias Instructor SVA (AHA)*	HUMS
Antonela Lukic	MIR S. Cardiología	HUMS
Maruan Carlos Chabbar Boudet	MIR S. Cardiología	HUMS
Ana Portolés Ocampo	MIR S. Cardiología	HUMS
M ^a Isabel García Álvarez	MIR S. Cardiología	HUMS
Asunción Araguás Biescas	MIR S. Cardiología	HUMS
Marta López Ramón	MIR S. Cardiología	HUMS
Cristina Moreno Ambroj	MIR S. Cardiología	HUMS
M ^a Carmen Aured Guallar	MIR S. Cardiología	HUMS
Elisa Blanco González	MIR S. Cardiología	HUMS
Rubén Cordón Ruiz	MIR S. Cardiología	HUMS

*Instructor en Soporte Vital Básico y Avanzado, acreditado por la *American Heart Association*.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La mayoría de las muertes súbitas cardíacas son extrahospitalarias, ocurriendo un 75% de ellos en el ámbito familiar. Aumentando el nivel de conocimientos sobre maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (RCPb) entre los familiares de los pacientes en riesgo de presentar muerte súbita, aumentamos su posibilidad de supervivencia.

El análisis realizado mediante un estudio piloto mostró el bajo grado de conocimientos sobre la reanimación cardiopulmonar, indicando la necesidad de aumentar la formación de los familiares.

En la encuesta realizada a 400 familiares de pacientes cardiopatas ingresados se detectó carencia de conocimientos básicos sobre RCPb, por ejemplo, cómo identificar una parada cardiorrespiratoria, dónde palpar el pulso o la equivocada opinión de que estas maniobras sólo las puede realizar el personal sanitario cualificado.

Sin embargo, según la bibliografía revisada, generalmente estos cursos se dirigen a jóvenes o a profesionales que trabajan con colectivos sociales (bomberos, policías, etc) y no es habitual instruir a las personas cercanas al paciente cardiopata de riesgo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

No procede.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. *Conseguir* que los familiares de los pacientes con riesgo de muerte súbita aprendan a hacer reanimación cardiopulmonar de forma correcta.
2. *Mejorar la efectividad* de dichas maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, al disminuir las dificultades que existen a la hora de aplicarlas.
3. *Aumentar* las posibilidades de *supervivencia* del paciente cardiopata con riesgo de muerte súbita, al instruir a sus familiares o acompañantes habituales, de un modo sencillo, sobre las técnicas de soporte vital básico.
4. *Disminuir la ansiedad* y el miedo de los familiares de dichos pacientes, sobre la posibilidad de no saber reaccionar ante la víctima en una situación urgente.
5. *Mejorar la satisfacción del paciente* cardiopata de riesgo, ingresado en el Servicio de Cardiología.
6. *Identificar nuevas necesidades* de los pacientes y sus acompañantes.
7. *Información* a la comunidad.
8. *Divulgar* entre la sociedad el concepto e importancia de la "Cadena de Supervivencia".
9. *Reevaluar y mejorar* esta iniciativa mediante monitorización de resultados con nuevas encuestas tras la realización de estos cursos.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	45%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- A. Constitución del equipo de mejora.
- B. Asignación de responsabilidades y objetivos.
- C. Reuniones mensuales del equipo de mejora, -a propuesta del responsable del grupo-, trabajando previamente los temas individualmente y después puesta en común.
- D. **Actividades:**
 1. Impartición de clases prácticas con soporte audiovisual sobre la identificación de la parada cardiorrespiratoria.
 2. Clases prácticas sobre la correcta aplicación de maniobras de RCP (simulación con muñeco).
 3. Entrega de folleto informativo recordatorio ("de bolsillo") sobre los pasos a seguir en caso de parada cardiorrespiratoria.
 4. Charlas dirigidas a disminuir la ansiedad de los familiares.
 5. Monitorización de resultados, solución de problemas.
 6. Divulgación de resultados: comunicaciones científicas, creación de videos audiovisuales durante la clase, medios de comunicación.

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

- A. La evaluación del proyecto se realizará mediante tres encuestas por escrito, la primera al acabar la sesión y las restantes a los 6 meses y al año (correo con franqueo concertado). De esta forma averiguaremos el nivel de adquisición y asimilación de conocimientos así como si han tenido la necesidad de aplicar las técnicas aprendidas. En tal caso, se revisará la historia clínica del paciente.
- B. Acuerdo verbal con los alumnos, para ponerse en contacto con los monitores del curso en caso de aplicación de estas técnicas, con el fin de: monitorizar la incidencia de muerte súbita entre dichos pacientes, comprobar la eficacia de la RCPb y resolver posibles dudas planteadas.

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: Abril 2006

Fecha de finalización: Abril 2007

Calendario: Martes y Jueves laborables, de 16:00 a 18:00 horas.
Grupos de 20 personas (10 por monitor) en cada sesión.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
1. Maniquí de prácticas de RCP (2 ud)	600
2. Bolsas de cabeza /boquillas	600
3. Esterillas para prácticas (4 ud)	100
4. Fotocopias en color de los folletos informativos (1200 ud)	400
5. Plastificación de los folletos (1200 ud)	300
6. Folios para encuestas (3000 ud)	90

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

7. Cartuchos negros para impresora (7 ud)	100
8. Vídeo con monitor integrado (1 ud)	300
9. Asistencia a cursos y congresos relacionados con el proyecto (formación o presentación de comunicaciones, etc.) y gastos de desplazamientos.	1000
TOTAL	3490

Fecha y firma: Zaragoza, 13 de Enero de 2006.

Antonio Asso Abadía.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"CONTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA A LA MEJORA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL, SECTOR DE ZARAGOZA I"

Proyecto Multicéntrico (continuación), a desarrollar de manera coordinada en los Sectores de: Zaragoza I, II y III, Huesca y Teruel.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: YOLANDA PÉREZ CARABANTES

Profesión: ENFERMERA - Supervisora

Lugar de trabajo UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "MIGUEL SERVET". ZARAGOZA

Correo electrónico: yperez@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765573

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Abadía Lucea	Enfermera	Hospital Miguel Servet Zaragoza
Celia Amador Almansa	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Sonia Nadal Carrilero	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Juan Tomás Murgadas	Enfermero	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Carlota Vinues Salas	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Isabel Polo	Enfermera	CSM Zaragoza II
Carmen Asensio Manero	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Mercedes Mesa Pérez	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Candido Villalvilla Martínez	Enfermero	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Patricia Pla García	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Pilar Tames	Enfermera	CSM Zaragoza II

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2006 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2006 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

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

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

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

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

Intervención preliminar de preparación al alta.

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

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

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

Total de pacientes TMG concita al alta/Total de pacientes clasificados como TMG.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: continuación

Fecha de finalización:

Calendario:

Abril 2006 primera coordinación y análisis de datos

Septiembre 2006 segunda reunión y diseño de intervención preliminar de preparación al alta

Diciembre de 2006 sesión de trabajo de todos participantes, para evaluación general y publicación del trabajo realizado

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ELABORACIÓN DE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ACCESO A LA ASISTENCIA DE LOS PACIENTES EN EL SECTOR ZARAGOZA 2

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

María Jesús BLECUA LIS

Profesión

Enfermera – Supervisora de Area – Responsable de Servicio -

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Servicio de Información y Atención al Paciente

Correo electrónico:

mjblecualis@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 56 07

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^ª Asunción APARICIO CLAVERÍA	Enfermera	CME RAMÓN Y CAJAL
M ^ª Dolores CURRÁS MATEO	Médico	H.U. MIGUEL SERVET
Ana DOMINGO CADENA	Enfermera	CME SAN JOSÉ
Javier MORO LARA	Aux. Admvo	Dirección A. Primaria S Z ^ª 2
Felix JARDIEL TARATIEL	Técnico F. Ad.	H.U. MIGUEL SERVET

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En los Servicios de primer contacto (Citaciones, Admisión, Información, Atención al Paciente etc) se vienen detectando deficiencias en la información sobre el funcionamiento, coordinación y organización asistencial, así como los circuitos y normas de régimen interior establecidos tanto en A. Primaria como en A. Especializada, cuyo conocimiento y puesta a punto es de gran importancia para el desarrollo de las tareas de todos los profesionales implicados que trabajan en estos Servicios de primer nivel de contacto.

Del mismo modo, el resto de profesionales suelen solicitar información sobre el funcionamiento de los circuitos para desarrollar mejor sus tareas o como fuente de información necesaria en determinados momentos puntuales.

Finalmente, los usuarios también solicitan información detallada y personalizada sobre el funcionamiento concreto de nuestra organización, resultando difícil para los trabajadores ofrecer una información global más allá de las tareas concretas a las que se dedican.

Teniendo conocimiento de la existencia de experiencias de mejora, en este mismo sentido, implantadas en otras Comunidades Autónomas (C.A. Andalucía etc) se propone aprovechar esta oportunidad para elaborar un Manual de Procedimientos cuya utilidad tenga carácter transversal para todos los profesionales y repercuta en la mejora de la información y gestión de la asistencia a los usuarios.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conocer los circuitos de organización y funcionamiento más comunes para el acceso a la asistencia de los pacientes en Atención Primaria y Especializada.

Elaborar el borrador del Manual de Procedimientos de acceso a la asistencia

Editar el Manual de Procedimientos

Difusión entre los profesionales, en soporte papel y a través de la web

(Las dos últimas fases en el segundo año del proyecto)

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

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

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

8 - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Formación del grupo de trabajo interdisciplinar
 Recopilación de información de otras experiencias fuera de la Comunidad Autónoma
 Revisión de publicaciones
 Elaboración de las fichas del Manual con el siguiente diseño
 Titulo del procedimiento
 Soporte legal o normativo
 Descripción del procedimiento
 Flujograma
 Edición del Manual de Procedimientos
 Difusión entre los profesionales a través de:
 Soporte papel
 web

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

Constitución del Grupo Interdisciplinar de trabajo
 Número de reuniones del grupo de trabajo interdisciplinar (A.P. / A.E.)
 Número de Fichas de Procedimientos elaboradas

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2006 Fecha de finalización: Diciembre 2007

Calendario: A partir de la fecha de aprobación del Proyecto

Formación del Grupo de Trabajo y diseño de metodología (Enero/Febrero 2006)

Conocimiento de otras experiencias fuera de la C. Autónoma y búsqueda de información a través de publicaciones y otros medios (Marzo/Junio 2006)

Elaboración de borradores y puesta en común (Julio/Diciembre 2006)

Revisión, coordinación y puesta a punto de los materiales (Enero/Abril 2007)

Edición del Manual de Procedimientos y difusión entre los profesionales del Sector Zaragoza 2 (Mayo/Diciembre 2007)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO INSTAURACION DE LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN LA RESIDENCIA GENERAL DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos JAVIER MARTINEZ UBIETO.
Profesión FEA DE ANESTESIOLOGIA.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) HOSPITAL MIGUEL SERVET
Correo electrónico: Jmubieto@ hot mail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 1176 anestesiología.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
NATIVIDAD QUESADA GIMENO	FEA	HG
DOLORES VIU SALMONS	FEA	HG
JOSE. A GIRON MOMBIELA.	FEA	HG
LUIS MUÑOZ RODRIGUEZ	FEA	HG
ANA PASCUAL BELLOSTA	FEA	HG
SONIA ORTEGA LUCEA	FEA	HG
JOSE MARIA SANZ	FEA	HG
MARIA LUISA LAZARO	DUE	HG
BEGOÑA ALZOLA	DUE	HG
ARACELI VELA	DUE	HG
FRANCISCO MATEO	CELADOR	HG

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Creación de la unidad de dolor agudo postoperatorio, en la Residencia General del Hospital Miguel Servet. En la mayoría de los hospitales de las características del nuestro poseen esta unidad, incluso en hospitales de menor capacidad, ya que se considera una unidad fundamental.

Aumento de la calidad percibida por el paciente postquirúrgico, ya que el control de dolor es uno de los indicadores de calidad. Disminución del estrés hospitalario.

Al controlar el dolor hay una disminución de la morbilidad postoperatoria, con la consiguiente disminución de la estancia hospitalaria del enfermo .

Actualmente a diferencia de otros hospitales, no disponemos de esta unidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- Hasta este momento se han dado cursos informativos a los diferentes servicios implicados, tanto a nivel médico como de enfermería, a través de la formación continuada del hospital(manejo del dolor y seguimiento de los protocolos) Estos cursos se han realizado a través de la Dirección Médica así como de la Dirección de Enfermería del Hospital Miguel Servet.(6).

- Se ha evaluado el tratamiento y el diferente funcionamiento de las unidades de dolor en otros hospitales. El número aproximado de hospitales evaluados ha sido en torno a los 20.

- Se han realizado los protocolos analgésicos, en dependencia del tipo de cirugía e intensidad del dolor. Para la realización de estos hemos revisado la literatura actual. Cada tipo de cirugía tendrá su protocolo determinado.

- En Diciembre de 2005 se han empezado a poner en práctica en el Servicio de ORL de este hospital.

- Con la asignación de la anterior beca se ha comprado 3 bombas de PCA y sus correspondientes equipos para la analgesia controlada por el paciente, indicada esta en los enfermos con dolor intenso.(Protocolo 3).

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aplicación a todo enfermo postquirúrgico del protocolo analgésico que le corresponda dado el tipo de cirugía realizada y su seguimiento por parte del Servicio de anestesia en colaboración con el servicio determinado.

Disminución de la tasa de dolor postoperatorio.

Disminución de las complicaciones, atribuibles al dolor postoperatorio. Con la disminución de la estancia hospitalaria

Mejorar la calidad percibida por el paciente.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Ir progresivamente aplicando el protocolo analgésico a todos los pacientes quirúrgicos según el tipo de cirugía que se le ha realizado.
- Seguir realizando cursos de formación continuada en el manejo del dolor postoperatorio. (5 año)
- Colaboración de un responsable de cada servicio implicado. Se han nombrado ya estos responsables en algunos servicios.
- La unidad de dolor agudo postoperatorio será la responsable del seguimiento de estos enfermos.

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

- Número de enfermos atendidos por la unidad de dolor/ número total de enfermos postquirúrgicos.
- Nivel de dolor en los enfermos postquirúrgicos, medido mediante la escala analógica visual.
- Grado de disminución del dolor en los enfermos tratados. Evaluados al principio del tratamiento y al final.

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: Dic. 2005

Fecha de finalización: 2006-2007

Calendario:

- Finales del 2005 aplicación al servicio de ORL.
- 1 Semestre 2006 Servicio de Urología y Cirugía General. (2 unidades)
- 2 Semestre 2006 Servicio de C. Vascul. y C. General (Resto de unidades).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Mejora de la Gestión de la Calidad del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet a través de la acreditación según la Norma UNE-EN ISO 15189, en el Area de Inmunohistoquímica”,

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ramiro ALVAREZ ALEGRET

Profesión

Médico Facultativo Especialista de Area

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

Hospital Universitario Miguel Servet Sº de Anatomía Patológica

Correo electrónico:

ralvareza@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765553 Ext. 2584

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alfaro Torres Jorge	Patólogo	HUMS Anatomía Patológica
Andrés Alías Pilar	Aux Enferm	HUMS Anatomía Patológica
De Miguel Adrián Carmen	Supervisora	HUMS Anatomía Patológica
García Marquez José Manuel	Asesor Exte	AINA
Gimenez Mas José Antonio	J efe Sº	HUMS Anatomía Patológica
Gimeno Serrano Pilar	Aux Admin	HUMS Anatomía Patológica
Hörndler Argárate Carlos	Patólogo	HUMS Anatomía Patológica
López Prieto Pilar	Aux Admin	HUMS Anatomía Patológica
Marquina Ibañez Isabel	MIR 3º	HUMS Anatomía Patológica
Ozón Cores Ana	TEAP	HUMS Anatomía Patológica
Yus Gotor Carmen	Patólogo	HUMS Anatomía Patológica

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El proyecto aportado en la presente solicitud se inició con la propuesta de un Plan de Gestión de la Calidad del Servicio de Anatomía Patológica en marzo de 2003 que posteriormente se adecuó en una acción más amplia de estructuración de un Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001 mediante la participación de los Grupos de Mejora, de forma conjunta con el Servicio de Microbiología a partir de las directrices emanadas por la Gerencia del Hospital Universitario Miguel Servet.

A partir de la publicación de la Norma ISO 15189 en 2003, de contenido específico en Gestión de la Calidad para Laboratorios Clínicos, se cambió en el proyecto la Norma de referencia ISO 9001 inicial por esta última.

El iniciado proyecto se renovó después para el periodo 2004 con el título "Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma UNE-EN-ISO 15189:2003 para los Servicios de Microbiología y Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza", planteándose un conjunto de objetivos, y posteriormente como Proyecto común de acreditación de la integridad de los Laboratorios del HUMS (A. Patológica, Microbiología, Bioquímica y Hematología y Banco de Sangre), considerando a la Norma ISO 15189 como herramienta y reconocimiento externo de acreditación y certificación.

Se sigue con la línea de objetivos ajustados previamente referidos, centrándose especialmente en la finalidad de conseguir la acreditación en primer lugar para la Sección de Inmunohistoquímica del Servicio, mediante la debida interconexión entre las prioridades de mejora y la formalización de registros y procedimientos y su difusión, con el debido apoyo institucional y asesoramiento externo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

1.- Seguimiento y control de las líneas de mejora establecidas:

1.1.- Protocolo de Autopsia Fetal y Perinatal (Responsable Dra. Yus y Dra. Pascual): Se ha cumplido el objetivo en un 100% (revisión del cumplimiento del Protocolo establecido en todas las atopsias fetales y perinatales del año 2005).

1.2.- Control de calidad en la citología cérvico-vaginal (CLIA88) (Responsables Dr. Alfaro y Dr. Alvarez): Se ha revisado el 10% de 3010 citologías (todos los miércoles del año), constatándose tan sólo una desviación (ASCUS no referido), adoptándose las pertinentes medidas correctoras).

1.3.- Actualización en la Cartera de Inmunohistoquímica (Responsable Dr. Gimenez Mas): Se han elaborado una serie de documentos (ver posteriormente Doc-3, Doc-4, Doc-5 y Doc-6) en relación a esta área del Sº.

1.4.- Propuesta de actualización y mejora del programa informático del Sº (PATWIN) (Responsable Dr. Gimenez Mas): Se han realizado modificaciones para adecuarlo a las necesidades y expectativas, pero algunas de ellas no pueden aplicarse por problemas de actualización del soporte hardware del Sº, buena parte del cual continua teniendo como sistema operativo Windows95.

1.5.- Protocolo de recepción y procesamiento del ganglio centinela en Patología Mamaria (Responsables Dra Gimeno, Dra Ríos, Dra. Valero): Se ha cumplido el objetivo al 100%, pues todos los ganglios del año 2005 centinela se han procesado correctamente.

1.6.- Protocolo de recepción y procesamiento del ganglio centinela en el Melanoma Maligno (Responsable Dr. Alvarez): Se han revisado la integridad (10 casos) de las biopsias de ganglio centinela del año 2005, constándose al debida cumplimentación de todos ellos.

1.6.- Consentimiento informado en PAAF (responsables Dra. Yus, Dr. Alvarez, Pilar Andrés): Se han revisado las hojas de consentimiento de PAAF de todos los 1º miércoles de mes de 2005, apreciándose no conformidad en 36 de los 62 casos (58%). Se han dispuesto las debidas medidas correctoras, generales en primera instancia.

2.- Encuesta de satisfacción para el cliente externo:

Se hallaba prevista para el 2º trimestre de 2005 (Responsable Marisa Vela, Relaciones

Institucionales Hospital). Se han realizado las de los Sº de Bioquímica y Microbiología, quedando pendiente la de Anatomía Patológica, sin concretar motivo ni fecha.

3.- Recogida y archivo de reclamaciones (Responsable Dr. Gimenez Mas, Pilar Gimeno, Pilar Lopez):

Se han registrado a lo largo del año 2005 tan sólo 2 reclamaciones, que han sido debidamente contestadas (una por no recepción de informe emitido, y otra por pérdida de material en el procesamiento). Se han adoptado las medidas correctoras en la relacionada con el procesamiento.

4.- Monitorización de los casos consulta del Sº (Responsable Dr. Gimenez Mas, Pilar Gimeno, Pilar Lopez):

- Casos consulta recibidos: 128, de diversas procedencias (88 biopsias, 32 citologías, 8 autopsias).
- Casos emitidos: Incluyen verdaderos casos consulta como segundas opiniones solicitadas. Se han contabilizado 74 casos hasta 11/11/2005. Se consideran cerrados aquellos en los que se ha recibido respuesta, independientemente de generarse o no un informe complementario por parte del Sº.

5.- Avances en la implementación de protocolos diagnósticos en el Sº:

Se pueden considerar algunos como procedimientos, u hojas de registro.

- Sección Digestivo: Protocolo recepción, procesamiento e informe de resección de colon por tumor (responsables Dr. Hörndler, Dr. Pac, Dra. Yus).
- Sección Ginecología y patología mamaria: Actualización recepción, procesamiento e informe de carcinoma de mama, in situ e infiltrante (Responsables Dra. Gimeno, Dra. Rios, Dra. Valero): Cumplido parcialmente; pendiente de incorporar al programa PATWIN.
- Sección cardiopulmonar: Protocolo de recepción y procesamiento de biopsia por broncoscopia y resección pulmonar por tumor (Dr. Alvarez, Dr. Calvo, Dra. Martinez Tello). Plenamente integrado en el programa PATWIN.
- Sección Uropatología: Protocolo de recepción, procesamiento e informe del carcinoma renal (Responsables Dr. Alfaro, Dr. Felipe, Dr. Plaza): Plenamente integrado en el programa PATWIN.

6.- Ampliación de la utilización de Intranet como vehículo de comunicación, y recogida y actualización de información al Sº:

De forma periódica se han incluido (responsable Dr. Gimenez Mas), información diversa concerniente al funcionamiento del Sº, que se halla a disposición de todo el personal facultativo, técnico y administrativo (en total, 12 notas informativas, referentes a cierre de informes, registro de muestras, salida de casos consulta, fechas de informe, programación de reuniones,...).

7.- Incorporación al Programa de Control de Calidad en Inmunohistoquímica de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (GCP-SEAP) (responsable Dr. Alvarez Alegret):

Se trata de una iniciativa de la SEAP para mejorar y estandarizar las técnicas de inmunohistoquímicas de los Sº de A. Patológica de los Hospitales participantes. A lo largo del año de han recibido ocho módulos (dos de patología mamaria, tres de patología quirúrgica, y tres de patología linfóide). La valoración oscila entre 4 y 20, con baremos que oscilan entre 1 y 5. Se considera aceptable una puntuación igual o superior a 12/20, subóptima una entre 10/20 y 12/20, no aceptable por debajo de 10/20, y con mínimas críticas por encima de 16/20.

El Dr. Alvarez ha actuado como evaluador de la SEAP en tres de las Rondas de evaluación, a petición del Dr. Soia, coordinador del Programa GCP de la SEAP.

Los resultados han sido: 2 no aceptables; 11 subóptimos; 15 aceptables/notables; 4 excelentes o mínimas críticas.

El programa de la SEAP ha puesto de manifiesto la necesidad de un control de calidad riguroso y continuo en las Secciones de Inmunohistoquímica de los Sº de Anatomía Patológica. Comparado con la media de otros servicios, nuestro nivel es globalmente aceptable, y con mínimas críticas en algunos marcadores, pero debemos mejorar, y se adoptan las medidas correctoras para ello (se adjuntan, junto a las valoraciones de cada Servicio, un informe detallado de cada marcador, con las recomendaciones específicas de uso, y los sistemas de detección y anticuerpos que figuran más valorados).

8.- Documentos en relación a la acreditación en Norma ISO 15189/2003, y en especial en el área de Inmunohistoquímica:

Doc-1.- Manual de la Calidad: Procedimientos de Calidad. Constituye el punto de partida de toda la documentación necesaria para la acreditación del Sº.

Doc-2.- Manual de procedimientos: Inmunohistoquímica: Índice del procedimiento.

Doc-3.- Listado de técnicas inmunohistoquímicas activas

Doc-4.- Hoja de solicitud de técnicas (utilizada también como hoja de controles y hoja de pruebas)

Doc-5.- Hoja de trabajo: Proviene de las peticiones realizadas diariamente sobre el modelo anterior

Doc-6.- Perfiles de técnicas (espaciales e inmunohistoquímicas) definidos actualmente.

Doc-7.- Política de controles en inmunohistoquímica: Incluye la especificación del tejido control y un banco de controles (ésta última en desarrollo)

Doc-8.- Manual (electrónico) de técnicas inmunohistoquímicas (en desarrollo): Instalado en el servidor Keops (Anatomía Patológica), dentro del Manual del Servicio.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**Progreso en las áreas de mejora ya establecidas:**

1.- Reclamaciones: Gestión y tramitación.

2.- Casos extraviados o perdidos: Gestión y tramitación.

3.- Consentimiento informado PAAF: Gestión y tramitación.

4.- Control externo de calidad en Inmunohistoquímica: Existe un nuevo programa para el año 2006, al que se incorporará nuestro Hospital, con la sistemática antes referida.

Incorporación de dos nuevas líneas de mejora:

5.- Control de demoras diagnósticas y de casos pendientes (Responsable Dr. Gimenez Mas). Para una optimización de este proyecto, se ha subdividido el registro de las muestras del Sº en: Citologías (general, y PAAF efectuadas por otros servicios); PAAF (Punciones realizadas en nuestro Sº); citologías ginecológicas; biopsias (biopsias y piezas quirúrgicas).

6.- Avanzar en la acreditación según la Norma ISO 15189/2003:

Elaboración y puesta en práctica, en su caso, de la siguiente documentación:

- Desarrollo total del procedimiento "Inmunohistoquímica", así como de los documentos internos de este procedimiento y de los procedimientos relacionados con la inmunohistoquímica, en la parte que les corresponda
- El periodo de rodaje con la documentación elaborada, su valoración, y la extensión al resto de procedimientos, se prolonga hasta el periodo 2008, contando con los recursos necesarios para su realización.

Para avanzar en este cronograma es imprescindible, y así lo han hecho notar los servicios de Anatomía Patológica consultados, la estrecha colaboración de una empresa externa de asesoramiento. Esta ha de prestar asesoramiento sobre la elaboración de los documentos médicos, e implicarse realmente en la elaboración (no sólo asesoramiento) de la documentación no específicamente médica. La empresa externa, junto con la dirección del servicio, ha de liderar el proceso desde el punto de vista técnico, estableciendo plazos, pautas y modos de actuación.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- La actividad se canaliza básicamente a través del Grupo de Mejora de la Calidad del Sº que se reúne formalmente de forma bimensual, con el asesoramiento externo de D. José Manuel García Marquez (AINA).
- 2.- Aportación de resultados por parte de los miembros de grupo. Revisión, evaluación y aprobación en su caso.
- 3.- Resultados obtenidos de la evaluación externa en al área de inmunohistoquímica (Programa de Control de Calidad en Inmunohistoquímica de la Sociedad Española de Anatomía patológica GCP-SEAP).
- 4.- Uso de la Intranet como herramienta de comunicación e información interna 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

- Nº de reclamaciones anuales/Nº de estudios realizados anuales
- Nº de casos extraviados/perdidos anuales/Nº de casos anuales
- Nº de consentimientos informados en PAAF indebidamente cumplimentados anuales/Nº de PAAF anuales

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 2006

Fecha de finalización:

31 de Diciembre de 2006

Caleandario:

Actividades 2006

E F M A M J J I A S O N D E-2006

Planificar

Definir Documentos y Responsables

Desarrollar los Documentos

Evaluación Final



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora del sistema de control de los medicamentos estupefacientes en el Hospital Miguel Servet

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
Mercedes Mendaza Beltrán

Profesión
Jefe de Servicio

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

Correo electrónico:
mmendaza@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976765552

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Reyes Abad Sazatornil	FEA	S. Farmacia. HUMS
Reyes Guallart Calvo	Supervisora	S. Oncología. HUMS
Rafael Huarte Lacunza	FEA	S. Farmacia. HUMS
Inmaculada Marín Sanchez	Enfermera Supervisora	Quirófanos. H. Infantil .HUMS
Javier Moll	Inspector farmacia	Dirección General Planificación y Aseguramiento. Departamento Salud Y Consumo
Augusto Navarro	Jefe Clínico	Servicio anestesia y Reanimación
Pablo Palomo Palomo	Jefe Clínico	S. Farmacia. Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS)
Rosa Sánchez López	Enfermera Supervisora	S. Farmacia. HUMS
Nieves Serrano Mislata	Residente	S. Farmacia. HUMS
Cristina Vicente Iturbe	Residente	S. Farmacia. HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Los días 16-18 de febrero de 2005, técnicos de Ordenación Sanitaria de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Sanidad y Consumo realizaron una inspección al Servicio de Farmacia del Hospital Miguel Servet:

Como consecuencia de esa Inspección elaboraron un informe en el que pusieron de manifiesto las deficiencias observadas:

- Se observan peticiones de un número elevado de envases de una especialidad farmacéutica para un solo paciente y en un solo vale
- Se constata que actualmente no existe libro en planta que permita supervisar la trazabilidad, es decir la asignación a un paciente concreto. Concretamente afirman: " *el sistema de dispensación de estupefacientes no permite un control adecuado del destino individualizado de medicamentos (en el caso de reposición de vales) como exige la norma*".
- Tampoco existe una normativa interna de funcionamiento que recoga las responsabilidades de los distintos profesionales implicados en el control de estupefacientes.
- Las existencias reales contadas en el armario no cuadran con las existencias anotadas en el Libro Oficial de Estupefacientes.

Del mismo modo que la Inspección de Farmacia, los farmacéuticos del Servicio de Farmacia habíamos detectado oportunidades de mejora en el control de los estupefacientes en el Hospital por varias razones:

- Los estupefacientes no son almacenados en su totalidad en un armario de seguridad dentro del Servicio de Farmacia, lo que dificulta su adecuada custodia.
- El sistema de dispensación utilizado y/o los escasos controles pueden favorecer la no concordancia de las existencias reales con el Libro de Contabilidad Oficial de Estupefacientes.
- En las Unidades de mayor consumo la petición a nombre de un paciente, no corresponde a la cantidad realmente prescrita para él , dada la magnitud habitual de la petición. Ej 25 Fentanest^R para un solo paciente en una intervención quirúrgica.
- No se conocen con certeza la diferentes localizaciones ni existencias de los estupefacientes depositados en las unidades de enfermería.
- La Gerencia del hospital debe contar con una normativa interna de funcionamiento de obligado cumplimiento, tal y como señala la legislación (que no existe actualmente) y que contemple las responsabilidades de los diversos profesionales implicados en el control de estupefacientes y psicótrpos en el hospital. Estas normas se deberán elaborar en colaboración con el servicio de Farmacia y deberán ser puestas en conocimiento del personal sanitario.
- En definitiva y de manera especialmente remarcable, es preciso cumplir la legislación vigente (Ley de Ordenación Farmacéutica y Decreto 286/2003, de 18 de noviembre del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos) y poner especial cuidado en la utilización de este tipo de medicamentos en el Hospital, dado que su control inadecuado puede conducir a una utilización incorrecta, con el riesgo inherente a estos fármacos de su uso y abuso con fines de drogadicción y tráfico ilegal. Además de las penas legales que pueden establecerse cuando no se cumple

la legislación en vigor.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se espera mejorar el control de los estupefacientes:

- Almacenamiento correcto en el Servicio de Farmacia
- Registro adecuado de todas los movimientos de gestión de stock :entradas y salidas del Servicio de farmacia.
- Disponer un documento de petición que sirva como instrumento para transmitir sin obstáculos a todos quienes intervienen en la asistencia sanitaria la información objetiva necesaria y la identificación precisa de estos medicamentos
- Establecer claramente el circuito de estos medicamentos en el Hospital
- Facilitar la trazabilidad, desde el momento que sale del servicio de farmacia hasta que es administrado a un paciente.
- Cumplir la legislación vigente.
- Prevenir la utilización incontrolada y el tráfico ilícito de medicamentos para evitar sus graves y negativas repercusiones tanto sobre la salud individual de las personas como sobre la sociedad en su conjunto.
- Comunicar nuestra experiencia y resultados para su aplicación a otros Centros dependientes de SALUD.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Constituir un grupo de mejora formado por todos los profesionales implicados en la prescripción, control, dispensación, distribución y administración de estupefacientes: Farmacéuticos del servicio , inspector farmacéutico, anestesista, supervisoras de farmacia, de quirófano y de servicio médico (Responsable Grupo)
- 2.- Difundir y revisar la legislación vigente entre los miembros del grupo (Responsable Grupo).
- 3.- Recuento periódico de estupefacientes existentes en el servicio de Farmacia (Responsable farmacéutico dispensación)
- 4.- Consensuar en el equipo la forma de petición y dispensación de estupefacientes: modelo de petición, circuito etc, para su dispensación a través del sistema de dosis unitarias y/o del botiquín controlado en servicios médicos, quirúrgicos y quirófanos, de tal manera que se aúnen el cumplimiento de los requisitos establecidos en la legislación vigente y exigidos por la Inspección, con el practica clínica diaria (Responsable Grupo).
- 5.- Identificación y registro de todos los lugares del Hospital, donde se autoriza la existencia de estupefacientes, especificando claramente el estupefaciente, cantidad y persona responsable de su custodia (Responsable Jefe Servicio de Farmacia).
- 6.-Propuesta de una Normativa interna de funcionamiento que será presentada a la Gerencia del hospital para su refrendo e imposición de obligado cumplimiento, donde se contemplen las responsabilidades de los diversos profesionales implicados en el control de estupefacientes y psicótrpos en el hospital. Dichas normas se elaborarán en colaboración con el servicio de farmacia y deberán ser puestas en conocimiento del personal sanitario, tal y como señala *el DECRETO 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos* (Responsable Grupo).
- 7.- Seguimiento del cumplimiento de las normas mediante revisiones periódicas.
- 8.- Evaluación final de resultados y mejoras introducidas.
- 9.- Difusión de la metodología y de los resultados a otros centros dependientes de SALUD

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.Nº de reuniones del grupo con constancia escrita de los acuerdos alcanzados (mínimo 6).
2. Nº Inventarios estupefacientes anuales en el servicio de Farmacia (mínimo 11)
3. % depósitos de estupefacientes aprobados por la Dirección médica con relación

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO: MEJORA DE LA UTILIZACION Y CONTROL TERAPEUTICO DE LA INSULINOTERAPIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DIABETES MELLITUS E HIPERGLUCEMIA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Francisco Javier Acha Pérez

Profesión: Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición

Lugar de trabajo : Hospital Miguel Servet, Servicio de Endocrinología y Nutrición. Paseo Isabel la Católica 1-3. 50009. Zaragoza

Correo electrónico: jacha@arrakis.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-765500 Ext: 2727

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Albero Gamboa, Ramon	Endocrino	Hospital Miguel Sevet
Alvarez Ballano, Diego	MIR Endocrino	Hospital Miguel Sevet
Barragan Angulo, Amaya	MIR Endocrino	Hospital Miguel Sevet
Montoya Oliver, M ^a Jesús	DUE	Hospital Miguel Sevet
Tella Madorran, Cristina	DUE	Hospital Miguel Sevet
Playán Usón, Jesús	Endocrino	Hospital Miguel Sevet
Sanz Paris, Alejandro	Endocrino	Hospital Miguel Sevet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que aumenta por si misma el riesgo de hospitalización, debido principalmente a diversas patologías (Cardiopatía isquémica, ictus, isquemia de extremidades, nefropatía, retinopatía e infección). Pero siendo muchas veces la causa de la enfermedad, una vez hospitalizado el paciente, el control glucémico suele pasar a un segundo plano.

Recientes estudios, publicados en los últimos 3-4 años, han demostrado que el control adecuado de la hiperglucemia durante la hospitalización reduce la mortalidad y morbilidad, el tiempo de hospitalización y el coste sanitario por proceso.

MAGNITUD DEL PROBLEMA:

Si la prevalencia de la DM en la población general de Aragón se estima en el 6-8%, los pacientes hospitalizados con hiperglucemia según diversos estudios están entre el 15-25%, representado en algunos servicios cerca del 40% de los pacientes ingresados.

UTILIDAD PRACTICA DE MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO:

¿Por qué es importante un buen control glucémico? Creemos que la mejor respuesta es saber que pasa si el paciente está con hiperglucemia .

¿Cuál es el resultado de un mal control glucémico?

1) Alteración del sistema inmune: Aumento del número de infecciones, debido principalmente a defectos en la función de neutrófilos y monocitos, produciendo inmunosupresión siendo reversible con la corrección de la hiperglucemia.

2) Alteración del sistema cardiovascular: Produce un deterioro del precondicionamiento isquémico, que es un mecanismo protector contra la isquemia, reduciendo el flujo de las arterias coronarias colaterales. Otros mecanismos aumento de la viscosidad sanguínea, trombosis e hipertensión.

3) Alteraciones cerebrales: La hiperglucemia aguda se asocia con un daño neuronal mas acusado después de una isquemia

Esto es solo una parte de los múltiples estudios con base científica bien documentada que indican la necesidad de realizar un buen control glucémico, en todo paciente hospitalizado.

SITUACION DE PARTIDA:

La ley general de Sanidad recoge, como una de sus características fundamentales del Sistema Nacional de Salud "la prestación integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados" y, como una de las actuaciones a desarrollar por las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud, "el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles".

La situación ideal, aunque realmente utópica es la de poder controlar de una forma directa y diaria por parte del Servicio de Endocrinología a todos los pacientes con Hiperglucemia, es decir hacer un seguimiento de 250 pacientes. Esto hecho nos mereció una reflexión, por una parte seguir colaborando como hasta ahora a través de las hojas de interconsulta, pero también intentar implicar más a los servicios y profesionales sanitarios (Médicos y DUEs) a conocer el hecho de la hiperglucemia, sus causas y como controlarlas.

Asimismo la falta de un protocolo uniforme de insulinización o identificación adecuada del paciente con DM para el Hospital (Situación muy común en los Hospitales de España) y observar que se siguen empleando tratamientos ya obsoletos o no tan válidos, nos planteó el realizar una actualización del tratamiento.

También se ha observado la poca utilización de análogos de insulina (estandar de calidad en el control de la DM), escaso conocimiento del empleo de la terapia intensiva insulínica, falta de conocimiento dietético (dieta por raciones de hidratos de carbono) y escasísimos controles de glucemia postprandial, así como saber cual es el objetivo de control glucémico adecuado para cada situación.

CAUSAS DE ESTA SITUACION:

- Poca importancia que se la da a una hiperglucemia en sí.
- Es un hecho habitualmente observado, sobre todo a nivel de enfermería, mejor alto que no bajo.
- Falta de conocimiento de lo que es la enfermedad diabética y sus complicaciones
- Falta de conocimiento de los nuevos fármacos antidiabéticos y de las nuevas insulinas
- Hasta ahora lo que hacemos nos ha ido bien
- Escaso conocimiento de las indicaciones establecidas de terapia insulínica intravenosas
- Una vez dada de alta el paciente ya le controlarán otros a nivel ambulatorio

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1) Sensibilizar a los responsables de los servicios médicos y de enfermería en la mejora del control terapéutico de la diabetes mellitus e hiperglucemia.

- 2) Incrementar el conocimiento y habilidades del personal médico y enfermería en el control terapéutico de la diabetes mellitus e hiperglucemia.
- 3) Mejorar el control glucémico en el paciente hospitalizado
- 4) Mayor instauración y utilización de análogos de insulina
- 5) Iniciar una base teórico-práctica para instaurar en un futuro un nuevo protocolo en el Hospital aplicable y realista para el tratamiento de la DM e hiperglucemia.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

DISEÑO METODOLOGICO:

- 1) Formación de un grupo de trabajo, revisión bibliográfica, elaboración del documento, análisis crítico del documento
- 2) Realización de reuniones periódicas mensuales, con los distintos Servicios Hospitalarios, eligiendo dos personas por Servicio (1 Médico, 1 DUE), como responsables de transmitir las propuestas canalizadas a través de este programa de mejora. Aconsejable que asista 1 MIR por Servicio.
- 3) El nº de personas que asistirán por reunión serán un mínimo de 12 y máximo de 18.
- 4) El horario establecido, será un total de tres horas, dividido en dos semanas (1'5 horas por semana), de tal forma que se de tiempo a estudiar el material y se puedan solucionar las dudas planteadas. Durante este tiempo se podrá solucionar las dudas a través de los correos personales de los componentes del programa de mejora.
- 5) Se dará material escrito en forma de dossier. Dicho material se entregará antes de las reuniones para que dispongan de un dossier previo. A la finalización del programa se dará un libro, que recoja todo el material explicado, con supuestos prácticos específicos por Servicio de tal forma que facilite la transmisión de los conocimientos adquiridos a los otros componentes del Servicio por parte de las personas que asistan al mismo.
- 6) Metodología para la sensibilización y formación del personal del hospital: La actividad consistirá en dos puntos principales:

Teórico:

📖 Importancia del problema. Evidencias científicas de la situación que necesitamos mejorar. Posicionamiento de las Sociedades Científicas, Servicios de Salud, etc.. respecto al problema. Situación de otros Hospitales.

📖 Identificación del problema en nuestro Hospital. Conceptos claros y precisos de lo que estamos haciendo y lo que no hacemos.

📖 Reconocimiento del paciente a mejorar. Realizar diagnóstico preciso.

📖 Herramientas eficaces y disponibles. Actualización de tratamientos. Establecer objetivos terapéuticos.

Práctico:

📖 Como llevar a cabo un protocolo de infusión intravenosa de Glucosa-Insulina-

Potasio.

📖 Como emplear los fármacos orales antidiabéticos en el hospital. Que hacer en situaciones de ayuno.

📖 Pautas actuales de tratamiento con insulina subcutanea.

📖 Que controles de glucemia capilar son necesarios en cada paciente y en que momento solicitarlos en base a objetivos de control.

📖 Conocer la metodología de revisión .

📖 Iniciación a la dieta en base a raciones de Hidratos de Carbono.

Responsables del programa:

Responsable del Programa: Dr. Ramón Albero Gamboa. Jefe de Servicio

Responsable de Calidad: Dr. Francisco Javier Acha Pérez (FEA)

Responsable Coordinación área Enfermería: Srta. M^a Jesús Montoya Oliver. Supervisora Planta Hospitalización. Educadora en Diabetes.

Responsable Area Nutrición: Dr. Alejandro Sanz Paris (FEA)

Responsables seguimiento de indicadores: Dr. Jesús Playan Usón (FEA), Dr. Acha Pérez (FEA). Dra. Amaya Barragán Angulo (MIR), Dr. Diego Alvarez Ballano (MIR). Srta. Cristina Tella Madorran. DUE. Educadora en Diabetes.

Responsable de la elaboración/actualización del protocolo: Dr. Ramón Albero Gamboa. Srta. M^a Jesús Montoya Oliver . Dr. Javier Acha Pérez, Fr. Jasús Playán Usón

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación:

1) Indicadores relacionados con la sensibilización y formación:

- N° de sesiones de formación realizadas/año
- N° de profesionales incluidos en la formación/año.
- % de servicios (o unidades de hospitalización) que han recibido formación / numero de servicios (o unidades de hospitalización) existentes en el hospital
- Grado de satisfacción (encuesta al finalizar el programa)
- Documentos de apoyo facilitados (Manuales, Casos prácticos, Tiempo de respuesta a los problemas suscitados y grado de resolución).
- Grado de conocimientos adquiridos del asistente(PreTest y PosTest)

2) Indicadores relacionados con el control y aplicación de procedimientos en el paciente: (comparación al inicio del programa vs finalización)

- Tipo índice: Prevalencia de la descompensación hiperglucémica en los distintos Servicios Hospitalarios.
- Tipo trazador: Porcentaje de pacientes que su tratamiento se adecuan al protocolo hospitalario o guias consenso de práctica clínica habitual.
- Tipo proceso: Porcentaje de pacientes que al alta han recibido educación diabetológica.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS													
Actividades 2006	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2007
Formación del grupo de trabajo	X												
Elaboración y análisis crítico del protocolo		X											
Aprobación protocolo (Comisión de Tecnología)		X											
Preparación/ edición de documentación apoyo		X	X										
Selección de Servicios/Unidades hospitalización diana		X	X										
Sesiones formativas				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consultoría en plantas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación de indicadores							X					X	

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA:

1) Stagnaro-Green A, Barton MK, Linekin PL, Corkery E, deBeer , Roman SH: Mortality inhospitalized patients with hypoglycemia and severe hyperglycemia. *Mt Sinai J Med* 1995.62:422-426,

2) Pomposelli JJ, Baxter JK 3rd, Babineau TJ, Pomfret EA, Driscoll DF, Forse RA, Bistran BR: Early postoperative glucose control predicts nosocomial infection rate in diabetic patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1998 22:77-81

3) Furnary AP, Zerr KJ, Grunkemeier GL, Starr A: Continuous intravenous insulin infusion reduces the incidence of deep sternal wound infection in diabetic patients after cardiac surgical procedures. *Ann Thorac Surg* 1999. 67:352-362

4) Golden SH, Peart-Vigilance C, Kao WHL, Brancati F: Perioperative glycemic control and the risk of infectious complications in a cohort of adults with diabetes. *Diabetes Care* 1999.22:1408-1414

5) Furnary AP, Chaugle H, Zerr K, Grunkemeier G: Postoperative hyperglycemia prolongs length of stay in diabetic CABG patients (Abstract). *Circulation* 2000.102 (II):556A,

6) Melin J, Hellberg L, Larsson E, Zezina L, Fellstrom B: Protective effect of insulin on ischemic renal injury in diabetes mellitus. *Kidney Int* 2002.61:1383-1392

7) Szabo Z, Hakanson E, Svedjeholm R: Early postoperative outcome and medium-term survival in 540 diabetic and 2239 nondiabetic patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 2002.74:712-719

8) Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, You X, Thaler LM, Kitabchi AE: Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2002.87:978-982

9) Baird TA, Parsons MW, Phan T, Butcher KS, Desmond PM, Tress BM, Colman PG, Chambers BR, Davis SM: Persistent poststroke hyperglycemia is independently associated with infarct expansion and worse clinical outcome. *Stroke* 2003.34:2208-2214

- 10) Foo K, Cooper J, Deane A, Knight C, Suliman A, Ranjadayalan K, Timmis AD: A single serum glucose measurement predicts adverse outcomes across the whole range of acute coronary syndromes. *Heart*, 2003;89:512–516
- 11) Ahmann A: Reduction of hospital costs and length of stay by good control of blood glucose levels. *Endocr Pract*, 2004 10 (Suppl. 2): 53–56
- 12) Lindsberg PJ, Roine RO: Hyperglycemia in acute stroke. *Stroke* 2004. 35:363–364
- 13) Stranders I, Diamant M, van Gelder RE, Spruijt HJ, Twisk JW, Heine RJ, Visser FC: Admission blood glucose level as risk indicator of death after myocardial infarction in patients with and without diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2004. 164:982–988
- 14) Malmberg K, Ryden L, Efendic S, Herlitz J, Nicol P, Waldenstrom A, Wedel H, Welin L: Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI study): effects on mortality at 1 year. *J Am Coll Cardiol* 1995 26:57–65
- 15) Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinande P, Lauwers P, Bouillon R: Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 2004 345:1359–1367,
- 16) Grey NJ, Perdrizet GA: Reduction of nosocomial infections in the surgical intensive-care unit by strict glycemic control. *Endocr Pract* 2004. 10 (Suppl. 2):46–52
- 17) Clement S, Braithwaite SS, Magee MF, Ahmann A, Smith EP, Schafer RG, Hirsch IB, American Diabetes Association Diabetes in Hospitals Writing Committee: Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. *Diabetes Care* 2004. 27:553–591
- 18) American College of Endocrinology: Position statement on inpatient diabetes and metabolic control. *Endocr Pract* 2004 10:77–82
- 19) Greci LS, Kailasam M, Malkani S, Katz DL, Hulinsky I, Ahmadi R, Nawaz H: Utility of HbA1c levels for diabetes case finding in hospitalized patients with hyperglycemia. *Diabetes Care* 2003 26:1064–1068
- 20) Umpierrez GE, Cuervo R, Karabell A, Latif K, Freire AX, Kitabchi AE: Treatment of diabetic ketoacidosis with subcutaneous insulin aspart. *Diabetes Care* 2004. 27:1873–1878
- 21) Mucha GT, Merkel S, Thomas W, Bantle JP: Fasting and insulin glargine in individuals with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2004. 27:1209–1210
- 22) Pitts DM, Kilo KA, Pontious SL: Nutritional support for the patient with diabetes. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1993 5:47–56
- 23) Gearhart JG, Duncan JL, Replogle 2001WH, Forbes RC, Walley EJ: Efficacy of sliding-scale insulin therapy: a comparison with prospective regimens. *Fam Pract Res J* 1994 14:313–322
- 24) Campbell KB, Braithwaite SS: Hospital management of hyperglycemia. *Clin Diabetes* 2004 22:81–88
- 25) American Diabetes Association: Diabetes nutrition recommendations for health care institutions (Position Statement). *Diabetes Care* 27 2004 (Suppl 1):S55–S57

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Libros, Acceso a revistas on-Line de la Especialidad	300
Impresión y edición de documentos	800
Material informático (Proyector, CPU, Pen drive, Impresora)	800
TOTAL	1900

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la efectividad en los procesos de adquisición de material y de la comunicación con clientes internos y externos.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Mercedes Gil Sampietro

Profesión

Aux.Admon.- Jefe de Grupo

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

Hospital Universitario MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

Mgils@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-765616 (directo) 976-765500 ext.2332

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Yolanda Benito Benito	Aux.Admo Jefe Equipo	H.U. Miguel Servet Suministros
Angeles Bernal Carrilero	Gestión	H.U. Miguel Servet Suministros
Pilar Blanco Larrosa	Admon. Jefe Grupo	H.U. Miguel Servet Suministros
Eloina Martinez Garcia	Gestión Jefe Servicio	H.U. Miguel Servet Suministros
M ^a Jesús Pérez Serrano	Gestión	H.U. Miguel Servet Suministros
M ^a Teresa Villar Arnal	Enfermera Supervisora Recursos Materiales	H.U. Miguel Servet Suministros

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Nuestro proyecto pretende seguir las propuestas del Plan Estratégico del H.U. M. Servet para el ciclo 2005-2008, centrándonos en las líneas estratégicas:

- 4 - **Desarrollo de los sistemas de información.** Punto 4.2. Desarrollo informático.
- 3 - **El personal como activo básico del Hospital.** Punto 3.1.5. Mejorar la comunicación interna entre servicios/unidades y distintas áreas del Hospital.
- 8 - **Incrementar el impacto en la sociedad.** Punto 8.4. Promover la política medioambiental.

Como guía y marco teórico de referencia, de nuestro actual proyecto de mejora.

Así es como el grupo de mejora de Suministros ,en el año 2005, detectó como área de mejora prioritaria la comunicación con nuestros clientes internos (supervisoras, jefes de servicio, responsables de las distintas unidades del hospital y Centros Médicos de Especialidades) y clientes externos (proveedores). Teniendo en cuenta que el volumen total de solicitudes de compra de material, registradas durante el año 2005 fue de 32.500, efectuadas por 141 GFH (grupo funcional homogéneo) o unidades de imputación de costes, que gestionan 80 supervisores de unidad encargados de emitir los pedidos. Además añadir que la cartera de proveedores del Hospital ronda los 4.100, de los cuales se trabaja habitualmente con unos 600.

Con este volumen de actividad, la actualización tecnológica y la utilización de nuevas herramientas de comunicación son esenciales para agilizar los procesos y disminuir el impacto negativo sobre el medio ambiente.

A lo largo del año 2006 se prevé que desde el servicio de suministros se asuma la gestión total de compras de atención primaria; por ello los mecanismos de relación y comunicación con los responsables de este nivel asistencial han de ser rápidos y eficaces.

Actualmente el sistema de comunicación es únicamente personal, telefónico y correo tradicional (nota interior/carta).

Desde el año 2005 se ha ido trabajando para implantar sistemas de comunicación más ágiles (correo electrónico) y se han realizado cursos de formación en correo electrónico e intranet para los profesionales del servicio de suministros, así como supervisoras, responsables de unidad, etc. y se ha iniciado el cambio hacia el uso de este sistema. Igualmente con los proveedores, se ha elaborado una base de datos primando las direcciones de correo electrónico para favorecer este medio de comunicación (ofertas económicas, reclamaciones, visitas programadas etc).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mayor agilidad en la comunicación y menor tiempo de respuesta. Pasar del uso de correo interno tradicional al correo electrónico supone adelantar los trámites entre 4/7 días.
- Resolución de los trámites en menos tiempo y con mayor efectividad.
- Descarga de líneas telefónicas.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

- **Menos presencia de personal ajeno en el servicio suministros (ya que los profesionales no se tendrán que desplazar al servicio de suministros para resolver las posibles incidencias), con lo que no se interrumpe el ritmo de trabajo.**
- **Mejorar la satisfacción de los clientes internos y externos con los sistemas de comunicación con el servicio de suministros.**
- **Compromiso con el Medio Ambiente, por medio de la disminución importante del consumo de:**
 - **Papel, sobres, fotocopias.**
 - **Trabajo de personal auxiliar en la elaboración de escritos.**
 - **Trabajo de supervisión de los responsables del servicio.**
 - **Descarga del trabajo en el reparto de correspondencia interna .**
 - **Disminución de presión en el registro (por eliminación de correspondencia externa).**
 - **Ahorro en el uso de Fax.**

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Actualización de base de datos con correos electrónicos de los profesionales implicados y protocolo de mantenimiento de las mismas. Responsable M^a Jesús Pérez.
2. Crear base de datos con correos y web de proveedores y protocolo de mantenimiento de la misma. Responsable Pilar Blanco.
3. Información por sistema tradicional (carta/interior/teléfono..) de la utilización del nuevo sistema de comunicación a todos los implicados con fecha de puesta en marcha. Responsable Eloína Martínez.
4. Durante un periodo transitorio se realizará control de apertura de los correos electrónicos. Responsable Mercedes Gil.
5. Puesta en marcha con cliente internos:
 - Tramites escritos se usará prioritariamente los correos electrónicos.
 - Trámites que requieran conformidad, elección de un modelo o diseño entre varios, etc., se usará escáner y correo electrónico.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

<<ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD METALES DEL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL H.U.M.S. EN LAS DETERMINACIONES DE LOS METALES: Al, Pb, Se, Cu, y Zn, POR ENAC SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 15.189 Y DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DOCUMENTAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD GLOBAL PARA EL SERVICIO DE BIOQUÍMICA>>

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

ÁNGEL GARCÍA DE JALÓN

JEFE DEL SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA

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

Correo electrónico: **agarciadej@salud.aragon.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-76.55.44 / Extensión: 2452

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
*Silvia Izquierdo Álvarez	R-2 (Q.I.R.)	SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL H.U.M.S.
*M^a Luisa Calvo Ruata	Facultativo especialista- UNIDAD METALES	
Luis Rello Varas	F.E.A.	
Alicia Boudet	Facultativo especialista (FEA)	
Rosa Pages	Supervisora enfermeras	

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Parrilla	Supervisora enfermeras	SERVICIO DE BIOQUÍMICA DEL H.U.M.S.
Pedro Ventura	Facultativo especialista	
Maite Calvo	Facultativo especialista- Jefa sección Genética	
José Manuel Garcés	Jefe de Secretaría	
Javier Albericio	R-4 (Q.I.R.)	
Pilar Calmarza	Facultativo especialista	

*** Estos dos miembros del Grupo de Mejora a su vez constituyen un "subgrupo" que se dedicará al desarrollo del proyecto específico: ACREDITACIÓN POR ENAC SEGÚN LA ISO 15.189 DE LA DETERMINACIÓN DE: AI EN SUERO, AGUAS Y LÍQUIDOS DE DIÁLISIS, Se EN SUERO, Pb EN SANGRE TOTAL Y EN ORINA DE 24 HORAS POR EL MÉTODO ETAAS (Espectrometría de absorción atómica electrotérmica mediante cámara de grafito y con corrector Zeeman); Cu EN SUERO Y ORINA DE 24 HORAS, Y Zn EN SUERO MEDIANTE EL MÉTODO AAS(Absorción atómica de llama).**

- El resto de los miembros del Grupo de Mejora se centrarán en la continuación del proyecto de mejora del año 2005, haciendo especial hincapié en el desarrollo e implementación de un sistema documental de gestión de la calidad del Servicio así como en el tratamiento y resolución de problemas de calidad.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

SITUACIÓN DE PARTIDA: Se procedió a evaluar la situación de la UNIDAD METALES respecto al cumplimiento de los requisitos y requerimientos de la NORMA UNE-EN ISO 15.189. Dicho *diagnóstico* (cuantitativo) se llevó a cabo mediante un amplio y completo *cuestionario* aplicado a dicha UNIDAD y como resultado del mismo se pudo comprobar que sólo se encontraban en ese momento implantados un 7,2% de los requisitos de dicha norma y definidos un 22,8%. En total sólo un 12,4% de los requisitos estaban desarrollados.

PRIORIDAD: Conseguir la acreditación por ENAC según la ISO 15.189 para las determinaciones de los siguientes metales: Al (en suero, aguas y líquidos de diálisis), Pb en sangre total y orina de 24h., y Se en suero mediante el método ETAAS; y Cu en suero y orina de 24h. y Zn en suero mediante el método AAS.

Se pretende lograr la ACREDITACIÓN por ENAC para demostrar nuestra "competencia técnica" como laboratorio de referencia en la determinación de metales con el fin de alcanzar la plena satisfacción de los Facultativos Clínicos y pacientes.

*Se analizó el avance del proyecto de mejora 2005 y se verificó que se necesitaba más tiempo y recursos (tanto humanos como materiales-económicos) para continuar con la formalización e implementación de un sistema documental de gestión de la calidad de todo el Servicio de Bioquímica Clínica que se adaptara a los requerimientos de la Norma ISO 15.189. **PRIORIDAD:** Continuar elaborando, e implantando nuevos documentos integrantes del Sistema de Gestión de la Calidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

RESULTADOS CON RESPECTO AL PROYECTO DE MEJORA 2005: Se ha conseguido elaborar gran parte de la documentación integrante del SGC del Servicio, especialmente la referida a *procedimientos generales y de calidad: Procedimientos de: auditorías internas, Revisión por la Dirección, Gestión de no-conformidades, Gestión de acciones preventivas y correctivas, gestión de reclamaciones, de mejora, manual de toma de muestras, procedimiento de control documental, documentos de organización y gestión del Servicio, procedimiento de control y gestión de los registros de calidad, elaboración de gran número de plantillas-formularios de registros de calidad.*

****Además, se han elaborado borradores de PNT' s e ITT' s en la UNIDAD METALES DEL SERVICIO:**

PNTMET-01: DETERMINACIÓN DE Al MEDIANTE ETAAS.

PNTMET-02: DETERMINACIÓN DE Pb MEDIANTE ETAAS.

PNTMET-03: DETERMINACIÓN DE Se MEDIANTE ETAAS.

PNTMET-04: DETERMINACIÓN DE Cu y Zn MEDIANTE AAS.

ITTMET-01: LIMPIEZA ESPECIAL DE MATERIAL VOLUMÉTRICO.

ITMET-02: PREPARACIÓN DE ESTÁNDARES DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE Al.

ITTMET-03: PREPARACIÓN DE ESTÁNDARES DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE Pb.

ITTMET-04: PREPARACIÓN DE ESTÁNDARES DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE Se.

ITTMET-06: PREPARACIÓN DE ESTÁNDARES DE TRABAJO PARA LA DETERMINACIÓN DE Cu y Zn.

ITTMET-07: MANTENIMIENTO, CONTROL Y RECOMENDACIONES DEL EQUIPO ETAAS.

ITTMET-08: LECTURA Y DETERMINACIÓN EN ELEQUIPO AAS PARA Cu y Zn.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Poder llegar a desarrollar todos los PNT's e ITT's en la UNIDAD METALES con su aprobación, emisión y puesta en marcha.
- Elaborar todas las "Políticas" integrantes de nuestro SGC según la ISO 15.189.
- Desarrollar un adecuado plan de mantenimiento de los dos equipos de análisis involucrados en la acreditación e implantación - control de registros técnicos desarrollados.
- Elaborar un protocolo de calibración del material volumétrico (pipetas aforadas, micropipetas, vasos de precipitados, etc.) empleado en dicha UNIDAD. Mantenimiento de la calibración de la balanza de precisión.
- Llevar a cabo la *validación de los métodos* (ETAAS y AAS) que se pretenden acreditar, con la consiguiente elaboración del correspondiente procedimiento de validación.
- Desarrollar un PLAN DE FORMACIÓN INTERNO en gestión y control de calidad en todo el Servicio. Destacando la formación en calidad, y técnica de los miembros de la UNIDAD METALES. Gestión y evaluación de las competencias y cualificación del personal de la UNIDAD METALES.
- Realización de una auditoría interna satisfactoria e inicio de los trámites-solicitud de la acreditación por ENAC, llevándose a cabo la auditoría externa en 2006-2007 en la UNIDAD METALES.
- Realización de una revisión por la Dirección.
- Consolidar y finalizar las actividades puestas en marcha en el proyecto anterior.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Reuniones de trabajo semanales o quincenales de los miembros del Grupo de Mejora involucrados en el proyecto de acreditación de la UNIDAD METALES. **Responsables:** Silvia Izquierdo, M^a Luisa Calvo; Ángel García de Jalón.
- Utilización de herramientas de calidad para la resolución de problemas (no-conformidades): Diagramas de Ishikawa, Gráficas de Levey-Jennings (gráficos control). **Responsables:** M^a Luisa Calvo y Silvia Izquierdo.
- Recopilación y elaboración de datos para establecer indicadores en la UNIDAD. **Responsables:** M^a Luisa Calvo y Silvia Izquierdo.
- Desarrollar un PLAN DE FORMACION INTERNO en CALIDAD a todos los integrantes del Servicio de Bioquímica. **Responsable:** Silvia Izquierdo Álvarez.
- Realización de una autoevaluación y una auditoría interna. **Responsables:** Silvia Izquierdo, M^a Luisa Calvo, Luis Rello y José Manuel García.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**INDICADORES PRIORITARIOS:**

- **Número de no conformidades registradas y grado de resolución.**
- **Número de documentos definidos e implementados.**
- **Tiempos de respuesta (minimización o reducción).**

**EN LA UNIDAD METALES**

La evaluación de nuestro proyecto se hará a través de la AUTOEVALUACIÓN, AUDITORÍA INTERNA Y LA AUDITORÍA EXTERNA.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

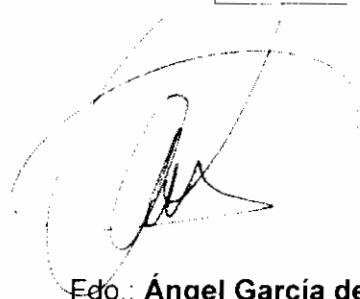
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: ENERO 2006		Fecha de finalización: DICIEMBRE 2006
ACTIVIDAD	PERIODO	RESPONSABLES
Elaboración e implantación de los PNT's e ITT's, registros técnicos y de calidad en la UNIDAD METALES.	Enero-Mayo 06	SILVIA IZQUIERDO Y MARIA LUISA CALVO
Desarrollo del PLAN DE FORMACIÓN INTERNO en gestión y control de calidad en la UNIDAD METALES y en todo el Servicio.	Febrero- Mayo 06	SILVIA IZQUIERDO
DESARROLLO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE VALIDACIÓN DE LOS MÉTODOS: ETAAS Y AAS EN LA UNIDAD METALES	Febrero-junio 06	SILVIA IZQUIERDO Y MARIA LUISA CALVO
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE CALIBRACIÓN DEL MATERIAL VOLUMÉTRICO EN LA UNIDAD METALES, MEDIANTE BALANZA DE PRECISIÓN.	Febrero-junio 06	SILVIA IZQUIERDO Y MARIA LUISA CALVO
AUTOEVALUACIÓN Y AUDITORÍA INTERNA	1-15 JUNIO 06	SILVIA IZQUIERDO, MARIA LUISA CALVO, LUIS RELLO.
PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	FEBRERO-JUNIO 06	SILVIA IZQUIERDO, MARIA LUISA CALVO Y JOSE MANUEL GARCÉS.
PRESENTACIÓN y SOLICITUD PARA LA ACREDITACIÓN A ENAC	OCTUBRE-NOVIEMBRE 06	ÁNGEL GARCÍA DE JALÓN, SILVIA IZQUIERDO Y MARIA LUISA CALVO.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Asesoría y apoyo externo en la redacción e implantación de todo el Sistema de Gestión Documental.	250 €
Adquisición de una estación meteorológica para controlar las condiciones ambientales en la UNIDAD METALES, y su mantenimiento de calibración.	250 €
Adquisición de un termómetro para controlar la temperatura de la cámara frigorífica y su calibración.	150 €
Presentación de comunicaciones a Congresos y desarrollo de plan de formación interno del Servicio	150 €
Material de oficina-mobiliario adecuado para soporte del sistema de gestión documental de la calidad a implantar.	160 €
Adquisición de micropipetas y material volumétrico calibrado y certificado.	440 €
TOTAL	1400 €

Fecha y firma:



Edo.: Ángel García de Jalón.

ZARAGOZA a 11 de ENERO del 2006.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

APLICACIÓN DE MEJORAS DE CALIDAD EN LAS PRUEBAS DE ESFUERZO CONVENCIONALES ECOCARDIOGRAFIAS DE ESTRÉS Y OTRAS PRUEBAS DE INDUCCION DE ISQUEMIA CARDIACA CON TRES LINEAS DE ACTUACION:

1ª MEJORA DE LA INFORMACION PREVIA A LA REALIZACION DE LA PRUEBA.

2ª ADECUACION DE LA PRUEBA MAS IDONEA A LAS CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

3ª ENTREGA INMEDIATA AL PROPIO PACIENTE DE LOS RESULTADOS EN UN INFORME ESCRITO.

4ª CANALIZACION POSTERIOR DEL PACIENTE EN DEPENDENCIA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

FERNANDO SANCHEZ NAVARRO

Profesión FACULTATIVO ESPECIALISTA DE CARDIOLOGIA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET - SERVICIO DE CARDIOLOGIA

Correo electrónico: sanavarro@comz.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo: (HUMS) 976 765500 EXTENSION 2784

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ELISA LOPEZ-SAMITIER	DUE	HUM SERVET
PUREZA MAINAR RUCIO	ATS	HUM SERVET
JOSE ANTONIO CASASNOVAS	FEA	HUM SERVET
LUIS PLACER PERALTA	J DE S	HUM SERVET
MARIA JESUS TAULES	AUX CLIN	HUM SERVET
MARIA JOSE AZNAR	AUX CLIN	HUM SERVET

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La **adecuada información del paciente previa y durante** la realización de pruebas médicas, es imprescindible. En el caso de las pruebas de detección de isquemia cardíaca adquiere especial relieve. Son tres los factores relevantes:

En primer lugar la información sobre la prueba a realizar requiere proporcionar información previa y mantener la comunicación médico-enfermería-paciente durante la prueba, por las frecuentes complicaciones que pueden surgir en la misma

A-La información sobre la adecuada preparación previa a la prueba, es importante en varios aspectos. El paciente con frecuencia no acude con la ropa (faldas estrechas) y el calzado adecuado (tacones o suelas de materiales poco flexibles). No se prepara adecuadamente la piel, (falta de depilación, aplicación de hidratantes, ect.) con el consiguiente desprendimiento de electrodos, o malos registros en la monitorización.. Otras veces incumple las indicaciones respecto a suspender o mantener el tratamiento cardiológico que pudiera llevar, con las consiguientes repercusiones en las variables hemodinámicas.

B-La participación activa del paciente en la realización de las pruebas, caminando por una cinta rodante, exige entender previamente y colaborar durante la realización de las mismas. Debe entender muy bien que manifestar las percepciones subjetivas es importante no para pasar la prueba, sino por el hecho de que pueden anticipar complicaciones importantes.

En **segundo lugar la adecuación de la prueba** a las características del paciente, reduce riesgos, proporciona resultados más eficaces y reduce costes por repetición de pruebas. Esto se debe a que algunas pruebas de esfuerzo pueden no ser concluyentes, porque las alteraciones que registran se producen sobre alteraciones existentes en reposo. Estos resultados no concluyentes de la PE convencional que implicaría repetición de otro nuevo test con la consiguiente nueva demora y que se podría solventar realizando en el mismo momento un test de imagen con ecocardiografía.

ACTUACION. ELEGIR POR FACULTATIVO REALIZADOR DE LA PRUEBA EL PROCEDIMIENTO MAS ADECUADO Y EL PROTOCOLO QUE MAS SE ADAPTE A LAS CARACTERISTICAS DE CADA PACIENTE

En **tercer lugar la entrega de forma inmediata de los resultados** al paciente. La realización de informes con posterioridad a la pruebas implica que el paciente acuda otro día a su recogida, para posteriormente acudir al médico peticionario. Se pretende evitar demoras, nuevas citas de paciente y sobre todo paliar la ausencia de información hasta la visita médica. En el caso de pacientes hospitalizados contribuiría a la reducción de la estancia hospitalaria.

ACTUACION: ENTREGA INMEDIATA A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DEL INFORME MÉDICO.

Esta actuación incidiría de forma decisiva en el siguiente punto.

En **cuarto lugar esta actuación permite canalizar al paciente**. Los resultados de los test de inducción isquémica proporcionan datos pronósticos. La demora de actuación del médico prescriptor de la prueba puede ser de muchos días, hasta que el paciente acude a la consulta del mismo, lo que podría suponer este retraso un riesgo de potencial importancia.

ACTUACION : En dependencia del resultado de la prueba el paciente podría seguir tres vías

- 1.- ir a cita ordinaria, de su cardiólogo
- 2.- remitirlo el mismo día a la consulta para adelantar el tratamiento adecuado
- 3.-ingresarlo para la actuación inmediata.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

MEJORAR LA INFORMACION
REDUCIR TIEMPOS DE DEMORA
REDUCIR RIESGOS
AUMENTAR LA EFICACIA DE LAS ACTUACIONES
REDUCIR COSTOS

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño y realización de documentación escrita a entregar al paciente antes de la prueba donde se mejore la información sobre la misma.

F Sanchez Navarro JA Casasnovas L Placer E Lopez Samitier P. Mainar

Comunicación durante la prueba

Facultativo y DUE

Mejora de la hoja de consentimiento informado adaptandola a las recomendaciones actuales.

JA Casasnovas L Placer F Sanchez Navarro

Interpretación de la prueba y redacción informatizada del informe :

Facultativos realizadores

Entrega al propio paciente del informe de resultados escrito e informatizado

ATS

Información somera postprueba.

Facultativos realizadores

Canalización del paciente

Facultativos realizadores

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.-**Modificación de los documentos** de información que previamente lee el paciente y comprobación de aceptación y firma de los mismos

2.-Encuesta sistemática de satisfacción a los pacientes en un muestreo de todos los asistidos en dos meses, (120 previstos) realizada a los tres meses después de la puesta en marcha todas las actuaciones. Con dos indicadores: satisfacción de la asistencia en la prueba, suficiencia de información previa a la prueba.

3.-Porcentaje de informes entregados de forma inmediata al propio paciente ambulatorio

4.- Número de pacientes canalizados, a consulta o ingreso.

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:

Modificación de documentos febrero 2005

Ejecución de encuesta y muestreos marzo abril y mayo 2005

Corrección de actuaciones junio-septiembre

Resultados, evaluación y conclusiones noviembre 2005

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Desarrollo de un proceso sistemático de mejora del Servicio de Neurología del H.U. Miguel Servet que permita su acreditación como Servicio de Referencia por la Sociedad Española de Neurología

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José-Ramón Ara Callizo

Profesión

Médico Neurólogo

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

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Correo electrónico:

irara@salud.aragon.es

irara@able.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 (1734)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raquel Alarcia	Neurólogo	HU Miguel Servet
José Luis Capablo Liesa	Neurólogo	HU Miguel Servet
José Ignacio López Gastón	Neurólogo	HU Miguel Servet
Eugenia Marta Moreno	Neurólogo	HU Miguel Servet
Javier Marta Moreno	Neurólogo	HU Miguel Servet
Jesús Martín Martínez	Neurólogo	HU Miguel Servet
María Jesús Chopo Alcubilla	DUE Neurología	HU Miguel Servet
M ^a Dolores Zapatero González	Médico. Unidad de Control de Gestión	HU Miguel Servet
Miguel Moreno Vernis	Médico. Documentación Clínica	HU Miguel Servet
Marisa Vela	Químico. Relaciones Institucionales	

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La calidad es una variable considerada como estratégica por la mayoría de empresas e instituciones públicas por razones de competitividad y supervivencia. En el medio sanitario público existen además razones éticas y científicas en relación con su fin específico: mejorar la salud de los ciudadanos.

Una de las formas de garantizar niveles suficientes de calidad asistencial se consigue mediante los sistemas de acreditación externa. En España, distintas comunidades autónomas y sociedades científicas están desarrollando sistemas de acreditación propios y específicos, entre ellas la Sociedad Española de Neurología (SEN), que en su última reunión anual en noviembre de 2005 ha presentado un documento de trabajo con las bases para la acreditación de servicios de neurología de referencia y otras unidades. Una vez analizado este documento de trabajo consideramos que nuestro servicio presenta un grado de desarrollo en política de calidad y una voluntad de mejora que nos permitirá ir adecuando la estructura, procesos y resultados a los estándares exigidos a un Servicio de Referencia, lo que constituye una evidente oportunidad de mejora.

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

Mejorar y garantizar la atención sanitaria de los ciudadanos a través de la acreditación del Servicio de Neurología del H.U. Miguel Servet como Servicio de Neurología de Referencia de acuerdo con los criterios y estándares de la Sociedad Española de Neurología.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- 1- Definición de áreas y responsables de cada una de ellas
 - Requisitos generales: Definición del Servicio, autorización y apoyo de la Dirección, actividad previa del Servicio, registros (Dr. Ara)
 - Planificación estratégica del Servicio (Dr. Ara)
 - Política y Plan de Calidad (Dra. Marta)
 - Gestión del conocimiento (Dr. Capablo)
 - Gestión de la Comunicación (Dr. Martín)
 - Estructura: Recursos humanos, dependencias e instalaciones, medios técnicos (Dr. Ara, Dña. MJ Chopo)
 - Procesos: Planes funcionales, procesos asistenciales, coordinación con otros dispositivos necesarios (Dr. Ara, Dra. Alarcia, Dña. MJ Chopo)
 - Resultados: Satisfacción del usuario, satisfacción de clientes internos, satisfacción del personal del servicio, autoevaluación, resultados de actividad asistencial, científica y docente, resultados de coste y rendimiento (Dr. Ara, Dr. López Gastón, Dr. Capablo, Dña. MJ Chopo)
- 2- Análisis de necesidades por área y determinación de metas y objetivos
- 3- Planificación de acciones y cronograma
- 4- Desarrollo de las acciones
- 5- Evaluación periódica
- 6- Introducción de los ajustes necesarios
- 7- Solicitud de la acreditación

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 realizará una evaluación por áreas de trabajo semestralmente, entre el coordinador del programa y los responsables de cada área, analizando el grado de desarrollo de las acciones previstas, problemas y acciones correctoras.
- Cada área de trabajo tendrá definido un cronograma de objetivos y actividades. En cada momento de evaluación (semestralmente) se analizará, sobre lo planificado:
 - Porcentaje de objetivos conseguidos por área
 - Grado de desarrollo de cada una de las acciones previstas (planificada/en desarrollo/finalizada)
 - Porcentaje de acciones finalizadas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Influencia de la valoración de los pacientes neurológicos pendientes de ingreso en la Unidad de Urgencias por los facultativos del Servicio de Neurología.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

José Luis Capablo Liesa

Profesión

Neurólogo

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

Hospital Miguel Servet. Servicio de Neurología.

Correo electrónico:

jcapablo@meditex.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500, ext. 1736

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raquel Alarcia	Médico	Sº de Neurología
José Ramón Ara Callizo	Médico	Sº de Neurología
Vicent Bertol Alegre	Médico	Sº de Neurología
José Luis Capablo Liesa	Médico	Sº de Neurología
Eugenia Marta Moreno	Médico	Sº de Neurología
Jesús Martín Martínez	Médico	Sº de Neurología
Miguel Ángel Pina	Médico	Sº de Neurología
Juan Carlos Abad Cebolla	Administ.	Sº Admisión HUMS
Marga Lapeña Lapela	Administ.	Sº Admisión HUMS
Juana Morelli Benitez	Administ.	Sº Admisión HUMS
Laura Martínez López	Administ.	Sº Admisión HUMS
Aurora Pérez García	Administ.	Sº Admisión HUMS
Lola Currás Mateo	Médico	Sº Admisión HUMS
Marian Javierre Loris	Médico	Sº de Urgencias
Isabel Campello Morer	Médico	Sº de Neurología
Javier Gil de Bernabe López	Médico	Sº de Urgencias
Ana Herrero Castejón	Médico	Sº de Urgencias
Concha Ascaso Martorell	Médico	Sº de Urgencias
Eduardo Bustamante Rodríguez	Médico	Sº de Urgencias
Elena Ricarte Urban	Médico	Sº de Urgencias
Javier Povar Marco	Médico	Sº de Urgencias
Rafael Marrón Tundidor	Médico	Sº de Urgencias
Pedro Parrilla Herranz	Médico	Sº de Urgencias
Belén Gros Bañeres	Médico	Sº de Urgencias

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El Servicio de Neurología tiene una presión del área de Urgencias del 78% y se mantiene estable a lo largo de los tres últimos años. Esto hace que el trabajo de planta este influido de una forma notable por los ingresos urgentes.

Estos pacientes, una vez indicado su ingreso, tienen una demora en su llegada a planta, permaneciendo en el área de urgencias hasta el día siguiente a su ingreso. En ese periodo de tiempo, los pacientes permanecen al cuidado de los médicos del área de Urgencias, sin seguimiento por parte del Servicio de Neurología. El ingreso y la atención especializada a estos pacientes comienza, según las normas del Hospital, a partir del momento en que el paciente llega a una cama del área de Hospitalización.

Este método de espera de cama, sobrecarga por una parte al personal del área de Urgencias. Así mismo los pacientes y sus familiares entienden con dificultad todos estos hechos, y su cuidado se resiente, no por la asistencia sanitaria directa, sino por las condiciones en que se realiza y el retraso en el inicio de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos que se derivarían de las mismas. En esta misma línea, la información al paciente sobre su enfermedad y pronóstico es irregular.

ANÁLISIS DE CAUSAS

1. A nivel general:

1.1.- Los flujos de asistencia de los pacientes ambulatorios, las listas de espera médica y de pruebas complementarias, hacen que la asistencia urgente crezca de forma continua. Los ingresos hospitalarios, por motivos complejos, se realizan en este momento preferentemente a través del área de urgencia.

1.2.- El crecimiento de la necesidad de asistencia urgente, el déficit crónico de personal de staff en esta área, la coordinación con el resto del personal de guardia, y la autonomía de los inexpertos residentes hace que la indicación de ingreso pueda ser inadecuada.

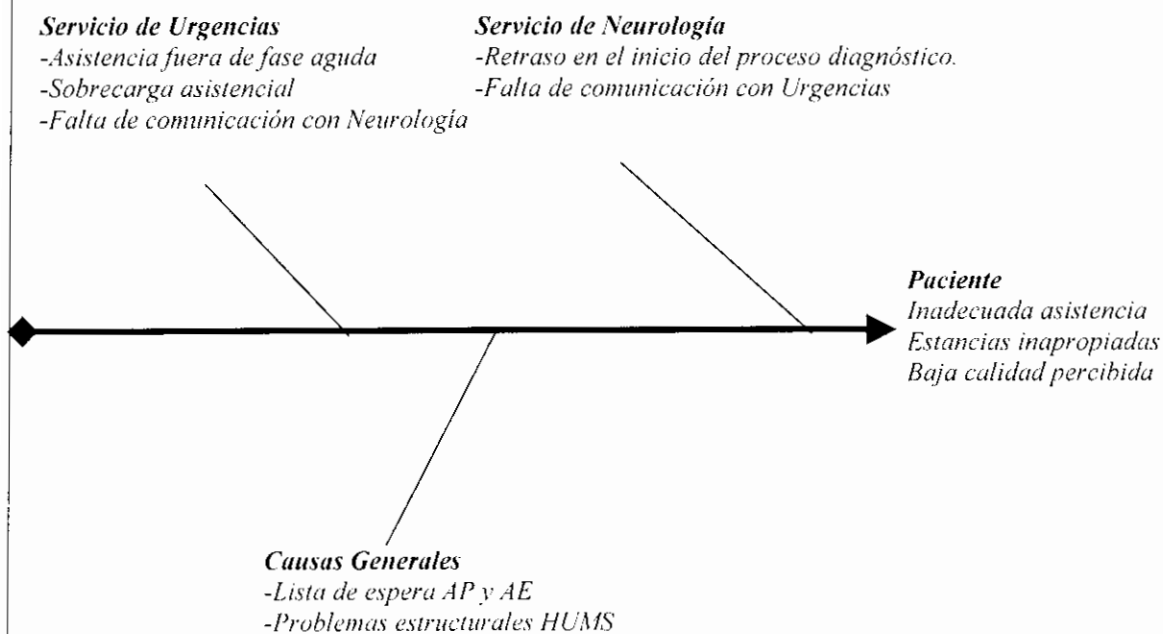
1.3.- El equilibrio entre ingresos y altas hospitalarias, no permite el inmediato ingreso de los pacientes. Por ello estas personas, deben quedar en espera de cama en la sala de observación de urgencias, sin cama asignada y sin quedar bajo el cuidado de los médicos del Servicio en el que ingresa. Una proporción de estos pacientes están en el área de urgencias más de 18 horas. En el caso de neurología la media de pacientes de este tipo es de tres al día.

2. Por la Unidad de Urgencias

- 2.1.-Esta obligado a dar asistencia medica a estos pacientes fuera de la fase de Urgencia.
 2.2.-Se origina una sobrecarga asistencial al no contar con el número de médicos necesarios para realizar dicha tarea.
 2.3.-Falta de comunicación efectiva con el Servicio de Neurología.
 2.4.-La información a los pacientes no es ajustada a la que deberían recibir.

3. Por el Servicio de Neurología:

- 3.1.-Retraso de al menos un día en la asistencia a este grupo de pacientes..
 3.2.-Falta de comunicación efectiva con la Unidad de Urgencia.
 3.3.-Falta de motivación para la asistencia en el área de urgencias.
 3.4.-La información a los pacientes no existe o es parcial.



El conjunto de estos hechos ha puesto manifiesto un **área de mejora** que implica al menos a tres servicios (Admisión, Neurología, Urgencias) y que incide negativamente en la calidad de asistencia percibida por el paciente.

Como resultado de lo anteriormente expuesto, y con el objetivo de mejorar la

gestión de los pacientes neurologicos que ingresan a través de urgencias, desde febrero de 2005 los especialistas de neurología valoran a los pacientes pendientes de ingreso en la sala de observación de urgencias.

Este nuevo procedimiento de gestión de pacientes, al menos teóricamente debe de reflejarse en los siguientes resultados:

- Atención inmediata por el especialista del paciente.
- Disminución del tiempo de espera en la sala observación de urgencias.
- Disminución de la carga de trabajo del Sº de Urgencias.
- Mejora en la gestión de camas hospitalarias.

Finalmente, consideramos que podemos abordar esta área de mejora porque:

- La preocupación por la mejora de la calidad de los servicios médicos participantes ha creado un lugar común en el que consideramos que este tipo de proyecto puede ser realizado.
- Las relaciones entre los diferentes servicios son correctas y existe un clima de confianza. Pretendemos mejorar esta situación, mediante un programa que favorezca el conocimiento y el trabajo en común.
- La Unidad de Urgencias tiene una amplia experiencia en el manejo del enfermo neurológico y la colaboración con el Servicio de Neurología ha cristalizado previamente en la Vía Clínica del Código Ictus y el tratamiento fibrinolítico del mismo. El Servicio de Admisión dispone de la estructura necesaria para el control de los pacientes que son atendidos en esta área, y los informes de Alta son custodiados por el Servicio de Documentación y pueden ser recuperados para su análisis.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El objetivo de la propuesta de mejora es producir una atención más efectiva del paciente, mejorando su calidad percibida, así como la calidad del trabajo de los profesionales implicados. Se podría especificar en los siguientes puntos:

1. Mejorar el proceso asistencial del paciente neurológico ingresado a través de la Unidad de Urgencias, y de los procesos organizativos y administrativos que inciden en el servicio recibido por los pacientes afectos de esta enfermedad.

- Disminuir el tiempo total de estancia del paciente en el Hospital.
- Disminuir el porcentaje de ingresos inadecuados.
- Mejorar los flujos de derivación a otros centros (Defensa, San Jorge, Provincial), o a otros niveles hospitalarios (Hospital de Semana, Otros Servicios).
- Mejorar los niveles de calidad percibida de los pacientes y del personal implicado en la atención de estos pacientes.

2. Comprobar su factibilidad y efectividad realizando una monitorización de dicho proceso en un estudio de 3 meses, comparándolo con la atención recibida en el mismo periodo del año anterior

3. Consolidar el nuevo procedimiento y fortalecer los Equipos de Mejora de los Servicios implicados.

4. Elaborar/ adaptar nuevos procedimientos y/o vías clínicas que afecten a pacientes neurológicos que ingresen de urgencia.

5. Extraer datos de este estudio que puedan modelizar las relaciones de otros Servicios Médicos con el área de Urgencia.

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	35%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	30%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	15%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables		
ACTIVIDAD	MÉTODO	RESPONSABLE
Evaluación de la influencia del nuevo procedimiento sobre los indicadores de gestión hospitalaria.	<p>Se realizará a través de la comparación de estadísticos e indicadores de gestión antes y después de la implantación de las medidas adoptadas (se comparará un periodo de 3 meses). Se analizarán los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingresos inadecuados de pacientes neurológicos (AEP-adaptado a pacientes neurológicos). - Reingresos y nuevas frecuentaciones a urgencias de pacientes neurológicos. - Indicadores de gestión hospitalaria <p>Las fuentes de información utilizadas serán las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de urgencias. - Historia clínica. - Base de datos de atención urgencias y hospitalización. 	S ^o . ADMISION (M ^a Dolores Currás Mateo).
Encuesta al personal implicado en el proceso.	<p>Se realizará una encuesta anónima dirigida al personal (facultativos, enfermería y administrativos) de los servicios implicados en el proceso (S^o de Urgencias y S^o de Neurología).</p> <p>La encuesta incluirá información acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo/desacuerdo con la iniciativa. - Influencia sobre el trabajo desarrollado. - Propuestas de mejora. 	S ^o NEUROLOGÍA S ^o URGENCIAS
Encuesta satisfacción del usuario.	<p>Se realizará una encuesta anónima dirigida a una muestra de pacientes que hayan sido atendidos en urgencias y dados de alta por el S^o de Neurología:</p> <p>La encuesta estará dirigida a conocer el grado de satisfacción con a la atención recibida.</p>	S ^o NEUROLOGÍA S ^o URGENCIAS
Elaboración/adaptación de protocolos, vías clínicas de pacientes neurológicos que ingresen a través del servicio de urgencias.	Se realizarán sobre la base de los resultados obtenidos en los tres puntos anteriores.	S ^o NEUROLOGÍA S ^o URGENCIAS
Presentación de los resultados y extrapolación de la metodología obtenidos a otros servicios del área médica	Difusión entre los servicios médicos de los resultados y extrapolación de la metodología aplicada.	LOS RESULTADOS OBTENIDOS SE REMITIRAN A LA SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE.

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

Los principales indicadores que van a ser utilizados en el desarrollo del proyecto se citan a continuación:

- % Altas pacientes neurológicos desde urgencias
- % Ingresos inadecuados.
- % de reingresos
- %nueva frecuentación a urgencias.
- Estancia media en planta hospitalización.
- Tiempo de estancia en sala de observación de urgencias
- Traslados realizados otros hospitales/Camas disponibles otros hospitales
- Resultados de satisfacción del personal implicado y usuarios.

La evaluación y seguimiento del proyecto se realizará mediante la realización de reuniones periódicas de acuerdo a los objetivos fijados, el cronograma general y los responsables definidos en los apartados 8 y 10 de la presente solicitud.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Caleandario:

ACTIVIDAD	MESES AÑO 2006												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Evaluación de la influencia medidas adoptadas sobre indicadores de gestión hospitalaria.	←												
Encuesta al personal implicado en el proceso.													
Encuesta satisfacción del usuario.													
Elaboración/adaptación de protocolos y vías clínicas de pacientes neurológicos.													
Presentación de los resultados y extrapolación de la metodología obtenidos a otros servicios del área médica													→

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE CON DELIRIUM EN EL HOSPITAL

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Nombre y apellidos: Eugenia Marta Moreno

Profesión: Médica (neuróloga)

Lugar de trabajo : Hospital Miguel Servet
Dirección: Isabel La Católica 1. Zaragoza 500007

Correo electrónico: emartam@hotmail.com
emartam@gmail.com
emartam@meditex.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 - extensión 1736

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raquel Alarcia Alejos	Médico Neurología	Hospital Miguel Servet
José Ramón Ara Callizo	Médico Neurología	Hospital Miguel Servet
Vicente Bertol Alegre	Médico Neurología	Hospital Miguel Servet
José Luis Capablo Liesa	Médico Neurología	Hospital Miguel Servet
Juan Ignacio López Gastón	Médico Neurología	Hospital Miguel Servet
Jesús Martín Martínez	Médico Neurología	Hospital Miguel Servet
Pedro Modrego Pardo	Médico Neurología	Hospital Miguel Servet
Jorge Artal	Residente Neurología	Hospital Miguel Servet
Sonia Huertas Folch	Residente Neurología	Hospital Miguel Servet
Berta Sebastian	Residente Neurología	Hospital Miguel Servet
Daniel Sagarra	Residente Neurología	Hospital Miguel Servet
María José García Gomara	Residente Neurología	Hospital Miguel Servet
Carmen Expósito	Enfermera Neurología	Hospital Miguel Servet
Pilar Gracia	Enfermera Neurología	Hospital Miguel Servet
María Jesús Chopó	Enfermera Neurología	Hospital Miguel Servet
Victoria Martín	Enfermera Neurología	Hospital Miguel Servet
Ana María Romeo	Enfermera Neurología	Hospital Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

4.1 IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO

El **delirium** o síndrome confusional agudo es un síndrome mental de causa orgánica no específica, de carácter fluctuante, presentación y duración relativamente corta, caracterizado por una alteración de la conciencia o estado de alerta que se manifiesta por una disminución para mantener la atención. Este estado puede provocar trastornos perceptivos y fallo global de la cognición.

El **delirium** es un grave problema sanitario; *en primer lugar*, porque es un problema muy frecuente en los pacientes hospitalizados; *en segundo lugar* porque supone una importante complicación que se asocia a una elevada mortalidad y a un importante incremento de costes con un aumento del consumo de recursos e incremento de la estancia media; *en tercer lugar*, por su frecuente infradiagnóstico. En muchas ocasiones pasa desapercibido y otras veces aunque diagnosticado se minimiza su presencia con manejos diagnósticos y terapéuticos parciales o incorrectos y rara vez se constata en los informes de alta a pesar del significado pronóstico que representa a largo plazo y las repercusiones graves que de su desarrollo pueden derivar tanto para el paciente, cuidadores, como para el sistema de salud; y *finalmente* porque tanto el **delirium** como sus complicaciones pueden ser prevenidas

El delirium es un trastorno frecuente.

La prevalencia entre los pacientes ingresados no quirúrgicos es de 10-30 % , aunque el riesgo se incrementa con la edad, se estima que es seis veces mayor a partir de los 60-65 años; alcanza hasta un 51% en los pacientes durante el postoperatorio. El riesgo es mayor en quemados, dializados, pacientes sometidos a trasplantes, cirugía cardíaca o con fracturas de cadera; llega al 25 % de los hospitalizados por cáncer; 30-40 % de los hospitalizados por SIDA.

En España hay pocos trabajos sobre la prevalencia del delirium en pacientes ingresados, según un trabajo efectuado en un hospital general de nuestro medio (España), la prevalencia/día de **delirium** sería de 11,9%, con una mortalidad de 23% durante el ingreso. Los pacientes de mayor riesgo de presentar **delirium** son los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores (ej.: tras intervención quirúrgica en fémur y cadera, cirugía cardiovascular, trasplante de órganos sólidos), los que sufren procesos infecciosos generalizados (ej.: VIH, sepsis), los pacientes con cualquier tipo de alteración o lesión en el sistema nervioso central (ej.: AVC, traumatismo craneal, enfermedad de Parkinson o toxicomanías), pacientes oncológicos, pacientes terminales, pacientes polimedicados y pacientes con alteraciones hidroelectrolíticas. El grupo de pacientes con mayor riesgo de presentar **delirium** sería el constituido por pacientes mayores de 65 años, en general con algún grado de deterioro neuropsicológico previo y con patología médica añadida, que están expuestos a diversos factores de riesgo intrínsecos al

proceso mórbido y a su tratamiento.

El delirium tiene un significado pronóstico y de incremento de costes

El *delirium* por sí mismo incrementa las complicaciones médicas (infecciones intrahospitalarias, aspiraciones bronquiales, úlceras de decúbito, etc.) y en ocasiones, puede establecerse un daño cerebral permanente con deterioro cognoscitivo irreversible. Predictor independiente de deterioro cognoscitivo y de mal funcionamiento general al año de la hospitalización. En cuanto a los costes sanitarios del *delirium*, cabe mencionar el incremento significativo de la ocupación hospitalaria. Además implica un dispendio económico muy elevado: según extrapolaciones de las estadísticas de salud en USA, cada año el *delirium* puede complicar la estancia hospitalaria en cerca de 2.3 millones de personas mayores, con lo que se estima se puede alcanzar cifras de hasta 17.5 millones de dólares diarios.

El delirium se infradiagnóstica

El delirium no se identifica adecuadamente en 32-67% de los casos y que acostumbra a ser objeto de un abordaje terapéutico tardío, incorrecto e incompleto.

La detección precoz y manejo adecuado es fundamental

Es una urgencia médica. El pronóstico vital y funcional esta en relación a la etiología y la rapidez y adecuación del tratamiento instaurado. Las mejores medidas serán aquellas dirigidas a evitar el delirium. Ya establecido , el objetivo del tratamiento es recuperar el estado mental previo, no solo sedar o controlar la agitación.

4.2.- MÉTODOS DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN EMPLEADOS

El grupo de mejora de calidad del Servicio de Neurología ha llevado a cabo varias reuniones para definir iniciativas de mejora y planes de acción. Para identificar problemas de calidad del servicio y seleccionar las áreas de mejora para el años 2006 se utilizo una "lluvia de ideas" en la que participaron los 15 miembros del grupo (integrado por médicos, enfermeras, auxiliares y secretaria del Servicio). Se generaron 19 potenciales ideas, sobre problemas o áreas de oportunidad. Entre los problemas identificados por el grupo, determinamos mediante votaciones con filtros las situaciones que debían priorizarse por posibilidades de mejora más relevante. La priorización de las iniciativas de mejora se baso en los siguientes criterios: la repercusión en los usuarios; frecuencia que se daba el problema; posibilidades de ser abordados porque hacerlo dependiera de nosotros; y la facilidad en ejecutarlo.

Siguiendo este método uno de los problemas detectados y priorizados fue la baja calidad percibida en la prevención, detección y asistencia al paciente con delirium en el Servicio de Neurología y en general en todas las áreas hospitalarias, proponiendo elaborar un programa de mejora de la calidad en la atención al

paciente con delirium, implantándolo primero en el Servicio de Neurología y en fases posteriores extendiendo su implantación a todo el Hospital, primero en las áreas del Hospital donde se atiende a los pacientes de mayor riesgo de presentar delirium (áreas quirúrgicas, áreas de medicina interna, Unidades de cuidados intensivos, Servicio de infecciosos y Oncología)

4.3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

En el Servicio de Neurología ingresan una alta proporción de pacientes que tienen un alto riesgo de presentar delirium, es decir pacientes mayores de 65 años, con alteraciones en el sistema nervioso central (ACV, enfermedad de Parkinson, tumores..), en muchos casos con deterioro cognitivo previo, polimedicados y con patología médica añadida.

Se han analizado **posibles causas** que inciden negativamente en la prevención y calidad asistencial que se le da al paciente con delirium en el Servicio de Neurología y en general en el Hospital:

1.- Entorno hospitalario

1.1. El hospital (unas áreas más que otras) es un entorno estresante, de riesgo para que determinados pacientes vulnerables desarrollen un delirium.

Hay **factores que precipitan el desarrollo de delirium** dependientes del medio hospitalario, de actividades o sucesos frecuentes en este entorno y que se consideran predisponentes para desencadenarlo:

- Uso de restricciones físicas e inmovilidad prolongada
- La polimedicación, uso de más de tres fármacos
- Malnutrición
- El cateterismo vesical
- Episodios iatrogénicos durante la hospitalización

2.- Profesionales

2.1. Desconocimiento, por parte tanto del personal médico como de enfermería, de aspectos fundamentales de este proceso que obstaculiza la aplicación de medidas preventivas del delirium, la detección precoz y un manejo diagnóstico y terapéutico adecuado.

- No se conocen o no se tiene en cuenta los factores dependientes del propio entorno hospitalario, ni los factores individuales del paciente que le hacen más vulnerables al delirium:

- Déficits de agudeza visual
- Deterioro cognitivo previo
- Enfermedad concomitante grave
- Presencia de deshidratación

Unos y otros son sinérgicos, su interacción aumentan el riesgo de que el paciente sufra un delirium. Hay estudios en pacientes hospitalizados que han demostrado una reducción de la incidencia de delirium

aplicando un programa de actuación preventiva.

En nuestro entorno, no existen o no están implantados protocolos de actuación de manejo de la mayoría de los factores precipitantes (contención física, cateterismo vesical ...); tampoco se identifican cuando ingresan a aquellos pacientes vulnerables con un riesgo alto de desarrollar un delirium; ni se cuantifica la carga de riesgo de los pacientes aplicando protocolos preventivos de intervención sobre los pacientes con riesgo medio o alto.

- No se conoce o no se tiene en cuenta el curso fluctuante y las diferentes formas existentes de manifestación del delirium que condiciona un infradiagnóstico de este proceso.

2.2.- Falta de motivación hacia esta patología, probablemente porque se desconozca que es una importante complicación, factor independiente de deterioro cognoscitivo y de mal funcionamiento general al año de la hospitalización. Esta falta de motivación condiciona que:

- **El diagnóstico de delirium no suele reflejarse en el informe clínico de alta hospitalaria.** Esto repercute en una mala información al médico de atención primaria, de un hecho importante dada las repercusiones pronósticas a largo plazo del delirium; y en la recopilación incompleta de variables del Conjunto mínimo de datos de hospitalización (CMBDH) obviando un proceso patológico, que coexiste con el principal que se desarrolla a lo largo de la estancia hospitalaria influyendo en la duración de la misma, tratamiento administrado y costes consumidos.
- **No se recoge de manera formal en las hojas de enfermería** quedando a criterio individual del personal de enfermería, reseñarlo o no. Esto va a dificultar su identificación porque es un proceso de grado variable y fluctuante que puede presentarse por la tarde/noche y no durante el pase de sala matutino.
- **El tratamiento se limita a unas medidas sintomáticas** en casos en los que hay un delirium hiperactivo sin un plan establecido para reconocer las causas y tratarlas si es posible; ni medidas de soporte e intervenciones ambientales eficaces para disminuir el desarrollo de delirium y útiles para su manejo una vez instaurado; ni un seguimiento protocolizado del tratamiento psicotrópico instaurado con potenciales efectos adversos graves y aumento de costes; ni del estado funcional ni cognitivo del paciente que por haber padecido este debe ser considerado paciente de riesgo para padecer demencia

2.3. Falta de entrenamiento en el uso de instrumentos diagnósticos estandarizados que faciliten el diagnóstico y permitan la valoración de gravedad del cuadro.

3.- EQUIPO, MATERIAL

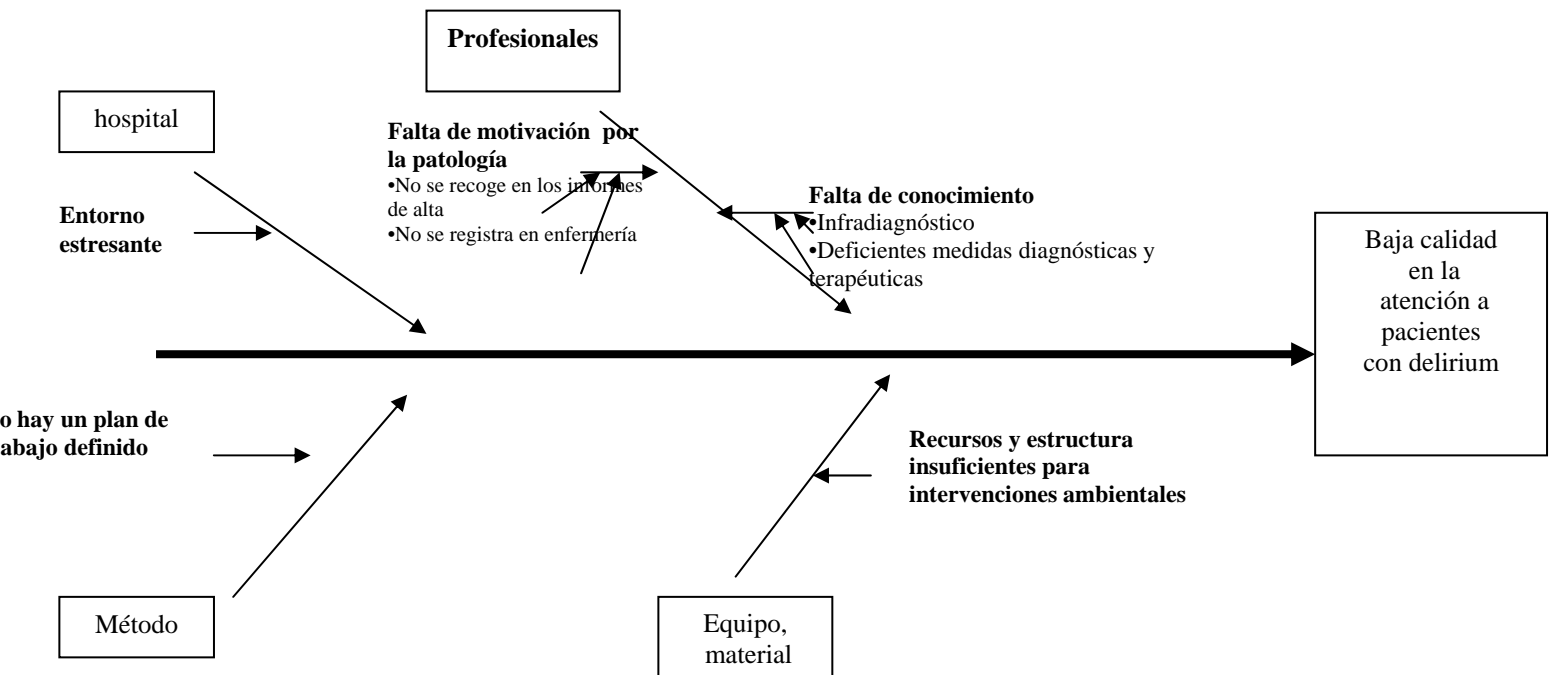
- En el delirium hay causas reversibles que precisan de tratamiento inmediato y de detección inmediata. Entre estas la hipoxia e hipercapnia. En muchas plantas todavía se carece de pulsioxímetro

que permita una medición inmediata de este parámetro instaurando las medidas terapéuticas necesarias. En ocasiones se precisa en pacientes con delirium el uso de habitaciones individuales que faciliten una estimulación ambiental adecuada y para el propio manejo en casos de agitación grave siendo muy difícil por la presión asistencial disponer de esta posibilidad.

4.- ORGANIZACIÓN

No hay circuitos o planes de actuación específicos definidos para el manejo del delirium en nuestro entorno hospitalario

DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO DE ISHIKAWA



5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

No procede el cumplimiento de este apartado por no ser continuación de otro previo

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Los objetivos que se pretenden con esta propuesta de mejora son:

1. Implementar un Programa de Mejora Continua de la Calidad en la prevención, detección y cuidado del delirium en los pacientes hospitalizados.
2. Valorar la influencia del Programa de Mejora Continua de la Calidad en:
 - Disminución de la incidencia del delirium de los pacientes ingresados en el Servicio de Neurología por mejora en la prevención
 - Mejora en la identificación del delirium
 - Mejora en la identificación de las causas que lo producen
 - Mejora en el manejo terapéutico farmacológico
 - Mejora en el manejo terapéutico no farmacológico con implantación de medidas de soporte e intervenciones ambientales
 - Mejora en la calidad de los informes de alta de los pacientes que han sufrido un delirium durante la hospitalización

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Diseño. Se trata de un estudio de intervención de calidad asistencial con 3 fases: 1) evaluación de la situación 2) intervención y 3) medida de resultados.

Ámbito. En esta primera fase, Servicio de Neurología del nuestro hospital

1º : EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN		
ACTIVIDAD	MÉTODO	RESPONSABLE
Valoración de delirium en la planta. No se hará ninguna intervención paralela a los responsables del proceso	Se valoraran diariamente, mediante una escala Confusion Assessment method (CAM), instrumento estandarizado para el diagnóstico de delirium , validado en la población española a todos los pacientes del Servicio de Neurología durante tres meses.	Residentes neurología -Jorge Artal -Sonia Huertas -Daniel Sagarra -Berta Sebastian
Se evaluarán las historias de pacientes diagnosticados de delirium durante seis meses. Diagnosticados por otros profesionales ajenos al proyecto de mejora.	Recogida de datos sobre: - Factores predisponentes de delirium - Determinación de pruebas básicas que considerar en pacientes con delirium - Identificación de la causa/s del delirium - Tratamiento aplicado	Residentes neurología -Jorge Artal -Sonia Huertas -Daniel Sagarra -Berta Sebastian - Mº Jose García Gomara
Análisis de los informes de alta de pacientes diagnosticados de delirium durante seis meses. Diagnosticados por otros profesionales ajenos al proyecto de mejora.	Recogida de datos sobre: - Si se constata el diagnóstico de delirium - Si a el paciente se le da de alta con recomendaciones específicas por este proceso (revisión de fármacos psicótrpos instaurados como tratamiento sintomático, del estado cognitivo a largo plazo)	Residentes neurología -Jorge Artal -Sonia Huertas -Daniel Sagarra -Berta Sebastian - Mº Jose García Gomara
Valoración de la estancia media de los pacientes con delirium	Análisis estadístico de la diferencia en la estancia media de pacientes que desarrollan delirium con igual patología principal.	Neurología Grupo de mejora

2º : INTERVENCIÓN		
ACTIVIDAD	MÉTODO	RESPONSABLE
Desarrollo de un protocolo de actuación de delirium	Revisión de las principales guías clínicas de calidad de delirium	Neurólogas E. Marta Moreno R .Alarcia Alejo
Realización de sesiones clínicas donde se presenten: - Proyecto de mejora - Protocolo de actuación	Presentación power point a personal de enfermería y médicos del Servicio	Neurólogas E. Marta Moreno R .Alarcia Alejo

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

Intervención educativa sobre la escala CAM para el diagnóstico estandarizado del delirium al personal de enfermería	Talleres sobre el uso de la escala	Neurólogas E. Marta Moreno R .Alarcia Alejo
Elaboración de documentos gráficos, sencillos y manejables que faciliten la adhesión al protocolo de actuación.	Diseño, desarrollo, difusión	Neurólogas E. Marta Moreno R .Alarcia Alejo Carmen expósito Pilar Gracia Mª Jesús Chopo Victoria Martin Ana Mª Romeo

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Los principales indicadores propuestos para evaluar el beneficio de la intervención propuesta:

- % de pacientes con valoración del riesgo de delirium
- % de medidas preventivas en pacientes de alto riesgo
- % de pacientes infradiagnosticados
- % de pacientes con diagnóstico de la causa del delirium.
- % de tratamientos inadecuados.
- % de tratamientos incompletos
- % de informes de alta con el diagnóstico de delirium.
- Resultados de satisfacción del personal implicado y usuarios.

La evaluación y seguimiento del proyecto se realizará mediante la realización de reuniones periódicas según el cronograma general

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Marzo 2006

Fecha de finalización: Marzo 2007

Calendario:

ACTIVIDAD	MESES AÑO 2006-2007														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Cuantificación de la frecuencia delirium en la planta.			■	■	■										
Evaluación de las historias de pacientes con delirium			■	■	■	■	■	■							
Ánálisis de informes de alta de pacientes con delirium			■	■	■	■	■	■							
Desarrollo de protocolo de actuación de delirium						■	■	■	■	■	■				
Intervención educativa sobre el protocolo												■			
Intervención educativa sobre la escala CAM												■			
Elaboración de documentos gráficos											■	■			
Evaluación de la intervención													■	■	■

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TITULO</u></p> <p>Valoración Geriátrica en los Servicios de Medicina Interna (Parte I)</p>
--

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>	
Nombre y Apellidos	M ^a Paz Revillo Pinilla
Profesión	Facultativo Especialista de Area de Medicina Interna
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)	Hospital Universitario Miguel Servet (HG Defensa)
Correo electrónico	mprevillo@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976305292

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Fernando Fuentes	Jefe Sección M. Interna	Hospital Universitario Miguel Servet (HG Defensa)
Cristina Rubín de Celis	FEA M. Interna	Hospital Universitario Miguel Servet (HG Defensa)
Antonio Portolés	FEA M. Interna	Hospital Universitario Miguel Servet (HG Defensa)
Ignacio Boldova	FEA M. Interna	Hospital Universitario Miguel Servet (HG Defensa)
Pilar Gérez	DUE	Hospital Universitario Miguel Servet (HG Defensa)
José Velilla	FEA M. Interna	Hospital Universitario Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La edad media de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna va aumentando progresivamente situándose en el momento actual en torno a los 82 años. Cerca de 1/3 de los adultos mayores de 70 años hospitalizados por enfermedad aguda presentan un deterioro de las actividades de la vida diaria y únicamente la mitad de estos pacientes recuperan los niveles previos de AVD a los 3 meses del alta. La situación funcional de un paciente anciano es predictora de mortalidad, de deterioro funcional durante la hospitalización y de regreso a domicilio. La derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de los enfermos mayores ingresados depende fundamentalmente de su capacidad funcional y no de las enfermedades concomitantes que puedan tener.

El informe de alta es la principal herramienta para la clasificación de la complejidad de los pacientes que atendemos (GRD). En los informes de MI se recoge muy correctamente la comorbilidad pero no, en general, la presencia de complejidad geriátrica (incapacidad en las actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo, presencia de síndromes geriátricos e insuficiencia social) penalizando a aquellos servicios que tienen muchos pacientes geriátricos. El impacto de la situación funcional para unos mismos diagnósticos y procedimientos, respecto a la gravedad y consecuente mortalidad de pacientes mayores hospitalizados está plenamente demostrada (SK Inouye).

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

1. Identificar al ingreso pacientes ancianos con riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización. para realizar, en lo posible, intervenciones sobre el paciente vulnerable, así como para colaboración en la toma de decisiones.
2. Planificación de las altas para asegurar la continuidad asistencial y la utilización más eficiente de los recursos hospitalarios y post-alta (atención domiciliaria, convalecencia, residencia geriátrica...)
3. Información geriátrica en el informe de alta.

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

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

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	---

8.- MÉTODO Y ACITIVIDADES PARA MEJORAR

Población diana: Pacientes mayores de 75 años ingresados en la Sección de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet ubicada en la actualidad en el Hospital General de la Defensa.

1. Valoración funcional: índice de Barthel previo al ingreso y al alta
2. Valoración del estado cognitivo: cuestionario de Pfeiffer como *test* de cribado, *Mini mental state examination* como *test* de confirmación.
3. Valoración de la situación social : Escala de valoración sociofamiliar de Gijón
4. “Perfil de riesgo” en la Admisión al Hospital en relación con la edad, la función cognitiva y las AIVD previas al ingreso.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Indicadores

1. Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con valoración. Objetivo: >75%
2. Porcentaje de áreas valoradas en cada paciente. Objetivo: > 75%
3. Porcentaje de informes de alta en pacientes mayores de 75 años con información geriátrica. Objetivo: >75%
4. Valoración del declive funcional en nuestros pacientes durante la hospitalización.

Evaluación y Seguimiento

Control mensual de los indicadores

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio	15/02/06	Fecha de finalización	31/12/06
-----------------	----------	-----------------------	----------

Calendario:

Elaboración del documento base para la cumplimentación del protocolo... ..hasta el 28/02
Puesta en común del proyecto y consenso del protocolo..... hasta el 15/03
Prueba metodológica del protocolo.....hasta el 30/03
Evaluación de la prueba, correcciones y protocolo definitivo.....hasta el 15/04
Ejecución del proyecto.....hasta el 30/11
Evaluación finalhasta el 31/12

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Las EAIS (en las que se incluyen el Lupus Eritematoso Sistémico, la Esclerodermia, el Síndrome de Sjögren, el Síndrome Antifosfolípídico y las diversas Vasculitis Sistémicas) constituyen un grupo de patologías relativamente raras, pero especialmente complejas, por lo que habitualmente son atendidas por diversos especialistas, muchas veces de forma parcelar y dispersa.

Para mejorar la calidad de la atención ofrecida a nuestros pacientes y en consonancia con experiencias similares en otros Centros de nuestro país, se hace necesario agrupar y unificar la atención prestada mediante el desarrollo de un Programa Asistencial específico, a cargo de un reducido nº de profesionales cualificados que se responsabilicen directamente de la atención clínica de los pacientes, de su coordinación asistencial y/o de la elaboración y en su caso consenso de protocolos y guías de actuación comunes. Consideramos que los internistas somos los especialistas mejor posicionados para desarrollar dicha labor de coordinación asistencial

Proponemos un proyecto de mejora de la calidad basado en la agrupación y unificación de la atención de los pacientes atendidos por nuestro Servicio, ofertando una coordinación con los diversos profesionales implicados que posibiliten en el futuro la constitución de una Unidad Funcional y Multidisciplinaria de EAIS.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar la atención de los pacientes con EAIS atendidos en nuestro Servicio mediante la elaboración de protocolos comunes y guías de actuación.
2. Protocolizar y optimizar los tratamientos minimizando los riesgos derivados de los mismos (corticoides, inmunosupresores, anticoagulantes, etc)
3. Mejorar la información proporcionada al paciente y a los profesionales responsables del continuo asistencial (fundamentalmente MAP).
4. Ofertar, coordinar y consolidar un grupo de trabajo multidisciplinario con profesionales de otros Servicios y niveles que permita avanzar en aspectos asistenciales, de docencia e investigación en estas enfermedades

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Agrupación y unificación de la atención actual de los pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna en una Consulta Monográfica específica (Consulta de pacientes con EAIS) por un grupo reducido de profesionales del Servicio (Dr Velilla y Dr García Aranda).
2. Elaboración de una Base de Datos en la que se documente de forma uniforme los criterios diagnósticos utilizados (clínicos e inmunológicos) y las actuaciones terapéuticas empleadas.
3. Elaboración de Protocolos clínicos, Guías de actuación y en su caso, Vías Clínicas, de forma coordinada y consensuada con todos los especialistas implicados en la atención de estos grupos de pacientes del Sector II.
4. Elaboración de documentos informativos específicos a los pacientes y a los profesionales implicados en su continuo asistencial (MAP, etc)

Queremos destacar que estas actividades se enmarcan dentro de los objetivos del Servicio de MI y cuenta con el apoyo decidido del Jefe del mismo.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Implantación a partir del 2º trimestre del año 2006 de una Consulta diaria de EAIS en el Servicio de MI (Objetivo: 100%), con una demora de 1ª consultas < 15 días y que oferte atención urgente y consultoría al resto del Hospital. (Objetivo: >75%).
2. Desarrollo de Protocolos diagnóstico terapéuticos de las 5 entidades más frecuentes (LES, ESP, SS, SAF y Arteritis Temporal). Objetivo > 75%.
3. Elaboración de Hojas Informativas para los pacientes de cada una de las principales enfermedades y sus tratamientos más habituales (Objetivo: > 75%), generalizando el Consentimiento Informado para todos los casos de tratamientos inmunosupresores y terapias biológicas (Objetivo: 100%).

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de abril de 2006	Fecha de finalización: 31 de marzo de 2006
-------------------------------------	--

Cronograma:

Segundo trimestre 2006: Divulgación del programa entre los médicos del Servicio. Elaboración de fichas de documentación de pacientes (criterios diagnósticos, tratamientos) Consentimientos Informados y hojas informativas para pacientes

Tercer y cuarto trimestre 2006: Entregar los documentos informativos. Completar recogida de datos y análisis de los mismos, detectando áreas de mejora y elaborar protocolos y guías de actuación propias.

Primer trimestre 2007: Implantar protocolos y documentos informativos definitivos. . Evaluación de resultados y plantear propuestas de mejora.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **Maria José Revillo Pinilla**

Profesión: Médico Microbiólogo

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
H. Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:
mjrevillo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976765542

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión
M ^a José Revillo Pinilla	Jefa del Servicio
Antonio Rezusta	Facultativo Especialista
M ^a Dolores Yagüe	Supervisora de Enfermería
Nieves Martínez	Técnico Especialista de Laboratorio
Pilar Martínez	Auxiliar Administrativo
Elena Lomba	Facultativo Especialista
Pilar Egido	Responsable de la Calidad
M ^a Dolores Sabaté	Enfermera
M ^a Luisa García Zurita	Enfermera
M ^a Cruz Villuendas	Facultativo Especialista
José Manuel García Márquez	Colaborador externo

Todos los miembros forman parte del equipo de mejora del Servicio de Microbiología

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El resultado esperado es la acreditación de una Sección del Servicio según la Norma UNE-EN-ISO 15189 en el plazo de 2 años (2005-2007). Se ha establecido la prioridad de la unidad de Virología por ser única en nuestra comunidad autónoma y por tanto servicio de referencia de la misma

El proyecto se origina en el año 2003 con la puesta en práctica de acciones concretas según requisito de norma 15189 y continua en 2004 con la elaboración de documentación técnica igualmente requerida por la norma

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Se concreta a continuación una relación de resultados obtenidos en el periodo 2005:

1- Documentación técnica elaborada:

Procedimientos normalizados de trabajo PNT

PCR cualitativa de VHC
Diagnóstico serológico de cisticercosis
Tinción de Zhiel Nielsen
Estudio de *S. agalactiae* en embarazo
Control de agua de diálisis
Streptococcus pneumoniae en orina
Detección de toxina de *C. difficile*. Ensayo de citotoxicidad en heces
Campylobacter sp
Determinaciones urgentes de donación de órganos
Técnica de diagnóstico de *C. neoformans*.
Procesamiento de orinas

Revisión y actualización de los PNT elaborados en 2004

El número actual de PNT del servicio es 20

Instrucciones

Instrucción para las determinaciones de urgencia en LIAISON
Instrucción para las determinaciones de urgencia en CENTAURO

Instrucción para el uso de la centrífuga
Instrucción para la puesta en marcha de la red informática fuera de horario
Instrucción para la cumplimentación del registro de antigenemias
Instrucción para la cumplimentación del registro de toxina de *C. difficile*
Instrucción para la realización de la técnica de perforación del pelo
Instrucción para el uso del medio de arroz

Actualización de la cartera de servicios

2- Diagnóstico cuantitativo de cumplimiento de requisitos de la norma

Tras la aplicación de una herramienta de diseño propio que permite evaluar el grado de cumplimentación de los requisitos establecidos en la norma 15189, se obtuvieron los siguientes resultados en la sección de virología: 29.9% de definición documental y 31.7% de implantación de la norma. Esta herramienta ha sido objeto de comunicaciones a los diversos congresos a los que hemos asistido.

3- Presentación a congresos y jornadas:

Presentación de 8 posters en el XIV Congreso Nacional de Hospitales. Zaragoza
Presentación de 1 Comunicación oral y 2 posters al Congreso Nacional de Calidad Asistencial Cádiz
Presentación de 6 comunicaciones orales a las Primeras Jornadas de Calidad Aragonesas. Zaragoza

4- Plan de Formación: Formalizar y poner en práctica la metodología para instruir al personal facultativo cuando se detectan microorganismos atípicos:

Realización de 5 reuniones del Servicio

5- Sesiones de trabajo:

En el periodo 2005 se han celebrado 24 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 y otras sesiones complementarias con personal de la sección y relacionado indirectamente con el proyecto.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Estar en disposición de poder optar a la acreditación de la sección de Virología a fin de 2007.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

--

<u>7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD</u>		
Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD		
Líneas de intervención	%	
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	35%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	20%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	
TOTAL	100%	

<u>8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR</u>
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables
La metodología será:
1.- Sesiones de debate y decisorias sobre las propuestas aportadas por la totalidad de los miembros del Grupo de forma conjunta.
2- Sesiones de trabajo de ejecución de las decisiones tomadas por el grupo, a realizar por los miembros del grupo de forma aislada o junto al personal de las Secciones, a partir de las propuestas y de los documentos requeridos por la norma.
3.-Sesiones de comunicación con los facultativos y resto de personal del Servicio para transmitir las actividades realizadas y acuerdos alcanzados
4- Finalizar la elaboración de documentación (PNT, Instrucciones, Descripción de puestos, etc)
5- Finalizar el control de equipos

<u>9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</u>
Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar
Indicador 1: Cumplimiento de plazo de entrega de resultados en la sección de Virus mediante el registro y monitorización de fechas de entrega de resultados en días aleatorios representativos de la actividad Valor de referencia: +/- 10% de tiempo indicado en cartera de servicios
Indicador 2: Errores internos en la sección de virus y su disminución como consecuencia de la puesta en funcionamiento del sistema de calidad según la norma.

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

Valor de referencia: Conocer el nº de errores en junio de 2006 Disminuir el nº de errores a 31- 12- 2006 (tendencia decreciente)

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:1-1-06	Fecha de finalización:31-12-06
Calendario: Ver Anexo	

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Equipamiento para control de condiciones climáticas</u>	200
<u>Adquisición material docencia del microscopio invertido de virología</u>	800
<u>Intervención externa en control y calibración de equipos</u>	500
<u>Adquisición de bibliografía y documentación técnica</u>	300
<u>Formación de personal implicado y colaboración técnica externa en la ejecución del proyecto</u>	1200
TOTAL	3000

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Proyecto TRIAMAR: Tratamiento de Reperusión farmacológica y/o mecánica de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST) en Aragón. Coordinación interdisciplinaria y desarrollo de aplicaciones para evaluar la asistencia prestada e identificar opciones de mejora.

2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Isabel Calvo Cebollero; Enrique López Puente

Profesión: Cardiología Intervencionista Hospital Universitario Miguel Servet, Médico de Emergencias del 061 Aragón

Lugar de trabajo:

Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del HUMS, y 061 Aragón UME Calatayud

Correo electrónico:

icalvoc@ya.com

elopezpuente@yahoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976562565 y 976765500 Ext. 1280 y 061 Aragón

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Antonio Peleato Peleato	Cardiólogo Intervencionista	HCU Zaragoza.
Javier Povar Marco	Médico Urgencias	HUMS Zaragoza.
Joaquín Joven Lafont	Médico UCI	HUMS Zaragoza
Miguel Angel Suarez	Médico UCI	HCU Zaragoza
Maria Teresa Villarroel	Cardiología Clínica	Hospital San Jorge Huesca
Jose Maria Montón Dito	Médico UCI	H. Obispo Polanco Teruel
Ana Arnedo	Médico Urgencias	Hospital de Alcañiz
Francisco Roncalés	Cardiólogo Clínico	HCU Zaragoza
Carlos Seron Arbeloa	Médico UCI	Hospital San Jorge Huesca
Edmundo Molinero	Cardiólogo Clínico	Hospital de Alcañiz

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

1. Problema de salud relevante.
2. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte de la población. Dentro de ellas el infarto de miocardio es la primera causa, afectando tanto a hombres como a mujeres. Aunque la tasa ajustada de mortalidad por esta causa tiene una tendencia descendente, el número absoluto de infartos aumenta progresivamente en la Comunidad, en relación con el envejecimiento de la población.
3. El tratamiento revascularizador del infarto disminuye la mortalidad y mejora el pronóstico pero debe ser aplicado en las primeras horas de evolución del cuadro, exige el contacto precoz del paciente con el sistema sanitario, la coordinación de todos los niveles asistenciales y la gestión coordinada y eficiente de los recursos sanitarios.
4. A pesar de la eficacia demostrada del tratamiento revascularizador (farmacológico o mecánico) en la fase aguda de infarto de miocardio, este no se aplica a todos los pacientes en los que está indicado. La no disponibilidad hasta ahora de alerta en Hemodinámica 24 horas/365 días ha sido un factor importante de no reperusión.
5. La puesta en marcha por el SALUD de un programa de tratamiento revascularizador en las primeras horas de evolución del infarto (Proyecto TRIAMAR) en toda la comunidad autónoma de Aragón, que incluye la posibilidad de realizar sin restricción de horario un cateterismo cardíaco de Urgencia amplía las posibilidades de acceder a la revascularización mecánica (angioplastia) para muchos pacientes. Aún así es previsible que la rapidez en el acceso a la terapia esté limitada por los mismos factores de coordinación y gestión de recursos que afectan globalmente al tratamiento revascularizador.
6. Necesidad de monitorizar los resultados del TRIAMAR tanto en sus aspectos estratégicos como clínicos, con el fin de identificar precozmente los posibles problemas de funcionamiento que permitan establecer las correcciones oportunas.
7. Escasa información estadística disponible del infarto agudo de miocardio en la comunidad, complementaria a los datos de mortalidad y morbilidad hospitalaria, su forma de presentación, su manejo tanto extrahospitalario como hospitalario, grado de cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y eventos en el seguimiento a corto y medio plazo.
8. Escasa coordinación entre distintos niveles asistenciales.
9. Necesidad de formación e información actualizada por parte todos los profesionales implicados.
10. Escasa colaboración entre distintas áreas sanitarias en proyectos que afecten a toda la comunidad.
11. Necesidad de coordinación con otros proyectos en marcha en la comunidad (proceso del infarto y del dolor torácico).
12. Necesidad de información a la sociedad (comunidad).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Garantizar que la agilidad y capacidad de respuesta de la organización sanitaria en Infarto agudo de miocardio se oriente hacia la mejora del estado de salud del paciente.
2. Reforzar la fiabilidad del sistema asistencial para el paciente, asegurando el uso apropiado de los servicios sanitarios mediante la evaluación y mejora de la efectividad y eficiencia de la práctica clínica, evitando la sobreutilización, infrautilización y mala utilización de los recursos disponibles.
3. Fomentar la comunicación fluida y la colaboración entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales.
4. Orientar la formación de los profesionales y las líneas de investigación, a la adquisición de la experiencia y conocimientos necesarios para que la prestación de los servicios, técnica y funcionalmente, cubra las necesidades y expectativas del paciente.
5. Creación de un Registro de Pacientes TRIAMAR que monitorizará los procesos asistenciales asociados a la atención al infarto agudo de miocardio con elevación de ST, con acceso a los profesionales implicados a través de la INTRANET del SALUD o de INTERNET.
6. Mejorar la calidad de la información sobre el proceso mediante la recogida exhaustiva y precisa de los registros y de sus sistemas de recuperación, para el mejor uso y aprovechamiento del conocimiento en la mejora de la organización.
7. Desarrollar mecanismos de detección y análisis de situaciones de disfunción asistencial que puedan perjudicar al paciente que permitan la adopción e implantación de sistemas de prevención encaminados a salvaguardar su seguridad.
8. Mejora de los tiempos de respuesta de la organización en las diferentes fases de la atención: Identificación y acortamiento de las demoras en los procesos relacionados con la asistencia y en el acceso al tratamiento indicado en cada paciente conforme a protocolo.
9. Gestionar efectiva y adecuadamente la información, tanto desde el punto de vista de los pacientes como de la organización.
10. Incrementar la satisfacción de los pacientes mediante el conocimiento, a través de métodos directos e indirectos, de su opinión y percepción de la asistencia e información recibida.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Constitución del equipo de mejora interdisciplinario.
2. Asignación de responsabilidades/objetivos.
3. Colaboración exhaustiva en la elaboración e implantación de un Registro (Registro TRIAMAR), que recoja todos los aspectos del programa del tratamiento del infarto agudo de miocardio, que sea única para toda la Comunidad y todos los niveles asistenciales implicados, creada en tecnología web, alojada en un servidor, que permita el acceso a través de la red Intranet y/o Internet tiempo real a todo el equipo encargado de la recogida de datos. Cumplirá la Ley Orgánica de Protección de Datos para el almacenamiento y tratamiento de datos de carácter sanitario. Será de acceso restringido a personas específicamente designadas por gerentes-responsables del servicio.
4. Elaboración de los indicadores que evalúen los objetivos de calidad en los distintos ámbitos de actuación.
5. Reuniones inicialmente mensuales del equipo de mejora, - a propuesta de los co-responsables del grupo - trabajando previamente cada uno de los miembros del grupo los aspectos parciales del proyecto (061, Urgencias hospitalarias, UCIs, Hemodinámica) para su puesta en común, identificación de problemas y propuesta de acciones de mejora.
6. Colaboración con el SALUD en la identificación de problemas organizativos y propuesta de acciones de mejora.
7. Análisis y difusión de resultados.

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

- Demora en la realización de ECG en el paciente con IAM.
- Tiempo puerta-aguja en pacientes con indicación de fibrinólisis.
- Tiempo puerta-balón en pacientes con indicación de angioplastia.
- % mortalidad global y en cada una de las indicaciones protocolizadas a intervencionismo, tanto hospitalaria, como a los 30 días y a los 6 meses.
- Estancia hospitalaria en pacientes sin reperfusión y con reperfusión farmacológica y mecánica.
- Tasa de cumplimentación de datos: Medida de la fiabilidad en la recogida de datos.
-
- Evaluación clínica de la seguridad incluyendo indicadores que evalúen la aparición de acontecimientos adversos, hemorragias endocraneales y hemorragias graves. Se creará un comité de eventos adversos cuyo reglamento queda aún por definir para análisis conjunto por el 061 Aragón y la Unidad receptora del paciente (Unidades Coronarias, Servicios de Urgencias, Unidades de Hemodinámica).

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio:16-01-2006	Fecha de finalización:2007--->
<p>Calendario: Calendario:</p> <p>1º trimestre de 2006:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se constituirá un Comité Coordinador integrado por representantes de los diferentes servicios y que previsiblemente coincidirá con el grupo de mejora TRIAMAR. • Reparto de tareas. • Fijar Objetivos e indicadores. • Colaboración en la elaboración y puesta en marcha de la Base de Datos del Registro. • Definir los criterios de calidad exigibles para la valoración final de los datos introducidos y velar por la calidad general del registro. • Resolución de dudas y consultas de los centros participantes. <p>1º y 2ª trimestre de 2006:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión por áreas geográficas y funcionales del desarrollo del proyecto. • Seguimientos de los pacientes a los 30 días y 6 meses. • Resolución de dudas y consultas de los centros participantes. • Remitir a los centros cuestiones y sugerencias sobre la calidad de los datos. • Ciclos de mejora sobre problemas detectados de resolución prioritaria. <p>2º semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 6 meses del inicio del proyecto: Re-Evaluación del proyecto y opciones de mejora • Auditoria interna para control de calidad de los datos al año del inicio del proyecto. • Recogida de datos y análisis del proyecto al año. • Comunicación de los datos al Servicio Aragonés de Salud y a la Comunidad Científica. 	

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. CONTINUIDAD DE PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD CONVOCATORIA 2005.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Carmen Campos Calleja

Profesión

FEA de Pediatría

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

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

Correo electrónico:

ccamposc@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500; Extensión 3105 y 3104

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier López Pisón	Pediatra	H. Miguel Servet Zaragoza
M ^a Concepción García Jiménez	Pediatra	H. Miguel Servet Zaragoza
M ^a Josefa Pérez de Larraya Gil	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
M ^a Angeles García Díaz	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
Raul Peiró Aranda	MIR	H. Miguel Servet Zaragoza
Paula Higuera San Juan	MIR	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, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

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)

Situación de partida:

1º 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.

2º Algunos protocolos no están realizados, no están actualizados o no se conocen ni utilizan.

3º Los documentos de información (normas, consejos, consignas de actuación) para los pacientes/padres no están actualizados o no existen.

4º 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).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

1º Se elaboró listado de temas pediátricos que bien por su prevalencia, gravedad, y/o riesgo social en Urgencias de Pediatría eran prioritarios protocolizar o actualizar en una primera fase (etapa).

2º La elaboración del protocolo siempre es coordinado con el responsable de Calidad de la Unidad de Urgencias para que dicho protocolo cumpla los apartados imprescindibles según sistemática para elaboración de protocolos clínicos en el Hospital Universitario Miguel Servet.

3º De forma periódica se presentan en Sesión clínica del Servicio El estándar del indicador que establecimos: número protocolos /año >20 ha sido alcanzado.

4º Los protocolos presentados y aprobados en Sesión clínica del Servicio de Pediatría son supervisados por la Unidad de Urgencias, y remitidos a la Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos. Se han aprobado el 100% de los remitidos a Comisión de Tecnología.

5º En el protocolo de "Reanimación Cardiopulmonar en Pediatría" se incluyó programa de prácticas periódicas. Se han cumplido los indicadores establecidos de evaluación de dicho protocolo (nº de prácticas/año y porcentaje de personal sanitario de Urgencias de Pediatría que lo realizó)

6º Se priorizó, de acuerdo a patologías frecuentes atendidas en urgencias de Pediatría, la actualización y/o elaboración de documentos informativos de las recomendaciones sanitarias dirigidas a los responsables de la continuidad de cuidados domiciliarios (padres y/o tutores).

7º Se han elaborado normas escritas sobre control domiciliario de patologías frecuentes en Urgencias de Pediatría (Síndrome Febril, Gastroenteritis, Vómitos, Dolor abdominal, Traumatismo craneal y Bronquiolitis entre otros). Se está evaluando el indicador de pacientes que reciben la información escrita de control domiciliario.

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1º 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.

2º Que los protocolos que precisen realización de prácticas, como el de Resucitación Cardiopulmonar, se desarrollen según las normas establecidas por el Grupo Español de Resucitación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal (GERCPN), y sea supervisado y evaluado en la Unidad de Urgencias de Pediatría.

3º Cuando se considere necesario, la información dada a familiares esté estandarizada, actualizada, escrita y sea comprensible.

4º Difusión a Atención de la evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en la Unidad de Urgencias de Pediatría (protocolos clínicos) y su monitorización por medio de sesiones clínicas informativas y publicación en revista científica de la Sociedad de Pediatría Aragonesa.

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

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

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

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.
Actualizar los protocolos existentes de acuerdo con las fechas previstas de revisión
(C. Campos, MC García, Sheila Miralbes, Raul Peiro).

2º Consensuar en coordinación con los responsables de las diferentes especialidades de
Pediatria las actuaciones, algoritmos, indicaciones de tratamiento, ingreso, etc...que contemplen
los protocolos. (MC García, C. Campos, J. López Pisón).

3º Elaboración del protocolo, coordinado con la Unidad de Urgencias de Pediatría siguiendo la
sistemática para elaboración de protocolos clínicos, 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. (MC García, C. Campos).

4º Presentación en sesión clínica semanal del Servicio dentro del "Programa permanente de
actualización en urgencias pediátricas" (Responsables correspondientes de realizar el protocolo
y C. Campos).

3º Presentación a la Comisión de Tecnología del Hospital para su aprobación (MC García, C.
Campos, J. López Pisón).

4º Difusión e implantación en la Unidad de Urgencias del protocolo actual al personal facultativo
y de enfermería. (C. Bosque, MA García, MC García).

5º Elaboración de documentos informativos de las recomendaciones sanitarias dirigidas a los
responsables de la continuidad de cuidados domiciliarios (padres y/o tutores). (C. Bosque, MA
García, Sheila Miralbes, P. Guillen, P. Higuera, C. Campos).

6º Evaluación, análisis, y propuesta de mejora mediante hoja de sugerencia adscrita a cada
protocolo (todo el equipo)

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:

Análisis de listado de Sesiones Clínicas de Protocolos, registros de Comisión de Tecnología
Revisión de Historias clínicas de Urgencias

Indicadores

Nº de Protocolos por año presentados en sesión del Servicio. N>20

Nº de familiares que han recibido información escrita / nº de familiares que estaba indicado dar
información escrita (estándar >80%).

Nº protocolos aprobados por Comisión de Tecnología por año (estándar > 90%)

Evaluación de protocolos de patologías frecuentes por año (estándar > 90%)

--

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 de 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

	Mes												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Actualización de protocolos	■	■		■	■						■	■	
Elaboración Protocolos	■	■	■	■	■	■					■	■	■
Exposición y aprobación en S. Pediatría	■	■	■	■	■	■					■	■	■
Difusión e implantación en Urgencias	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aprobación por Comisión de Tecnología		■		■		■					■		■
Elaboración documentos de información		■	■	■									
Difusión a Atención Primaria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación Protocolos				■	■	■					■	■	■

--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DESARROLLADA EN EL HOSPITAL DE DÍA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA MEDIANTE EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Concepción García Jiménez

Profesión

FEA de Pediatría

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Unidad de Urgencias

Correo electrónico:

igarciaji@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 (3105)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Moreno Vernis	FEA	H. Miguel Servet Zaragoza
Carmen Campos Calleja	FEA	H. Miguel Servet Zaragoza
Javier López Pisón	FEA	H. Miguel Servet Zaragoza
M ^a Angeles García Díaz	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Carmen Bosque Gracia	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Pilar Cortés Azcoiti	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Oscar Jarne Lanuza	FPII	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, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

Importancia y utilidad del proyecto

- La codificación diagnóstica nace de la necesidad de dotarse de una herramienta de información homologable que permita la comunicación entre todos los profesionales de la salud. Además la aceptación de un sistema de codificación internacional es fundamental para poder interpretar y compartir toda la información médica disponible hoy en día.
- En la actualidad la Unidad de Urgencias del Hospital Infantil Miguel Servet, dispone de un Hospital de Día (H. de Día) con 8 camas en el que se atiende aproximadamente un 4,2% del total de las urgencias. Esta actividad no es registrada ni codificada a nivel institucional, y derivado de ello no se pueden analizar, evaluar ni monitorizar los estándares de calidad de Urgencias recomendados entre otros por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.
- El paciente no obtiene un informe detallado de su proceso asistencial en el Hospital de Día (sólo se le entrega un resumen en la Hoja de Urgencias).
- Formación docente de pregrados y fundamentalmente MIR de familia y Pediatría sobre la importancia y necesidad de la Codificación Diagnóstica (tímidamente contemplada en la actualidad en el programa docente de la licenciatura).

Métodos de detección y priorización

- Oportunidad de mejorar la situación mediante consenso de la Unidad de Urgencias y Servicio de Documentación Clínica a través del Grupo de Calidad de la Unidad de Urgencias de Pediatría.
- De acuerdo con las recomendaciones del grupo de trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Impulsar y difundir a los profesionales de la salud de nuestro centro docente la importancia de la Codificación Diagnóstica.
- Que nuestra Unidad de Urgencias cuente con un sistema de registro documentado que permita evaluar la actividad asistencial del Hospital de Día.
- Evaluar la idoneidad de los Protocolos clínicos a las necesidades asistenciales realizadas en el H. de Día
- Que el usuario se beneficie de la mejora de la información de su proceso asistencial mediante un documento elaborado por HP Doctor, independiente del informe de Urgencias.
- Conocer las tasas de estancia inadecuada en el H. de Día, definida como: pacientes que no cumplen requisitos de permanencia en H. de Día.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	15%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
<i>TOTAL</i>	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Análisis del problema existente: actualmente no se registra la actividad derivada del H. del Día. (C Bosque, C. Campos)
2. Realización de Sesión Clínica al Servicio de Pediatría sobre la importancia de la unificación terminológica y la necesidad de la codificación diagnóstica de toda la actividad realizada en Urgencias de Pediatría. (M. Moreno, O. Jarne)
- 3.- Diseño del soporte físico que responda a las necesidades de recogida de información: de asistencia, calidad, investigación, docencia y gestión por parte del Servicio de Documentación. (M. Moreno, P. Cortes, O. Jarne)
- 4.-Implantación. (MC García, C. Campos, J. López Pisón).
- 5.- Acordar con Servicio de Documentación Sesiones Informativas al personal médico que realiza actividad asistencial en Urgencias de Pediatría sobre el inicio, desarrollo y evaluación de esta línea de mejora. (M. Moreno, MC García)
- 6.- Establecer criterios terminológicos que se adecuen a la patología atendida en Urgencias de Pediatría (M. Moreno, P. Cortes, O. Jarne).
- 7.- Establecer líneas de comunicación con Atención Primaria a través del intercambio de la documentación generada (MA García, MC García, J. López Pisón).

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 del proyecto:

- Análisis estadístico de los registros
- Comparación de nuestros resultados con la literatura (Hospitales del mismo Nivel Asistencial)
- Encuesta de satisfacción de información recibida al usuario
- Monitorización semestral

Indicadores:

- N° pacientes registrados / n° pacientes atendidos: estándar >70%
- N° pacientes que cumplen ítems de registro / n° total de pacientes atendidos en H. de Día: estándar >70%
- N° pacientes con estancia inadecuada / n° de pacientes total de pacientes atendidos en H. de Día: estándar <5%
- N° pacientes satisfechos con la información recibida de su proceso asistencial/ n° de pacientes total atendidos en H. Día: estándar >70%

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 2006 Fecha de finalización: Continuidad

Calendario:

	Mes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.- Análisis del problema existente y delimitación criterios terminológicos		■	■	■								
3.- Diseño soporte físico		■	■									
4.- Sesiones informativas a Servicio Pediatría		■			■					■		
5. Implantación					■	■	■	■	■	■	■	■
6.- Evaluación de indicadores											■	■

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

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

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

aherrera@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 (extensión 4833)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Vicente Canales Cortés	Jefe de Sección de Traumatología	HUMS
Beatriz Gamboa Huarte	FEA Geriatria	HUMS
Antonio Peguero Bona	FEA Traumatología	HUMS
Jesús Mateo Agudo	FEA Traumatología	HUMS
Jorge Cuenca Espierrez	FEA Traumatología	HUMS
Luis Herrero Barcos	FEA Traumatología	HUMS
Eduardo Joven Aliaga	FEA Traumatología	HUMS
Ana Lanz	FEA Traumatología	HUMS
José Antonio García Merce	FEA Hematología	HUMS
Palmira Navarro García	DUE	HUMS
Mercedes Pascual López	Supervisora de enfermería	HUMS
Pilar del Campo Escota	Trabajadora Social	HUMS
Isabel Vives Martínez	Auxiliar de Enfermería	HUMS
Teresa López Esteban	Auxiliar administrativo	HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El envejecimiento de la población es un fenómeno producto de las mejoras sociosanitarias del siglo XX. La Osteoporosis es una de las enfermedades que aumentan su prevalencia con la edad y también lo hacen sus consecuencias. La complicación más grave de la osteoporosis es la fractura de fémur proximal, cuya incidencia en España se cifra en 130-200 nuevos casos al año por 100000 habitantes. Las consecuencias más relevantes de la fractura de cadera son el coste inmediato, la mortalidad asociada y la dependencia resultante.

En muchos ancianos, la fractura de cadera es un aspecto médico más de su situación de enfermedad. El estrés traumático condiciona en muchos casos la descompensación de otras enfermedades, lo que hace aconsejable la planificación de un proceso asistencial, integrado por diversos profesionales.

Hasta la fecha se han mejorado parámetros con respecto a otras secciones que no tienen implantada la metodología de trabajo multidisciplinar:

- Estancia media: sección B 14,45 días; otras secciones 17,24 días.
- Estancia preoperatoria: sección B 4,03 días; otras secciones 4,77 días.
- Utilización de hospital de apoyo 12,9 %; otras secciones 5,2%.
- Hospital de Día Geriátrico: 29,17%; otras secciones desconocido.

En esta línea de trabajo realizada hasta la fecha encontramos nuevas oportunidades para la mejora.

La nueva organización del Servicio de Traumatología oferta una Unidad exclusiva para el tratamiento de las fracturas. De este modo favorecemos la equidad de la oferta y la homogeneización del tratamiento. La reorganización del grupo de mejora con la participación de sus nuevos miembros permitirá la extensión de la experiencia acumulada a otros pacientes.

El objetivo de abordaje de la anemia lo hemos cumplido pero hemos detectado un elevado consumo de hemoaloderivados (57%). Nuestra intención es favorecer el programa de ahorro de sangre implantado en el centro mediante el empleo normalizado de otros fármacos antianemia (eritropoyetina, hierro endovenoso, ácido fólico y B12...) y la reducción de las alotransfusiones y las complicaciones de su uso.

También es intención del proyecto ayudar a difundir y cumplimentar el nuevo consentimiento informado para la transfusión.

Sigue siendo objetivo la adecuación de la estancia media y la utilización adecuada de otros recursos asistenciales que contribuyan a mejorar la deambulación y el ajuste de estancias. Con una valoración precoz de la situación clínica del paciente podemos prever los pacientes que precisen más tiempo de hospitalización y que por tanto sean susceptibles de media estancia. Una vez estabilizado se pueden trasladar precozmente a otro centro hospitalario. También podemos identificar a los pacientes que requerirán atención ambulatoria y gestionarlo ágilmente sin agujeros asistenciales que comprometan la continuidad de la atención.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

- **Cobertura: 85%**
- **Mortalidad: 12,8%**
- **Estancia media: 14,45 días.**
- **Estancia preoperatoria: 4,03 días.**
- **Porcentaje de pacientes transfundidos: 57%.**

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Reducir el número de pacientes transfundidos y el número de concentrados por paciente.**
- **Universalidad del protocolo de tratamiento de fractura osteoporótica de fémur proximal del sector II.**
- **Intervención en menos de 72 horas.**

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

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

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

8.- METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Identificar precozmente pacientes susceptibles de anemización severa.**
- **Elaboración de un protocolo de uso de antianémicos.**
- **Constitución de un grupo de trabajo para elaboración de criterios de transfusión.**
- **Cumplimentación del consentimiento informado para la transfusión (al menos uno por paciente).**
- **Valoración preoperatoria por parte de Geriatria de todo paciente para estabilización clínica que permita intervención en < 72 horas y previsión de recursos al alta.**
- **Implantación de los protocolos y análisis de resultados realizando las correcciones necesarias.**

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

- **Porcentaje de pacientes > 75 años ingresados incluidos en el proyecto.**
- **Porcentaje de pacientes transfundidos: < 50%.**
- **Nº de hemoconcentrados por paciente: menor o igual 3.**
- **Estancia prequirúrgica: menor o igual a 3.**

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 2006

Fecha de finalización: 28 de febrero de 2007

Calendario:

1 de febrero de 2006 a 15 de marzo de 2006: elaboración del protocolo de trasfusión y tratamiento coadyuvante,

16 de marzo de 2006 a 31 de diciembre de 2006: aplicación y recogida de datos.

1 de enero de 2007 al 28 de febrero de 2007: análisis de resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

GUIA PARA EL CUIDADOR DEL PACIENTE ANCIANO CON DEPENDENCIA EN EL SECTOR II.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

BEATRIZ GAMBOA HUARTE

Profesión

FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA GERIATRA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Correo electrónico:

bgamboa@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 56 34

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
PALMIRA NAVARRO GARCIA	DUE	HUMS
PILAR DEL CAMPO ESCOTA	T.SOCIAL	HUMS
ENRIQUETA HERNANDEZ SANCHEZ	AUX.ADM.	HUMS

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La Unidad Sociosanitaria de valoración del HUMS es una unidad interdisciplinar de apoyo a otras unidades de este Centro. Los pacientes valorados acceden a la Unidad mediante demanda del facultativo o búsqueda activa en los pacientes afectos de fractura de fémur proximal mayores de 65 años.

En el desarrollo de nuestro trabajo se ha podido valorar que la dependencia es una de las causas que produce una demanda y consumo de recursos sanitarios y sociales importante.

Menos del 5% de los ancianos son atendidos en residencias. La gran mayoría de los pacientes dependientes son atendidos por familiares, preferentemente mujer e hija, en los domicilios con o sin ayuda de personal entrenado.

La situación de dependencia surge "de la noche a la mañana" sin existir programas de formación de cuidadores. Al alta hospitalaria el paciente pasa de ser atendido por personal cualificado a ser responsabilidad del cuidador.

La brusquedad con que en muchas situaciones aparece la situación de dependencia dificulta su afrontamiento por parte del responsable del cuidado. En el desarrollo de nuestro trabajo detectamos la falta de conocimientos del cuidador principal. No hay un modelo uniforme de formación de cuidadores pero si hay una necesidad.

Este hecho puede producir un afrontamiento ineficaz de la situación de dependencia con riesgo de sobrecarga en el cuidador. Pretendemos elaborar y conseguir que se edite esta guía con el objetivo de proporcionar al cuidador una herramienta de información básica en todos los aspectos de salud del paciente.

La utilidad de esta guía es la mejora de la información y adiestramiento de cuidadores con el objetivo de evitar su cansancio y optimizar en la medida de lo posible el consumo de recursos.

5. - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Mejorar la información y adiestramiento sobre cuidados en el paciente con dependencia.**
- **Fomentar la independencia del paciente.**
- **Aumentar la confianza del cuidador.**
- **Información, orientación y asesoramiento sobre recursos sociales.**

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- **Elaboración de un borrador de la guía en base a la bibliografía disponible, experiencias conocidas en otras comunidades y la experiencia personal.**
- **El borrador se pasará a familiares con experiencia y profesionales sanitarios que evaluarán la utilidad del contenido, la claridad de los conceptos y la expresión.**
- **Realizadas las correcciones se procederá a la edición.**
- **La distribución se realizará a los cuidadores de ancianos que son dados de alta a su domicilio.**
- **Evaluar el impacto mediante encuesta telefónica.**

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

- **Edición de la guía**
- **% de pacientes valorados y con alta a domicilio que recibieron la guía.**
- **% de cuidadores que consideran de utilidad la guía.**

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 marzo de 2006

Fecha de finalización: 30 de junio de 2008

Calendario:

1 de marzo de 2006 a 30 de junio de 2006: elaboración borrador de guía.

1 de julio de 2006 a 31 de octubre de 2006: evaluación y corrección.

1 de noviembre de 2006 a 31 de mayo de 2007: edición.

1 de junio de 2007 a 31 de diciembre de 2007: distribución y recogida de valoraciones.

1 de enero de 2008 a 30 de junio de 2008: análisis de resultados.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

	<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Edición de la guía		
Ordenador		1200
TOTAL		1200

Fecha y firma: 10-1-2006



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Mejora en la calidad de derivación Atención Primaria/Atención Especializada en las consultas de Dermatología del área de influencia del Hospital Universitario Miguel Servet”.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Luisa ZUBIRI ARA

Profesión Dermatólogo. Jefe de Sección

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:
mluisazubiri@comz.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
CME Ramón y Cajal 976-437622, ext 2850; Hospital Universitario Miguel Servet 976-765500, ext 2740

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Victor Alcalde Herrero	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
Mariano Ara Martín	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
Rosa Inés García Felipe	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Pilar Martes Cativiela	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
Nieves Porta Aznarez	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet

Ignacio Querol Nasarre	FEA Dermatología	Hospital Miguel Servet	Universitario
Milagros Sánchez Hernández	FEA Dermatología	Hospital Miguel Servet	Universitario
Estrella Simal Gil	FEA Dermatología	Hospital Miguel Servet	Universitario

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Existe una importante lista de espera en las consultas preferentes de Dermatología, principalmente en el CME de Ramón y Cajal, lo que genera una doble insatisfacción; en los pacientes que en muchas ocasiones por la sintomatología que presentan o por la preocupación que conlleva, acuden a los Servicios de Urgencias o a dermatólogos privados, y en los dermatólogos que los atienden, ya que cuando son visitados los pacientes se quejan de la espera, y las lesiones se han modificado o desaparecido.
- Hemos observado desde hace tiempo que las derivaciones preferentes que acuden a nuestras consultas son en muchas ocasiones inadecuadas, en el año 2002 el servicio realizó un pequeño estudio de recogida de datos diagnóstico en el que se observó que en más del 50% de los casos no estaba justificado la petición como consulta preferente.
- Posibles causas:
 - Desconocimiento de algunos médicos de Atención Primaria de parte de la patología dermatológica (lo que saben diagnosticar y tratar no lo derivan ejem. Hérpes zoster).
 - Disposición de poco tiempo en las consultas de Atención Primaria y ante una patología dermatológica discretamente compleja la remiten preferente.
 - Insistencia del paciente en que se le envíe con carácter preferente.
 - Listas de espera para primera visita prolongada, lo que hace que se priorice patología banal.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Se han realizado hasta el momento actual 4 seminarios con exposición teórica y casos clínicos comentados en el CS Muñoz y Fernández sobre patología dermatológica frecuente, con importante asistencia de los médicos del centro. Dos seminarios pendientes han sido aplazados hasta la resolución de la OPE. (Se adjunta programación de seminarios).

Se ha distribuido las rotaciones de los médicos del CS Muñoz y Fernández en las consultas de Dermatología, que se tendrían que haber iniciado en el mes de noviembre

pero que han sido aplazados a petición de la coordinadora del CS, por encontrarse los médicos del mismo pendientes de la resolución de la OPE. (Se adjunta programación de rotaciones).

Se ha realizado un Protocolo sobre Tratamiento del acné que en el momento actual esta pendiente de su discusión y difusión. (Se adjunta)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Continuar con la programación de Seminarios en el CS Muñoz y Fernández. Dra. Zubiri, coordinador del CS Muñoz y Fernández, y resto de los facultativos del Servicio de Dermatología.
- Reprogramar las rotaciones de los médicos del CS. Muñoz y Fernández en las consultas de Dermatología. Dra. Zubiri y coordinador del CS. Muñoz y Fernández.
- Realización de las rotaciones. Facultativos del Servicio de Dermatología.
- Revisión por parte del Servicio de Dermatología y difusión del Protocolo sobre el tratamiento del Acné entre los médicos de Atención Primaria. Drs. Alcalde y Zubiri y resto de facultativos del Servicio de Dermatología.
- Reunión con el Subdirector de Atención Primaria y el coordinador de otro Centro de Salud para valorar el trabajo en colaboración. Dra. Zubiri
- Iniciar para el año próximo seminarios y rotaciones en otro Centro de Salud. Dra. Zubiri, coordinador del CS y resto de los facultativos del Servicio del Servicio de Dermatología.

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

- Número de seminarios realizados
- Número de Médicos de Atención Primaria que rotan por las consultas de Dermatología.

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 2006

Fecha de finalización: año 2007

Calendario:

Febrero

Programar las rotaciones pendientes de los médicos del CS Muñoz y Fernández.

Febrero y marzo

Terminar la realización de los seminarios pendientes en el CS Muñoz y Fernández.

Marzo, abril, mayo

Rotaciones de los médicos del CS Muñoz y Fernández por las consultas de Dermatología.

Abril

Discusión del protocolo sobre Acne.

Mayo, junio

Difusión del protocolo sobre Acné

Junio

Iniciar conversaciones con otro centro de salud para realizar la misma actividad de seminarios y rotaciones.

Septiembre programar seminarios y rotaciones.

Octubre- noviembre iniciar seminarios y rotaciones.

Año 2007

Terminar los seminarios y rotaciones pendientes.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>“PROYECTO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA DE LA PRIMERA CRISIS EPILÉPTICA”</p>
--

<u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>			
Nombre y apellidos	VICENTE BERTOL ALEGRE		
Profesión	FEA Neurología	Centro de trabajo	H. U. MIGUEL SERVET
Correo electrónico:	vbertola@meditex.ex		

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CARMEN OCABO VERA	DUE Neurología	H. U. MIGUEL SERVET
MERCEDES GARCÍA DOMINGO	Aux. Enf Neurología	H. U. MIGUEL SERVET
BELEN GROS BAÑERES	FEA Urgencias	H. U. MIGUEL SERVET
CONCEPCIÓN ASCASO MARTORELL	FEA Urgencias	H. U. MIGUEL SERVET
BERTA SEBASTIAN TORRES	M.RESID. Neurol.	H. U. MIGUEL SERVET
DANIEL SAGARRA MUR	M.RESID. Neurol.	H. U. MIGUEL SERVET
PAULINO UCLES MORENO	FEA Neurofisiolog.	H. U. MIGUEL SERVET
PATRICIA PALAZÓN SAURA	FEA Urgencias	H. U. MIGUEL SERVET
CARMEN ALMARCEGUI LAFITA	FEA Neurofisiolog.	H. U. MIGUEL SERVET
AMPARO SIMON COSTEY	DUE Neurofisiolog.	H. U. MIGUEL SERVET
CRISTINA GOTOR ARTAJONA	DUE Urgencia	H. U. MIGUEL SERVET
MIGUEL ANGEL PINA LATORRE	FEA Neurología	H. U. MIGUEL SERVET
ANTONIO GAITE	DUE Urgencias	H. U. MIGUEL SERVET
MILAGROS PEÑA PIQUERAS	Aux. Admón.	H. U. MIGUEL SERVET

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La importancia de la epilepsia como problema de salud de gran impacto en términos de morbilidad es un hecho bien conocido, con una incidencia anual de 2-6/10.000 y una prevalencia de 4-8/1000.

Para el paciente con una primera crisis epiléptica el principal problema es la demora en el diagnóstico por el retraso en la atención en consultas de Neurología. Esto hace que el paciente, debido al dramatismo de la crisis epiléptica y a la incertidumbre, acuda al Servicio de Urgencias Hospitalarias, ya espontáneamente o remitido por su Médico de Atención Primaria. Allí, el temor a la recurrencia o la valoración de demora en el estudio de forma ambulatoria hace que se indique el ingreso hospitalario. Esto lleva a una sobrecarga del Servicio de Urgencias y de hospitalización que es el principal problema para el Sistema Sanitario.

El proyecto que queremos desarrollar en nuestro Servicio de Neurología, en colaboración con el de Urgencias, se centra en la mejora de la atención de los pacientes con una primera crisis epiléptica, que acuden a Urgencias, realizando el diagnóstico clínico y la valoración del inicio de tratamiento lo más precoz posible. Entre las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el manejo de los pacientes con una primera crisis epiléptica se encuentra la obtención del primer EEG y la realización del diagnóstico etiológico en menos de 12 horas.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

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

1. Realizar de forma rápida y segura el diagnóstico clínico y etiológico y la valoración del inicio de tratamiento por un neurólogo
2. Ambulotorizar el control del paciente con una primera crisis epiléptica que ha acudido al Servicio de Urgencias, disminuyendo los ingresos hospitalarios.
3. Permitir el acceso rápido del paciente con sospecha bien fundada y documentada de crisis epiléptica a la atención por un neurólogo con experiencia en el seguimiento de crisis epilépticas.

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

El paciente que ha presentado una primera crisis epiléptica puede ser valorado por el Médico de Atención Primaria que lo suele remitir al Servicio de Urgencias Hospitalarias o, si son crisis epiléptica poco llamativas (en caso de crisis parcial, por ejemplo), al Centro Médico de Especialidades. También puede ser valorado por el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias que lo suele remitir al de Urgencias Hospitalarias.

El paciente que llega al Servicio de Urgencias Hospitalarias por una primera crisis epiléptica es valorado por un facultativo de dicho servicio que suele solicitar la colaboración del Neurólogo de guardia. Tanto en un caso como en otro, el paciente puede ser ingresado o dado de alta, remitiéndolo al Centro Médico de Especialidades o la Consulta Monográfica de Epilepsia.

En la actualidad, la demora de la consulta de Neurología en visita preferente está en unos 20-30 días. Ante estas cifras, el paciente con crisis epiléptica atendido por su Médico de Atención Primaria suele ser remitido al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Dado el evidente aumento demográfico, influido por la creciente inmigración, es previsible que aumenten las demoras y, por tanto, la afluencia al Servicio de Urgencias Hospitalarias y el ingreso hospitalario.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las medidas previstas son:

1.- Implantación en los Servicios de Neurología y Urgencias de la vía clínica de primera crisis epiléptica ya diseñada y consensuada con los servicios responsables y colaboradores.

Responsables: Vicente Bertol Alegre
Belen Gros Bañeres
Berta Sebastian Torres
Daniel Sagarra Mur

2.- Análisis del circuito asistencial de realización e interpretación precoz del primer EEG en los pacientes con primera crisis epiléptica

Responsables: Paulino Uclés Moreno
Carmen Almárcegui Lafita
Amparo Simon Costey
Cristina Gotor Artajona

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

Responsables: Miguel Angel Pina Latorre
Patricia Palazón Saura
Concepción Ascaso Martorell
Belen Gros Bañeres

5.- Coordinación con el servicio de Admisión y Citaciones para resolver problemas comunes relacionados con el proyecto.

Responsable: Carmen Ocabo Vera
Mercedes García Domingo
Milagros Peña Piqueras
Antonio Gaité

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	---

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto se realizará mediante el análisis de los datos recogidos en los registros de la base de datos diseñada a tal efecto. Está prevista la medida de los indicadores en el segundo y cuarto trimestre del 2006.

Los indicadores que se van a utilizar son:

Indicador DEMORA EN LA REALIZACIÓN DEL EEG

Dimensión Efectividad.

Tipo Proceso.

Estándar <5 %

Indicador TIEMPO URGENCIAS - CONSULTA DE EPILEPSIA

Dimensión Efectividad.

Tipo Proceso.

Estándar >95 %

Indicador PROPORCIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES QUE RECIBEN INFORME ESCRITO TRAS EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Dimensión Satisfacción.

Tipo Proceso.

Estándar 95 %

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Enero de 2006

Fecha de finalización: Diciembre de 2006

Calendario:

Primer trimestre 2006: Comenzar con la introducción de la vía clínica de primera crisis epiléptica del H U Miguel Servet. Reunión con el personal de enfermería implicado de los servicios participantes (Urgencias, Neurofisiología, consultas externas de Neurología).

Segundo trimestre 2006: Actividades formativas para enfermería y médicos residentes; Continuar con la introducción de la vía clínica de primera crisis epiléptica del H U Miguel Servet y difusión en el Servicio de Urgencias y resto de Servicios implicados; Evaluación de indicadores.

Tercer trimestre 2006: Programar reuniones con el Servicios de Urgencias para evaluar el resultado de la introducción de la vía clínica en la asistencia a la primera crisis epiléptica en el H U Miguel Servet.

Cuarto trimestre 2006: Actividades formativas para enfermería, médicos residentes y médicos de staff; Difusión del material de apoyo; Evaluación de indicadores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO:

- **Nombre y apellidos:** José Miguel Franco Sorolla
- **Profesión:** FEA (Medicina de Urgencia Hospitalaria)
- **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.aragon.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Dña. Almudena Marcos Iñiguez	DUE	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Servet
Dña. Pilar Cortés Azeoiti	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 Server
Dr. José Luis Omiste	FEA	Servicio de Urgencias del H. U. Miguel Server

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 triage 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 peack-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 OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO:

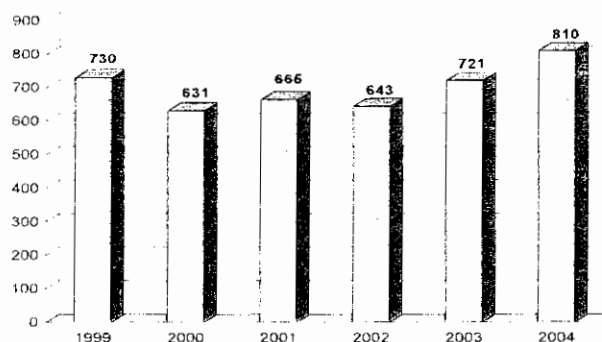
5.1 En primer lugar, y dada la demora inevitable en la adquisición del material preciso para el programa de mejora, se consideró trabajar y profundizar durante este periodo de tiempo, en el estudio del problema en nuestro ámbito de influencia.

Así, se amplió el estudio a una valoración del ASMA en urgencias durante el periodo de 1999 hasta el año 2004, tanto del ASMA atendido en las Urgencias de la Residencia General, como en las urgencias del Hospital Materno Infantil. Se estudiaron un total de 4200 casos, de los cuales 1.316 correspondían al Hospital Materno-Infantil, y 2884 a pacientes de la Residencia General. Se analizó el porcentaje de altas e ingresos, así como su estacionalidad.

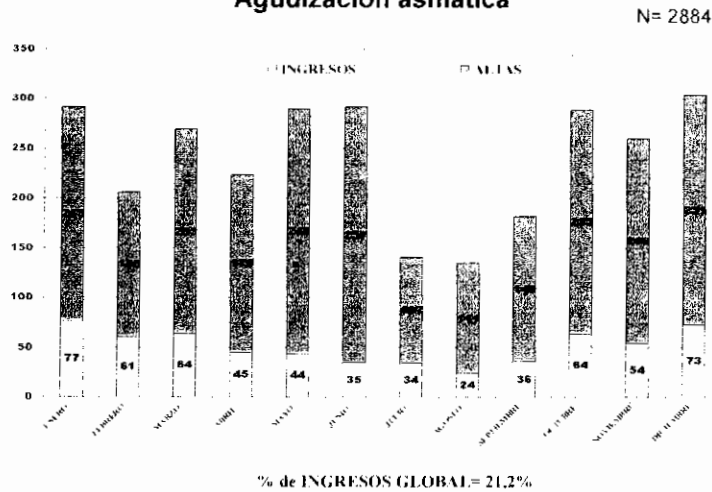
ASMA DATOS GLOBALES (HMI + RG)
PERIODO 1999-2004

N= 4200

Distribución de frecuencias anuales



Distribución estacional de los pacientes que acuden por Agudización asmática



5.2 Se ha estudiado el protocolo establecido para el tratamiento de la agudización asmática, y su implantación desde el inicio, TRIAJE, proporcionado en base a su grado de agudización (leve, moderada o severa), y monitorizada mediante el PEF, el grado de prioridad. Para ello se analizó inicialmente el impacto que supone el síntoma guía de la disnea en nuestras urgencias. Se estudiaron para ello los 20216 pacientes clasificados por nuestro sistema de triaje (SET) desde el periodo de Diciembre/2004 a Mayo de 2005. La disnea supone el tercer síntoma de consulta:

Categoría Sintomática	Nº de pacientes	porcentaje
Problemas Abdominales y digestivos (incluida la Hemorragia digestiva)	3618	17,9%
Fiebre	2363	11,7%
Disnea	2256	11,2%
Dolor torácico	1821	9%
Focalidad Neurológica	1023	5,1%
Dolor	965	4,5%
Alergia-reacciones cutáneas	851	4,1%
Inestabilidad	698	3,5%
Lipotimia Síncope	611	3%
Alteración Psiquiátrica	606	3%
Cefalea y/o cervicalgia	580	2,9%
Infección-Alteración Rinolaringológica	551	2,6%
Síntomas urológicos	481	2,3%
Paciente de difícil catalogación	411	2%
Síntomas auditivos	316	1,6%



**T
O
P
15**

5.3 Se presentaron estos estudios a distintos Congresos Nacionales: XIV Congreso nacional de Hospitales y XVII Congreso Nacional de Medicina de Urgencias.

5.4 *Se consideró utilizar todos los recursos* para la adquisición de material asistencial: *Peack Flor, caudalímetros de aire medicinal y mascarillas modelo Bousignac* (posibilitan utilizar una ventilación no invasiva básica en estos pacientes). En este periodo de tiempo se ha estudiado su manejo e implementación en el tratamiento de estos enfermos.

5.5 *Se dispone del material solicitado para el proyecto de mejora desde Noviembre del 2005*

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

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 (triage), 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 Peack 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	30%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	20%

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	20%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	30%
TOTAL	100%

7.- ANÁLISIS 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 triage 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 (triage 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 triage 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 Reuniones Informativas 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 Federo, 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: (continuación)

Como indicadores principales planteamos:

9.4 Medir el grado de utilización del Peack-Flow en el triage 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 / 2006

Fecha de finalización: Diciembre / 2006

Calendario:

10.1 Primer mes: difusión de la normativas y actualización de los protocolos, adaptando sus consideraciones 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 Caudalímetros de aire medicinal. Permiten llevar a cabo los tratamientos nebulizadores sin aporte de altos flujos de O₂, permitiendo con ello en muchos de los pacientes evitar la retención carbónica, y por ende, determinar su ingreso por este motivo. Apartado valorado en 800 euros (3-4 caudalímetros).

11.- PREVISIÓN DE RECURSOS: (continuación)

11.2 Tarjeta de Proyección MARGI. Utilización para la difusión de trabajos y resultados. Apartado valorado en 300 euros.

Estimado un Total de: 1.200 euros

Fdo:



Dr. José Miguel Franco Sorolla

Zaragoza a 15 de Enero del 2006

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

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**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) **H. U. MIGUEL SERVET**

Correo electrónico: **jpovar@comz.org**

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976765500 ext. 2303**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

SUSANA ABAD TOMAS	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
JAVIER BALLABRIGA CLAVERIA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
MARIAN CORTES GRACIA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
EVA GRACIADA PEREZ	DUE	II. U. MIGUEL SERVET
CONCEPCIÓN ASCASO MARTORELL	FEA	II. U. MIGUEL SERVET
EDUARDO BUSTAMANTE RODRÍGUEZ	FEA	II. U. MIGUEL SERVET
BEATRIZ CASADO RAMON	FEA	II. U. MIGUEL SERVET
LUIS MANUEL CLARACO VEGA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
CRISTINA GARCÉS SANJOSE	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JAVIER GIL DE BERNABÉ LOPEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ANA HERRER CASTEJON	FEA	II. U. MIGUEL SERVET
M ANGELES JAVIERRE LORIS	FEA	II. U. MIGUEL SERVET
ANTONIO REQUENA LOPEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
BERTA VIÑADO OTEO	FEA	II. 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. Los resultados obtenidos en nuestro Servicio de Urgencias en la monitorización de los indicadores (tiempo del primer ECG y "Tiempo puerta-aguja") 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 (triaje) y en la toma precoz de decisiones terapéuticas.

Durante el año 2005 las actuaciones realizadas en el marco de este proyecto de mejora se han coordinado con el desarrollo del **Proceso del Infarto de Miocardio** en el hospital Miguel Servet, en el que ha participado de forma activa el Grupo de Mejora del IAM del Servicio de Urgencias. A principios de 2006 está prevista la puesta en marcha del Plan integral de tratamiento revascularizador del infarto agudo de miocardio en Aragón (**Proyecto TRIAMAR**), lo que implicará la necesidad de adecuar nuestros actuales protocolos a la disponibilidad de reperfusión mecánica (angioplastia primaria) durante las 24 horas.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Cálculo de los indicadores durante 2004 y 2005, utilizando como fuente de datos el registro RESIM:

Indicador	DEMORA EN LA REALIZACIÓN DEL ECG	TASA DE FIBRINÓLISIS EN PRIORIDAD I	TIEMPO PUERTA-AGUJA EN PRIORIDAD I
Dimension / Tipo	Riesgo Proceso	Efectividad Proceso	Efectividad Proceso
2004 (primer semestre)	48%	40% (20% ACPPI)	20%
2004 (2º semestre)	37%	42% (21% ACPPI)	50%
2005 (primer semestre)	52%	85% (40% ACPPI)	20%
2005 (2º semestre)	41%	67% (41% ACPPI)	40%

1.- Durante el año 2005 se ha incrementado la tasa de FL en prioridad I en el SUH, situándose en el global del año en el 75%. La revascularización mecánica es actualmente poco importante cuantitativamente.

2.- La modificación del sistema de triaje en Enero de 2005 supuso un incremento en la demora en la realización del ECG por el cambio del circuito asistencial, así como un empeoramiento del tiempo puerta-aguja. En el segundo semestre de 2005 las cifras han vuelto a aproximarse a las del año 2004.

3.- Se ha mejorado la coordinación con otros servicios implicados en la asistencia del IAM mediante la introducción del **sistema de gestión por procesos** en el IAM, en el que ha participado el Servicio de Urgencias aportando la labor realizada durante el desarrollo de este proyecto en los años previos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con la ampliación de este proyecto durante 2006 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 reperfusión 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)

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las medidas previstas son:

1.- Mejorar el Sistema Español de Triage (SET), implantado en nuestro Servicio en 2005, para mejorar la priorización del paciente con dolor torácico.

Responsable: Eduardo Bustamante Rodríguez, Concepción Ascaso Martorell

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

Responsable: Javier Gil de Bernabé, Marian Javierre Loris

3.- Implementación del Proceso del IAM del H U Miguel Servet desarrollado durante 2005, colaborando con el resto de Servicios implicados (061, Cuidados Intensivos, Hemodinámica, Cardiología y Rehabilitación).

Responsable: Javier Povar Marco, Beatriz Casado Ramón

4.- Actualización de los protocolos de actuación para adaptarlos a la disponibilidad de reperfusión mecánica (angioplastia primaria) durante las 24 horas y difusión de los mismos entre el personal del Servicio (Médicos adjuntos y personal de enfermería).

Responsable: Cristina Garcés Sanjosé, Javier Povar Marco

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 de forma semestral durante 2006.

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 % (en el global del hospital)

Indicador TIEMPO PUERTA-AGUJA EN PRIORIDAD I

Dimensión Efectividad.

Tipo Proceso.

Estándar >95 %

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

Primer trimestre 2006: Actualización de los protocolos asistenciales para adaptarlos a la puesta en marcha del proyecto TRIAMAR y difusión de los mismos en el Servicio.

Segundo trimestre 2005: Mejora del sistema de triaje y del circuito asistencial del primer ECG. Evaluación de indicadores.

Tercer trimestre 2005: Implementación 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.

Cuarto trimestre 2005: Actividades formativas para enfermería, médicos residentes y médicos de staff. Evaluación de indicadores.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador de sobremesa con pantalla TFT 17" e impresora multifunción (scanner, copiadora)</u>	<u>1300</u>
<u>Pulsioxímetro de bolsillo NONIN Onyx (2 unidades)</u>	<u>425 x 2 = 850</u>
TOTAL	2150

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“PROYECTO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA DEL ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a BELEN GROS BAÑERES

Profesión FEA Centro de trabajo H. U. MIGUEL SERVET

Correo electrónico: belgros@comz.org

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
FERNANDO GRACIA FEDERIO	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
CARMEN CEBOLLA GARCIA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
M ^a ANGELES CORTES GRACIA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
PILAR PASCUAL EZQUERRA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
ROSA ALVAREZ OLIVA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
CRISTINA GARCES SANJOSE	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
M ^a ANGELES JAVIERRE LORIS	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
BEATRIZ CASADO RAMON	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ALBERTO VALLS GARCIA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
FEDERICO GARCIA SAIZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
CONCEPCIÓN ASCASO MARTORELL	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
EDUARDO BUSTAMANTE RODRIGUEZ	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
JAVIER POVAR MARCO	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

Los ictus son la tercera causa de muerte, sin embargo por causas específicas en España es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres.

La tendencia de esta enfermedad es hacia un aumento de su incidencia dada su relación con la edad y junto con el envejecimiento poblacional, la convierte en un importante problema de salud pública. Además el ictus es la causa más importante de discapacidad en el adulto; aproximadamente un año después de padecer un ictus el 45% de los supervivientes son funcionalmente dependientes y en las personas mayores es la causa fundamental de discapacidad que conduce a la institucionalización. En pacientes en edad laboral, al cabo de un año sólo el 30% son capaces de reincorporarse a su trabajo.

Los tratamientos farmacológicos, quirúrgicos físicos y las nuevas formas de organización de los servicios disponibles en la actualidad parecen ser efectivas en la mejora de la evolución después del ictus, sin embargo existen enormes desigualdades en la prestación de servicios eficaces para el ictus. El ictus requiere una asistencia urgente y especializada: del diagnóstico y tratamiento precoz adecuado se deriva una disminución de la mortalidad y de la intensidad de las secuelas.

A pesar de la eficacia indiscutible del tratamiento fibrinolítico en estos pacientes pues aumenta en un 30% la probabilidad de tener una mínima o ninguna discapacidad, además se precisa tratar únicamente 7 pacientes con ictus en las 3 primeras horas, para evitar una muerte o dependencia. (Nivel evid I-EUSI-04). Sin embargo, la demora en el inicio del tratamiento sigue siendo elevada, estas demoras son injustificables, ya que generalmente pueden atribuirse a deficiencias en la organización del proceso asistencial e impiden apreciar todo el potencial del tratamiento fibrinolítico.

Desde la implantación en nuestro centro del código Ictus para el tratamiento de los pacientes en fase aguda (primeras 6 horas), se han realizado 23 fibrinolisis en estos pacientes, si bien la cifra es alentadora, la estimación de casos susceptibles de fibrinolisis en nuestro centro es de unos 35-50 casos anuales. Por otra parte, si bien la asistencia de los pacientes que reciben dicho tratamiento ha presentado una revolución, apenas se ha modificado la asistencia del resto de pacientes con ictus.

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 ictus
- 2.- Reducir la demora en la aplicación del tratamiento fibrinolítico cuando está indicado
- 3.- Incrementar el índice de fibrinolisis
- 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 ictus (Servicios de Neurorradiología, Cuidados Intensivos y Neurología)

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Desde Enero de 2005 disponemos de un banco de datos sobre atención al "código Ictus" en nuestro Servicio de Urgencias, hemos realizado un registro denominado REGICTUS. Los datos disponibles hasta la fecha pueden constituir los datos basales necesarios como elemento de comparación tras la introducción de cambios en el proceso asistencial.

Las posibles causas de retraso serán analizadas por los miembros del Equipo de Mejora, constituido por personal de enfermería y médicos que prestan asistencia de forma habitual a estos pacientes. Consideramos que deberán analizarse detalladamente las tres fases del proceso asistencial del paciente con Ictus en el Servicio de Urgencias:

Fase de recepción:

- identificación y priorización del paciente como "focalidad neurológica aguda"
- ubicación en un área con monitorización en los casos susceptibles de tratamiento fibrinolítico
- realización e interpretación del TAC

Fase de decisión terapéutica:

- inicio de las primeras medidas terapéuticas según protocolo
- canalización de vía venosa periférica y obtención de muestras para analítica
- historia clínica y exploración dirigidas
- Valoración de la escala NIH
- realización de Rx de tórax y EKG
- decisión de tratamiento fibrinolítico de acuerdo al protocolo del hospital
- administración del tratamiento fibrinolítico si procede

Fase de transferencia a la UCI/unidad de Ictus:

- confirmación de la disponibilidad de cama en UCI/Unidad de Ictus
- traslado intrahospitalario del paciente a la UCI/U. de Ictus
- traslado a la UCI /u. de Ictus de otro hospital
- Traslado a sala de observación de urgencias.
- Ingreso en planta de neurología

Tras la detección y análisis de las principales causas de retraso, el Equipo de Mejora deberá definir las actuaciones necesarias para su corrección y en particular determinar cuales son los factores cuya corrección puede tener un mayor impacto en la consecución de los objetivos propuestos.

Es previsible que sean necesarios cambios en la identificación del paciente en el triaje, en la actuación de enfermería en las primeras fases de la asistencia, en la solicitud y transporte de analíticas y en el proceso de diagnóstico y toma de decisión por el personal facultativo y en el proceso de traslado del paciente a la realización del TAC y hasta su ubicación definitiva.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Las medidas previstas son:

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

Responsables: Patricia Palazón Saura	Rosa Alvarez Oliva
Eduardo Bustamante Rodriguez	Fernando Gracia Federio
Beatriz Casado Ramón	

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

Responsables: Javier Povar Marco	Ana Herrer Castejón
José Miguel Franco Sorolla	Cristina Garcés Sanjosé
Javier Gil de Bernabé López	M ^a Angeles Javierre Loris

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

Responsables: Rafael Marrón Tundidor	M ^a Angeles Cortes Gracia
Elena Ricarte Urbano	
Concepción Ascaso Martorell	

4.- Implementación del nuevo sistema de triaje.

Responsables: Federico García Saiz	Pilar Pascual Ezquerria
Pedro Parrilla Herránz.	Carmen Cebolla Garcia
Alberto Valls Garcia	

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

Responsable: Antonio Requena López
Javier Povar Marco

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

Responsable: José Luis Omiste Martínez
Luis Manuel Claraco Vega.
Berta Viñado Oteo

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto se realizará mediante el análisis de los datos recogidos en el registro REGICTUS. Está prevista la medida de los indicadores en el segundo y cuarto trimestre del 2004.

Los indicadores que se van a utilizar son:

Indicador TIEMPO PUERTA-MEDICO URGENCIAS

Dimensión Riesgo.

Tipo Proceso.

Estándar <5 %

Indicador TIEMPO PUERTA-TAC

Dimensión Riesgo.

Tipo Proceso.

Estándar <5 %

Indicador TASA DE FIBRINÓLISIS

Dimensión Efectividad.

Tipo Proceso.

Estándar 100 %

Indicador TIEMPO PUERTA-AGUJA

Dimensión Efectividad.

Tipo Proceso.

Estándar >95 %

Indicador TIEMPO PUERTA-NEUROLOGO

Dimensión Riesgo.

Tipo Proceso.

Estándar <5 %

Indicador TASA DE FIBRINÓLISIS

Dimensión Efectividad.

Tipo Proceso.

Estándar 10-15 %

Indicador TIEMPO PUERTA-CAMA UCI/U. ICTUS/PLANTA

Dimensión efectividad.

Tipo Proceso.

Estándar <20 %

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 de 2006

Fecha de finalización: Diciembre de 2006

Calendario:

Primer trimestre 2006: Difusión del material de apoyo, Actividades formativas, Diseño del sistema de triaje.

Segundo trimestre 2006: Actividades formativas, Implementación del nuevo sistema de triaje, Evaluación de indicadores

Tercer trimestre 2006: Actividades formativas, Programar reuniones con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061) y con los Servicios de Cuidados Intensivos, Neurorradiología y de Neurología

Cuarto trimestre 2006: Programar reuniones con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061) y con los Servicios de Cuidados Intensivos, Neurorradiología y de Neurología, Evaluación de indicadores

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACION DE UN MODELO DE GESTION DE LA CALIDAD (EFQM) EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HUMS. MODELIZACION PARA SU UTILIZACION EN SERVICIOS CLINICOS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE JAVIER TOBAJAS HOMS

Profesión

MEDICO, JEFE DE SERVICIO DE TOCOLOGIA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET; SERVICIO TOCOLOGIA

Correo electrónico:

Jtobajas@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765647

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro
JOSE MANUEL RONCALES MATEO	JEFE SECCION HOSPI.	HUMS
JOSE MANUEL CAMPILLOS MAZA	JEFE DE UNIDAD DE A.R.O.	HUMS
SERGIO CASTAN	JEFE DE UNIDAD DE PARITORIOS/URG	HUMS
ALBERTO PEREZ FALO	JEFE DE SECCION DE D.P.N./ECOGRAFIA	HUMS
PILAR GARRIDO FERNANDEZ	COORDINADORA DE CALIDAD DEL SERVICIO	HUMS
ESTHER AZCUTIA MARCO	SUPERVISORA A.R.O.	HUMS
JOAQUINA LAHOZ FUERTES	SUPERVISORA HOSPIT.	HUMS
RITA JIMENEZ SAINZ	ENFERM	HUMS
ROSA IRANZO DEL CURA	ADMINISTRATIVA	HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La tendencia actual en los modelos sanitarios de nuestro entorno, es la evolución hacia un proceso de gestión de calidad total. En nuestra Comunidad el plan de calidad corporativo acepta el modelo EFQM como base del mismo. La estrategia de implantación del mismo pasa por la participación del personal y como herramienta la gestión de procesos.

Los Servicio Médicos, en el organigrama actual del SALUD, constituyen las Unidades básicas de gestión clínica del sistema, ocupando en nuestro caso tanto responsabilidades hospitalarias como ambulatorias en definitiva del Area Sanitaria.

La evolución natural del servicio de Tocología es la proyección del mismo y sus prestaciones hacia el Area extrahospitalaria. Consideramos que es el momento adecuado para iniciar una modificación y mayor participación en un modelo de gestión clínica, basándonos además en nuestra experiencia en la elaboración y explotación de procesos clínicos, y en una Comisión de Calidad consolidada.

La base del modelo EFQM es la autoevaluación, por lo que la formación de los responsables del Servicio es fundamental a los efectos de realizar un análisis DAFO del mismo. Los efectos de dicha aplicación serían la identificación y gestión de los procesos clave, la colaboración en el desarrollo de los planes estratégicos del área, evaluación y análisis de los índices de satisfacción del área de clientes, etc.

En la actualidad no existe en nuestro hospital ningún proyecto asociado al desarrollo integral de esta aplicación en un Servicio Clínico, y las causas más probables son debidas a la novedad del método, la dificultad de implementar sistemas de gestión de calidad en Servicios Clínicos al no haber un liderazgo claro en los mismos respecto a este sistema de gestión.

La experiencia adquirida en el desarrollo de este programa de autoevaluación, puede servir para desarrollar un modelo propio del HUMS, que posteriormente pueda ser compartido por otros servicios clínicos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR
 Implementar un sistema de calidad (EFQM) en un Servicio Clínico a los efectos de orientar los **agentes** (personas y procesos) y los **resultados** en la obtención del **TQM** (Total Quality Management) que nos permitirá orientar la calidad con una:
 .-Finalidad Principal: **Herramienta Estratégica**
 .-Visión de la calidad: **Ventaja competitiva.**
 .-Énfasis: en **los clientes.**
 .-Metodología: **Desarrollo del plan estratégico de la calidad.**
 .-Responsables: **Jefes de sección/unidad y Supervisoras de enfermería.**
 Desarrollar y documentar todo el proceso para servir de modelo en otras Unidades.

7. RELACIÓN DEL PROYECTO CON LAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD
 Indicar la proporción, a juicio del equipo de mejora, con que el proyecto actúa en las líneas de intervención de SALUD

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	15%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR
 La metodología se basa en la aplicación del modelo EFQM por lo que se realiza una autoevaluación en las propias Unidades (cuatro secciones clínicas) y se globaliza en el Servicio.
 Las actividades son las siguientes:
Fase 1: Formación del personal de gestión del Servicio (Jefes Clínicos; Jefes de Unidad; Supervisoras de Enfermería.
Fase 2: Consenso en la puntuación de los 9 criterios.
Fase 3: Priorizar las áreas de mejora del próximo año.
Fase 4: Elaboración de los planes de mejora: Objetivos/Indicadores/cronograma/responsables.
Fase 5: Seguimiento por el equipo evaluador. Reuniones trimestrales.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1.- Desarrollo del plan estratégico de la calidad.
- 2.- Elaboración del protocolo de aplicación.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: A la aprobación del proyecto | Fecha de finalización: 12 meses

Calendario:

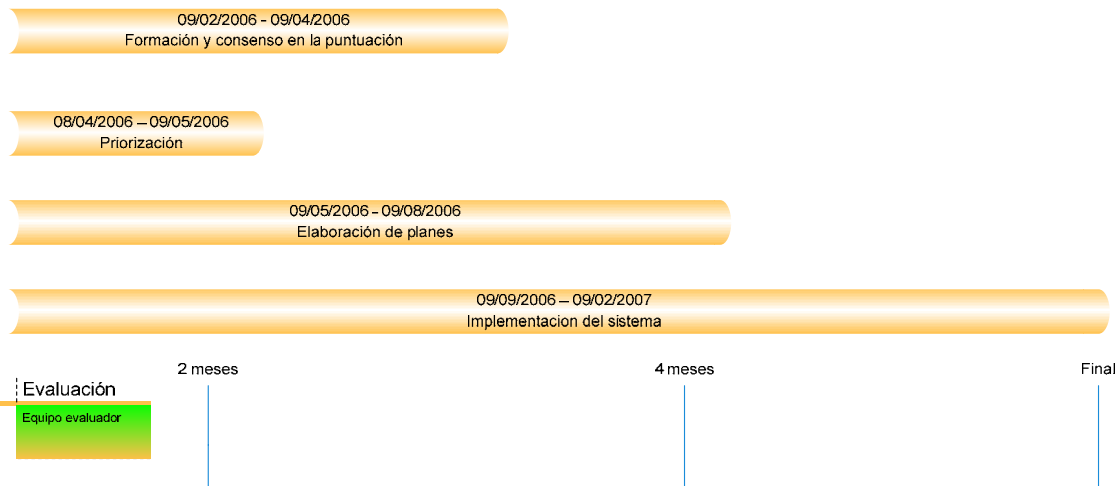
Formación de evaluadores y consenso en la puntuación: 2 meses.

Priorización de las áreas: Recogida de prioridades y selección en una primera fase de las tres mas importantes: 2 meses

Elaboración de los planes: 3 meses.

Implementación de los planes: 5 meses

Evaluación de los mismos: cada dos meses.



Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p style="text-align: center;">APLICACIÓN DE LA GESIÓN POR PROCESOS AL MANEJO DEL CARCINOMA COLORRECTAL.</p> <p>PARTE PRIMERA: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL SUBPROCESO DE DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN EN RÉGIMEN AMBULATORIO.</p> <p>CONTINUACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PARA EL AÑO 2006.</p>

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos EDUARDO BAJADOR ANDREU</p> <p>Proyecto integrado en Programa de Ambulatorización de Procesos diseñado por el Grupo de Mejora de Ap. Digestivo.</p> <p>Profesión: Médico Jefe de Sección de Aparato Digestivo</p> <p>Centro de trabajo: Servicio de Aparato Digestivo, Hospital U. Miguel Servet</p> <p>Correo electrónico: ebajadora@meditex.es</p> <p>Teléfono y extensión del Centro de trabajo: 976 765500 extensión 1836</p>
--

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 Galbc, J.M ^a Artigas y M ^a Teresa Marcuello	Radiología	HUMS.
Carlos Hördnler Argáyate	Anatomía Patol.	HUMS
M ^a Pilar García Gil y equipo de Informática	Informática	HUMS
Equipo de Enfermería de Hospital de Semana	Enfermeras	HUMS
Maria 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", la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información.....

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.

precisamos una serie de condiciones que todavía no se dan en nuestro Hospital.

9. De forma paralela, hemos diseñado una VÍA CLÍNICA de la RECTORRAGIA para la atención preferente y más ágil de los pacientes que acuden al S. de Ugencias por presentar una rectorragia. Esta vía clínica ha sido presentada a la Subdirección Médica. No se ha puesto en marcha hasta el momento pero esperamos hacerlo a la mayor brevedad posible. Con esta nueva herramienta esperamos agilizar el diagnóstico de estos pacientes, algunos de los cuales presentarán un CCR y pasarán de forma automática al Proceso del CCR.
10. Sin embargo, también hemos encontrado numerosos problemas. El primero y fundamental es el exceso y desorganización en el trabajo asistencial, que dificulta en gran medida la adopción de cambios en la gestión de la atención sanitaria que prestamos. Además, en tanto se ha agilizado notablemente la realización del TAC, tenemos importantes retrasos en la obtención del diagnóstico anatomopatológico, por lo que esta deficiencia deberá ser abordada en la ampliación del proyecto. Otro aspecto que nos genera disfunciones es la realización de la Resonancia Magnética de forma exclusiva los jueves, por lo que los pacientes a los que se solicita un martes o miércoles pueden no ser explorados hasta el jueves siguiente. Estamos tratando que el S. de Radiodiagnóstico habilite dos días por semana para la realización de esta exploración. Tampoco hemos avanzado nada en el desarrollo de la citación única o con "mínimos contactos". Esperamos poder comenzar a trabajar en ello en este próximo año. Así mismo, no hemos desarrollado el área de satisfacción del paciente.

Otra deficiencia fundamental que deberemos corregir es el insuficiente funcionamiento del Grupo de Mejora del S. de Aparato Digestivo. La carga asistencial y otros motivos han dificultado que se haya desarrollado adecuadamente su función.

NOTA: hasta la fecha no se nos ha entregado el equipo informático aprobado con la concesión del Proyecto de Mejora del pasado año.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

AMPLIACIÓN DEL PROYECTO:

1. Continuar y ampliar el Proyecto de Diagnóstico y Estadificación del CCR, por el momento en Hospital de Semana, con mínima hospitalización.
2. Lograr reducir de forma substancial la demora en la obtención del diagnóstico anatomopatológico.
3. Conseguir que pueda llevarse a cabo la Resonancia Magnética Pélvica dos días por semana, de forma que se acorten los tiempos de espera para la realización de esta exploración.
4. Iniciar el trabajo en el área de Satisfacción del Paciente.
5. Progresar en el desarrollo de la Citación Única o con "Mínimos contactos".
6. Ahorrar un total aproximado de 500 estancias hospitalarias, lo que podría suponer (para una estancia media de 8.5 días) unos 60 ingresos potenciales para el S. de Aparato Digestivo. Esto significaría aumentar la oferta de ingresos del Servicio y disminuir el número de ingresos ectópicos.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	---

7. **Mejorar la Calidad Técnica** de acuerdo a los
 - a. Implantación progresiva la **Guía Clínica del CCR** de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) la diseñar cada subproceso.
8. **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. **Información y comunicación:** un solo **Médico Responsable del Paciente**.
9. **Formar a los Médicos Residentes** en la Gestión por Procesos y el Modelo de Calidad EFQM.
10. Desarrollo y perfeccionamiento de la **Base de Datos Informática del Proceso CCR** que debería incluir el Programa de Prevención de CCR de los familiares de los pacientes.
11. **Contribuir a la implantación de la Gestión por Procesos en el HUMS.**

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	15
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	0
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	35
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	50
TOTAL	100%	100

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. **Ya realizado.**
2. Implantación progresiva de la Guía de Práctica Clínica del CCR de la AEG. Responsables: Eduardo Bajador y Santiago García. **Ya realizado.**
3. Continuación de la implantación de la Gestión por Procesos al Subproceso de Diagnóstico y Estadificación.
4. Coordinación con Centros de Especialidades. Responsable: Raquel Vicente Lidón. **En proceso.**
5. Optimización del proceso de Biopsia de Colon. Responsable: Carlos Hördnler. **PRIORITARIO PARA EL AÑO 2006.**
6. Iniciar el desarrollo de 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. **Pendiente. A iniciar en el año 2006.**
7. Utilización y perfeccionamiento de la 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. **Ya realizado, se perfeccionará cuando se nos provea del equipo informático concedido el pasado año y que todavía no se nos ha entregado.**
8. Información y Participación del Paciente. Responsable: D^a. Carmen Bueno y María José Ciria. **A realizar en el año 2006.**
9. Monitorización por el Grupo de Mejora de Ap. Digestivo: **En proceso.**
 - 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.- 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

Puesto que se trata de una actualización, no modificamos el programa de evaluación y seguimiento.

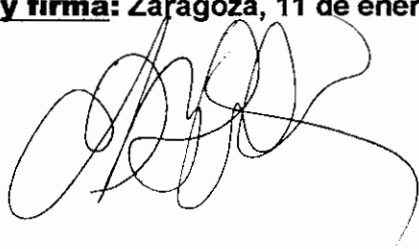
1. **EVALUACIONES:** Se han previsto dos evaluaciones al proyecto: a los 6 meses de su inicio y a los 12 meses:
 - a. Evaluación a los 6 meses:
 - i. Cumplimiento del cronograma y del desarrollo de las distintas actividades propuestas.
 - b. Evaluación a los 12 meses:
 - i. Grado de implantación del 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 estadificados 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:
 - i. Tiempo medio de estadificación completa. Nivel deseable: 15 días.
 - ii. Tiempo medio desde final de estadificación e inicio de tratamiento (cirugía, quimio, radioterapia). Nivel deseable: 15 días.
 - c. De resultado: CALIDAD TÉCNICA.
 - i. Número y porcentaje de pacientes que concluyen la estadificación ambulatoria respecto del total de pacientes que inician el subproceso. Nivel deseable: 80%.
 - ii. Número y porcentaje de pacientes que requieren hospitalización adicional antes del tratamiento. Nivel deseable: 10%.
 - iii. Media de contactos para desarrollo del subproceso: 3 contactos.
 - d. De resultado: CALIDAD PERCIBIDA.
 - i. Cumplimentación de consentimientos informados. Nivel deseable: 100%.
 - ii. Porcentaje de pacientes que han dispuesto de un Médico Responsable de su proceso. Nivel deseable: 100%.
 - iii. Encuesta de satisfacción al paciente. Se deberá encuestar a un mínimo del 20% de los pacientes participantes en el subproceso.

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	--

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: 2º trimestre 2006						Fecha de finalización: 2º trimestre 2007						
Calendario:												
CRONOGRAMA ACTIVIDADES 2006-2007												
	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Continuación de la implantación de la Gestión por Procesos (subproceso de estadificación y diagnóstico del CCR)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Coordinación con Centros de Especialidades.	■	■	■									
Optimización de la actividad "Biopsia de CCR"	■	■	■	■								
Desarrollo de un sistema de Citación de Mínimos Contactos								■	■	■	■	■
Revisión y perfeccionamiento de la Base de Datos CCR		■	■	■					■	■	■	
Participación y Satisfacción del Paciente			■	■	■	■	■					
Evaluación						■						■
Grupo de Mejora						■						■

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
Material/Servicios	Euros
Material informático (ordenador, cañón de proyección)	2000
TOTAL	2000

Fecha y firma: Zaragoza, 11 de enero de 2006.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Realización de las Punciones Foliculares con Anestesia General de forma Ambulatoria (Protocolo de CMA)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: M^a Pilar Conte Martín

Profesión: Facultativo Especialista de Area de Obstetricia y Ginecología

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): Servicio de Reproducción, Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico: mpconte@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 extensión 3054

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Antonio Duque Gallo	Jefe Servicio	Servicio Reproducción. HUMS
M ^a Eugenia Ballesteros Moffa	F.E.A.	Servicio Reproducción. HUMS
Salvador García Aguirre	F.E.A.	Servicio Reproducción. HUMS
Ricardo Navarro Martín	F.E.A.	Servicio Reproducción. HUMS
Joaquina Consuegra Espinosa	DUE	Servicio Reproducción. HUMS
Carmen Vindel Checa	DUE	Servicio Reproducción. HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En este momento las punciones foliculares para captación de ovocitos se realizan de forma ambulatoria en el 90% de los casos, con anestesia local y sedación, ocupando cama en el Hospital de Día del Servicio de Reproducción.

El 10% restante (aproximadamente 50 punciones/año) se efectúan con anestesia general, lo cual implica ingreso en planta de hospitalización (24 horas).

El proyecto de mejora intenta incrementar la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, mediante la realización de las punciones foliculares con anestesia general de forma ambulatoria (cirugía mayor ambulatoria).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Realización de, al menos, un 30% de las punciones foliculares que se realicen con anestesia general de forma ambulatoria, con la consiguiente disminución de la ocupación de camas de hospitalización.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	10%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	70%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Elaboración del Protocolo para realizar las punciones foliculares con anestesia general de forma ambulatoria (Protocolo de CMA). Responsable: Dr. Navarro.
- 2.- Elaboración de una Encuesta de satisfacción de las pacientes con la actividad. Responsable: Dña. Carmen Vindel.
- 3.- Puesta en marcha de la actividad en Abril de 2006. Responsable: Dra. Conte.
- 4.- Valoración de resultados mediante revisión del Registro del Hospital de Día en noviembre de 2006. Responsable: Dr. Navarro.
- 5.- Valoración de resultados mediante revisión de Encuestas de satisfacción en noviembre de 2006. Responsable: Dña. Carmen Vindel.

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

Revisión anual (noviembre) de la relación nº de punciones con anestesia general en régimen de CMA / nº total de punciones con anestesia general, en el registro del Hospital de Día del Servicio.

Revisión anual (noviembre) de las encuestas de satisfacción de los usuarios.

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: 15/01/06

Fecha de finalización: continuado

Calendario:

Elaboración del Protocolo de CMA: enero de 2006

Elaboración de la Encuesta de satisfacción: enero de 2006

Difusión en el Servicio del Protocolo/Encuesta: febrero de 2006

Puesta en marcha de la actividad: abril de 2006

Valoración de resultados: noviembre de 2006

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Las anomalías de la posición fetal al final del embarazo suponen un 5% de los embarazos únicos. La forma de finalización más frecuente en estos momentos, tras las recomendaciones de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, es mediante una cesárea. En un Hospital con un volumen de partos como el Miguel Servet (por encima de 4444 en 2005), supone aproximadamente un mínimo de 200 cesáreas anuales. Esto suponen un coste económico y social muy importante, incrementando la morbilidad materna muy por encima del parto vaginal. La versión externa fetal en la semana 37 de gestación es recomendada en la actualidad por las sociedades científicas como forma de reducir la tasa de cesáreas. Las cifras de éxito oscilan según los autores entre el 45 y el 75%, con una tasa de parto vaginal posterior aproximadamente del 80%.

La tasa de cesáreas de este Hospital se sitúa aproximadamente en un 18% de los partos, lo que supone más de 800 cesáreas anuales.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Tras el aprendizaje de la técnica, la curva de desarrollo se debe evaluar a un mínimo de 12 meses, ya que la experiencia influye de forma importante en las cifras de éxito. Considerando una media de éxito del 65% en personal con experiencia y aproximadamente un 80% de partos vaginales posteriores, podrían dejar de realizarse por causa de anomalías en la posición fetal, aproximadamente unas 110 cesáreas anuales. Esto puede suponer una disminución de la morbilidad materna y de la estancia media del ingreso proporcional a estos datos.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1* Aprendizaje de la técnica de versión externa, en otro centro hospitalario. Dr. Campillos
- 2* Realización del protocolo de versión externa en presentación de nalgas.
- 3* Realización consentimiento informado
- 4* Presentación en sesión clínica

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores:

- Tasa de éxito tras versión externa en presentaciones podálicas y situaciones transversas.
- % de partos vaginales tras versión externa
- Base de datos de Obstetricia / H^a clínica.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: primer trimestre 2006

Fecha de finalización: cuarto trimestre 2006

Calendario:

- Primer trimestre: aprendizaje de la técnica, realización de protocolo y consentimiento informado. Presentación en sesión clínica. Presentación a la Subdirección del Centro.
- Segundo y tercer trimestre: implantación del protocolo.
- Cuarto trimestre: evaluación de resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ADECUAR Y MEJORAR EL CONTROL DEL BIENESTAR FETAL INTRAPARTO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Sergio Castán Mateo

Profesión

Facultativo de Obstetricia y Ginecología. Coordinador de la Unidad de Paritorios.

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

Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Correo electrónico:

scastan@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500 Ext. 3128

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Tobajas Homs (Jefe de Servicio)	Médico	HUMS
Pilar Garrido Fernández (Coordinadora de Calidad)	Médico	HUMS
Belen Rodriguez Solanilla (FEA paritorios)	Médico	HUMS
Susana Tejero Sancho (FEA paritorios)	Médico	HUMS
Isabel Lahoz Pascual (FEA paritorios)	Médico	HUMS
Segundo Rite Gracia (Neonatólogo)	Médico	HUMS
Amelia Juste Pina (Matrona)	Matrona	HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El principal reto que asume la práctica actual de la Obstetricia es el de obtener las mejores tasas de morbi-mortalidad fetal y materna.

Se plantea una dualidad de control (madre-feto) otorgándole al feto un protagonismo imprescindible durante el proceso del parto.

Se intentan desarrollar y aplicar técnicas de control fetal intraparto que permitan detectar situaciones comprometidas con el objetivo de poder corregirlas o evitarlas antes de que se conviertan en irreversibles.

La vigilancia del bienestar fetal intraparto acarreará medidas que intenten mejorar el resultado perinatal.

El método ideal del control fetal intraparto debería de ser seguro, directo, continuo, no invasivo y con una sensibilidad y especificidad aceptables.

Actualmente este control está basado en la monitorización fetal electrónica que nos oferta hasta un 30% de patrones fetales cardiotocográficos anómalos (no tranquilizadores) y que condicionarán el uso de otras técnicas de control más objetivas (pH de calota fetal) para decidir la actuación obstétrica o por el contrario implicarán la realización de una cesárea para finalizar la gestación.

El objetivo que comporta la mejora en el control del bienestar fetal intraparto se apoya en la implementación de técnicas modernas, validadas y muy recientes en su uso clínico en hospitales con asistencia obstétrica de nivel elevado, adecuando la práctica clínica a criterios de excelencia profesional.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la sensibilidad y especificidad en el control fetal intraparto que asegure un mejor bienestar con mejores resultados perinatales.
- Disminuir los falsos positivos que actualmente nos otorga la monitorización fetal electrónica conllevando actuaciones obstétricas innecesarias
- Mejorar las tasas de morbi-mortalidad fetal intraparto
- Reducción del número de cesáreas realizadas en los casos de aparición de patrones no tranquilizadores en los registros cardiotocográficos.
- Disminución de las tomas de pH de calota fetal , así como posibles repeticiones de las mismas en el caso de que se encuentren en un rango prepatológico

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

--

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Implantar el uso de la Central de Monitorización fetal intraparto en el área de paritorios que conlleva mejoría en : eficacia en los momentos de sobrecarga asistencial cuando el ratio matrona-gestante es menor de 1, registro continuo en pantalla de múltiples monitores fetales con registro en disco óptico de los patrones (hospital sin papeles), base de datos obstétricos que permitan su manejo estadístico para valorar asistencia y aplicación en investigación, partograma informatizado.(Dr. Castán)
- 2.- Introducción y manejo de la Pulsioximetría fetal intraparto como método actual, útil, objetivo, no invasivo, que permite un registro continuo del bienestar fetal (saturación de Oxígeno) y que a nivel nacional y mundial está adquiriendo un gran protagonismo en los Servicios que dispensan asistencia obstétrica de nivel.(Dr. Castán)
- 3.- Elaboración de Guía Clínica: " Control del Bienestar Fetal Intraparto"(Dr. Castán)
Permitirá modificar la variabilidad clínica que otorga la valoración subjetiva actual de los registros cardiotocográficos procedentes de la monitorización fetal electrónica.

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

- pH venoso cordonal postparto (pH < 7.15 en $\leq 2\%$ de partos)(Dra. Rodriguez)
- Reducción del porcentaje de cesáreas en los patrones de Riesgo de Pérdida de Binestar Fetal Intraparto (30-50%)(Dra. Lahoz)

Se realizará evaluación manual mediante el Libro de Registro de Paritorios con cadencia trimestral.

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 del 2006	Fecha de finalización: Diciembre del 2006
---------------------------------	---

Calendario:

- Inicio de Funcionamiento de la Central de Monitorización Fetal: 1º Trimestre 2006
- Implantación del uso de la Pulsioximetría fetal intraparto: 1º Semestre 2006
- Elaboración de la Guía Clínica para el control del Bienestar Fetal: 1º Semestre 2006
- Evaluación de resultados (Libro de Paritorios): Trimestral
(Primera evaluación: último trimestre 2006)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORAR EL MANEJO CLÍNICO-ASISTENCIAL DE LA GESTANTE Y RECIÉN NACIDO CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

PILAR GARRIDO FERNANDEZ

Profesión

MEDICO – FEA - CORDINADORA DE CALIDAD SERVICIO DE OBSTETRICIA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET; SERVICIO TOCOLOGIA; SECCIÓN ECOGRAFÍA Y DIAGNOSTICO PRENATAL

Correo electrónico:

pgarrido@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765491

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Tobajas Homs	Obstetra – Jefe de servicio Obstetricia	HUMS
Dr. Perez Falo	Obstetra – Jefe de sección Ecofgrafía	HUMS
Dra Pilar Perez Perez	Obstetra – FEA Sección Ecografía	HUMS
Dr. Campillos Maza	Obstetra - Coordinador Unidad Altoriesgo	HUMS
Dr Romo Montejo	Pediatra - Coordinador Calidad Pediatría Neonatólogo	HUMS
Dra. García de la Calzada	Cardióloga - Unidad de cardiología infantil	HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En este momento en el HMS la coordinación de las diferentes especialidades implicadas en el diagnóstico y tratamiento de las malformaciones congénitas se realiza de manera improvisada según la demanda, sin que exista un órgano que aúne esfuerzos y relacione las diferentes unidades clínicas implicadas en el manejo de este tipo de procesos, así como darle a la gestante y su pareja una información completa y uniforme, no discordante, de la patología malformativa fetal, en cuanto a diagnóstico, pronóstico, tratamiento.

Las malformaciones afectan aproximadamente a un 3 % de los Recién Nacidos, Con 4.444 partos atendidos en nuestro servicio en el año 2005, el número de niños afectados estará alrededor de 133, es decir se suceden de 2 a 3 casos semanales, lo que justifica el esfuerzo por coordinar todas las acciones necesarias, para mejorar su manejo clínico–asistencial y paliar en lo posible el elevado coste sociosanitario que de estos se deriva.

Además no se cuenta con una base informatizada de malformaciones, no solo diagnosticadas prenatalmente, sino postnatalmente, por lo que es difícil conocer la tasa de falsos negativos y positivos en el diagnóstico prenatal, la verdadera incidencia de las mismas en nuestro medio y el seguimiento postnatal de la evolución de las diferentes patologías en el niño.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el manejo clínico de las malformaciones congénitas
Mejorar el conocimiento de la incidencia de malformaciones en nuestro medio

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	---

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR


Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Diseño y elaboración de las normas de funcionamiento de un comité de malformaciones. Responsable Dra. P. Garrido
- 2- Puesta en funcionamiento del comité y consensuar las normas de funcionamiento. Responsable Dr. Tobajas
- 3- Planificar y desarrollar una base de datos de malformaciones que pueda ser utilizada como modelo para el desarrollo de una base de datos autonómica. Responsable Dr. Pérez Falo
- 4- Protocolización de la recogida de datos. Responsable Dr. Pérez Falo

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 : N^o de reuniones del comité
 % de malformaciones registradas en base de datos informatizada

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS				
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas				
Fecha de inicio: Enero -2006		Fecha de finalización: Dic-2006		
Calendario:				
Medidas previstas	Trimestres			
	1º	2º	3º	4º
Diseño y elaboración de las normas de funcionamiento de un comité de malformaciones. Puesta en funcionamiento del comité y consensuar las normas de funcionamiento.	x	x		
Planificar y desarrollar una base de datos de malformaciones y Protocolización de la recogida de datos.			x	x
Revisión de indicadores. - %de malformaciones registradas en base de datos informatizada./año - Nº de reuniones del comité al año				

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Desarrollo de un Programa Interniveles de Información Colectiva y Consentimiento Informado de Analgesia en el Parto, como Cartera de Servicios, en los Sectores I y II

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Augusto Navarro Hernando

Profesión

Médico

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

Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Anestesiología, HMI

Correo electrónico:

Anavarroh@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-76-55-00 Ext. 3129

3.- OTROS COMPONENTES DEL PROYECTO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pedro Oliva	Anest.	HMI - HUMS
Roberto Carbonell	Anest.	HMI - HUMS
Julián Ruiz	Anest.	HMI - HUMS
M ^a Pilar Garrido	Obstetra	HMI - HUMS
M ^a Angeles Sánchez	Matrona	Sector II
Lourdes Muñoz	Matrona	CS La Jota
Carmen Urtubia	Matrona	CS Sagasta

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

4.1.- Problema e importancia

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

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

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

4.2.- Métodos de detección y priorización

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

La priorización posterior, por comparación de pares, situó el área de mejora en cuarta posición del listado de problemas.

4.3.- Situación de partida

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

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

4.4.-Posibles causas

Pese a que la analgesia epidural para el parto desde hace 4 años es una prestación optativa para las gestantes las 24 horas, no se han realizado programas para mejorar y homogeneizar la información que reciben las gestantes sobre analgesia obstétrica en Atención Primaria (clases de preparación al parto), ni en el ámbito Especializado (Servicios de Obstetricia y Anestesia) con vistas a la consecución de una elección y consentimiento informados adecuados.

Escasa cultura sobre el continuo asistencial e integración de niveles y escasa coordinación entre servicios de Atención Primaria (cursos de preparación al parto guiados por matronas) y servicios de Atención Especializada (Anestesiología y Obstetricia).

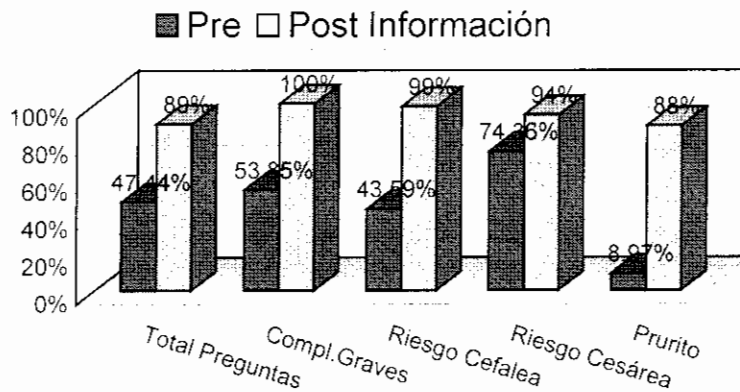
5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Como resultado del programa de mejora "Información y Consentimiento Informado de analgesia en el parto. Programa piloto de mejora e integración de niveles", desarrollado durante los años 2004 y 2005, en las gestantes que participaron y recibieron la información establecida para las Clases de Preparación al Parto y Charla Coloquio del Programa se obtuvieron las siguientes mejoras

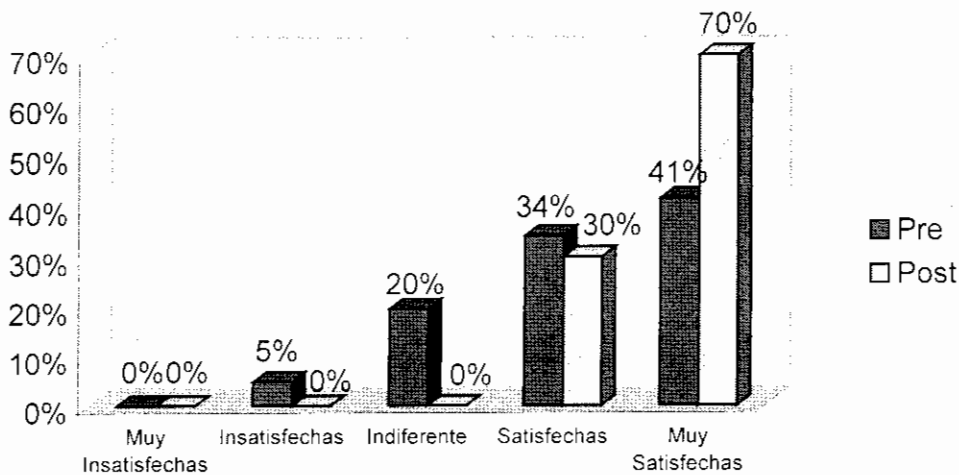
Conocimientos

Conocimientos Analgesia Epidural



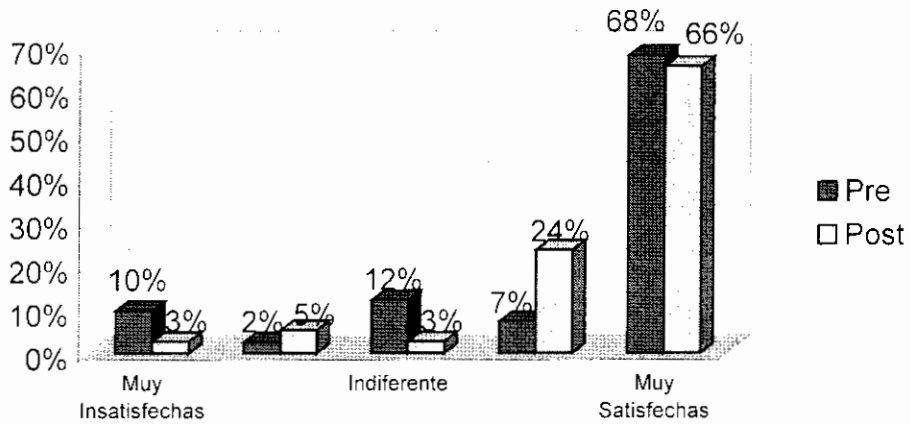
Satisfacción con la Información

**Analgesia Epidural
Satisfacción Información**



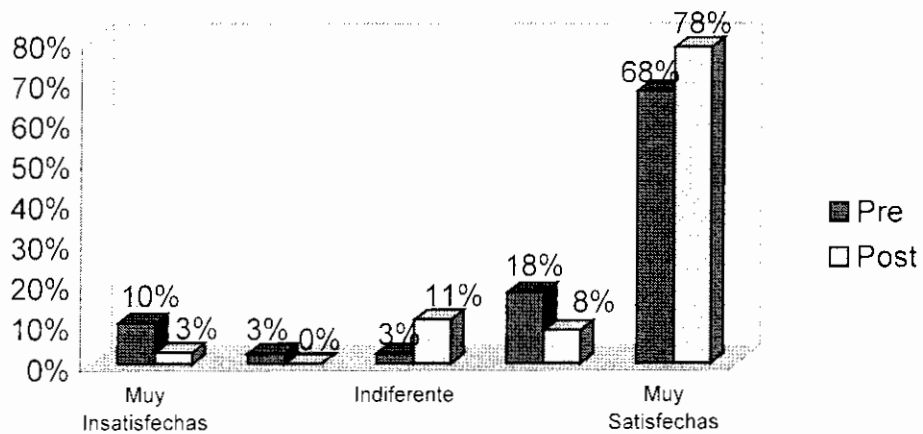
Cumplimiento de expectativas

**Analgesia Epidural
Cumplimiento Expectativas**



Satisfacción con la analgesia

**Aanalgesia Epidural
Satisfacción Analgesia**



6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Oportunidad de mejorar la satisfacción de nuestras pacientes por mejora de la información y adecuación de sus expectativas, avanzando en el continuo asistencial mediante la coordinación de servicios e integración de niveles.

Mejorar el porcentaje de gestantes con Consentimiento Informado de Analgesia Epidural cumplimentado antenatalmente

Mejora de la educación sanitaria de las gestantes en conocimientos de analgesia durante el parto.

Desarrollo de actividad que incide en la formación continuada del personal participe en el programa (Matronas de Atención Primaria)

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

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

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	10%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	15%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	65%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

	Responsable
1.- Creación del grupo de trabajo de desarrollo del Programa.	<u>Dr. Navarro</u>
2.- Revisión del Programa Piloto (2004-05) y aprobación del Programa definitivo	<u>Grupo de Trabajo</u>
3.- Charla de información a Matronas de Primaria	<u>Coordinadora Matronas</u>
4.- Curso para matronas sobre analgesia epidural	<u>Dr. Oliva</u>
5.- Revisión y reedición de Folleto Informativo	<u>Grupo de Trabajo</u>
6.- Elaboración Vídeo divulgativo para Charlas Colectivas	<u>Dr. Navarro</u>
7.- Organización del circuito de citación y Calendario de Charlas Colectivas Informativas	<u>Dr. Navarro</u>
.....	

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

Registro de gestantes que han participado en charlas colectivas de información.

Satisfacción Información Preparto:

Encuesta de Satisfacción Postparto de realización periódica (semestral)

Conocimientos:

Encuesta de conocimientos validada en Programa Piloto. A realizar como última actividad de las Clases de Preparación al Parto.

Satisfacción con Analgesia Epidural:

Encuesta de Satisfacción Postparto de realización periódica (semestral)

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:

Actividades 2006	E	F	M	A	M	J	Jl	A	S	O	N	D	2007
Creación del grupo de trabajo	x												
Aprobación del Programa Definitivo		x											
Charla de información a Matronas			x										
Curso para matronas sobre analgesia				x	x								
Revisión y reedición de Folleto Informativo			x	x									
Elaboración Vídeo divulgativo		x	x	x	x	x							
Organización del circuito de citación y Calendario de Charlas				x	x								
Charlas Informativas						x	x	x	x	x	x	x	x
Encuesta de Satisfacción Postparto						x						x	
Encuesta de conocimientos						x						x	

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Folletos Informativos	1000
Sistema audiovisual: Cañón de proyección	1000
Sistema audiovisual: Ordenador portatil	1000
TOTAL	3000

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

ACTUALIZACION

1.- TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE DERIVACIÓN DE PATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA A LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA
Criterios de derivación desde Atención Primaria

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Dres: **Francisco Javier Manero Ruiz y Angela Pecondón Español**

Profesión:

Reumatología

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

H.U. Miguel Servet

Correo electrónico:

fjmanero@salud.aragon.es; apecondon@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 55 00, extensiones 4131 y 4129

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Beltrán Audera Chesús	Reumatólogo	H.U. Miguel Servet
Guelbenzu Morte Javier	M de familia	CAP Torrerramona
López Melús Teresa	M de familia	CAP San José Centro
Portero Uriel Liria	M de familia	CAP Muñoz Fernández
Sanz Rebollo Gloria	M de familia	CAP San Jose Norte

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Dado que se trata de una actualización de un proyecto de mejora iniciado en años anteriores se mantienen (con escasas variaciones):

IMPORTANCIA Y UTILIDAD

Habilitar un sistema de derivación, desde A. Primaria a Reumatología, de pacientes con procesos muy prevalentes, pero no graves, lo más resolutivo posible ya en la primera consulta.

EL MÉTODO DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN empleado ha sido el análisis de la situación llevado a cabo en reuniones conjuntas (facultativos de AP y reumatólogos). Los procesos que se priorizaron y fueron considerados por consenso, entre los integrantes del grupo de mejora, de más elevada prevalencia fueron los siguientes: 1) Gonalgia no traumática con limitación funcional, 2) Lumbalgia mecánica crónica, 3) Osteoporosis, 4) Hombro doloroso no traumático, 5) Miscelánea para artropatías periféricas.

SITUACIÓN DE PARTIDA Y POSIBLES CAUSAS

- Elevadas tasas de derivación inapropiada por parte de Atención
 - Falta de aplicación de los protocolos consensuados previamente al no realizarse su seguimiento.
- Protocolos no implantados.
 - No se realiza su seguimiento ni se exige su aplicación.
- Aumento de lista de espera con elevada insatisfacción de los usuarios.
 - Deriva de las anteriores.
- Atención indiscriminada sin poder priorizar por gravedad o complejidad.
 - Deriva de las anteriores.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO:

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

A pesar de la falta de apoyo oficial por la dirección de A. Primaria hemos continuado con nuestro proyecto limitándolo al área de asistencia reumatológica de CME San José.

Los integrantes del grupo de mejora (ya constituido anteriormente) nos hemos reunido en 5 ocasiones a lo largo del año y hemos llevado a cabo las siguientes actividades.

:

- 1- Sondeo entre los facultativos de AP para establecer un listado de patologías que a su juicio sean de abordaje prioritario por prevalencia.
- 2- Selección de las 5 patologías a protocolizar
- 3- Elaboración conjunta de protocolos de derivación para las 5 patologías previamente determinadas
- 4- Elaboración del modelo impreso de derivación (hoja de interconsulta A. Primaria-reumatología) con los 5 protocolos consensuados y con espacio normalizado para responder al médico de familia.
- 5- Aprobación consensuada de este modelo por ambas partes (AP y Reumatología)
- 6- Presentación del documento en CAP pilotos: San José Norte y Centro, Muñoz Fernández, Torrerramona.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Derivación adecuada del paciente reumático.
- Reducción de las listas de espera en Reumatología.
- Mejora de la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Implantación y puesta en marcha del documento (modelo de interconsulta) en los CAP referidos (San José Norte y Centro, Torrerramona y Muñoz Fernández y en CME de San José
- Desarrollo de encuestas para conocer grado de satisfacción del paciente con la atención recibida en nuestras consultas externas de CME San José.
- Desarrollo de encuestas para conocer grado de satisfacción de los facultativos de AP con el Servicio de Reumatología en los centros referidos

RESPONSABLES: Todos los miembros del equipo

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

Seguimiento de los siguientes indicadores

- **% de derivación inapropiada.** Evaluación semestral
- **% de pacientes insatisfechos con la atención prestada.** Evaluación semestral
- **% de médicos de A.P. satisfechos con el servicio de Reumatología.**
Evaluación anual

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

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
Fecha de inicio: diciembre 2004	Fecha de finalización: según cronograma
<p>Calendario para este año 2006:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantación (fecha en la que tiene que estar funcionando) • Seguimiento <p>Se realizara evaluación periódica (según se ha detallado más arriba) para determinar si son necesarias nuevas medidas correctoras.</p>	

Meses Año 2006	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.- Implantación													
2.- Seguimiento				→									

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
Hasta la fecha no hemos recibido ningún recurso por este proyecto	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
TOTAL	

Fecha y firma: