

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 2_2007

013_2007 "Mejorar en la técnica e interpretación de las espirometrías realizadas en el Centro de Salud de Fuentes de Ebro"	Pág. 3 a 6
021_2007 "Protocolo de evaluación del inmigrante menor de edad en el Centro de Salud Almozara 2007"	Pág. 7 a 19
022_2007 "Incremento de la cobertura de vacunación antitetánica en población adulta, en el Centro de Salud Almozara.Zaragoza"	Pág. 20 a 28
097_2007 "Cuidado del pie diabético. Un proyecto de mejora en la atención al paciente diabético" del CS Torrero-La Paz	Pág. 29 a 33
098_2007 "Mejora de la accesibilidad a la comunicación e información sobre oferta de servicios de los equipos de atención primaria a los usuarios del Sector Zaragoza II" de la D.A.P Sector Zaragoza II	Pág. 34 a 37
126_2007 "Calidad de prescripción repetida" del CS San Pablo	Pág. 38 a 43
008_2007 "Normalización de tres procedimientos del Servicio de Medicina Preventiva: 1.- Vacunación a población de riesgo, 2.- Control de la seguridad microbiológica ambiental de aire, 3.- Control de seguridad ambiental del agua: Legionela" del H.U.Miguel Servet	Pág. 44 a 49
023_2007 "Gestión del proceso "rectorragia" con mínima hospitalización" del H.U.Miguel Servet	Pág. 50 a 55
049_2007 "Subproceso de programación de ingreso del día de la intervención (IDQ)" del H.U.Miguel Servet	Pág. 56 a 59
054_2007 "Mejora en la seguridad del paciente con riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) a través de la actualización y estandarización de las medidas de prevención y tratamiento de UPP en el hospital Miguel Servet de Zaragoza"	Pág. 60 a 64
055_2007 "Episiotomía selectiva-episiotomía liberal. Control a los tres años. Finalización estudio prospectivo de cohortes" del H.U.Miguel Servet	Pág. 65 a 71
099_2007 "Derivación de usuarios desde lista de espera quirúrgica y recha de derivación. Análisis de causas" del H.U.Miguel Servet	Pág. 72 a 77
100_2007 "Programa de información a las gestantes, con parto desencadenado o en promodos, sobre el proceso asistencial del parto" del H.U.Miguel Servet	Pág. 78 a 86
102_2007 "Constitución de la Sección de Cirugía Esófago-gástrica del Servicio de Cirugía General del H.U.Miguel Servet como Unidad de referencia para toda la Comunidad Autónoma de Aragón en el tratamiento del cáncer de esófago y de la Unidad Esofagogástrica" del H.U.Miguel Servet	Pág. 87 a 90
104_2007 "Propuesta para la creación de un grupo multidisciplinar para el tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar que actúe como Centro de referencia" del H.U.Miguel Servet	Pág. 91 a 95
106_2007 "Implantación y desarrollo de la gestión por procesos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria o nueva creación para el Sector Sanitario II del SALUD" del H.U.Miguel Servet	Pág. 96 a 99
107_2007 "Estudio del absentismo de los usuarios a las citas programadas en el CME Ramón y Cajal y propuesta de mejora para optimización de los recursos" del H.U.Miguel Servet	Pág. 100 a 106
108_2007 "Mejora del sistema de control de los medicamentos estupefacientes en el Hospital Miguel Servet"	Pág. 107 a 113
109_2007 "Evaluación de la calidad percibida por los usuarios de una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos" del H.U.Miguel Servet	Pág. 114 a 117
110_2007 "Protocolo de manejo de presentación fetal anómala en gestaciones a término" del H.U.Miguel Servet	Pág. 118 a 121
111_2007 "Humanizar la asistencia al parto hospitalario" del H.U.Miguel Servet	Pág. 122 a 126

112_2007 "Racionalización del uso de medicamentos en un servicio clínico" del H.U.Miguel Servet	Pág. 127 a 130
113_2007 "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 prestada e identificar opciones de mejora" del H.U.Miguel Servet	Pág. 131 a 138
114_2007 "Mejora de la calidad de la atención y en la gestión de los procedimientos aplicados en el Hospital de Día a los pacientes con procesos hematológicos" del H.U.Miguel Servet	Pág. 139 a 144
141_2007 "Proceso asistencial del melanoma maligno cutáneo (MMC)" del H.U.Miguel Servet	Pág. 145 a 150
143_2007 "Acreditación de la técnica de citometría de flujo en sangre periférica para diagnósticos hematológicos según la norma UNE-EN-ISO 15189, perteneciente al programa de acreditación de laboratorios del Sistema Aragonés de Salud" del H.U.Miguel Servet	Pág. 151 a 155
165_2007 "Elaboración de manual de procedimientos de acceso a la asistencia de los pacientes en el Sector Zaragoza II (Act-37-2006)" del H.U.Miguel Servet	Pág. 156 a 159
183_2007 "Optimización de derivación de patología músculo-esquelética a las consultas de reumatología. Criterios de derivación desde Atención Primaria" del H.U.Miguel Servet	Pág. 160 a 165
185_2007 "Aplicación de recomendaciones EULAR 2006(European League Against Rheumatism) en la asistencia especializada de los pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC)" del H.U.Miguel Servet	Pág. 166 a 172
186_2007 "Programa piloto de mejora de la comunicación de actividad en urgencias a los equipos de atención primaria pediátrica" del H.U.Miguel Servet	Pág. 173 a 179
199_2007 "Mejora en la calidad de derivación atención primaria/atención especializada en las consultas de dermatología del área de influencia del Hospital Universitario Miguel Servet"	Pág. 180 a 186
204_2007 "Puesta en marcha del proceso del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en el Hospital Universitario Miguel Servet"	Pág. 187 a 190
205_2007 "La Información Clínica en las Solicitudes al Servicio de Microbiología como herramienta de mejora de la calidad" del H.U.Miguel Servet	Pág. 191 a 198
206_2007 "Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental. Sector de Zaragoza II (Act-25-2006)" del H.U.Miguel Servet	Pág. 199 a 202
208_2007 "Mejora de la efectividad en los procesos de adquisición de material y de la comunicación con clientes internos de los Centros de Salud dependientes del Sector de Zaragoza II" del H.U.Miguel Servet	Pág. 203 a 207
209_2007 "Ampliación del proyecto de mejora de la asistencia del ictus en el Servicio de Urgencias" del H.U.Miguel Servet	Pág. 208 a 212
210_2007 "Diseño del proceso EPOC agudizado en el Hospital Universitario Miguel Servet"	Pág. 213 a 216
212_2007 "Mejora del protocolo de recepción y acogida del personal de enfermería de nueva incorporación en la Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología y Neuroquirúrgica del Hospital Universitario Miguel Servet"	Pág. 217 a 221
214_2007 "Detección, control y prevención de la colonización-infección por staphylococcus aureus meticilin resistente (SAMR)" del H.U.Miguel Servet	Pág. 222 a 232

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"Mejorar en la técnica e interpretación de las espirometrías realizadas en el Centro de Salud de Fuentes de Ebro".

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Isabel Martí Miranda

Profesión

Medico Titular / responsable del Equipo de Mejora del Centro de Salud de Fuentes de Ebro

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

Centro de Salud de Fuentes de Ebro

Correo electrónico:

imarti@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 10 48 40

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Isabel Martí Miranda	Medico	CS Fuentes de Ebro
José Antonio Castillo	Medico	CS Fuentes de Ebro
Karlos Naberan	Medico	CS Fuentes de Ebro
Araceli Loscertales	Enfermera	CS Fuentes de Ebro
M ^a José Sánchez	Enfermera	CS Fuentes de Ebro
Eva Arnal	Enfermera	CS Fuentes de Ebro

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...

Justificación

A día de hoy, la espirometría es una técnica exploratoria básica para el diagnóstico de enfermedades con obstrucción bronquial. El **registro con espirometría** de las enfermedades clasificadas como EPOC aporta precisión diagnóstica y calidad en el control de la enfermedad en Atención Primaria

La línea de Mejora se apoya en:

1. La importancia de la espirometría (E) para el diagnóstico de la enfermedades con obstrucción bronquial
2. El registro bajo el diagnóstico de EPOC bajo espirometría en Atención Primaria
3. La formación en la técnica e interpretación de la E. por parte del personal sanitario, y la motivación para la realización de E. y su aplicación en la práctica clínica.
4. La detección del problema y priorización a través de la creación de un grupo nominal en el Centro de Salud.
5. La utilización como fuentes de análisis muestral de las Historias Clínica de Atención Primaria, pertenecientes al Centro de Salud, con el diagnóstico de EPOC.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar el diagnóstico de la EPOC en el Centro de Salud de Fuentes de Ebro.
2. Mejorar los conocimientos de la técnica e interpretación de las espirometrías en el personal sanitario.
3. Disminuir la lista de espera de espirometrías en el Centro de Salud.
4. Aumentar el número de personal de enfermería que realizan espirometrías

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%	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%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Muestreo aleatorio de Historias Clínicas (Centro de Salud)

2.- Formación por fases

(Primera fase: de valoración y adquisición de conocimientos)

- Encuesta de conocimiento y motivación (1 hora)
- Taller de espirometría (4 horas)

(Segunda fase: de ejecución y puesta en marcha)

- Realización, interpretación y aplicación de conocimientos en la práctica clínica.

(Tercera fase: de consolidación)

- 4.-Revisión de conceptos (4 horas)
- 5.-Solución de dudas sobre procedimientos y casos particulares en las espirometrías realizadas y solicitadas.

(Cuarta fase: de revisión) (2 horas)

- Consulta de dudas y problemas
- Encuesta de conocimientos (re-test)

3.- Elaboración de resultados y conclusiones

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicador de diagnóstico espirométrico

Nº de EPOC diagnosticados con espirometría / Todos los pacientes con diagnóstico clínico de EPOC.Diferencia 2006/2007.

Indicador de implantación de la espirometría

Nº de espirometrías realizadas en 2006 / Nº de espirometrías realizadas en 2007.

Índice de mejora de la formación en espirometrías

Diferencia entre test y re-test (conocimientos).

Creación de documentos de registro y actividad (registro, vía clínicas)

Documento de mejora del método de trabajo con espirometrías (formación, circuitos etc.) por parte de todos los profesionales

Índice de personal formado en la realización de espirometríaNº personas de enfermería que realizan la técnica / Nº total personas de enfermería del Centro.
Encuesta de satisfacción, utilidad y aplicabilidad por parte del personal sanitario.**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:

Muestreo aleatorio de historias clínicas	Enero 2007
Test de conocimiento y compromiso personal	Enero 2007
Desarrollo primera fase de valoración y adquisición de conocimientos	Febrero 2007
Desarrollo segunda fase: de ejecución y puesta en marcha	Marzo-julio 2007
Desarrollo tercera fase de consolidación	Septiembre 2007
Desarrollo cuarta fase de revisión	Noviembre 2007
Elaboración de resultados y conclusiones	Diciembre 2007

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
1 Espirómetro de turbina, adaptador pediátrico, estación meteorológica y jeringa de calibración	<u>2000</u>
1 Proyector Cañón digital y ordenador portátil	<u>3000</u>
TOTAL	5000

Fecha y firma:

23 de enero de 2007

Isabel Martí (Responsable de la Línea de Mejora)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL INMIGRANTE MENOR DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA. 2007.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Teresa Pemán Muñoz

Profesión MEDICO DE FAMILIA

Centro de trabajo CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Correo electrónico:

garcia@unizar.es

Teléfono y extensión del Centro de trabajo:

976431621 - 976431533

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Etelvina Alonso Alvarez	Administrativa	C.S. Almozara
Magdalena Aparicio	Enfermera	C.S. Almozara
Pilar Bueno Orera	Médica	C.S. Almozara
Alfonso Gallego Dieguez	Pediatra	C.S. Almozara
Maria Pilar Martinez Escribano	Pediatra	C.S. Almozara
Belen Mora	Enfermera	C.S. Almozara
Nieves Navas Santos	Médica	C.S. Almozara
Clara Pueyo Salavera	Médica	C.S. Almozara
Julia Perez Martinez	Enfermera	C.S. Almozara
Dolores Pujol Peiro	Enfermera	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 cerca del 10% de nuestra población total son inmigrantes económicos, de los cuales más de 90.000 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.

Durante el año 2006 hemos elaborado conjuntamente, entre Pediatría y Medicina de Familia un protocolo de evaluación del paciente Inmigrante Menor de Edad (IME), en el que se incluyen Datos Clínicos (Antecedentes personales, A. familiares, Exploración física, estado de vacunación,...), Familiares (miembros de la unidad familiar...), Sociales (vivienda, religión, alimentación, trabajo) y Educativos.

Los miembros del equipo de admisión han elaborado listados por cada cupo de Pediatría y de Medicina de Familia con los datos administrativos de los inmigrantes menores de edad que teníamos adjudicados

Desde las consultas de Enfermería, Pediatría, y Medicina de Familia se les ha citado, personalmente (si el paciente acudía a la consulta de demanda) o telefónicamente, para una consulta programada donde se desarrollaba el protocolo.

La complejidad de la captación en esta población, la movilidad que mantienen muchos, y la inserción laboral de los padres y de bastantes de los mayores de 16 años, así como otros factores entre los sanitarios que son, el aumento de la presión asistencial, y la presencia de situaciones internas poco favorecedoras, han contribuido a evaluar a un número menor de lo previsto inicialmente, pero dos circunstancias nos hacen solicitar la continuidad de este programa.

- Entre el 21% de los evaluados, se han detectado situaciones con un elevado riesgo para la salud del menor como son, 2 casos de contacto con bacilo TBC, 2 casos de portador de hepatitis B y embarazos en la adolescencia
- La población de IME de nuestro centro ha aumentado en los últimos 14 meses en un 44 %, pasando de 280 a 404 menores de edad en diciembre de 2007.

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.

Durante el año 2006, se han obtenido los siguientes resultados:

- Protocolizar la captación y evaluación del IME
- Consolidar un equipo de trabajo multidisciplinar compuesto por administrativos, pediatras, enfermeras y médicos de familia.
- Evaluar al 25% de los IME de nuestro Centro de Salud.

En el año 2006 nos propusimos como objetivo el captar a todos los pacientes IME, derivarlos desde admisión a las consultas de Pediatría y de Medicina de Familia, protocolizar su atención y corregir sus carencias.

Al comienzo del programa, se reunió el equipo de trabajo para diseñar el siguiente protocolo de actuación conjuntamente entre Medicina Familiar, Pediatría y Enfermería.

EVALUACION IME – C.S. ALMOZARA

Datos administrativos:

- Nombre apellidos
- N° S.S.
- Fecha de nacimiento

Datos Familiares

	Padre	Madre	Hermanos
Numero			

Convivientes

Nacionalidad

Residencia

Fª Nacimiento

Nº hijos

Datos Sociales:

	Propia	Alquiler	Convivientes
Vivienda			

	Padre	Madre	IME > 16 años
Sit. Laboral			

	IME	Padre		Madre
Religion				
Idioma				
Deporte				
Datos de escolarización:				
Escolar	Publico	Privado	Nivel	Comedor
Si				
NO				

Datos Clínicos:

Antecedentes Familiares

Antecedentes Personales

Hábitos Tóxicos

Estado de Vacunación

Exploraciones Complementarias :

- Análisis de Sangre : BH2
- Parásitos en heces
- Mantoux

Con fecha diciembre de 2006 los resultados de nuestros indicadores son:

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.

- i. Valor de partida: 280 IME.
- ii. N° de pacientes IME evaluados x 100 / n° 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. Periodo de observación 12 meses tras el inicio del programa.
- v. Nivel deseado de cumplimiento: 50%.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes IME evaluados}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes IME registrados}} = \frac{70}{280} = 25 \%$$

Indicador de la calidad de derivación.

- i. Valor de partida: 280 IME.
- ii. N° de pacientes de IME derivados a pediatría –medicina de familia x 100 / N° de IME.
- iii. Fuente de datos: SICAP.
- iv. Periodo de observación: 12 meses tras el inicio del programa.
- v. Nivel deseado de cumplimiento: 50%.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes IME derivados a consulta}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes IME registrados}} = \frac{280}{289} = 69 \%$$

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.

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

- iv. Periodo de observación: 12 meses desde el inicio del programa
 v. Nivel deseado de cumplimiento: 40%

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ME evaluadas } 1}{\text{N}^\circ \text{ total de ME } 2} = 50 \%$$

Indicador de la calidad de derivación.

- vi. Valor de partida: en la actualidad no existe ningún registro específico de ME.
 vii. N° de ME derivadas a matrona x 100 / N° de ME registradas.
 viii. Fuente de datos: consulta de Matrona
 ix. Periodo de observación 12 meses desde comienzo del programa

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ME derivadas a matrona } 1}{\text{N}^\circ \text{ de ME registradas } 2} = 50 \%$$

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La actualización del Proyecto de Mejora de Calidad pretende continuar con la captación y evaluación de los inmigrantes menores de 18 años, que permita detectar de forma precoz las disfunciones en el acceso al sistema sanitario y sus consecuencias.

Nuestro objetivo es que esta población participe y se beneficie de todas las actividades preventivas y asistenciales que ofrece el Equipo de Salud de Almozara, en igualdad de condiciones con la población española.

Los objetivos para 2007 son:

- 1) Captar en el Servicio de Admisión a los menores de 18 años
- 2) Derivar a estos pacientes a Pediatría o Medicina Familia
- 3) Citar telefónicamente y en la consulta de demanda de Pediatría, Enfermería y de Medicina de Familia, al 50% de estos pacientes, como mínimo
- 4) Aplicar el protocolo de evaluación del IME a todos los citados.
- 5) Incluir en la cartera de servicios de Atención Primaria la evaluación del IME
- 6) Identificar de forma precoz aquellos menores que se encuentren en una situación de "riesgo social"
- 7) Detectar las carencias de escolarización en esta población.

- 8) Orientar y facilitar el acceso a la lengua española e la inserción laboral.
- 9) Desarrollar talleres específicos de promoción de salud basados en temas de: Alimentación, Higiene, Vacunación, Legislación, Sistema educativo, Inserción laboral, con las madres y los niños mayores de 14 años.

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%	0
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	40
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	20
<i>TOTAL</i>	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

MENOR DE EDAD

1. Realizar nueva captación a través de los datos de TIS, desde admisión de nuestro Centro de Salud, Responsables Etelvina Alonso y Yolanda Soria
2. Actualización de los pacientes IME en cada cupo de Medicina y de Pediatría. Responsables : Etelvina Alonso y Yolanda Soria.
3. Entregar en cada cupo una carpeta que contenga el listado de IME, el protocolo de evaluación, el calendario de vacunación vigente y acelerado, así como calendarios de los 14 países de origen más frecuentes y tabla de las raciones alimentarias.
4. Citar telefónicamente a los pacientes en Medicina de Familia, pues son pacientes poco demandantes, y a los que no se captan en las consultas de Pediatría. Responsables: Julia Perez, Belen Mora, Magdalena Aparicio, Dolores Pujol, Alicia Báguena, Rocío Escriche, Pilar Bueno.
5. Continuar con el protocolo de revisiones en Consulta de Enfermería, Pediatría y Medicina Familiar. Responsables: Teresa Peman, Clara Pueyo, Pilar Martinez
6. Desarrollar un taller piloto de promoción de salud específico para inmigrantes, dirigido a niños mayores de 12 años y madres. Responsables:
 - Legislación: TS y Lola Pujol y Etelvina Alonso
 - Alimentación: Clara Pueyo y Teresa Peman
 - Higiene: Magdalena Aparicio, Belen Mora
 - Vacunación: Julia Perez, Pilar Maartinez
 - Sistema educativo e inserción laboral: Alicia Baguena y Rocío Escriche y Yolanda Soria

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 - evaluación del IME.
- Indicador de asistencia a Talleres de Promoción de Salud.

Indicador de calidad de captación – evaluación:

- xi.* Valor de partida: 404 IME.
- xii.* N° de pacientes IME evaluados x 100 / n° de IME registrados en la base de datos del programa de tarjeta sanitaria individual del Centro de Salud Almozara.
- xiii.* Fuente de datos: SICAP.
- xiv.* Periodo de observación 12 meses tras el inicio del programa.
- xv.* Nivel deseado de cumplimiento: 50%.
- xvi.* Responsable de la obtención de datos: admisión (Yolanda Soria, Etelvina Alonso).
- xvii.* Primera medición: junio-2006.
- xviii.* Segunda medición: noviembre-2006.

Indicador de la asistencia a Taller promoción de salud:

- x.* Valor de partida: 0.
- xi.* N° de pacientes de IME -padres asistentes a talleres x 100 / N° de IME.
- xii.* Fuente de datos: SICAP. y Talleres
- xiii.* Periodo de observación: 12 meses tras el inicio del programa.
- xiv.* Nivel deseado de cumplimiento: 10%.
- xv.* Responsable de la obtención de datos: ATS (Julia Pérez). médico (, Pilar Bueno).
- xvi.* Primera medición: junio-06.
- xvii.* 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: Febrero 2007

Fecha de finalización: Noviembre 2007

Caleandario:

- 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

Presentación al Equipo

Captación para talleres



Diseño de los talleres de promoción de salud

Desarrollo de Talleres

Evaluación

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Coste impresión Hoja de Recogida Datos (1000 ejemplares)	500
Talleres de promoción de salud: profesorado. 5 talleres, 3 horas por taller (15 horas)	450
TOTAL	950 euros

Fecha y firma: 


Fdo. Teresa Pemán Muñoz

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INCREMENTO DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA, EN POBLACIÓN ADULTA, EN EL CENTRO DE SALUD ALMOZARA. ZARAGOZA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: SARA IGLESIA ARA

Profesión Médico de Familia

Centro de trabajo Centro de Salud Almozara. Zaragoza

Correo electrónico: saraiglesia@terra.es

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

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

<i>Nombre y apellidos</i>	<i>Profesión</i>	<i>Centro de trabajo</i>
Clara María Pueyo Salavera	Médico	CS Almozara
Agustín Romeo Gutiérrez	Médico	CS Almozara
Teresa Pemán Muñoz	Médico	CS Almozara
Araceli Sánchez Vela	Enfermera	CS Almozara
Carmen Martín Reyes	Enfermera	CS Almozara
M^a Nieves Sobreviela Celma	Enfermera	CS Almozara
Rafaela Gómez Ródenas	Enfermera	CS Almozara
Maribel Blasco Borque	Enfermera	CS Almozara
Alicia Báguena García	Residente	CS Almozara
Rocío Escriche Ros	Residente	CS Almozara

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El tétanos es un enfermedad infecciosa aguda, producida por Clostridium Tétani; siendo el reservorio animal, humano y telúrico, por lo que el bacilo se encuentra ampliamente difundido en la naturaleza, habitualmente en forma de esporas.

Las heridas son la puerta de entrada del bacilo al organismo, especialmente las producidas por punción, desgarro o quemaduras. Con menos frecuencia puede adquirirse por intervenciones quirúrgicas, inyecciones contaminadas, o por la manipulación no estéril del cordón umbilical.

Su incidencia actual es baja ($0,06 \times 10^5$ habitantes en el año 2003) pero con una tasa de letalidad situada entre 40 y 50%.

Según la encuesta nacional de seroprevalencia, la inmunidad frente al tétanos es superior al 95% en las cohortes nacidas entre 1982 y 1994 (12 a 25 años), disminuyendo de forma progresiva en las cohortes anteriores a esas fechas, de forma que solo el 42,4% de los adultos de 30 a 39 años presenta protección completa. La población de edad superior a 40 años presenta seroprevalencia del 55% y desciende progresivamente al aumentar la edad, siendo así que el mayor número de casos de tétanos se da en población mayor de 60 años (92% del total de casos).

Hasta hace un año, en nuestro centro de salud, no se disponía de un registro fiable de la vacunación antitetánica en población adulta, por lo que se desconoce la verdadera tasa de inmunización en esta población; desde hace un año se registra en la historia informática de cada paciente, por lo que esta situación debe mejorar en el futuro; pero en base a los datos anteriores será muy probablemente inferior al 50%.

Para mantener altos niveles de inmunidad en toda la población, es necesario mantener altas coberturas en los programas de vacunación en la infancia, lo que se cumple en nuestro medio, y una vacunación oportunista en el joven adulto y en el anciano no correctamente vacunados.

La inmunidad conferida por una pauta completa de vacunación antitetánica, presenta una larga duración, incluso cuando el título de anticuerpos es muy reducido.

Hasta hoy, en nuestro país, la pauta recomendada es de tres dosis (0-1-12 meses) y posteriormente una dosis de recuerdo cada 10 años, pero en la actualidad diversas instituciones avalan administrar a la población que durante la infancia y adolescencia se le hayan inoculado seis dosis (calendario vacunal completo desde 1975) solo

será necesario inocular una dosis de recuerdo cuando lleguen a los 50-65 años, y a aquellos que han tenido una primovacunación completa de tres dosis en la edad adulta o en la infancia, solo una dosis de recuerdo entre los 50 y 65 años; los que no tienen primovacunación hay que completar en calendario.

De acuerdo con distintos estudios la estrategia de vacunación en adultos más eficiente es la dirigida a población mayor de 65 años, seguida por el grupo de 45 a 65 años de edad.

Teniendo en cuenta estos datos, se ha considerado prioritario intervenir sobre la población en la que concurren una baja tasa de inmunización, y un más elevado riesgo de adquirir la infección, por encontrarse en un periodo activo laboral y con actividades de ocio o deportivas, como es la población comprendida entre 45 y 65 años.

Por ello, el objetivo del presente Programa de Mejora de Calidad es incrementar la tasa de inmunización a la población, de nuestro Centro de Salud, comprendida en la franja de edad de 45-65 años en una primera fase, para continuar posteriormente con la población mayor de 65 años.

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

1. Según los datos actuales de TIS la población adulta atendida en el Centro es de 21240, siendo la población comprendida entre los 45 y los 65 años de 6708 (31,58%), y que en un año contactan con el Centro de Salud el 40% (2683,2), el objetivo del programa en este primer año es tener vacunadas al menos al 20% de los que acudan al Centro. Unos 540 pacientes de entre 45 y 65 años.
2. Registrar en la Historia Informática de cada paciente de este grupo la vacunación antitetánica.

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	50%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	-
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	30%
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

En las consultas de Enfermería y de Medicina se averiguará, en cada paciente de entre 45 y 65 años que acuda a consulta, el número de dosis de vacuna antitetánica recibidas y la fecha de la última dosis.

Posteriormente se ofertara a los pacientes la vacunación antitetánica en las siguientes condiciones:

- 1. Pacientes vacunados con tres dosis: Administrar una dosis de recuerdo , nunca antes de los 10 años de la última dosis**
- 2. Pacientes vacunados de forma incompleta: Completar las dosis pendientes, independientemente del tiempo transcurrido, hasta conseguir las tres dosis y recordarle que debe administrarse una dosis de refuerzo a los 10 años.**
- 3. Pacientes no vacunados : Iniciar vacunación administrando las tres dosis de vacuna antitetánica a los: 0 meses, 1-2 meses de la 1 dosis, y entre 6- 12 meses de la 2ª dosis.**
- 4. Pacientes embarazadas: No se recomienda vacunar durante el primer trimestre de gestación.**
- 5. Registro: Registrar en el programa OMI cada dosis administrada, cuando esta completada la vacunación y la fecha de la próxima dosis.**

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Se realizarán una evaluación a los 6 meses, y otra final al año.

Los datos se extraerán de los registros realizados en el Programa OMI. Realizándose por separado el estudio de: las dosis de recuerdo dadas (pacientes que estaban vacunados con tres dosis); los pacientes que se ha completado vacunación (vacunados incompletamente) a los que se dará una o dos dosis según el estado de su vacunación; y los que se ha iniciado la vacunación dándoseles al menos la primera dosis de vacuna.

Los indicadores que se van a utilizar serán:

- Indicador de Captación global entre los pacientes de 45 a 65 años:

**Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados /
Número total de población de esas edades (6708)**

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2007 a Diciembre del 2007, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 8% (20% de los teóricos asistentes a las consultas).

**Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo,
Dña. Carmen Martín y Dra. Alicia Báguena**

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2007.

- Indicador de Captación total entre los asistentes a consultas de 45 a 65 años:

**Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados /
Número total de población de esas edades que acude a consulta
(2683,2)**

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2007 a Diciembre del 2007, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 20%.

**Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo,
Dña. Araceli Sánchez, y Dra. Alicia Báguena.**

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2007.**- Indicador de Ausencia de vacunación entre los 45 y 65 años:**

Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados con una primera dosis / Número total de población de esas edades vacunada.

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2007 a Diciembre del 2007, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 8% (20% de los teóricos asistentes a las consultas).

Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo, Dña. Rafaela Gómez, y Dra. Rocío Escriche.

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2007.

- Indicador de Vacunación Incompleta entre los 45 y 65 años:

Número de pacientes de entre 45 y 65 años vacunados con alguna dosis, que no sea de recuerdo o primera / Número total de población de esas edades vacunada.

La fuente será los listados del Programa OMI.

Periodo de observación de Enero del 2007 a Diciembre del 2007, ambos inclusive.

Nivel de cumplimiento deseado 8% (20% de los teóricos asistentes a las consultas).

Responsable de la obtención de datos Dr. Agustín Romeo, Dña. M^a Nieves Sobreviela, y Dra. Rocío Escriche.

Primera medición de datos a 30 de Junio.

Medición final de datos de 31 de Diciembre del 2007.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**Fecha de inicio: Diciembre 2006 Fecha de finalización: Diciembre 2007****Caleario:**

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Diseño del Proyecto.	////// //////											
Presentación al Equipo	////// //////											
Captación en Consulta Médica	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////
Captación en Consulta de Enfermería	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////	////// ////// //////
Recogida de datos parciales						////// ////// //////						
Presentación al Equipo de los datos parciales							////// ////// ////// //////					
Recogida de datos totales												////// //////
Evaluación						//////						//////

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Cañón Proyector, para exposición y presentación de Proyecto y Conclusiones.	1000€
TOTAL	1000€

Fecha y firma:**Zaragoza a 24 de Enero del 2007****Fdo: Sara Iglesia Ara**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

**“ CUIDADO DEL PIE DIABÉTICO .
UN PROYECTO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO”**

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Sangrós González, Francisco Javier

Profesión

Médico de Familia

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

Centro de Salud Torrero La Paz

Correo electrónico:

fsangrusg@papps.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976.253100

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Abos Olivares , Esperanza	Médico	CS Torrero La Paz
Fernando Pina, José	“	“
Galbe Sánchez-Ventura , José	Pediatra	“
Millaruelo Trillo, José Manuel	Médico	“
Loscos Morató , Juana	“	“
Martin Moreno , Fernando	“	“
Villar Sebastián , Vicente	“	“
Vargas Arévalo, Rafael	“	“
Rodríguez Fabre , María Jose	“	“
Romeo Ladredo , Jesús	“	“
Martínez Millán, José Angel	“	“

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 paciente diabético padece complicaciones macrovasculares y microvasculares que afectan a las extremidades inferiores .

A pesar de la importancia de la prevención y de la detección precoz de las citadas complicaciones, diversos estudios ponen de manifiesto que un porcentaje elevado de los diabéticos no son adecuadamente explorados ni reciben una educación para la salud que ayude de forma efectiva a reducir las mencionadas complicaciones

Se pretende implicar a todos los sanitarios que atienden directamente a estos pacientes a mejorar la exploración del pie diabético y a realizar una educación para la salud individual y grupal de calidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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%	20%
<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%	30%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) Realizar educación para la salud (EPS) individual en las consultas del médico y de la enfermera de forma sistemática y con ayuda de material gráfico
- 2) Constituir un grupo que lleve a cabo, al menos , un curso por trimestre de EPS grupal en el centro de salud
- 3) Realizar al menos una vez al año una exploración completa del pie diabético : sensibilidad, pulsos, exploración de deformidades, trofismo . a todos los pacientes incluidos en la cartera de servicios .
- 4) Sistematizar el empleo del índice tobillo / brazo y habilitar dos consultas semanales en las que se realice por personal entrenado del centro de salud
- 5) Protocolizar , según guías clínicas , el manejo de complicaciones tratables en atención primaria : erosiones, úlceras.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1- Porcentaje de pacientes que reciben EPS individual , quedando ésta reflejada en la historia clínica (\geq 50% de los diabéticos)
- 2- Número de cursos de EPS grupal organizados (\geq 1 por trimestre)
- 3- Porcentaje de revisiones anuales que incluyan : palpación de pulsos distales y exploración de la sensibilidad mediante monofilamento (\geq 50 % de los diabéticos)
- 4- Número de índices tobillo / brazo realizados durante un año (\geq 10 % de los diabéticos)
- 5- Porcentaje de pacientes con ulceraciones y erosiones de nuevo diagnóstico a los largo del año

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:

Febrero 2007 : realización de material educativo y constitución del grupo de educación grupal en que se incluirán médicos, enfermeras y podólogo.

Marzo del 2007 : inicio de la EPS de forma programada

Abril 2007 : primer curso de EPS grupal. A partir de esta fecha se tratará de organizar uno por cada trimestre

Febrero 2007 : adiestramiento de todos los miembros del EAP a fin de realizar una exploración metódica del pie diabético

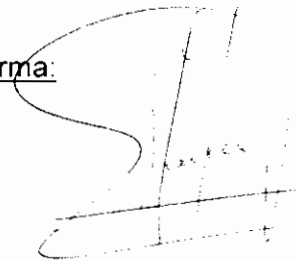
Marzo 2007 : habilitación de una consulta para realizar el índice tobillo / brazo, que en función de la demanda podría ampliarse a otra consulta nueva en el segundo semestre del 2007.

Diciembre 2007 : evaluación de las actividades realizadas

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Monofilamentos : al menos uno por consulta	
Doppler para realizar indice tobillo / brazo : se precisan dos	
TV , DVD y aparato de sonido para la EPS grupal	
TOTAL	1.100 €

Fecha y firma:



El 11/01/2007

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Se ha constatado una falta de uniformidad, fiabilidad y dispersión de la información que debe llegar y ser conocida por los usuarios de atención primaria, así como su facilidad de entrega y comunicación a los mismos por parte del personal del servicio de admisión de los Equipos de Atención Primaria y coordinadores /responsables.

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

- Uniformidad y homogeneidad de la oferta de información de cara al usuario de los E.A.P. apoyado por una base de datos informática común para el Sector.
- Acceso "on line" a la información actualizada.
- Preparación de documentación común.
- Formación de los trabajadores en el conocimiento de las necesidades individuales y solicitudes de información de los usuarios.
- Creación de agenda no asistencial del coordinador / Responsable del E.A.P. para atender las solicitudes de los usuarios.

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%	20%
<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%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Reuniones y/o sesiones con los Responsables de Admisión para hacer un diagnóstico situacional de las necesidades y circuitos de información.
2. Preparación y elaboración de documentación común a todos los E.A.P.'s, personalizando la oferta asistencial de servicios de cada Zona Básica de Salud.
3. Elaboración de una base de datos única de Sector individualizada por EAP.
4. Talleres de formación para los miembros del servicio de admisión.

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 para su monitorización

1. Nº de reclamaciones debidas a la falta de información antes y después del proyecto
Nº reclamaciones totales
(Muestreo mensual)
2. Disponibilidad en los centros de salud y entrega a los usuarios de trípticos y documentos con la oferta asistencial.
3. Nº de sesiones/talleres realizadas en cada centro al personal de admisión.
4. Implantación de agenda no asistencial del Coordinador/Responsables: SI / NO
5. Control de los buzones de sugerencias. Registro mensual.

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 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

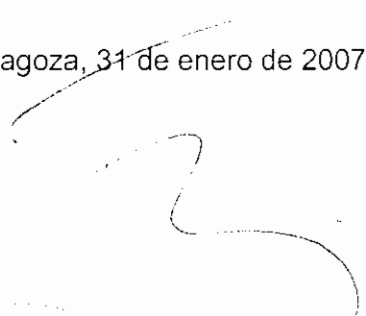
Calendario:

Pendiente de elaborar en función de la disponibilidad de cada Equipo de Atención Primaria.

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>ORDENADOR PORTATIL</u>	<u>1.200 €</u>
<u>SOFTWARE: Windows X.P. profesional, Microsoft Office X.P. (access)</u>	<u>450 €</u>
<u>IMPRESORA LASER EN COLOR</u>	<u>1.200 €</u>
<u>CAÑON DE PROYECCION</u>	<u>1.500 €</u>
<u>MATERIAL FUNGIBLE Y DE IMPRENTA</u>	<u>Sin cargo.</u>
TOTAL	4.350 €

Fecha y firma:

Zaragoza, 31 de enero de 2007



Javier Moro Lara.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Calidad de la prescripción repetida

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^o Jesús Muro Badía

Profesión Médica Centro de trabajo Centro de Salud San Pablo

Correo electrónico:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Eguíluz López	Médica	C. S. San Pablo
Natividad Castro	Médica	C. S. San Pablo
Dolores Ariño	Médica	C-S. San Pablo
Maria Luisa Samitier	Medica	C-S San Pablo
Mercedes Abancens	Enfermer	C. S. San Pablo
Elena Arrillaga	Enfermer	C. S. San Pablo
Pedro Martinez	Enfermer	C. S. San Pablo
Carmen Postigo	Enfermer	C. S. San Pablo
Sonia Benedi	Administ	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 prescripción repetida es una situación de riesgo para un EAP por su enorme volumen, implica a un 10-30% de la población con una media de 3,5 fármacos por persona, lo que en nuestra zona de salud de aproximadamente 20.000 personas suponen unas 600 consultas por mes y un total de 90.000-100.000 recetas al año (Oyarzabal).

Desde hace tres años, nuestro equipo tras una análisis cualitativo, siguiendo un modelo DAFO, de las cartillas de largo tratamiento (CLT) y otro cuantitativo de las mismas, vamos introduciendo propuestas tanto en el soporte como en el contenido de las mismas, habiendo realizado una evaluación posterior con importantes mejoras en los objetivos propuestos.

En esta nueva etapa queremos, además de continuar evaluando lo hecho hasta ahora, incidir en un problema detectado de gran envergadura, la polifarmacia, el número de fármacos por cartilla era de 6 (1-16), el 41% de las CLT incluyen 6 o más fármacos y según W.Wayne K. Aderson, decano de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Nueva York, dice que estadísticamente si se toman 6 fármacos diferentes se tiene un 80% de posibilidades de por lo menos tener una interacción entre dos de ellos, lo que es especialmente grave en ancianos; queremos, además, iniciar un nuevo camino, la evaluación de la adecuación de la prescripción a la patología y ver las posibles diferencias por sexo en el perfil de prescripción crónica.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la calidad de la prescripción crónica**
- Disminuir los efectos adversos.**
- Conocer las posibles diferencias según sexo paciente**

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			



Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado

x

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

En el C. de S. San Pablo, existe un sistema de Prescripción a pacientes crónicos, en los años precedentes hemos trabajado sobre todo para mejorar el soporte, el adecuado registro y la detección de interacciones graves (dicumarínicos-aine, IECA-sales de potasio, digoxina-verapamilo, digoxina-amiodarona, IECA-espironolactona, IECA-aines, Betabloqueantes-aines, y Betabloqueantes-diltiacen), habiendo detectado como principal problema la polifarmacia y la posible falta de adecuación de la prescripción a las guías de práctica clínica contrastadas.

Nuestra fuente de información serán las propias cartillas de largo tratamiento, que el usuario deposita en el buzón.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Sesion clínica al equipo explicando el proyecto.

Revisión bibliografía sobre polifarmacia, con especial atención en ancianos.

Revisión de los tratamientos recomendados en las Guías de Práctica Clínica en algunas de las patologías más prevalentes en atención primarias: HTA, Artrosis y Revisión de indicaciones de IBP como grupo más prescrito.

Análisis por muestreo de las Cartillas de largo tratamiento.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Reevaluación de los objetivos de los años anteriores: datos del fármaco, posología, cumplimiento de la fecha de revisión (un año a partir de la de emisión, impresa en la hoja), interacciones, asignación de cada prescripción a un episodio, creación del episodio de CLT (Codigo A13) que permite identificar a los usuarios del servicio, adecuación del número de envases entregados en el último año, a la posología prescrita.

Perfil de prescripción por sexo.

**Adecuación de la prescripción en las siguiente patología: HTA, y Artrosis y adecuación de la prescripción de IBP.
Número de fármacos en pacientes mayores de 65 años y presencia en las cartillas de fármacos contraindicados en esa edad**

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 de 2007

Fecha de finalización: Noviembre de 2007


Calendario:

Presentación del proyecto al equipo.....	Febrero 2007
Revisión bibliográfica.....	Marzo 2007
Presentación al equipo de los objetivos.....	Abril 2007
Revisión de las cartillas.....	Octubre 2007.
Presentación de los resultados.....	Noviembre 2007

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Camara digital Olympus 4-5 megapixels</u>	<u>300 Euros</u>
<u>Pulsioximetro</u>	<u>500 Euros</u>
<u>Subvencion inscripción a congresos o reuniones científicas</u>	<u>900 Euros</u>
TOTAL	1700 Euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:
Zaragoza 30 de Enero de 2007



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Normalización de tres procedimientos del Servicio de Medicina Preventiva:

1. Vacunación a población de riesgo
2. Control de la seguridad microbiológica ambiental de aire
3. Control de la seguridad ambiental del agua: Legionella

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARLOS LAPRESTA MOROS

Profesión

MEDICO

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Correo electrónico:

clapresta@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 57

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Luis Arribas Llorente	Médico	H Universitario Miguel Servet
M ^a Jesús Hernández Navarrete	Médico	H Universitario Miguel Servet
Salvador Pastor Eixarch	Médico	H Universitario Miguel Servet
Dolores Ortiz Abril	Enfermera	H Universitario Miguel Servet
M ^a Jesús Romance Roche	Enfermera	H Universitario Miguel Servet
Rosa Girait Balagueró	Enfermera	H Universitario Miguel Servet
Margarita Blasco Niño	Aux. Administrativo	H Universitario Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La línea 6 del plan estratégico del HUMS define "Diseño, gestión sistemática y mejora de los procesos" como objetivo del centro.

La normalización es una actividad colectiva encaminada a establecer soluciones a situaciones repetitivas. En particular, esta actividad consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas, para evitar la diversidad de modelos de actuación en dependencia de quién ejecute la actividad o decida sobre los resultados obtenidos.

Dentro de la cartera de servicios del Servicio de Medicina Preventiva se priorizaron por consenso de los miembros del grupo de calidad, 3 áreas de elevada repercusión sobre la seguridad de pacientes:

1. Bioseguridad ambiental en áreas de riesgo: quirófanos. El HUMS cuenta en su cartera de servicios con procedimientos quirúrgicos de elevada complejidad y riesgo, que son de referencia a nivel autonómico y nacional. El control de la infección nosocomial producida por el ambiente es un factor fundamental cuando hablamos de áreas quirúrgicas, ya que están acondicionadas para mantener un ambiente limpio. La verificación y validación de la calidad ambiental en áreas quirúrgicas es un instrumento objetivo y valioso que sirve de guía al equipo humano que está implicado en el control de la infección nosocomial. Una cuestión importante es la ausencia de evidencia científica suficiente para aconsejar una pauta u otra, de forma que cada servicio debe consensuar una pauta de actuación. Otra dificultad estriba en la interpretación de los resultados, ya que no existen estándares de referencia suficientemente validados y las circunstancias de la toma de muestras pueden influir en los resultados. El proceso de verificación, sistemático y documentado, consiste en obtener unos valores referenciados en normas vigentes, con el fin de determinar si las condiciones de las instalaciones cumplen con los criterios normativos y en comunicar los resultados de este proceso al cliente. Recientemente se han desarrollado NORMAS ISO para establecer el tipo de cirugía que se puede practicar en un Quirófano, en función de la calidad del aire: la Norma ISO 14644/1 y la Norma Federal Estándar 209E.

- Quirófano Clase M 4,5 o 1000 ISO6: Transplantes, Cirugía Cardíaca, Cirugía Ortopédica, Prótesis

- Quirófano Clase M 5,5 o 1000 ISO7: Convencionales y de Urgencias. Resto de operaciones quirúrgicas

- Quirófano Clase M 6,5 o 100000 ISO8: Ambulatorios y salas de partos

Por todo ello la normalización de procedimientos, actividades y toma de decisiones se consideró prioritario

2. Bioseguridad ambiental de agua: Legionella. Los hospitales son uno de los edificios cuyas instalaciones más frecuentemente se encuentran contaminadas con bacterias del género *Legionella* y han sido identificadas como fuentes de infección los sistemas de agua sanitaria, caliente y fría, torres de refrigeración y condensadores evaporativos tanto en hospitales como en hoteles u otro tipo de edificios. También se encuentran descritas en el ámbito hospitalario, infecciones relacionadas con equipos utilizados en terapia respiratoria.

Los criterios de control y protocolos de actuación concretos para los distintos tipos de instalaciones de riesgo, están documentados y legislados a escala nacional (RD 909/2001; RD 865/2003) y autonómica (D 136/2005). La responsabilidad legal del Servicio de Medicina Preventiva en los procedimientos de prevención, control y vigilancia de la legionelosis determinó como prioritario la

normalización de los procedimientos y actividades en esta área.

- 3. Vacunación a población de riesgo en situaciones especiales:** la vacunación en personas con situaciones patológicas y ante estados fisiológicos especiales, son situaciones que frecuentemente se presentan en la práctica vacunal, y que requieren la debida y precisa atención del profesional que las administra, tanto por su importancia como por la posible repercusión que sobre el sujeto vacunado tiene la correcta aplicación de las mismas. Nuestro Servicio dispone de una Unidad de Vacunación, que presta asistencia a enfermos remitidos desde diferentes clientes internos. El número de situaciones y clientes se incrementa anualmente. Aunque se dispone de un resultado óptimo en la satisfacción de los usuarios de la unidad (100% están bastante o muy satisfechos), así como de protocolos aislados, la normalización del proceso esta por desarrollar. La unificación de criterios en todas las etapas del proceso son considerados prioritarios por el grupo de Mejora Continua.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Aumentar la efectividad y eficiencia de algunas de las actividades clave desarrolladas por el Servicio de Medicina Preventiva.

En detalle se pretende:

- Disponer de documentación exhaustiva, rigurosa y flexible sobre tres de las actividades que realiza el Servicio de Medicina Preventiva.
- Realización de las actividades seleccionadas de acuerdo a la documentación previamente aceptada.

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%	10%
<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

Se va a proceder a la normalización de los procedimientos considerados prioritarios por su importancia, impacto e interés por su mejora continua. Se incluyen las actividades de vacunación a población de riesgo, la bioseguridad microbiológica ambiental del aire y el control de la bioseguridad ambiental del agua.

Mediante la elaboración de manuales se pretende elaborar un marco teórico al que se deberán ajustar las actividades descritas. Este marco deberá centrarse en el usuario, incorporar la mejor evidencia científica disponible, procurar la participación de todos los profesionales asegurando su implicación y satisfacción y ser flexible, para adaptarse a nuevos requerimientos e implantar mejoras.

Una vez diseñados, revisados y aceptados por el grupo de mejora de la calidad del servicio se procederá a la implantación de los manuales, para la cual los protagonistas fundamentales serán los profesionales implicados en el diseño de los mismos por su motivación y por ser referente del conocimiento sobre la materia. Será en esta fase donde el marco teórico definido previamente deberá plasmarse en el entorno concreto del Servicio.

La siguiente fase será la evaluación y control de los procedimientos normalizados. En el último paso del diseño de los manuales de procedimientos quedará definido un sistema de indicadores que faciliten la evaluación y control de los procedimientos. A partir de éstos se diseñará un sistema de evaluación de la calidad de los procedimientos mediante la comparación con estándares preestablecidos. Además se definirá un plan de monitorización de la calidad mediante la medición sistemática y planificada de indicadores.

La última fase será la definición y posterior priorización de actividades de mejora en los procedimientos normalizados tomando como referencia los resultados obtenidos en la fase de evaluación. Esta fase concluirá en la consolidación de un modelo de mejora continua de las actividades del servicio mediante la aplicación del ciclo de Shewart PDCA.

RESPONSABLES:

1. Vacunación a población de riesgo: Dra. Hernández Navarrete
2. Control de la seguridad microbiológica ambiental de aire: Dr. Lapresta Moros
3. Control de la seguridad ambiental del agua: Legionella: Dr. Pastor Eixarch

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación: Se realizará con los siguientes indicadores:

1. Existencia del documento: "Manual de Procedimientos para la vacunación a población de riesgo".
Estándar: Sí
2. Existencia del documento: "Manual de Procedimientos para el control de la seguridad microbiológica ambiental de aire".
Estándar: Sí.
3. Existencia del documento: "Manual de Procedimientos para el control de la seguridad ambiental del agua: legionella".
Estándar: Sí.
4. Otros indicadores serán los de evaluación del cumplimiento de los manuales, que quedarán definidos en sus documentos correspondientes.

Seguimiento: Monitorización de indicadores seleccionados en los documentos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 15/1/2007	Fecha de finalización: 31/12/2008											
Calendario:												
Actividades 2007:	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diseño formato												
Revisión y aprobación formato												
Descripción 3 procesos												
Actualización documentación anexa												
Revisión documentos												
Aprobación documentos												
Actividades 2008:	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Implantación documentos												
Cálculo indicadores												
Selección oportunidades de mejora												
Priorización oportunidades de mejora												
Actividades de mejora	2009											

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
ORDENADOR DE SOBREMESA	700
MONITOR	200
TOTAL	900

Fecha y firma:



22/1/2007

DR. LAPRESTA MOROS, CARLOS
MEDICO ADJUNTO MEDICINA PREVENTIVA

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

GESTIÓN DEL PROCESO "RECTORRAGIA" CON MÍNIMA HOSPITALIZACIÓN.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

EDUARDO BAJADOR ANDRÉU

Profesión

MÉDICO JEFE DE SECCIÓN

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

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIOMIGUEL SERVET.

Correo electrónico:

ebajadora@meditex.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 55 00 extensión 1836

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SANTIAGO GARCÍA LOPEZ	MÉDICO HOSPITALIZAC.	H.U. MIGUEL SERVET
JOSE VAL PEREZ	MÉDICO ENDOSCOPIAS	" "
TERESA SANZ PARICIO	ENFERMERA SUPERVIS.	" "
CARMEN BUENO CARO	ENFERMERA ENDOSC.	" "
PILAR VILLACAMPA	ENFERMERA ENDOSC.	" "
ROSARIO LATORRE	ENFERMERA ENDOSC.	" "
PAQUITA VALLES	ENFERMERA HOSPITALIZ.	" "

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

A lo largo del año ingresan en el S. de Digestivo del Hospital Universitario Miguel Servet en torno a 100 pacientes procedentes del S. de Urgencias, por presentar RECTORRAGIA. Se trata de hemorragias digestivas bajas de pequeña cuantía, que no comprometen la estabilidad hemodinámica del paciente ni provocan una disminución importante de los valores del hemograma, y cuya etiología puede ser muy variable: hemorroides internas, pólipos, colitis isquémica, divertículos, ectasias vasculares, colitis ulcerosa, Enf. de Crohn, etc.

En este proceso se excluyen las Hemorragias Digestivas Bajas cuantiosas que requieren ingreso en la Unidad de Sangrantes y otro manejo.

En la actualidad, los pacientes que presentan RECTORRAGIA ingresan en hospitalización general y se les debe realizar una colonoscopia para obtener el diagnóstico. Al integrarse en la dinámica del resto de pacientes hospitalizados, la colonoscopia puede demorarse varios días, prolongando una estancia en muchas ocasiones innecesaria, en especial cuando se trata de patología banales (hemorroides, pólipos, divertículos, etc.).

Por esta causa se genera un alto número de **estancias innecesarias** que contribuyen a sobrecargar al Servicio y provocan la existencia de pacientes fuera de área.

El objetivo de este Programa de Mejora de Calidad es instituir un itinerario diagnóstico preferente automatizado para triaje de los pacientes, que nos permita obtener el diagnóstico en un plazo no superior a 48 horas. Una vez diagnosticado, podrá ser dado de alta (remitido a su Médico de Familia o Especialista de Digestivo) o pasar a hospitalización general para resolver su enfermedad (estadificación y tratamiento en el caso de tumores, 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

Mediante la Gestión del Proceso Rectorragia esperamos reducir la estancia media de los pacientes desde los 8,6 días de media actuales a 3 días.

Al tratarse de una población de unos 100 pacientes/año, supondría pasar de unas 860 estancias/año a 300 estancias/año, con un ahorro estimado de 560 estancias, lo que supone incrementar la capacidad de ingresos potenciales anuales en unos 65 pacientes, con el consiguiente descenso en pacientes hospitalizados fuera de área.

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%	20
<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%	50
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. El Servicio destinará una habitación de 2 camas para ingresar a los pacientes que reúnan los Criterios de Inclusión en el Proceso "RECTORRAGIA" (Ver Anexo), que quedará bajo la responsabilidad de los Dres. Bajador o García
2. Los Servicios de Urgencias y de Admisión serán informados de la existencia de esta habitación específica para el manejo de estos pacientes.
3. La gestión del ingreso se llevará a cabo por el S. de Admisión y la Enfermera Supervisora de Digestivo (Teresa Sanz).
4. Una vez ingresado el paciente, si no existe contraindicación (ver Anexo), se procederá a comunicar los datos del paciente a la Sección de Endoscopias (Dr. Val y Enfermeras Carmen Bueno, Pilar Villacampa y Rosario Latorre) y se programará la colonoscopia para la mañana siguiente al ingreso.
5. La programación de la Sección de Endoscopias reservará una cita de colonoscopia todos los días laborables de la semana, que caso de no ser utilizada, podrá dedicarse a otro paciente del Servicio.
6. De forma inmediata se iniciará la preparación intestinal para la realización de la Colonoscopia.
7. A la mañana siguiente del ingreso (salvo ingresos en sábado o domingo, en cuyo caso sería el lunes) se realizará la Colonoscopia.
8. Si el diagnóstico lo permite, el paciente será dado de Alta esa misma mañana, emitiendo un informe para su Médico de Familia o Especialista de Digestivo, según los hallazgos.
9. En los casos en que el diagnóstico requiera proseguir la hospitalización (completar la estadificación, tratamiento, etc.), el paciente pasará a una habitación convencional, donde proseguirá la hospitalización
10. Se realizará un registro en base de datos de todos los pacientes incluidos en la Gestión del Proceso Rectorragia.
11. Se llevará a cabo una Evaluación a los 3 meses de la puesta en marcha del Programa. Si los resultados son satisfactorios se proseguirá el programa y se evaluará a los 12 meses.

SE ADJUNTA DOCUMENTACIÓN SOBRE VÍA CLÍNICA, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN, ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO, ENCUESTA DE SATISFACCIÓN, ETC.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

El Programa de Calidad se evaluará del siguiente modo:

1. Evaluación a los 3 meses: para conocer si la utilización de recursos que supone el programa (reserva de una habitación, reserva de 5 citas de colonoscopias a la semana, etc) se considera eficiente y es adecuado proseguir con el Programa.
2. Evaluación a los 12 meses: análisis del desarrollo del Programa y evaluación del resultado.

Los **Indicadores** propuestos son:

1. Número de pacientes incluidos en el Programa a los 3 meses y a los 12 meses.

2. Precocidad de la colonoscopia:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Colonoscopias } >48 \text{ horas} * 100}{\text{N}^\circ \text{ Pacientes entran en la vía clínica}}$$
3. Consentimiento informado:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes CI bien cumplentado} * 100}{\text{N}^\circ \text{ Pacientes entran en la vía clínica}}$$
4. Satisfacción:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes satisfechos o muy satisfechos} * 100}{\text{N}^\circ \text{ Pacientes entran en la vía clínica}}$$
5. Índice de colonoscopias diagnósticas:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ colonoscopias diagnósticas} * 100}{\text{N}^\circ \text{ colonoscopias totales}}$$
6. Eficiencia en utilización de Colonoscopias:
$$\frac{\text{Número de colonoscopias realizadas}}{\text{número de citas de colonoscopia reservadas}}$$
7. Alta directa tras Colonoscopia:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes ALTA tras colonoscopia} * 100}{\text{N}^\circ \text{ pacientes en la vía clínica}}$$

Además de Estancia totales, Estancia Media, etc.

El equipo evaluador estará constituido por un miembro de la Sección de Endoscopias y uno de los médicos responsables de la hospitalización, además del responsable del Proyecto.

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: 5 de febrero de 2007	Fecha de finalización: 28 de febrero de 2008
--	---

Calendario:

Desde 5 de febrero hasta 28 de febrero-07: Periodo de Prueba del Programa.

Desde 1 de marzo-07 a 15 de marzo: Ajustes del Programa.

A partir de 15-mar-07 hasta 28 de febrero-08 desarrollo del Programa.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

SUBPROCESO DE PROGRAMACIÓN DE INGRESO EL DIA DE LA INTERVENCIÓN (IDQ)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Primitivo Martínez Vallina

Profesión

Médico adjunto. Servicio de Cirugía Torácica

Responsable del Grupo de Mejora de Calidad de Cirugía Torácica

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

p.martinezv@able.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

606391746. 976765500. ext:1463

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
J. José Rivas de Andrés	Jefe de Servicio	S.Cir. Torac. Miguel Servet
Pilar Gómez del Pulgar	Supervisora*	S.Cir. Torac. Miguel Servet
Javier García Tirado	Med. Adjunto*	S.Cir. Torac. Miguel Servet
Raúl Embún Flor	Med. Adjunto	S.Cir. Torac. Miguel Servet
Iñigo Royo Crespo	Med. Residente*	S.Cir. Torac. Miguel Servet
Elena Ramírez Gil	Med. Residente	S.Cir. Torac. Miguel Servet
Patricia Menal Muñoz	Med. Residente	S.Cir. Torac. Miguel Servet
M^a Angeles Hernaez Mayoral	Enfermera	S.Cir. Torac. Miguel Servet
J. Carlos Abad Cebolla	Administrativo. Jefe de Grupo	S. Admisión Miguel Servet
(*) Miembros del Grupo de Mejora de Calidad de Cirugía Torácica		

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...

- Disminuir las estancias inadecuadas
- Aumentar la satisfacción percibida por el usuario
- Involucrar y entrenar a los residentes de la especialidad en política de "Unidades de Gestión"
- Involucrar, del mismo modo, al personal de enfermería.
- Colaborar con el S. de Admisión en la rotación y previsión de camas, observando, evaluando y resolviendo los problemas que este proyecto provoque para que sirva de enfoque y lo pueda utilizar en el futuro para otras Unidades hospitalarias.

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

Ingreso de al menos el 25% de los pacientes de Zaragoza el mismo día de la intervención durante la puesta en marcha del proyecto en el año 2007

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%	10
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	20
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	70

TOTAL 100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Controlar que, todas las pruebas diagnósticas, anestésicas y administrativas, estén correctos antes de proceder al ingreso.**Responsable; D^o Primitivo Martínez Vallina.****D^o Javier García Tirado****-Extraer las analíticas y proceder a la profilaxis que precisara el día previo a la intervención de forma ambulatoria.****Responsable D^a Pilar Gómez del Pulgar****D^a M Angeles Hernaez Mayoral****-Informar y aclarar todas las dudas del paciente y familiares sobre el consentimiento informado y procedimiento aunque ya se le explicara en la consulta****Responsable; D^o Iñigo Royo Crespo****D^a Elena Ramírez Gil****-Agilizar las altas de los pacientes para disponer físicamente de las camas necesarias.****Responsable; D^a Pilar Gómez del Pulgar.****VER DOCUMENTO ADJUNTO****9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y **señalar al menos dos indicadores** que se van a utilizar para su monitorización**-Cada tres meses:****Nº pacientes realizados/nº pacientes susceptibles x100 (previsto >25%)****Análisis descriptivo de los problemas surgidos****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: 01/04/2007

Fecha de finalización: continuado

Calendario:

Febrero 2007 planificación del proyecto y reparto de las actividades entre los responsables**Marzo 2007** adecuación de habitáculos**Abril 2007** Inicio práctico del proyecto**Finales Junio:** 1ª evaluación de resultados, problemas y planificación de soluciones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) A TRAVÉS DE LA ACTUALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARMEN NOYA CASTRO

Profesión

D.U.E.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UCI TRAUMATOLOGÍA

Correo electrónico:

mdcnoya@auna.com cnoya@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo

976765500 ext. 1255

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^o Jesús Chopo	DUE	H.Miguel Servet Neurología
Mar Doña	DUE	H Miguel Servet ULME
Esther Juberías	DUE	H Miguel Servet UCI Poliva.
Amparo Lezcano	DUE	H Miguel Servet M. interna
Victoria Martín	DUE	H.Miguel Servet Neurología
Paquita Riquelme	DUE	H Miguel Servet Neumología
Liria Jiménez Bea	DUE	Supervisora calidad H.M.S.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La presencia de UPP es un efecto adverso que puede afectar a la seguridad del paciente inmovilizado, cuestión de suma importancia para el sistema de salud tanto en su parcela sanitaria, económica, jurídica e incluso social. (Según el estudio ENEAS las upp originan el 3,45% de los efectos adversos que se producen en los hospitales grandes Españoles.)

Las UPP afectan cada día a unos 63.000 españoles (J. Soldevilla), experto en UPP y director del GNEAUPP.

Un estudio sobre el coste de UPP en España (Posnett y Torra i Bou) hace referencia al coste estimado por episodio de tratamiento en pacientes hospitalizados con UPP, que puede oscilar entre 5.660€ en estadio II, hasta 16.660€ en estadio IV, mientras que el coste de prevención /paciente durante 30 días tan solo asciende a 1.200€.

Según la bibliografía más relevante la mayoría de las UPP (95%) son evitables si ponemos los medios suficientes para evitar su aparición (Hibbs, citado por Judy Waterlow).

Un indicador de la calidad de los cuidados de enfermería, es la prevalencia y la tasa de incidencia de los pacientes con UPP.

Muchas son las repercusiones que se producen ante la aparición de UPP

Repercusiones para los pacientes

- En la calidad de vida para el usuario (molestias, sufrimiento, inseguridad, etc)
- Aumento del riesgo de morbi-mortalidad
- Incremento de la estancia media hospitalaria

Repercusiones en los costes

- Aumento de los costes generales al aumentar al incrementarse la estancia media hospitalaria
- Aumento del gasto farmacéutico

Repercusión para el personal

- Aumento de las cargas de trabajo para el personal de enfermería
- Repercusiones legales para el personal del sistema sanitario

Con fecha enero de 2006 se ha constituido en el Hospital Universitario Miguel Servet, el "grupo de expertos en UPP", con la finalidad de fomentar, coordinar y normalizar los cuidados de pacientes con UPP o con riesgo de desarrollarlas. Dicho grupo consta con la representación de enfermeras de las Unidades que albergan pacientes con mayor riesgo de padecer UPP.

Durante el 1^{er} trimestre de 2006, se realiza una revisión de la normalización de la práctica enfermera en prevención de UPP, basada en la mejor evidencia científica y en el consenso con los profesionales de enfermería, **con la elaboración de planes de prevención y sesiones formativas** en dichas Unidades.

Se ha monitorizado la incidencia del primer trimestre de 2006, etapa donde todavía no se habían puesto en marcha los planes en prevención con el segundo trimestre donde ya se está trabajando con esta metodología.

Incidencia en UCI HRTQ: Primer trimestre **23,3%** → Segundo trimestre **8,6%**

Incidencia en UCI Polivalentes: Primer trimestre **12,3%** → Segundo trimestre **8,5%**

Es por todo esto, por lo que vemos que su extensión al resto de las Unidades de Hospitalización, con la realización de sesiones formativas y apoyo metodológico para la implicación de todos los profesionales, en la elaboración de su Plan de Cuidados en la Prevención, **ha de ser un punto de mejora** en el que se ha de incidir.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir la incidencia de UPP
- Disminuir la variabilidad en la practica mediante la normalización de los cuidados de enfermería a pacientes con UPP o con riesgo de desarrollarlas
- Disminución de los costes , al disminuir la estancia hospitalaria , y mediante la aplicación de los tratamientos de la manera mas eficiente
- Mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados

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>	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%
<i>TOTAL</i>	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Actualizar y ampliar la formación de los profesionales involucrados en los cuidados a través del desarrollo de sesiones regladas basadas en la última evidencia científica sobre prevención y tratamiento de UPP en las unidades de hospitalización.
2. Poner en marcha planes de prevención en UPP para aumentar la seguridad de los pacientes hospitalizados.
3. Actualizar , optimizar y unificar las líneas de cuidados en el tratamiento, a través de la realización de un árbol de decisión .

Responsables del proyecto:

“ Grupo de expertos en UPP del Hospital Miguel Servet ”:

M^º. Jesús Chopo, Mar Doña, Esther Juberías, Amparo Lezcano, Victoria Martín, Carmen Noya y Paquita Riquelme.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material /Servicios</u>	<u>Euros</u>
ORDENADOR PORTÁTIL + CAÑÓN DE PROYECCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LAS SESIONES DE FORMACIÓN.	2000 Euros
POSTER EN PREVENCIÓN DE UPP ACTUACIÓN ENFERMERÍA. DINA 4 : 2 POR UNIDAD de enfermería DINA 3 : 1 POR UNIDAD de enfermería	500 Euros
POSTER ARBOL DE DECISIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS UPP DINA 4 : 2 POR UNIDAD de enfermería DINA 3 : 1 POR UNIDAD de enfermería	500 Euros
TOTAL	3000 Euros

Fecha y firma: 30 de enero 2007



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TITULO

EPISIOTOMÍA SELECTIVA –EPISIOTOMÍA LIBERAL CONTROL A LOS TRES AÑOS Finalización Estudio Prospectivo de Cohortes

2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO: (2)

Nombre y apellidos **Matrona: Encarna Sanz De Miguel**

Obstetra: Esther Cruz Guerreiro

Profesión: **Matrona y Obstetra respectivamente**

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

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Servicio de Obstetricia

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500: ext. 3112 (dilatación) y 3723 (secretaría de obstetricia)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
María Lapresta Moros	Obstetra	HUMS
Belen Sabater Adan	Matrona	HUMS
Ana Belen Subiron Valera	Matrona	HUMS
Raquel Luque Carro	Matrona	HUMS
A. Juste Pina	Matrona	Atención Primaria
Esther Viñerta Serrano	Matrona	Hospital de Calatayud
Carlos Lapresta Moros (Medicina Preventiva)	Médico	HUMS
Carmen Sanz Hernandez	Matrona	HUMS
Pilar Isar Malo	Matrona	HUMS
Sergio Castán Mateo (coordinador paritorios)	Obstetra	HUMS
P. Garrido Fernandez (coordinadora calidad)	Obstetra	HUMS
Javier Tobajas Homs (Jefe de Servicio)	Obstetra	HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental a pesar de que la EVIDENCIA CIENTÍFICA disponible y las recomendaciones de la OMS nos recomienda el uso selectivo de la misma. Para evaluar la situación en nuestro Hospital las matronas junto con dos obstetras y un médico de Medicina Preventiva realizaron un estudio controlado, prospectivo de cohortes desde abril 2004 hasta diciembre 2005 en el H. Miguel Servet de Zaragoza. Las mujeres se incluían en el grupo episiotomía liberal, o en el grupo episiotomía selectiva de forma aleatoria. Se recogieron datos durante la dilatación, parto, posparto inmediato, y posparto hospitalario mediante observación y entrevista, y a los tres meses posparto mediante entrevista telefónica.

Se incluyeron en el estudio a 402 mujeres nulíparas, con feto único, a término, parto eutócico realizado por matronas, y de nacionalidad española. Los resultados obtenidos fueron:

La duración del expulsivo fue similar en ambas cohortes ($p < 0,482$). Hubo incidencia superior de desgarros posteriores de primer y segundo grado ($p < 0,001$), en la cohorte restrictiva (una episiotomía normal es equivalente a un desgarro de 2º grado). Ningún caso de traumatismo perineal severo. No encontramos diferencias en la morbilidad perinatal (test de Apgar, Ph, ingreso en neonatología...), ni en el puerperio inmediato. No hubo significación estadística entre ambas cohortes ni si tenemos en cuenta los grupos episiotomía sí-episiotomía no, en cuanto al dolor en todos sus grados (dolor con la micción, dolor con la deposición, dolor con la deambulación, dolor sentada...), ni en cuanto a la pérdida involuntaria de orina, ni en la incontinencia urinaria de urgencia, aunque en el puerperio hospitalario las mujeres con episiotomía, presentaron más dolor leve en general, , mas dolor leve al sentarse y con la deambulación, y demandaron más analgésicos aunque sin significación. A los tres meses del parto destaca una mayor incidencia de dispareunia en mujeres con episiotomía ($p < 0,004$), sin mejora del riesgo de incontinencia.

La práctica de una política de episiotomía selectiva en primíparas a término en el parto normal es segura: no alarga el expulsivo, no influye en los resultados con significación, permite más perinés intactos, no influye en los distintos tipos de incontinencia urinaria, y disminuye aunque escasamente los costes, el dolor, y el disconfort postparto.

Estos resultados están permitiendo una modificación paulatina de nuestros hábitos rutinarios de asistencia al parto normal pero es necesario, para que la investigación sea

completa, un **CONTROL A LOS TRES AÑOS**, un seguimiento de tres años, para confirmar ó refutar, también en nuestro medio, la hipótesis en la cual se ha basado la realización de la episiotomía (cercana a cifras incluso del 90% de los partos vaginales en muchos hospitales) como el procedimiento quirúrgico más común de la medicina occidental en los últimos 50-70 años: la prevención del daño del suelo pélvico a largo plazo, con los problemas de incontinencia de esfuerzo y urgencia miccional que esto puede conllevar, y la prevención de problemas en la función sexual.

Para ello planteamos inicialmente una encuesta telefónica personalizada de reevaluación a los tres años a las 402 mujeres que dieron su consentimiento informado en el estudio previo. En los casos que se considere necesario se citará a la mujer al hospital para evaluación perineal.

Las principales variables de resultado que se analizarán son:

Disconfort perineal, dolor perineal, dispareunia y/o alteración en las relaciones sexuales tras el parto, pérdida involuntaria de orina en sus distintos grados (con cuestionario específico al toser, reír, estornudar...) y/o heces, incontinencia urinaria de urgencia, uso de compresas, existencia de partos posteriores, nº de partos, tipo de parto y si fué necesaria la realización de episiotomía ó no...

Se asume un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,10 (empleo de pruebas bilaterales). Los test t de Student y X^2 serán utilizados para comparar variables continuas y discretas, respectivamente, entre los dos grupos.

Los resultados de la primera fase del estudio (que coinciden con los resultados obtenidos por las investigaciones de la Medicina Basada en la Evidencia y las recomendaciones de la OMS) están permitiendo una modificación de nuestros hábitos rutinarios de asistencia al parto normal realizado no solo por las matronas (aun por aquellas que practicaban rutinariamente episiotomía) sino también por el equipo médico, dándose la circunstancia especial de que a los nuevos residentes se les instruye en el parto normal con un uso restrictivo de episiotomía (hecho excepcional hasta ahora).

La confirmación de los resultados a largo plazo, afianzará la confianza en que estamos garantizando los derechos y aumentando la satisfacción de nuestras usuarias con los servicios recibidos y aumentando la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado

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

A largo plazo, 3 años, confirmar que:

- No existen diferencias significativas en la dispareunia y relaciones sexuales entre las mujeres del grupo restrictivo y las del grupo liberal, ni entre las que tienen episiotmía y las que no
- No existen diferencias significativas en la incontinencia urinaria de esfuerzo entre las mujeres del grupo restrictivo y las del grupo liberal, ni entre las que tienen episiotmía y las que no
- No existen diferencias significativas en la incontinencia urinaria de urgencia entre ambos grupos
- Similar nº de mujeres de ambos grupos tuvieron partos posteriores, la mayoría normales. A las mujeres del grupo restrictivo sin episiotomía no fue necesario realizarles episiotomía mayoritariamente
- El uso liberal de la episiotomía no parece prevenir la incontinencia urinaria (de urgencia ó de esfuerzo) ni la patología de tipo sexual. La política de episiotomía restrictiva no parece aumentar el daño en el suelo pélvico,
- La práctica de una política de episiotomía selectiva en el parto normal, evaluada también a largo plazo es segura: no alarga el expulsivo, no influye en los resultados con significación estadística, permite más perinés intactos, y disminuye los costes, el dolor, y el disconfort postparto

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%	50%
<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%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Preparación de listas, tfonos., cuestionarios: Matronas
2. Puesta a punto de la encuesta: Lapresta, Lapresta, Cruz
3. Realización de las encuestas telefónicas según se vayan cumpliendo los tres años tras el parto : matronas
4. Valoración perineal en el Hospital en los casos necesarios:Cruz, Lapresta
5. Elaboración de resultados: Lapresta, Lapresta
6. Interpretación de los mismos y diseño de conclusiones: Parciparán todas las matronas y obstetras que forman parte del equipo de mejora
7. Transmisión de los resultados y conclusiones al Servicio, otros Centros, Cursos y congresos médicos, y Cursos y congresos de matronas

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1- Tasas de traumatismo perineal severo en un parto normal sin episiotomía
- 2- Tasas de Apgar<7 a los 5 minutos en un parto normal sin episiotomía
- 3- Número de ingresos neonatales en recién nacidos de madres con y sin episiotomía

Evaluación semestral. Indicadores 1 y 2 se recogen en libro de partos

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 2007

Fecha de finalización: Febrero – marzo 2009

Caleandario:

- Diciembre 2006 – Marzo 2007: Preparación cuestionarios, listas, tfns. Puesta a punto de la encuesta
- Marzo 2007 – Diciembre 2008: realización de las encuestas telefónicas según se vayan cumpliendo los 3 años tras el parto, y valoración perineal en el hospital por los obstetras que participan en el trabajo en los casos en que fuera necesario
- Enero – marzo 2009: Elaboración de los resultados, interpretación de los mismos y diseño de conclusiones

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Derivación de usuarios desde lista de espera quirúrgica y rechazo de derivación. Análisis de causas.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Dolores Currás Mateo

Profesión

Médico

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Admisión

Correo electrónico:

dcurras@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765506(directo) 976765500 extensión 1012. 1014

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Sanz	Administ.	S ^o Admisión
Laura Martínez	Administ.	S ^o Admisión
Aurora Pérez	Administ.	S ^o Admisión
José Luis franco	Administ.	S ^o Admisión
Miguel Angel Pueyo	Médico	S ^o Admisión
M ^a Jesús Blecua	Jefe servicio	S ^o Atención al Paciente
Felix Jardiel	Jefe Servicio	Unidad de Apoyo Jurídico

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 Hospital Universitario "Miguel Servet" realiza una gran actividad quirúrgica, tanto urgente como programada.

No obstante, con el objeto de disminuir los tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas, el Sistema de Salud de nuestra Comunidad Autónoma, concierta con otros hospitales en su mayor parte de la Comunidad, algunos procedimientos quirúrgicos.

En el momento actual la derivación de paciente se realiza sobre tres criterios:

- Pacientes en lista de espera quirúrgica durante 4 o más meses.
- Pacientes que han entrado en lista de espera en el mes.
- Pacientes con diagnósticos y/o procedimientos garantizados en el Decreto de Garantía de Demanda Quirúrgica en función de su prioridad (alta, media o normal).

No obstante un elevado número de pacientes que rechazan la derivación a centros concertados o públicos, disminuyendo la eficacia de los programas implantados, porcentaje que supera en algunas especialidades el 70% de los usuarios contactados.

Este hecho puede estar influido por diversos factores, entre los cuales se encuentra la información recibida por el paciente en el momento que se le oferta la derivación.

Para actuar sobre este factor durante 2006, como objetivo del contrato de gestión del servicio de admisión se elaboró un díptico informativo (se incluye con la propuesta), pendiente en este momento de implantación.

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

El objetivo de la propuesta de mejora es conseguir una mayor eficacia de los programas de derivación de pacientes que se desarrollan en la actualidad, mejorando la calidad percibida por el paciente, así como la calidad del trabajo de los profesionales implicados a través de los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar la información que el paciente recibe en el momento de la derivación por parte del personal de la Unidad de Lista de Espera Quirúrgica.
- Disminuir el porcentaje de rechazos a la derivación.
- Adaptar sobre la base de los resultados obtenidos el procedimiento interno de derivación de pacientes de la Unidad de Lista de Espera Quirúrgica.
- Optimizar el programa de derivación de pacientes en lista de espera quirúrgica.

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%	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%	50%
<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

ACTIVIDAD	MÉTODO	RESPONSABLE
Aprobación del díptico informativo elaborado durante el año 2006.	Presentación y aprobación.	Sº de Admisión.
Implantación y difusión del díptico.	El díptico se difundiría a los usuarios desde los siguientes puntos: - Unidad de lista de espera quirúrgica. - Unidad de citaciones (pacientes en lista de espera quirúrgica que acuden a solicitar citar para preoperatorio). - Sº Atención al Paciente (pacientes que consultan con ese servicio por temas relacionados con la lista de espera quirúrgica).	Sº de Admisión. Sº de Atención al Paciente. Unidad de Apoyo Jurídico.
Encuesta dirigida a los pacientes contactados para derivación durante 2007..	Se elaborará una encuesta anónima dirigida a los pacientes a los que se haya ofertado una derivación en 2007. Se dirigirá a una muestra de 100 pacientes, entre los cuales se incluirán tanto pacientes que hayan aceptado, como rechazado la oferta (50%). La encuesta se realizará por correo postal. El objeto de la encuesta es conocer la calidad y adecuación de la información suministrada al usuario. En caso de no existir contestación, por parte de un número suficiente de pacientes, se realizará una encuesta telefónica a 50 pacientes (50% de cada tipo).	Sº de Admisión. Sº Atención al Paciente. Unidad de Apoyo Jurídico.
Análisis de resultados de la encuesta y adaptación del procedimiento interno de derivación de pacientes.	Análisis de los resultados obtenidos en la encuesta y adaptación del procedimiento interno de derivación de pacientes de la unidad de lista de espera.	Sº de Admisión. Sº Atención al Paciente. Unidad de Apoyo Jurídico.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Programa de información a las gestantes, con parto desencadenado o en pródromos, sobre el proceso asistencial del parto

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Pedro Oliva Perales

Profesión

Médico

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

Hospital Universitario Miguel Servet, Servicio de Anestesiología, HMI

Correo electrónico:

olivap@comz.org

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
Augusto Navarro	Anest.	HMI - HUMS
Julia Chueca	Anest.	HMI - HUMS
Julián Ruiz	Anest.	HMI - HUMS
Cristina Carlucio	Anest.	HMI - HUMS
Belén Rodríguez	Obstetra	HMI - HUMS
Sofía Gotor	Matrona	HMI - HUMS
-----	Matrona	HMI - HUMS
-----	Matrona	HMI - 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...

4.1.- Problema e importancia

En el desarrollo y aplicación del Proyecto de mejora del 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", se plantea, como ya era previsible, la dificultad de acceder al 100% de las embarazadas previamente al parto. Nuestra área de actuación para captar a las embarazadas comprende, según este Proyecto de Mejora, los circuitos naturales de atención primaria (cursos de preparación al parto impartidos por matronas). Tanto las características del parto, desencadenamiento imprevisible, como las características de nuestra población, inmigración, grupos marginales... explican que un porcentaje (muy inferior al de años anteriores) de embarazadas no tengan conocimientos suficientes sobre la analgesia del parto y sobre el mismo parto.

Sería conveniente completar el actual Programa de Información con un proyecto de mejora que aporte información a las gestantes que no se han beneficiado de dicho Programa y que, al mismo tiempo, reafirme los conocimientos a aquellas que sí lo han seguido. El momento adecuado para captar el mayor porcentaje de pacientes sería cuando se ingresa en el hospital con pródromos de parto o parto desencadenado.

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, que como línea general, los partos de embarazadas que no han asistido a Cursos de Preparación al Parto y a Charlas Sobre Analgesia Epidural son los que presentan mayores dificultades para su manejo por parte del personal sanitario de Atención Especializada. Asimismo suponen gran ansiedad para la parturienta, elevando la morbilidad del proceso.

4.3.- Situación de partida

Ya implantado el Programa de Información colectiva en nuestro Área de Salud y pendientes de evaluar los resultados, una medida para mejorar la satisfacción de nuestras pacientes, es reforzar los conocimientos sobre el parto mostrando, en el momento del ingreso en el hospital, mediante una lámina didáctica, de forma sencilla, ayudada por grabados, y en diferentes idiomas los acontecimientos que la parturienta va a vivir en las siguientes horas. Esta es una medida útil tanto para las gestantes que no se pueden beneficiar del Programa de Información Colectiva, como para las que lo han utilizado.

Asimismo para disminuir los riesgos de la atención del proceso de parto y adecuar las

expectativas del personal sanitario implicado en el mismo (matronas, celadores, auxiliares), en este nuevo Proyecto de Mejora se contempla la formación de los distintos niveles de personal mediante cursos sobre analgesia epidural.

4.4.-Posibles causas

La elevada inmigración de mujeres en edad fértil que recibe nuestro país y la dificultad de integración en nuestra sociedad determina un choque cultural que se pone de manifiesto especialmente en el momento del parto. Las barreras del idioma, y aún cuando el problema no es el idioma, las diferencias en la forma de pensar y en la tradición cultural determinan que junto con la cuenta atrás iniciada con el proceso del parto exista dificultad de entendimiento entre el personal sanitario y la parturienta. Otros grupos de parturientas sin los conocimientos suficientes sobre el parto lo componen aquellas pertenecientes a grupos marginales (pobreza, drogas...), o simplemente aquellas que no han tenido la oportunidad de asistir a los Cursos de Preparación al Parto porque el suyo propio se ha desencadenado tempranamente.

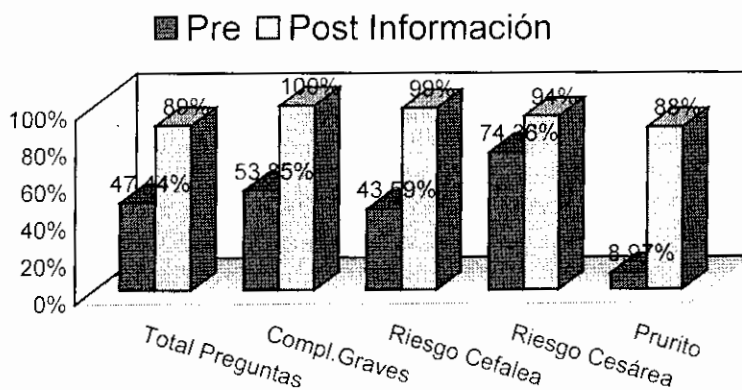
5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

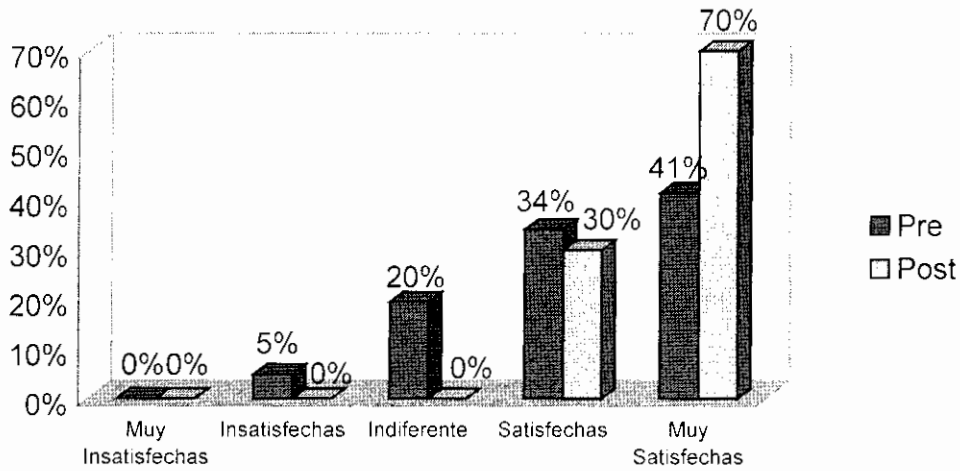
Conocimientos

Conocimientos Analgesia Epidural



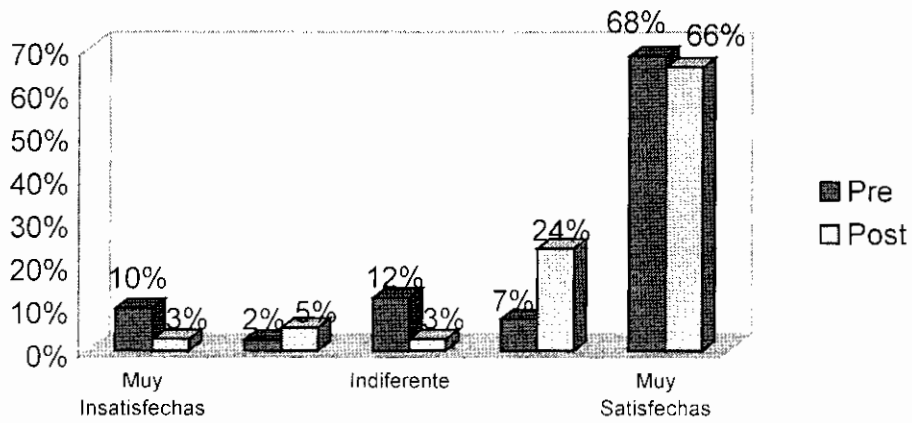
Satisfacción con la Información

Analgesia Epidural Satisfacción Información

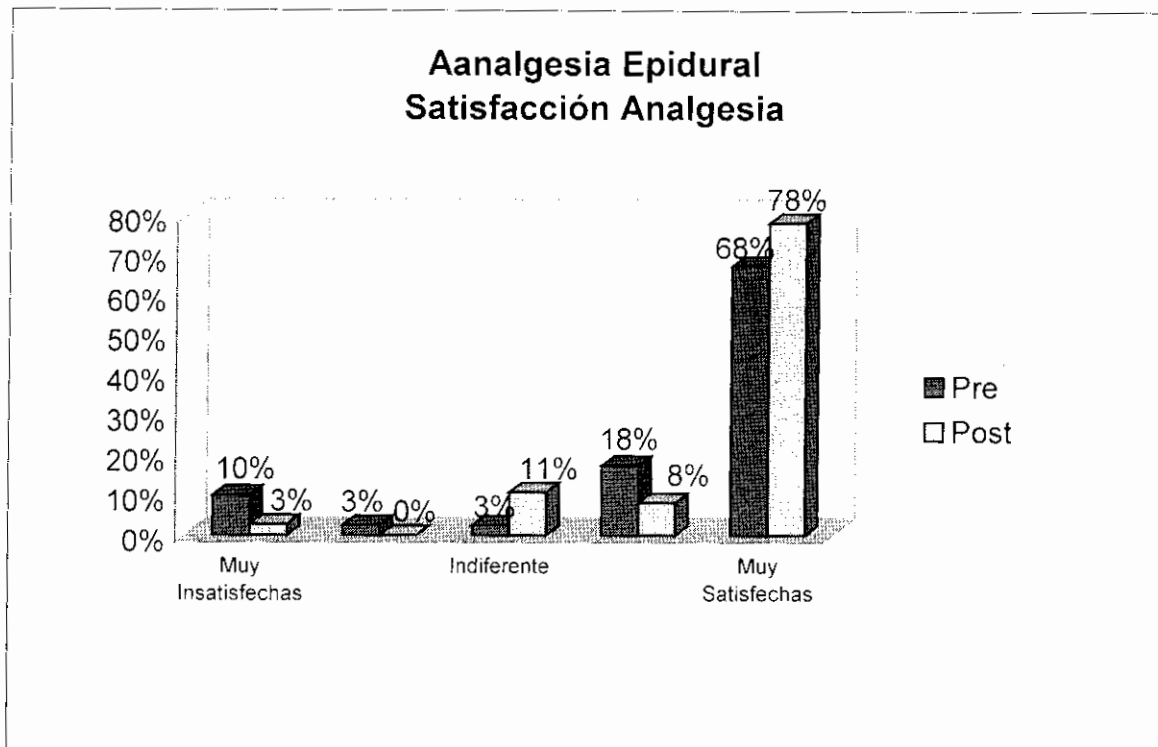


Cumplimiento de expectativas

Analgesia Epidural Cumplimiento Expectativas



Satisfacción con la analgesia



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.

Mejora de la información de que disponen nuestras gestantes en el momento de afrontar el Consentimiento Informado para la analgesia epidural.

Desarrollo de actividad que incide en la formación continuada del personal sanitario del proceso asistencial del parto, (Matronas de 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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	10%

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

<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>	70%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%
<i>TOTAL</i>	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. Oliva</u>
2.- Revisión del Programa de Mejora (2006) y aprobación del Programa definitivo 2007	<u>Grupo de Trabajo</u>
3.- Charla de información a Matronas de Atención Especializada	<u>Coordinadora Matronas</u>
4.- Curso para matronas sobre Proceso Asistencial del Parto y Analgesia Epidural	<u>Dr. Ruiz</u>
5.- Curso para personal sanitario (celadores, auxiliares...) sobre Proceso Asistencial del Parto y Analgesia Epidural	<u>Dra. Chueca</u>
5.- Coordinación para la elaboración de Láminas Informativas	<u>Dr. Oliva</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:

% de pacientes que ingresan para parto que reciben

Satisfacción Información a pacientes:

Encuesta de Satisfacción Postparto

Valoración del curso sobre Proceso Asistencial del Parto y Analgesia Epidural por el personal discente:

Encuesta valoración curso

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 2007	E	F	M	A	M	J	Jl	A	S	O	N	D	2008
Creación del grupo de trabajo	X												
Aprobación del Programa Definitivo		x											
Diseño de las láminas			x	x									
Elaboración de los grabados				x	x								
Edición de las láminas						x							
Implantación del sistema de información							x	x	x				
Encuesta de satisfacción de pacientes											x		
Encuesta de satisfacción de personal sanitario											x		

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Realización de ilustraciones	300
Diseño y maquetación de las ilustraciones tamaño A4	700
Plastificación de las láminas	200
Traducción a 5 idiomas	300
Material de cursos de actualización sobre el proceso asistencial del parto y la analgesia epidural impartidos a matronas y personal sanitario implicado	300
TOTAL	1800

Fecha y firma:

Zaragoza a 31 Enero 2007


Fdo: Pedro Oliva Perales

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONSTITUCION DE LA SECCION DE CIRUGIA ESOFAGO-GASTRICA DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSP. UNIV. MIGUEL SERVET COMO UNIDAD DE REFERENCIA PARA TODA LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE ESOFAGO Y DE LA UNION ESOFAGO-GASTRICA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Dr. Joaquín Bernal Jaulín

Profesión: Médico. Jefe de Sección de Cirugía Esofagogástrica del Hosp. Miguel Servet

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

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Correo electrónico: berjau@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 94

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. Pablo García Fabián	Cirujano	Hosp. Univ. Miguel Servet
Dr. Alberto Olabera Céspedes	Cirujano	Hosp. Univ. Miguel Servet
Dra. Sonia Cantín Blázquez	Cirujano	Hosp. Univ. Miguel Servet
Dr. Rafael Cerdán Pascual	Cirujano	Hosp. Univ. Miguel Servet
Dr. Miguel Mur Villacampa	Digestólogo	Hosp. Univ. Miguel Servet
Dr. Roberto Pazo Cid	Oncólogo	Hosp. Univ. Miguel Servet
Dra. Carmen Yus Gotor	Anatomopatóloga	Hosp. Univ. Miguel Servet
Dr. Luis Humberto Ros Almau	Radiólogo	Hosp. Univ. Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La cirugía del cáncer esofágico y de la unión esofagogástrica constituye una de las áreas más complejas de la cirugía digestiva, asociada a una elevada morbi-mortalidad, estancias hospitalarias largas y un elevado coste sanitario. El cirujano con una dedicación especial y formación en esta patología debe ser competente, dentro de un planteamiento multidisciplinario, para evaluar la extensión de la enfermedad y decidir la opción terapéutica más apropiada.

Los resultados y la mortalidad de las resecciones esofagogástricas se relacionan directamente con el número de estos procedimientos que se realizan en un determinado hospital. La selección adecuada de los pacientes tributarios de una resección esofágica y la utilización de un protocolo sistematizado influyen positivamente en los resultados 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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La esofagectomía como gesto quirúrgico es la suma de gestos quirúrgicos menores y es por ello que para que la técnica sea segura es fundamental que todos y cada uno de los pasos del procedimiento se realicen con la máxima meticulosidad y sistematización. El cirujano con una especial dedicación a la cirugía esofágica y de la región cardial debe ser competente a la hora de elegir la técnica más apropiada. Estudios recientes demuestran que los resultados clínicos del tratamiento del cáncer de esófago se relacionan directamente con el número de procedimientos realizados en un determinado centro y por personal especializado. Nuestra propuesta pretende mejorar la morbi-mortalidad asociada a este tipo de cirugía así como todos los parámetros de calidad asistencial (estancias evitables, adecuación de pruebas diagnósticas, estancia media hospitalaria...)

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%	20%
<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%	10%
<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

El **staging**, evaluación preoperatoria del estadio clínico del cáncer de esófago y de la unión esofagogastrica, es importante tanto para prever el pronóstico de la enfermedad como para seleccionar las posibles opciones terapéuticas. En la actualidad el método más eficiente para establecer la extensión del cáncer esofágico y cardial es la combinación de la tomografía axial (TC) y la ultrasonografía endoscópica (USE) y que hasta la fecha no se realiza en nuestra comunidad. La información que ambas pruebas nos aportan es predictiva sobre la resecabilidad y el pronóstico del paciente. La discusión de los casos en el comité de tumores con toda la información recogida, evita cirugías innecesarias y permite escoger la opción terapéutica más adecuada y la técnica quirúrgica que mejor se ajusta a cada caso concreto. Esto debe dar lugar a una mejora de los parámetros de calidad asistencial.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Evaluación preoperatoria y seguimiento postoperatorio con auditoria continuada de los resultados. Los pacientes son sometidos a controles clínicos periódicos y se le les facilitan las recomendaciones dietéticas adecuadas tras la intervención. La auditoria continuada nos ofrece datos para ir mejorando algunos aspectos pre, peri y postoperatorios que influyan en la disminución tanto de la morbilidad y mortalidad de esta compleja cirugía, como de la calidad de vida de los pacientes.

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: 01-01-2007

Fecha de finalización:

Caleandario:

Comunicación a Hospitales Comarcales y Centros de Salud de la constitución de nuestra Unidad como referencia para el tratamiento del cáncer de esófago y de la unión esofagogastrica hasta el 1 de Julio del 2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TITULO

PROPUESTA PARA LA CREACION DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES IATROGENICAS DE LA VIA BILIAR QUE ACTUE COMO CENTRO DE REFERENCIA

2 - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Jesús María Esarte Muniáin

Profesión

Cirugía General y del Aparato Digestivo

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Cirugía

Correo electrónico:

Jmesarte@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500, extensión 1383

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Serrablo Requejo, A	Cirujano	HUMS
Gavin Bercero, JM	Cirujano	HUMS
De La Cruz Velasco, JM	Cirujano	HUMS
Lopez Molina, LA	Cirujano	HUMS
Gonzalez Sanz, G	Cirujano	HUMS
Borlan Anson, S	MIR	HUMS
Paterna Lopez, S	MIR	HUMS
Sarria Alvarez de Toledo, L	Radiólogo	HUMS
Zaragozano Guillén, R	Radiólogo	HUMS
Urribarrena Amezaga, R	Digestólogo Endoscop	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 lesión iatrogénica de la vía biliar por colecistectomía, es una complicación grave en la cirugía de un proceso benigno. La cirugía laparoscópica ha duplicado el porcentaje de estas complicaciones (del 0,3 al 0,6%). Es fundamental que la reparación quirúrgica de la lesión iatrogénica se produzca en el primer intento ya que posteriores actuaciones incrementan exponencialmente peores resultados así como mayor morbilidad y mortalidad. Hay total acuerdo en la comunidad científica en que estos pacientes deben ser tratados por grupos multidisciplinares especialmente preparados.

Se pretende que la Unidad de Cirugía Hepatobiliar del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Miguel Servet, eleve a "formal", lo que de "facto" ya se está realizando.

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

- Mejora de los resultados en el tratamiento de esta patología.
- Reducir su morbi-mortalidad.
- Impulsar y favorecer una organización supra-hospitalaria en torno al problema.
- Crear un equipo interdisciplinar que actúe como grupo de "referencia"
- Comunicar e informar del plan a otros hospitales de la red.

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

Lineas 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>	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>	30%	
	TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Constituir un grupo multidisciplinar estable, que revise y perfile el protocolo que se sigue en la actualidad.
- Crear una base de datos para esta patología.
- Contactar con los hospitales para los que ya se actúa como "grupo de referencia" y con otros para comunicar el proyecto y hacerles partícipes de la organización.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Reuniones bimensuales del grupo
- Creación de una base de datos
 - Procedencia del paciente
 - Aspectos clínicos
 - Protocolo de estudio multidisciplinar
 - Resultados inmediatos
 - Seguimiento

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 14 de Febrero

Fecha de finalización: 31 de Diciembre

Calendario:

Reuniones mensuales hasta concretar protocolo (3 prorrogables).

Informar a hospitales de la red. Antes de Junio

Base de datos específica. Antes de Junio

Aceptación de nuestro proyecto de mejora por otros hospitales antes de Diciembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"Implantación y desarrollo de la gestión por procesos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de nueva creación para el Sector Sanitario II del SALUD"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **MIGUEL ANGEL DOBÓN RASCÓN**

Profesión

Facultativo Especialista de Área de Cirugía General y Ap. Digestivo

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

Servicio de Cirugía General Ap. Digestivo. Unidad de Cirugía Endocrinológica Hospital Universitario "Miguel Servet" (HUMS)

Correo electrónico:

madobon@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765596 976765500 ext 1383

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dolores MARTINEZ DIESTRE	FEA	HUMS
María Isabel RIEZU OCHOA	ATS	HUMS
Augusto NAVARRO HERNADO	FEA	HUMS
M ^a Victoria DUQUE MALLÉN	FEA	HUMS
Emilio LAGUNAS LOSTAO	FEA	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 constitución de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) surge en términos de oportunidad, como consecuencia de las obras de remodelación y nueva creación en el HUMS.

La Cirugía Mayor Ambulatoria da respuesta a los estándares asistenciales de gran número de procesos quirúrgicos, en este caso presenta una gran dimensión por ofrecerse a toda la población del Sector II del SALUD y con la creación de una Unidad con capacidad de atender hasta 5.500 procedimientos año.

Por otra parte ofrece la oportunidad de iniciar la gestión por procesos dado que se aplica sobre aquellos que presentan gran incidencia poblacional y escasa variabilidad en la práctica clínica.

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

Aplicar un modelo de gestión clínica por procesos en aquellos que se practiquen en la futura UCMA del HUMS.

Modelizar la gestión por procesos para su despliegue entre las diferentes especialidades quirúrgicas que participen en dicha Unidad

Obtener unas tasas de eficiencia comparables con los estándares asistenciales de otras Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria con un enfoque hacia la excelencia.

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%	15%
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	35%	
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

- *Formación de un grupo de trabajo responsable que desarrolle la puesta en marcha de dicha Unidad.*
- *Desarrollar la formación en gestión de procesos entre los miembros del grupo de trabajo*
- *Realización de un Mapa de Arquitectura de nivel 0 de la organización de la Unidad, que sirva para la posterior integración de los diferentes procesos realizar*
- *Modelizar los mapas de procesos a todos los niveles en base al diseño de dos procesos de alta prevalencia.*
- *Sobre la base anterior se plantea ir desarrollando los diferentes mapas de arquitectura hasta su nivel 4, desarrollando las vías clínicas de los procesos.*
- *Desarrollo de los diferentes protocolos asistenciales y documentación clínica*
- *La arquitectura de nivel 0, 1 y 2 se realizará bajo responsabilidad y supervisión del jefe del grupo de trabajo. Las de nivel 3 y 4 serán desarrolladas por cada uno de los diferentes coordinadores de especialidad que participen en la UCMA*
- *Elaboración de base de datos para monitorización de indicadores y 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 para su monitorización

Indicadores a monitorizar:

- *Mapa de arquitectura 0 y 1 realizados*
- *Realización de protocolos, vías clínicas y documentación clínicas modelizados:*
Realizados
- *Nº intervenciones programadas suspendidas < 4% primer año*
- *Fracaso al alta < 3 % primer año*
- *Reingresos < 3% primer año*
- *Grado de satisfacción del paciente: Excelente > 75%*
- *Índice de sustitución : Mínimo 20% primer año*
- *Tasa de adecuación de documentación clínica del paciente: < 1%*

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: 01-03-2007

Fecha de finalización: 31-03-2008

Caleandario:

- *1-03-2007 al 1-10-2007: Desarrollo de los mapas de arquitectura 0, 1 y 2 . Los de nivel 3 y 4 al menos de 2 procesos.*
- *1-10-2007: Comienzo de la actividad quirúrgica (prevista en función de entrega de obra y dotación técnica de la Unidad .*
- *31-03-2008: Evaluación de los indicadores*

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TITULO

Estudio del absentismo de los usuarios a las citas programadas en el CME Ramón y Cajal y propuesta de mejora para optimización de los recursos.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Asunción Aparicio clavería

Profesión

DUE.

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

Enfermera Jefe de la Unidad de Atención al Paciente del CME Ramón y Cajal. HUMS.

Correo electrónico:

aaparicio@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 446 958 (directo)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Alastuey Giménez	FEA. Radiodiag nóstico	CME Ramón y Cajal
Asunción Aparicio Clavería	Enfermera Jefe de la Unidad de Atención al Paciente	CME Ramón y Cajal
M ^a Ángeles Baranguan Badia	Subdirecto ra de Enfermería	HUMS
Fernando Bravo Urzay	Ingeniería y Mantenimi ento	CME Ramón y Cajal
Esther Martínez Azcoitia	Responsab	CME Ramón y Cajal

	le Unidad Citaciones	
Carmen Ortega Marco	FEA. Análisis Clínicos	CME Ramón y Cajal
Isabel Reig Green	Enfermera Jefe	CME Ramón y Cajal
M ^a Pilar Sancho Alfranca	DUE	CME Ramón y Cajal
Mar Sedano Gimeno	P. Subalterno	CME Ramón y Cajal
M ^a Luisa Vela Marquina	U. Calidad Asistencial	HUMS
Mercedes Vallespín Meseguer	Responsable de la U. Archivos y Documentación Clínica	CME Ramón y Cajal
Isabel Velilla Marco	FEA. Neurología	CME Ramón y Cajal
M ^a Teresa Villa Gazulla	Subdirectora Médica	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...

Se ha detectado un nº considerable de absentismo de los pacientes a las consultas de los especialistas y a las pruebas complementarias de Radiología, sin previo aviso del usuario.

Esto ocasiona una pérdida de horas de trabajo del personal, por lo tanto económica para la Administración y un aumento de las Listas de Espera para los pacientes.

Queremos estudiar el motivo por el que los usuarios no comunican su no asistencia a las citas programadas.

Pretendemos detectar los posibles fallos del Sistema, verificando donde se produce mayor absentismo:

Consultas de primer día y revisiones
Pruebas Complementarias

Realizaremos un estudio cuantitativo de la situación y una encuesta a los pacientes que no han acudido a su cita.

Generar un sistema que aproveche los "huecos" que se producen por la ausencia de asistencia de los pacientes a las citas programadas.

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

Identificación y evaluación de los "huecos" que genera el absentismo de los pacientes a las consultas de los especialistas y a las pruebas complementarias de Radiología.

Utilizar los "huecos" de los pacientes que no acuden a la programación para consultas de especialistas y pruebas Radiológicas.

Aumentar el grado de satisfacción de los usuarios que percibirán una mayor calidad en el servicio prestado.

Disminuir las Listas de Espera, para las consultas y las P. Radiológicas.

Optimizar los tiempos de los profesionales y de los S^o relacionados (Archivos, celadores...)

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%	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%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Verificación de la situación actual, cuantificar las ausencias de los usuarios sin avisar.
Responsables: S^a Admisión y Radiología.

Análisis de los datos obtenidos. Necesidad objetiva de realizar el proyecto, basándonos en la cantidad de ausencias constatadas y su repercusión en las Listas de Espera, en la buena organización y en la optimización de los recursos del Centro.
Responsables: Todo el Grupo.

Elaboración y realización de una encuesta telefónica a los pacientes que no han notificado las ausencias. Responsables: Todo el Grupo.

Análisis de los resultados de la encuesta diagnóstico de la situación actual y de los puntos débiles de la estructura. Responsable: Todo el Grupo.

Propuesta de las posibles medidas de mejora a desarrollar. Responsables: Todo el Grupo.

Implantación de las actividades que sean posibles desarrollar en este año.

Para el próximo año quedara pendiente la verificación de la situación después de poner en práctica las medidas de mejora, cuantificar las ausencias sin notificar por parte de los pacientes y el análisis de los 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 para su monitorización

Primer indicador: contabilizar las ausencias de los pacientes, sin notificar por su parte, durante un periodo de tiempo de 1 mes, tanto en las consultas del Centro como en el S^o de Radiología, en el momento actual.

Segundo indicador: Encuesta telefónica a los pacientes: realizada.

Tercer indicador: Porcentaje de huecos completados sobre el total de ausencias.

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 2007

Fecha de finalización: 30 de diciembre de 2007

Caleandario:

Enero - 07 – Periodo de verificación cuantitativa de la situación

Marzo – 07 – Análisis de datos.

Abril – 07 – Elaboración de encuesta.

Mayo – 07 – Realización de la encuesta.

Junio - 07 – Análisis y diagnóstico de la situación.

Julio – 07 - Medidas a adoptar.

Noviembre – Diciembre - 07 - Evaluación de resultados. Nuevas propuestas.

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

Rafael Huarte/ Pablo Palomo / Reyes Abad

Profesión

FEA/ Jefe Sección/FEA

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

Servicio de Farmacia

Correo electrónico:

rhuarte@salud.aragon.es /

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765552 / 976765500 ext 2574

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Reyes Guallart Calvo	Supervisora	S. Oncología. HUMS
Inmaculada Marín Sanchez	Enfermera Supervisora	Quirófanos. H. Infantil .HUMS
Mercedes Mendaza Beltrán	Jefe Servicio	S. Farmacia HUMS
Javier Moll	Inspector farmacia	Dirección General Planificación y Aseguramiento. Departamento Salud Y Consumo
Augusto Navarro	Jefe Clínico	Servicio anestesia y Reanimación
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 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 y como consecuencia de esa Inspección elaboraron un informe en el que pusieron de manifiesto las deficiencias observadas en la utilización de estupefacientes en el hospital:

- 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 4/1999 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 trafico ilegal. Además de las repercusiones 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

Durante el año 2006 se puso en marcha este proyecto y si bien los avances conseguidos han sido inferiores a lo previsto, fundamentalmente por la dedicación casi exclusiva del personal farmacéutico del servicio de farmacia al cambio del programa informático, se han obtenido algunos resultados:

- 1.- Se ha constituido 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
- 2.- Se ha difundido y revisado la legislación vigente entre los miembros del grupo
- 3.- Se ha realizado recuentos periódicos de estupefacientes existentes en el servicio de Farmacia y con la adquisición de un nuevo armario la totalidad de los estupefacientes se encuentran en caja de seguridad.
4. Se ha modificado la forma de petición y dispensación de estupefacientes, adaptándola al nuevo programa informático, quedando pendiente la validación por parte de la Inspección del Libro Oficial de Contabilidad de Estupefacientes informatizado.
5. Se ha diseñado un modelo para la revisión de las condiciones de conservación de estupefacientes en las unidades de enfermería.
- 6.- Se esta realizando la identificación, registro y análisis de las condiciones de almacenamiento de los estupefacientes en las unidades de enfermería. Hasta la fecha se han revisado 21 unidades o plantas, de las cuales tenían estupefacientes 19 y solo 6 que corresponden a las unidades con pyxis, disponen de listado donde se relacione el stock existente. Ninguna de las unidades del HG(excepto las que disponen de pyxis) tienen armario de seguridad y en el 31 % del total poseen estupefacientes fuera del lugar establecido para ese fin.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se espera mejorar el control de los estupefacientes:

- Registro adecuado de todas los movimientos de gestión de stock: entradas y salidas del Servicio de farmacia.
- Validación del libro de estupefacientes informatizado
- Establecer claramente el circuito de estos medicamentos en el Hospital y las condiciones adecuadas de petición
- 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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Comunicación con la Inspección para aceptación y validación del Libro de Estupefacientes informatizado(Rafael Huarte/Pablo Palomo/ Reyes Abad)
2. Continuar la revisión de los depósitos de estupefacientes (Todos los farmacéuticos)
- 3.- Sesiones con el Servicio de anestesia para informar sobre las normas de correcta prescripción y petición al servicio de Farmacia (Rafael Huarte/Pablo Palomo/ Reyes Abad)
- 4.- Identificación y análisis de las condiciones de almacenamiento de todos los depósitos de estupefacientes, especificando claramente el estupefaciente, cantidad y persona responsable de su custodia. (Todos los farmacéuticos)
- 5.- Redefinir los stocks de estupefacientes en las unidades de enfermería y quirófanos y aprobación de los mismos por el jefe de Servicio, la supervisora y el farmacéutico responsable (Todos los farmacéuticos)
- 5.-Elaboración de una Normativa interna de funcionamiento de obligado cumplimiento refrendada y apoyada por tanto por la gerencia del Hospital, donde se contemplen las responsabilidades de los diversos profesionales implicados en el control de estupefacientes 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.* (Rafael Huarte/Pablo Palomo/ Reyes Abad)
- 6.- Registro correcto de todos los movimientos de adquisición y dispensación desde el Servicio de Farmacia en el Libro de Estupefacientes. Comprobación periódica de las existencias reales cotejándolas con las registradas.(Rafael Huarte)

4.- Identificación y análisis de las condiciones de almacenamiento de todos los depósitos de estupefacientes, especificando claramente el estupefaciente, cantidad y persona responsable de su custodia.	X	X	x	x				
5.- Redefinir los stocks de estupefacientes en las unidades de enfermería y quirófanos y aprobación de los mismos por el jefe de Servicio , la supervisora y el farmacéutico responsable	x	X	x					
6.-Elaboración de una Normativa interna de funcionamiento de obligado cumplimiento refrendada y apoyada por tanto por la gerencia del Hospital donde se contemplen las responsabilidades de los diversos profesionales implicados en el control de estupefacientes y psicótopos 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.					X	X	X	
7.- Registro correcto de todos los movimientos de adquisición y dispensación desde el Servicio de Farmacia en el Libro de Estupefacientes. Comprobación periódica de las existencias reales cotejándolas con las registradas.	x			x	x		X	
8.- Seguimiento del cumplimiento de las normas mediante revisiones periódicas					x	x	x	continuo

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO

Evaluación de la calidad percibida por los usuarios de una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Herminia Navarro Aznárez / Reyes Abad Sazatornil

Profesión

Farmacéuticas (FEA)

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

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico:

hnavarro@salud.aragon.es / rabads@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765552 / 976765500 ext 2575

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Angela Idoipe tomas	J Sección	S. Farmacia HUMS
Mercedes Landivar Anaut	Aux Enfermería	S. Farmacia HUMS
Carlos Lapresta Moros	FEA	S. Med Preventiva HUMS
M ^a Ester Palacio Muñoz	Aux Enfermería	S. Farmacia HUMS
Rosa Sánchez López	Supervisora	S. Farmacia HUMS
M ^a Nieves Serrano Mislata	FIR	S. Farmacia HUMS
M ^a Carmen Serrano Vicente	FIR	S. Farmacia HUMS
Isabel Varela Martínez	FIR	S. Farmacia HUMS
Cristina Vicente Iturbe	FIR	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...

El servicio de farmacia presta una atención directa al paciente externo como valor añadido al acto de la dispensación del medicamento, constituyendo una de las actividades más importantes que desarrollan actualmente los servicios de farmacia de hospital.

En nuestro caso, anualmente acuden más de 3500 pacientes, correspondientes a diversos programas de medicación, entre los que destaca el tratamiento de pacientes infectados por el VIH, hemofílicos, pacientes con fibrosis quística, pacientes en tratamiento con terapias biológicas, con hormona crecimiento etc suponiendo estos tratamientos mas del 40% del gasto total en medicamentos.

En todos los casos, el farmacéutico, tras la prescripción médica, realiza la validación de dicha prescripción, la dispensación, la información al paciente, el seguimiento de la adherencia, la prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos y también realiza funciones de educación sanitaria dirigidas a mejorar los hábitos y conductas de los pacientes.

La satisfacción del paciente con el servicio prestado, es un indicador usado habitualmente para medir la calidad de los servicios sanitarios, incluyendo los servicios farmacéuticos.

El servicio de farmacia no dispone de información sobre la satisfacción de sus clientes, al menos no de manera continuada por lo que creemos que es preciso conocer el punto de vista, las opiniones y la calidad percibida por nuestro paciente, con la finalidad de incrementar su satisfacción y adaptar la prestación del servicio a sus expectativas.

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 el grado de satisfacción manifestado por los pacientes que acuden a la unidad o sección de atención farmacéutica a pacientes externos del Servicio de Farmacia del hospital Universitario Miguel Servet

Detectar los principales motivos de satisfacción o insatisfacción

Identificar elementos o líneas de mejora de la organización

Valoración inicial de unos indicadores que se mantendrán en el futuro y permitirá apreciar la tendencia de los mismos a lo largo del tiempo.

Y fundamentalmente:

Mejora de la atención recibida por el paciente en la unidad de atención farmacéutica al paciente externo

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%	10%
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%	70%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

	Responsable
1.- Creación y reunión grupo trabajo	Herminia Navarro/Reyes Abad
2.- Revisión literatura y diseño de la encuesta	Grupo trabajo
3.- Realización estudio piloto	Herminia Navarro/ R externos
4.- Calculo tamaño muestral	Grupo trabajo
5.- Entrega de la encuesta	Auxiliares enfermería externos
6.- Recepción de respuestas	Auxiliares enfermería externos
7.- Análisis información	Grupo de trabajo
8.- Detección áreas de mejora	Grupo de trabajo
9.- Priorización y selección de un área de mejora	Grupo de trabajo

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se va a realizar un estudio de tipo transversal en la unidad de pacientes externos.

El calculo de tamaño muestral se realizará estimando un nivel de confianza del 95% y un % de perdidas similar al obtenido en el estudio piloto.

A partir del análisis de la encuesta se calcularán:

Indicadores:

Nº Encuestas realizadas

% Encuestas contestadas

% pacientes satisfechos con la instalaciones, organización y tiempos de espera, información y atención recibida

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 2007 Fecha de finalización: enero 2008

Calendario

Actividades 2007	E	F	M	A	M	J	Jl	A	S	O	N	D	08
1.- Creación y reunión grupo trabajo	X												
2.- Revisión literatura y diseño de la encuesta	X	X											
3.- Realización estudio piloto			X	X									
4.- Calculo tamaño muestral					X								
5.- Entrega de la encuesta					X	X	X			X	X		
6.- Recepción de respuestas						X	X	X		X	X	X	
7.- Análisis información													X
8.- Detección áreas de mejora													X
9.- Priorización y selección de un área de mejora													X

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Gastos imprenta edición encuesta	600
Adquisición buzón	50
Mueble auxiliar en el área de dispensación para apoyo y comprobación de la medicación dispensada	500
TOTAL	1150 Euros

Fecha y firma

Encargado de la Base de Datos

[Firma]

[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 presentación anómala fetal en la gestación a término supone un 5% de los embarazos. Actualmente no existe ningún protocolo de información y actuación sobre este tipo de gestaciones. La información es heterogénea y poco científica. El número de cesáreas que se realiza en estas situaciones está muy por encima de lo que sería normal si la información y las actuaciones fueran las apropiadas.

El año pasado se presentó una línea de mejora en nuestro servicio, en la que se actuaba de forma parcial sobre este problema, mediante la implementación de la técnica de versión externa, y que actualmente está en desarrollo.

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

- Transmisión de una información objetiva y homogénea a las gestantes en esta situación.
- Sobre las bases de esta información, un aumento en la aceptación de la posibilidad de parto vaginal en las presentaciones de nalgas.
- Disminución consecuente de la tasa de cesáreas que se realizan en este centro.

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%	30
<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

- Elaboración de un protocolo de manejo de la presentación fetal anómala y las distintas posibilidades de actuación.
- Elaboración de trípticos informativos sobre la presentación fetal anómala y las distintas posibilidades de finalización.
- Elaboración de consentimientos informados específicos sobre las actuaciones posibles.
- Seminario informativo con las matronas de atención primaria para la presentación del nuevo protocolo y los folletos explicativos y de consentimiento.
- Reunión informativa con la plantilla del Servicio, exponiendo el proyecto.
- Consulta específica para este tipo de presentaciones.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación del proyecto se irá realizando según se vayan poniendo en marcha las medidas previstas.

Los indicadores de monitorización del proyecto van a ser:

1. Porcentaje de mujeres con presentación anómala a término que han recibido la información adecuada en el momento de ser remitidas a la consulta hospitalaria.
2. Porcentaje de partos vaginales de nalgas sobre el total de presentaciones de nalgas a término.

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 2007

Fecha de finalización: diciembre de 2007

Calendario:

- Primer trimestre 2007: elaboración de trípticos informativos y consentimientos informados.
- Segundo trimestre 2007: seminarios y reuniones informativas sobre el proyecto.
- Tercer trimestre 2007: desarrollo del proyecto con las pacientes.
- Cuarto trimestre 2007: evaluación de resultados.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

HUMANIZAR LA ASISTENCIA AL PARTO HOSPITALARIO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr. Sergio Castán Mateo

Profesión

Facultativo Coordinador Responsable de Paritorios y Urgencias

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

Unidad de Paritorios. Servicio de Obstetricia. Maternidad. HUMS

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
Dra. Belén Rodríguez Solanilla	FEA	Maternidad.HUMS
Dra. Susana Tejero Sancho	FEA	Maternidad.HUMS
Dra. Isabel Lahoz Pascual	FEA	Maternidad.HUMS
Dr. Javier Tobajas Homs	Jefe Servicio	Maternidad.HUMS
Sofía Gotor	Superv. Matronas	Maternidad.HUMS
Dra. Elisa Gil Arribas	MIR I	Maternidad.HUMS
Dra. Silvia Martínez Suñer	MIR I	Maternidad.HUMS
Dr. Álvaro Alvir Álvaro	MIR I	Maternidad.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 parto es el proceso hospitalario más frecuente dentro de la Obstetricia. La asistencia al parto debe de adaptarse a cambios que demanda la sociedad actual.

La actuación obstétrica deberá seguir protocolos y guías prácticas. La tecnificación no debe de olvidar los conceptos de respeto y humanización.

El parto hospitalario supone la opción más segura.

Debe de evolucionar a parto científico-humanizado que no renuncia a controles materno fetales de calidad pero facilita la comodidad y la satisfacción de la gestante al ofrecer alternativas más humanas, mediante la aplicación de medios sencillos que colaboren en la creación de un ambiente poco hostil y muy tranquilizador.

Actualmente la asistencia al parto demanda tres principios :

- humanización
- monitorización fetal continua
- alivio del dolor.

Deberemos de establecer un equilibrio entre tecnología y ambiente familiar. Evitaremos actuaciones sistemáticas innecesarias (menos intervencionismo)

Una asistencia hospitalaria al parto se regirá por la "**SEGURIDAD en el fondo y la COMODIDAD en la forma**".

La OMS promociona iniciativas para adecuar el parto hospitalario con medidas más humanizadas en el trato de la gestante, sin perder eficacia en el control

- *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. BIRTH 28: 3 Sept. 2001*
- *The use of electronic fetal monitoring: evidence-based clinical guideline. Number 8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. 2001*
- *OMS. Grupo Técnico de Trabajo. Cuidados en el parto normal. Ginebra 1996*

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 satisfacción de la gestante que acude al hospital para demandar asistencia al parto. Adecuación actual a peticiones de planes de parto.

- Ajustar consumo de recursos, disminuyendo el uso de electrodos internos de monitorización fetal, menor uso de enemas, menor tasa de episiotomias con disminución del uso de material de sutura.

- Ambiente cálido y familiar para la gestante y los acompañantes
- Modificar la posición de parto y que no sea la de litotomía la única alternativa
- Evitar la práctica sistemática de actuaciones innecesarias como rasurado, enema, amniotomía precoz y episiotomía (mejoría de suelo pélvico)
- Información continua verbal y escrita

- Apoyo afectivo
- Técnicas analgésicas que alivien el dolor intraparto
- Posibilidad de alimentación líquida oral intraparto para evitar períodos prolongados de ayunas
- Unificación de los conceptos de información que conforman la educación maternal extrahospitalaria

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%	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%	40%
<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

- Evitar uso sistemático de enemas, rasurado, episiotomía y amniotomía (Dra. Rodríguez y Dra. Gil)
- Información continua y apoyo afectivo y psicológico intraparto (Dra. Tejero y Dr. Alvir)
- Alternativas a la posición del expulsivo (Dra. Lahoz y Dra. Martínez)
- Hidratación materna, analgesia y monitorización continua fetal externa (Dr. Castán)
- Ambiente cálido, no hostil, acompañamiento de familiares (Sofía Gotor)
- Evitar tecnología innecesaria que no mejora el control intraparto (Dr. Tobajas)

9.- INDICADORES. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Recopilación de datos en libro de paritorios
- Información verbal y escrita (documento informativo)
- Encuesta para el grado de satisfacción de la gestante y sugerencias a realizar
- **Indicadores:**
 - Tasa de episiotomías (disminución del 30-50%)
 - Disminución del consumo de fungibles: menos electrodos fetales internos (descenso del 20-30%) y menor número de enemas (disminución del 80%)
 - Tasa de infecciones puerperales: descenso del 20-30% al disminuir los tactos vaginales y la amniotomía precoz sistemática
 - Tasa de eutocia: 65% (referencia nacional en hospital terciario)

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-2007

Fecha de finalización: Diciembre-07

Calendario:

- Inicio de todas las medidas descritas en Febrero del 2007
- Recogida en libro de partos de los datos necesarios
- Valoración trimestral y semestral. Valoración definitiva anual.
- Modificación de acciones necesarias según resultados
- Valoración anual de la satisfacción de la paciente y sus sugerencias

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Uno de los componentes básicos de un programa de Calidad en un Servicio Clínico, es el de la racionalización del uso de medicamentos dentro del mismo bajo dos facetas:

- 1) Aplicar la mejor tecnología para la paciente en cada momento.
- 2) Tener un coste razonable.

Hemos seleccionado los cuatro medicamentos con mayor coste en nuestro Servicio, y se va a proceder a:

- A) Evaluar la evidencia disponible sobre su utilización.
- B) Analizar el grado de cumplimiento sobre indicación y dosis.
- C) Protocolarizar su uso.
- D) Analizar resultados clínicos y económicos según la aplicación de protocolo

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

Remisión sistemática sobre uso racional de medicamentos.

Adecuación de costes sanitarios.

Mejora de prestaciones clínicas, reduciendo medicación no indicada.

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	20%	
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	20%	
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	40%	

TOTAL: 100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) Analisis de los cinco medicamentos con mayor gasto en el servicio.
- 2) Selección de dos de los mismos.
- 3) Analisis de su evidencia clínica.
 - a) Protocolo de aplicación.
 - b) Mejor protocolo disponible.
- 4) Evaluación económico-clínica sobre grupo de medicamentos intervenidos y no intervenidos

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1) Analisis económico de los cuatro medicamentos con mayor coste asociado al SERVICIO.
- 2) Elaboración del protocolo de racionalización del uso del de mayor y menor coste de los cuatro.

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:

Desde la aprobación:

12 meses

1 Mes para el estudio económico del gasto medicamentoso asociado al Servicio de Obstetricia en Hospitalización.

3 Meses para el estudio de la adecuación tecnológica de los cuatro medicamentos seleccionados, referente a sus indicaciones y dosis.

3 Meses para la elaboración del protocolo de uso de los dos seleccionados.

5 Meses de seguimiento de los consumos pre y post aplicación del protocolo, tanto en el nivel de los dos seleccionados como de los dos monitorizados.

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; Antonio Peleato Peleato; Enrique López Puente;

Profesión: Cardióloga Intervencionista Hospital Universitario Miguel Servet; Cardiólogo Intervencionista Hospital Clínico Universitario; Médico de Emergencias del 061 Aragón

Lugar de trabajo:

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

Correo electrónico:

icalvoc@ya.com

elopezpuente@yahoo.es

antonio_peleato@hotmail.com

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
Luis Javier Placer Peralta	Cardiólogo	HUMS 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
Marta Aliacar	Cardiólogo Clínico	Hospital Royo Villanova
Juan Manuel Casado	Cardiólogo Clínico	Hospital E.Lluch Calatayud

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 perfusión.
5. La puesta en marcha por el SAI UD 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

- El programa ha cumplido los objetivos asistenciales previstos. Más de 200 pacientes (75% hombres, 25% mujeres con una edad media de 66 años), han sido sometidos a revascularización dentro de las primeras horas del infarto agudo de miocardio, en este primer año 2006, cumpliendo los criterios previamente protocolizados. Este hecho supone una importante mejora respecto al tratamiento de la patología antes de la implantación del programa.
- No se ha conseguido a fecha de hoy lo que consideramos la clave del proyecto en la fase actual: La creación de un Registro de Pacientes TRIAMAR que monitorice 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. Se han mantenido dos bases de datos ACCES en cada Unidad de Hemodinámica del HUMS y del HCU, incompletamente cumplimentadas en espera de la base de datos definitiva. De estas bases incompletas podemos extraer algunas conclusiones solo aproximadas del desarrollo del programa.
- La indicación de la revascularización percutánea más frecuente fue la ICP de RESCATE por fallo del fibrinolítico, como estaba previsto, sin embargo a pesar de tratar con una población muy envejecida, muy pocos pacientes fueron remitidos para intervención por criterio de edad >75 años y riesgo de sangrado, por lo que podemos pensar que un significativo número de pacientes pudo no ser revascularizado en este subgrupo. Este dato es concordante con los datos obtenidos a partir de historias clínicas.
- Es también llamativo que solo una de cada cuatro pacientes remitida para intervencionismo fuera mujer, lo que está por debajo de la prevalencia de la patología en nuestra comunidad, aunque la falta de otros datos nos impide conocer si existen factores de confusión que limiten la indicación de revascularización en las mujeres.
- Hay disparidad entre zonas geográficas en la frecuencia de la activación de la alerta aún teniendo en cuenta la densidad de su población.
- No hubo conflictos en las indicaciones entre los profesionales de distintos niveles asistenciales. La comunicación fue fluida y no detectaron problemas significativos. Se detectó en algunos casos, la falta de registro del paciente en Admisión con la consiguiente problemática posterior (información de familiares...), pero se solucionó al asumir el equipo del 061 la entrega de los datos del paciente al ingreso en el centro intervencionista.
- Aunque nuestros hallazgos no son concluyentes por no tener datos definitivos, es llamativa la demora del paciente en ponerse en contacto con el sistema sanitario una vez iniciado el cuadro clínico sugestivo de infarto agudo de miocardio. El problema parece mayor en las mujeres, que no identifican el dolor o la clínica como posiblemente cardíacas y en los ancianos que presentan una clínica más imprecisa y que con frecuencia no piden ayuda urgente. Este hecho puede verse favorecido por problemas sociales coadyuvantes.
- La demora en solicitar atención puede ser determinante en la extensión del infarto y su repercusión hemodinámica. La frecuencia de pacientes en shock o insuficiencia cardíaca avanzada es significativa.
- En todos los casos y en los dos hospitales la Sala de Hemodinámica de guardia estaba activada antes de la llegada del paciente, que por lo tanto nunca tuvo que esperar al Hemodinamista.
- El tiempo desde la llamada al Hemodinamista hasta la llegada del paciente a la Sala fue en general excesivamente largo. La mediana en los tiempos recogidos de traslado fue de 1:11 horas y la media de 2:01 horas, estando la demora máxima en un traslado desde Teruel : 4 horas 20 minutos.
- En espera de poder disponer de un registro de pacientes definitivo no nos parece prudente anticipar más conclusiones. No disponemos aún de datos fiables en relación en el seguimiento.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. La Creación de un Registro de Pacientes TRIAMAR que monitorice 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 se hace imprescindible. Más aún cuando una vez puesto en marcha el proceso asistencial, parecen existir situaciones de disfunción que una vez identificadas de forma precisa serían susceptibles de mejora.
2. 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.
3. 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. Las mujeres, las personas de más edad y determinadas áreas geográficas pueden precisar atención preferencial.
4. 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. Hasta el momento, no hemos detectado problemas de sobreutilización y de nuevo quizás la infrautilización afecte más a los ancianos/as.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Gestionar efectiva y adecuadamente la información, tanto desde el punto de vista de los pacientes como de la organización.
9. 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%	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%	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

1. Colaboración exhaustiva en la elaboración e implantación de un Registro (Registro TRIAMAR), por el SALUD 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.
2. Posibilidad de acceso a la Intranet de los facultativos responsables del seguimiento de los pacientes, en el centro en que este se encuentre, con las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de la ley de protección de datos.
3. Elaboración de los indicadores que evalúen los objetivos de calidad en los distintos ámbitos de actuación.
4. Valoración y discusión de los resultados obtenidos en reuniones periódicas 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.
5. Colaboración con el SALUD en la identificación de problemas organizativos y propuesta de acciones de mejora.
6. 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 existente entre el inicio de los síntomas y el contacto con el sistema sanitario.
- 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 reperusión y con reperusión 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).

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: 16-01-2006 | Fecha de finalización: 2007--->

Calendario:

Calendario:

1º y 2º trimestre de 2007:

- Colaboración con el organismo-empresa responsable de la elaboración y puesta en marcha de la Base de Datos del Registro Triamar.
- Definir los criterios de calidad exigibles para la valoración final de los datos introducidos y velar por la calidad general del registro.
- Puesta en marcha y rodaje de la Base de Datos.
- Modificaciones y retoques de la base por el personal encargado de hacerlo, con la colaboración del personal que la utiliza, hasta conseguir que cumpla los objetivos de calidad general que garantice la fiabilidad de los resultados.

3º trimestre de 2007:

- "Volcado" probablemente "manual" de los datos recogidos de los pacientes incluidos hasta la fecha y las bases ACCES del HUMS y del HCU.
- Seguimientos de los pacientes a los 30 días, 6 meses y 1 año.
- Identificación de problemas.
- Remitir a los centros cuestiones y sugerencias sobre la calidad de los datos.
- Ciclos de mejora sobre problemas detectados de resolución prioritaria.

4º trimestre:

- Auditoria interna para control de calidad de los datos.
- Sugerencias de posibles actuaciones de educación sanitaria en determinados sectores.
- Comunicación de los datos al Servicio Aragonés de Salud y a la Comunidad Científica.

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	<u>Euros</u>
Soporte profesional informático y estadístico	1.200
<i>Nota: No se han recibido los recursos solicitados en el 2006.</i>	
TOTAL	1200

Fecha y firma:

Zaragoza 30 de enero de 2007

Dra. Isabel Calvo Cebollero Dr. Antonio Peleato Peleato Dr. Enrique Lopez Puente

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y EN LA GESTIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS APLICADOS EN HOSPITAL DE DÍA A LOS PACIENTES CON PROCESOS HEMATOLOGICOS

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) Servicio 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 (VR)	F.E.A.	Sº Hematología. HUMS
Araceli Rubio Martinez (AR)	F.E.A.	Sº Hematología. HUMS
Teresa Galego (TG)	ATS	Hospital de Día. HUMS
Mª José Agustín (MJA)	F.E.A.	Sº Farmacia. HUMS
Paz Latre (PL)	Médico AP	Atención Primaria
Ana Zardoya (AZ)	Economista	Universidad Zaragoza
Ana Bellostas (AB)	Empresariales	Universidad de Zaragoza
Carlos López (CL)	Supervisor enfermería	Hospital de Día. HUMS
Mª José Ciria (MJC)	Administrativo	Hospital de Día. HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La actividad clínica en la atención a las neoplasias hematológicas, se desarrolla actualmente en régimen ambulatorio en Hospital de Día, minimizando la hospitalización y los desplazamientos. Las nuevas estrategias de tratamiento permiten aplicar terapias agresivas combinadas de inmuno-quimioterapia, medidas de soporte y antibióticos, antifúngicos y antivirales por vía intravenosa de forma programada y en régimen ambulatorio.

La toma de decisiones tras una presunción diagnóstica se traduce en acciones que incluyen pruebas complementarias, planes de tratamiento, procesos o procedimientos que producen un resultado que a su vez genera la adopción de nuevas decisiones si el resultado obtenido no es acorde con el esperado. Todos estos puntos son cuantificables, pudiendo establecerse comparaciones y estimaciones para reducir la variabilidad de la atención y además generar un programa de actuación minimizando tiempos de espera y demoras en pruebas diagnósticas y terapéuticas.

En un afán de mejorar la calidad de la actividad y proporcionar una atención más individualizada proponemos una nueva metodología de trabajo a través de un proyecto de implantación de técnicas de mejora de la microgestión de la actividad desarrollada en la Unidad de Hospital de Día. Dicha actividad comprende desde los actos médicos que se realizan diariamente, la toma de decisiones, consideración del gasto generado por proceso, hasta implementar la calidad de la actividad con el fin de aumentar la satisfacción de los usuarios. Para ello se plantea un diseño de modelo de gestión que permita cuantificar y ponderar la actividad por procesos siguiendo el Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM).

Además se pretende mejorar la continuidad de la asistencia que reciben los pacientes involucrando a los profesionales de distintos centros hospitalarios y asistencia primaria.

Como herramientas de información disponemos de las agendas de trabajo de Hospital de Día, Protocolos terapéuticos empleados, guías para pacientes y el asesoramiento del equipo de contabilidad y gestión de la Universidad de Zaragoza (Facultad de Empresariales). Así mismo se ha contactado con otros centros donde se ha implantado un programa similar y que nos han brindado su ayuda y experiencia (Fundación Althia)

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Obtener una visión global de los circuitos que se producen en el Hospital de Día Hematológico
- 2.- Registro informático de todas las actividades realizadas en Hospital de Día
- 3.- Establecer una ponderación del coste de cada actividad incluida en cada proceso:
 - costes directos de cada producto
 - tiempo de personal
 - coste del fungible
 - gasto de farmacia
 - gasto de hemoderivados y demás medidas de soporte
 - gasto de los equipos
- 4.- Establecer una ponderación del coste completo según el esquema de quimioterapia utilizado
- 5.- Establecer una ponderación del coste completos de las analíticas y de las técnicas de imagen que genera cada proceso
- 6.- Establecer una ponderación del coste completo de las complicaciones como episodios febriles, hospitalizaciones
- 7.- Generar conocimiento para establecer: Guías de práctica clínica, Diseñar trayectorias clínicas y Protocolos.
- 8.- Mejora de los procesos asistenciales que determinan la atención recibida por los pacientes

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%	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%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- 1.- Análisis de la situación para detectar los puntos débiles. Esta primera fase ya ha sido realizada detectándose algunas actividades no controladas informáticamente. Responsables: Personal facultativo, de enfermería y administrativo de la Unidad de Hospital de Día y Grupo de Mejora Continua de la Calidad de Hospital de Día.
- 2.- Semana de prueba, en la que se registran y contabilizan todas las actividades, tiempos y fungibles. Personal facultativo y de enfermería de la Unidad de Hospital de Día. Administrativo.
- 3.- Establecer un listado de todas las actividades (cartera de productos). Personal facultativo y de enfermería de la Unidad de Hospital de Día.
- 4.- Reordenación global y validación de los Registros (agendas de consulta, agendas de tratamientos, atenciones urgentes, consulta telefónica). Personal facultativo y administrativo
- 5.- Creación de "procesos de Hospital de Día", cálculo de consumos reales por procesos, por naturaleza, y por producto. Personal facultativo de Hospital de Día, grupo de economistas y Grupo de Mejora Continua de la Calidad de Hospital de Día.
- 6.- Agrupar las actividades por grupos de consumo similar. Personal de Farmacia y grupo de economistas
- 7.- Diseño de mapas de procesos de las patologías más frecuentes. Elaboración de Guías de práctica clínica, Diseñar trayectorias clínicas y Protocolos para garantizar la continuidad de la asistencia. Personal facultativo y de enfermería de la Unidad de Hospital de Día.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1.- Indicador: Porcentaje de actividades realizadas y que han quedado registradas. Nivel aceptable 97% de las actividades diarias. Evaluación mediante auditoría interna por el Grupo de Mejora Continua de la Calidad de Hospital de Día. Responsable. Valle Recasens
- 2.- Indicador: Porcentaje de actividades de la cartera de productos que disponen de evaluación económica. Nivel aceptable 95% de las actividades diarias. Evaluación mediante auditoría interna por el Grupo de Economistas,
- 3.- Indicador: Porcentaje de satisfacción percibida por los pacientes mediante encuesta en la que se puntúe organización, cumplimiento de horarios, disminución del tiempo de espera, demoras en las pruebas, grado de comunicación con el personal que le atiende, recepción de documentación. Nivel aceptable 90%. Evaluación mediante encuesta Responsable: Pilar Giraldo

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Marzo 2007

Fecha de finalización: Febrero 2008

Calendario:

- 1.- Marzo 2007: Análisis de la situación
- 2.- Abril 2007: Semana de prueba. Listado de cartera de productos
- 3.- Mayo 2007: Reordenación global y validación de registros
- 4.- Junio-Julio-Agosto-Septiembre 2007: Creación de procesos. Cálculo de consumos reales
- 5.- Octubre 2007: Agrupación de actividades por isoconsumo
- 6.- Noviembre-Diciembre 2007: Elaboración del mapa de procesos de patologías mas frecuentes
- 7.- Enero 2008: Encuesta de satisfacción a los pacientes
- 8.- Enero-Febrero 2008: Elaboración de Memoria. Diseño de Guías, Vías clínicas y protocolos

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Diseño del estudio</u>	<u>100</u>
<u>Análisis de consumo y gastos</u>	<u>1000</u>
<u>Diseño de bases de datos y encuestas</u>	<u>100</u>
<u>Elaboración del mapa de procesos</u>	<u>100</u>
<u>Diseño de Guías, Vías Clínicas y Protocolos</u>	<u>100</u>
<u>Papel, material de oficina</u>	<u>200</u>
<u>Publicaciones</u>	<u>1000</u>
TOTAL	2.600

Fecha y firma: Zaragoza 27 Enero 2007



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO (MMC)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Teresa de Jesús Püertotas Hernández

Profesión

Medico especialista en Oncología Medica

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Oncología Medica

Correo electrónico:

tjpuertolas@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 ext.-3821 y 3823

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ramiro Álvarez	Medico especialista en anatomía patológica	HU Miguel Servet
Teresa Baringo	Medico especialista Medicina nuclear	HU Miguel Servet
Rosa Baldellou	Medico especialista dermatología	HU Miguel Servet
Alberto Bavai	Medico especialista cirugía general	HU Miguel Servet
Carlos Olivares	Medico especialista cirugía Plástico	HU Miguel Servet
M ^a Luisa Zubiri	Medico especialista dermatología	HU Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El melanoma maligno cutáneo (MMC) es una de las neoplasias que ha experimentado un mayor aumento de su incidencia en las últimas décadas. Entre 1990-1994 se registraron en Europa más de 47.000 casos nuevos; en España se estima que su incidencia es de 5,5 casos por cada 100.000 habitantes en varones y 7,5 en mujeres. Sin embargo su mortalidad no ha experimentado un ascenso paralelo a la incidencia posiblemente por los programas de detección precoz.

El tratamiento adecuado del MMC requiere no solo un diagnóstico preciso del estado local de la neoplasia sino también la extensión a los ganglios linfáticos locoregionales y la aparición de metástasis a distancia. Existen aspectos controvertidos como puede ser la resección del margen de extirpación recomendado, ya que en los MMC con un Breslow > 4,0 mm un margen de 2 cm parece ser suficiente. En relación con la valoración ganglionar, la biopsia del ganglio centinela nos ayudaría a la selección de pacientes candidatos a recibir tratamiento adyuvante complementario. Así mismo, no está claramente establecido el papel del ganglio centinela en melanomas con un grosor inferior a 1 mm o superior a 4 mm. Continuamente aparecen estudios sobre nuevos parámetros que pueden ser importantes a la hora de establecer un pronóstico.

Por todo ello, desde el subcomité del ganglio centinela del MMC del Hospital Miguel Servet de Zaragoza se pretende mejorar la atención de los pacientes con MMC, fomentando las reuniones de este subcomité, describiendo el proceso del MMC, identificando los profesionales intervinientes, realizando guías clínicas, actividades de formación continuada...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**Objetivos Generales**

- Mejorar la coordinación de los distintos servicios intervinientes.
- Disminuir la variabilidad en el diagnóstico, control y seguimiento del Melanoma Maligno.
- Optimización y racionalización de los recursos.
- Favorecer la formación continuada de los profesionales intervinientes.

Objetivos específicos

- Descripción del proceso de MM
- Realización de una Guía de Práctica Clínica de atención al paciente con MM.
- Unificación de criterios para la realización de las Biopsia del Ganglio centinela en el MMC.

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%	10
<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 actividades irán encaminadas a la definición del proceso y en caso de detectar puntos críticos se realizara un ciclo PDCA.

- 1.-Creación de un grupo de Mejora del MMC.
- 2.-Elaborar el diseño del proceso:
 - Diagrama de flujo del proceso actual.
 - Definir proceso desde inicio al final.
 - Identificación de Puntos críticos. (ciclo PDCA)
- 3.-Elaboración de la Guía de Practica Clínica de atención al paciente con MMC.
- 4.-Implantación de la misma.
- 5.-Evaluación 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 para su monitorización

$$\text{Indicador proceso protocolo} = \frac{\text{Nº pacientes con MMC con ganglio centinela realizado}}{\text{Nº pacientes con MMC valorados en comité}} \%$$

$$\text{Indicador realización} = \frac{\text{Nº reuniones subcomité realizadas}}{\text{Nº reuniones subcomité planificadas.}}$$

Aclaración: Mínimo dos mensuales, excepto periodo vacacional. Los servicios representados serán Anatomía patológica, Cirugía general, Cirugía plástica, Dermatología, Medicina nuclear y Oncología. Deberá haber representantes del 50 % de los servicios para considerarse adecuada.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

<u>Responsable</u>	<u>Actividad</u>	<u>Fecha de finalización:</u>
Subcomité del ganglio centinela	Elaboración del proyecto y presentación al plan de ayudas de la DGA	Enero-2007
Subcomité del ganglio centinela	Creación Grupo de Mejora MMC. (GTC)	Febrero-07
Grupo Trabajo Calidad (GTC)	Descripción del proceso.	Febrero-07
G TC	Identificación de los puntos críticos / oportunidades de mejora.	Marzo-2007
G TC	Elaboración de la base de datos y documentos necesarios	Marzo-2007
G TC	Elaboración de la base de datos y documentos necesarios	Abril-07
Subcomité del ganglio centinela	Presentación de la propuesta. Consensuación y aceptación de la guía de práctica clínica	Abril-07
Servicios intervinientes en el proceso del MMC	Implantación	Mayo-07
G TC	Evaluación	Diciembre-07
MMC	Presentación de los resultados obtenidos en el Subcomité del ganglio centinela	Diciembre-07

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Dentro del plan estratégico del Sistema Aragonés de Salud se encuentra la acreditación de los laboratorios conforme a la norma UNE-EN ISO 15189. Con la implantación de este sistema de calidad en el laboratorio se pretende garantizar la mejor utilización de los recursos, garantizar la competencia técnica y por tanto de los resultados, disminuyendo los riesgos derivados de la misma.

Desde hace dos años se viene trabajando en temas de acreditación en nuestro laboratorio general de Hematología del hospital Universitario Miguel Servet a través de los grupos de mejora de la calidad del Servicio de Hematología y Hemoterapia. El grupo de mejora está constituido por personal facultativo, de enfermería, auxiliares y técnicos de laboratorio y posee un reglamento interno de funcionamiento que rige los objetivos y periodicidad de las reuniones de trabajo

Se ha decidido iniciar el programa de adecuación para la acreditación en la unidad de citometría de flujo, tras una evaluación y análisis de los requisitos y la posterior evaluación llevada a cabo por la empresa seleccionada por el SALUD para el apoyo y preparación a la acreditación.

El proyecto general involucra distintos facultativos y servicios de distintos centros y trata de facilitar el intercambio de información y de experiencias entre los profesionales a través de talleres y reuniones conjuntas de trabajo, unificando el esquema de trabajo en todos los laboratorios, (documentación, registros, procedimientos normalizados de trabajo y protocolos), incluyendo la gestión de personal, formación y cualificación.

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

Cumplimentación de la respuesta mensual a las instrucciones dadas por la empresa de asesoramiento externo en la acreditación de Citometría de Flujo

Cumplimentación de estas instrucciones dentro de los plazos de tiempo establecidos

Formación general a todo el personal que trabaja en el Laboratorio de Hematología y especialmente al de la Unidad de Citometría. La empresa consultora apoya la preparación documental para la acreditación. A través del presente proyecto se pretende realizar la formación, información, divulgación en el personal del laboratorio de manera tanto conjunta como individualizada de las normas de acreditación en laboratorios.

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%	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	40%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Análisis de la situación y punto de partida de la unidad objeto de acreditación. Esta actividad ya ha sido realizada durante los meses iniciales de la puesta en marcha del proyecto
2. Formación en conceptos, sistemas de Calidad y norma ISO 15189 a todo el personal involucrado en el área objeto de acreditación. Responsable Dra Recasens, Coordinadora de Calidad Marisa Vela
3. Elaboración de toda la documentación, implantación de todas las actividades, documentos, y registros. Responsable: todo el personal de la unidad objeto de acreditación
4. Reuniones semanales con todos los responsables de calidad de los laboratorios del hospital Miguel Servet y Subdirección Médica de Servicios Centrales
5. Verificación de las actividades emprendidas mediante la realización de auditorías internas para detección de no conformidades o desviaciones de la norma. Responsable: Instrumentos Científicos SL
6. Realización de Auditoría Externa para la acreditación. Responsable ENAC

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Cumplimentación de las instrucciones dadas por la consultora de asesoramiento externo en la acreditación de Citometría de Flujo. Indicador: número de instrucciones cumplimentadas dentro de los plazos de entrega establecidos. Nivel aceptable 97%

Elaboración de talleres de formación para todas las involucradas en el área objeto de acreditación. Indicadores: porcentaje de encuestas de evaluación de los asistentes con resultado satisfactorio. Nivel aceptable >70%; número de personal perteneciente al laboratorio de Hematología formado en seminarios de Calidad. Nivel aceptable:90%

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Enero 2007

Fecha de finalización: Enero 2008

- Elaboración de documentación escrita e implementación: Enero 07- Mayo 07
- Formación a los profesionales en Calidad (cursos, charlas, talleres, documentación: Febrero-Septiembre 07
- Realización de auditoría interna: Junio 2007
- Adecuación de las desviaciones detectadas: Julio-Octubre 2007
- Realización de la auditoría externa: Octubre 2007
- Adecuación o cumplimentación de las no conformidades detectadas para la acreditación: Octubre-Enero 2008

Actividades 2007	E	F	M	A	M	J	Jl	A	S	O	N	D	08
Elaboración de documentación escrita e implementación	x	x	x	x	x								
Realización de auditoría interna						x							
Formación a los profesionales en Calidad		x	x	x	x	x			x				
Adecuación de las desviaciones detectadas							x	x	x				
Realización de la auditoría externa										x			
Adecuación o cumplimentación de las no conformidades detectadas											x	x	x

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
(Segundo año: 2006 / 2007)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

María Jesús Blecua Lis

Profesión

Enfermera - Supervisora de Área - Responsable de Servicio

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. Servicio de Atención al Paciente

Correo electrónico:

mjblecualis@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 55 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	Hospital U. Miguel Servet
Ana Domingo Cadena	Enfermera	CME San José
Javier Moro Lara	Aux. Admvo.	Dirección A.P. Zaragoza 2
Felix Jardiel Taratiel	Técnico F. Adm	Hospital U. Miguel Servet

4 - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- De importancia para los profesionales del Sector, muy especialmente para los trabajadores de primer contacto (Citaciones, Admisión, Información, Atención al Paciente etc) al poder disponer de una herramienta de trabajo de gran utilidad para el desempeño de sus tareas habituales.
- De interés, asimismo, para cualquier otro profesional del Sector al poder consultar un Manual con los procedimientos más comunes, todos ellos de cierta complejidad burocrática en cuanto a los circuitos establecidos, soportes legales en los que se fundamentan etc.
- De utilidad para cualquier trabajador de nueva incorporación a los servicios y unidades de primer contacto
- Herramienta que permitirá ofrecer una mejor información a los usuarios sobre los derechos que les asisten en el acceso a la organización asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón.

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

Resultados del Año anterior 2006

- Se dispone de los materiales correspondientes a 11 BORRADORES sobre los Procedimientos elaborados por el Grupo durante el Año 2006. (Se adjunta como ejemplo Borrador N° 5)
- Tal como se señalaba en el Proyecto anterior, para el presente año 2007, queda pendiente la edición y difusión de los Borradores en un Manual de Procedimientos

6 - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Edición del Manual de Procedimientos de acceso a la Asistencia Sector Zaragoza 2
- Difusión del Manual entre los profesionales interesados en el ámbito del Sector Z 2
- Satisfacción del trabajo realizado por los profesionales que lo utilicen

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

- Edición de los Manuales de Procedimientos
- Distribución entre los profesionales del Sector
- Motivación de los responsables de las Unidades hacia los trabajadores para el uso de los mismos como herramienta de trabajo

Elaboración de encuestas de satisfacción, realización y medición 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 para su monitorización

- Número de reuniones del grupo de trabajo interdisciplinar (AP / AE)
- Número de ejemplares editados
- Número de trabajadores a los que se les ha distribuido
- Evaluación de resultados (Encuestas)

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: 2/01/2007

Fecha de finalización: 31/12/2007

Calendario:

- Revisión definitiva de Borradores : Febrero - Marzo
- Valoración de propuestas de edición por el Grupo: Abril
- Trabajos de editorial: Mayo - Julio
- Distribución del Manual a los profesionales: Agosto - Octubre
- Evaluación de Resultados: Noviembre - Diciembre

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN (3er año)

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**
Angela Pecondón Español

Profesión: FACULTATIVOS ESPECIALISTAS 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

Dado que se trata de una actualización de un proyecto de mejora iniciado en años anteriores **se mantienen** :

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

Después de haber consensuado y elaborado el modelo impreso de derivación (hoja de interconsulta A. Primaria-Reumatología) y de haber realizado una primera presentación (CAP pilotos: San José Norte y Centro, Muñoz Fernández, Torrerramona), en el año 2006 hemos seguido trabajando conjuntamente con los facultativos de AP que participaron en este Proyecto de Mejora en el sentido que hemos llevado a cabo reuniones para recordar su existencia y ampliar difusión.

Pero nos hemos encontrado con algunas dificultades logísticas para su

implantación y puesta en marcha, como ha sido el caso de problemas para colgarlo en la intranet de los centros y estar así accesible para su uso por los facultativos. Por lo tanto no se ha realizado el seguimiento de los indicadores propuestos en el proyecto .

Hemos modificado la estrategia de abordaje en cuanto a concreciones en responsabilidades Y calendario para las tareas.

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%	15%
<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%	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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Dado que se trata de una actualización de un proyecto de mejora iniciado en años anteriores **se mantienen**

- Reuniones con coordinadores CAP de referencia para consensuar soluciones a las dificultades logísticas. **RESPONSABLES:** Todos los miembros del equipo.
- 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. **RESPONSABLES:** Todos los miembros del equipo
- Desarrollo de encuestas para conocer grado de satisfacción del paciente con la atención recibida en nuestras consultas externas de CME San José.
RESPONSABLES: Dr Chesús Beltrán Audera
- Desarrollo de encuestas para conocer grado de satisfacción de los facultativos de AP con el Servicio de Reumatología en los centros referidos. **RESPONSABLES:** Guelbenzu Morte Javier, López Melús Teresa, Portero Uriel Liria, Sanz Rebollo Gloria.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

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												
Calendario:	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2007
Reuniones con coordinadores CAP		■	■			■			■				
Implantación y puesta en marcha			■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Desarrollo y aplicación de encuestas satisfacción paciente						■						■	
Desarrollo y aplicación de encuestas satisfacción de facultativos de AP												■	
Introducción de medidas correctoras													→

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES EULAR 2006 (EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM) EN LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dra ANGELA PECONDÓN ESPAÑOL

Dr F. JAVIER MANERO RUIZ

Profesión

FACULTATIVOS ESPECIALISTAS REUMATOLOGÍA

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

H. U. MIGUEL SERVET (HUMS)

Correo electrónico:

apecondon@salud.aragon.es , fmanero@salud.aragon.es;

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500, extensiones 4131 y 4129

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dña Carmen Arias Juana	DUE	CME SAN JOSE (HUMS)
Dr. Chesús Beltrán Audera	FEA	CME SAN JOSE (HUMS)
Dr. E. Giménez Úbeda	FEA	CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
Dr. F. Jiménez Zorzo	FEA	CE HUMS
Dña E. Legaz Machin	AE	CE HUMS
Dr. J. Marzo Gracia	FEA	CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
M. Medrano San Ildefonso	FEA	CE HUMS
E. Tarongi Mendivil	AE	CE 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 artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune inflamatoria articular crónica que provoca importante discapacidad, morbilidad y mortalidad precoz, lo que tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren.**
- **Su diagnóstico temprano no siempre es fácil y mucho menos en el ámbito de la atención primaria. Esto es debido a la ausencia de pruebas específicas y de criterios diagnósticos (no olvidemos que los criterios que ahora se aplican son criterios de clasificación no demasiado sensibles para diagnosticar la enfermedad de reciente comienzo).**
- **En los últimos años, la demostración de que el tratamiento precoz de las artritis y en concreto de la artritis reumatoide (AR) con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) ofrece mayores posibilidades de modificar el curso de la enfermedad mejorando ostensiblemente su pronóstico con lo que esto supone para la calidad de vida del paciente, ha sido uno de los mayores avances terapéuticos.**
- **Es por ello que es muy importante realizar muy tempranamente una cuidadosa evaluación diagnóstica y pronóstica de estos pacientes para optimizar estrategias terapéuticas.**
- **Se considera que los enfermos con un cuadro articular inflamatorio deben ser remitidos al reumatólogo (y atendidos por éste) lo antes posible, a poder ser antes de las 6 semanas desde el inicio de los síntomas.**
- **Por ello, el diagnóstico precoz y un tratamiento lo suficientemente intensivo que permita alcanzar los mayores beneficios en el menor tiempo posible, constituyen actualmente principios básicos del tratamiento de la AR.**

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

- El objetivo es introducir en la práctica clínica de nuestro servicio la aplicación de los estándares de calidad (recomendaciones) de la EULAR (European League Against Rheumatism) en la asistencia de los pacientes con artritis de reciente comienzo y mejorar así el manejo clínico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana.

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>		40%
<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>		20%
<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

Al igual que otros centros asistenciales de nuestro país, nuestro servicio tiene una "unidad de artritis precoz" (UAP) en la que participan todos los miembros del servicio de reumatología que dan cobertura a la población del sector 2 . En este momento tenemos el compromiso con atención primaria de realizar una primera visita en un plazo no mayor de 15 días a partir de su derivación según unos sencillos criterios de selección. La atención de estos pacientes se realiza en las consultas externas del propio hospital Miguel Servet y en las ubicadas en los CME (San José, y Ramón y Cajal).

LAS MEDIDAS PREVISTAS Y SUS RESPONSABLES SERÁN:

1. **Informar (en tiempo destinado a sesión clínica) al personal del servicio, antes de comenzar, de lo que vamos a realizar y su finalidad.** Responsable: Dra Angela Pecondón Español
2. **Continuar con el envío a los CAP (Centros de Atención Primaria) de recordatorios periódicos del algoritmo de derivación para los pacientes con sospecha de tener algún tipo de artritis.** Responsable: Dr FJ Manero Ruiz.
3. **Mantener agenda especial (ubicada en la consulta) durante todo el 2007 para cita de primera visita en 2 semanas o menos desde el momento de la derivación para los pacientes con sospecha de artritis de reciente comienzo.** Responsables: FEA y personal auxiliar o de enfermería correspondiente a cada consulta.
4. **Realizar un pequeño estudio preliminar para conocer el % de pacientes vistos en el año 2006 con el diagnóstico de artritis reumatoide temprana a los que se les indicó tratamiento con algún FAME dentro de los 3,5 primeros meses de evolución de la enfermedad.**
5. **Realizar protocolo para el diagnóstico, valoración pronóstica, tratamiento y seguimiento de pacientes con artritis de reciente comienzo que recogerá la recomendaciones de EULAR 2006 y de la Actualización 2006 del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre terapia biológica en AR.** Responsables: Dr FJ Manero Ruiz y Dra Angela Pecondón Español.
6. **Presentar y consensuar protocolo que incluya estándares de calidad a los miembros del servicio.** Responsable: Dr FJ Manero Ruiz.
7. **Crear base de datos centralizada con los cuadernillos-protocolo de los pacientes vistos durante año 2007.** Responsable: Dra Angela Pecondón Español.
8. **Cumplimentación de protocolo en cada visita.** Responsable: Facultativo responsable del paciente y personal de enfermería o auxiliar de cada consulta.
9. **Revisión en octubre-noviembre de todos los cuadernillos-protocolo de los**

pacientes con artritis de reciente inicio vistos en 2007.

Responsables: Dras: Angela Pecondón Español y Marta Medrano San Ildefonso.

10. Informar de los resultados de las evaluaciones a los miembros del servicio – grupo de mejora (en tiempo destinado a sesión clínica).

Responsable: Dra: Angela Pecondón Español.

11. Una vez conocidos los resultados de las evaluaciones, discutir/sugerir puntos susceptibles de mejora. Responsables: Grupo de mejora.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Nº total de pacientes con artritis de reciente inicio vistos en el servicio de reumatología a lo largo del 2007.**
- **% de pacientes con sospecha de artritis precoz cuya primera visita fue realizada en el plazo arriba indicado (15 días desde que es derivado por el MAP).**
- **% de pacientes con artritis reumatoide o con alta probabilidad de tenerla (artritis que persiste durante 12 semanas o más aunque no cumpla los criterios de clasificación) que han comenzado tratamiento con algún FAME dentro de los 3,5 primeros meses de evolución de la enfermedad.**
- **% pacientes con AR en los que se ha realizado el seguimiento correctamente (según protocolo basado en recomendaciones-estándares de EULAR)**

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 2007

Fecha de finalización: 2008-2009

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROGRAMA PILOTO DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN DE ACTIVIDAD EN URGENCIAS A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA

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
Gregorio Zarazaga Germes	Pediatra	C Salud Torrero
M ^a Concepción García Jiménez	Pediatra	H. Miguel Servet Zaragoza
Javier López Pisón	Pediatra	H. Miguel Servet Zaragoza
M ^a Inmaculada Serrano Trillo	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Carmen Bosque Gracia	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
M ^a Ángeles García Díaz	DUE	H. Miguel Servet Zaragoza
Natividad Villanúa Périz	DUE	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

- El protocolo de asistencia hospitalaria de las Urgencias de Pediatría es conocido por todo el Servicio de Pediatría (Hospital Infantil) pero no por los Equipos de Atención Primaria de Pediatría del Sector II.
- El porcentaje de casos atendidos en Urgencias derivados por su Pediatra es escaso, siendo la iniciativa familiar el principal origen.
- Se constata la derivación de pacientes desde Atención Primaria para la realización de procedimientos de enfermería que podrían ser aplicados en el Centro de Salud, lo cual implicaría una mayor satisfacción del usuario.
- Se detecta una población de "usuarios frecuentadores de Urgencias"
- En el momento actual no hay constancia de los motivos por los cuales se puede estar realizando un uso excesivo o abusivo de las Urgencias Pediátricas por parte de la población.
- A su vez, existe entre los profesionales la constatación de un elevado y constante incremento de los casos atendidos en Urgencias y la opinión de que un elevado porcentaje de esos casos no son tributarios de ser asistidos en un Hospital terciario o ser casos banales.
- Asumimos que la Educación en y para la Salud sería una buena herramienta para racionalizar el uso de los recursos y no caer en el abuso, pero su realización a gran escala trasciende las posibilidades del clínico.
- Pensamos que una tarea individualizada, cara a cara desde las Unidades de Pediatría de Atención Primaria con los usuarios puede resultar más efectiva y eficiente al incidir sobre la población diana.
- Así hipotetizamos que seleccionar, enviar y compartir la información generada en la atención en Urgencias a los Pediatras del Sector II:
 - puede mejorar la coordinación entre primaria y especializada
 - ayudará a localizar a los grandes usuarios de las Urgencias
 - facilitará la intervención desde primaria
 - ayudará a corregir la perversión del sistema y disminuir la variabilidad en el proceso de derivación
 - dará feedback a los Pediatras de Atención Primaria sobre la satisfacción de las expectativas profesionales al derivar a pacientes (pruebas complementarias, derivación a especialistas, ingresos...)
 - mejorará la atención integral y la continuidad de cuidados
 - facilitará la definición del mapa de procesos en esta área.

Métodos de detección y priorización

- Oportunidad de mejorar la situación mediante consenso de la Unidad de Urgencias y Atención Primaria a través de su representante en el Grupo de Calidad de la Unidad de Urgencias de Pediatría.
- Consenso con las diferentes especialidades pediátricas sobre las actuaciones a realizar en sus pacientes crónicos.

Situación de partida

- El mapa de procesos en atención pediátrica en el Sector II aún no está definido.
- El mayor porcentaje de ingresos es desde Urgencias (superior al 90%).
- El porcentaje de casos atendidos en Urgencias derivados por su Pediatra es escaso, siendo la iniciativa familiar el principal origen.

Posibles causas

- El uso continuado o casi exclusivo de Urgencias por cierta parte de la población puede ser debido a:
 - Enfermedades crónicas que presentan múltiples reagudizaciones
 - Pacientes crónicos o con patologías muy específicas en las que hay indicación de asistencia hospitalaria ante cierta sintomatología (asma, diabetes...).
 - Ausencia de seguimiento adecuado por parte de su Pediatra de zona (ausencia de adhesión a los programas del niño sano, revisiones, vacunaciones...) convirtiéndose en niños no conocidos por su pediatra.
 - Tendencia a derivar ciertas enfermedades o procesos por parte de un grupo de los Pediatras
 - Decisiones familiares: confianza en los mejores medios hospitalarios para el diagnóstico y/ tratamiento; no venir bien de manera habitual los horarios normalizados de asistencia; otras con fines rentistas (justificantes para el trabajo, situaciones de custodias en litigio o muy malas relaciones conyugales o exconyugales de los padres...)

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 coordinación Atención Especializada-Atención Primaria
- Disminuir uso inadecuado de recurso terciario
- Crear un "cuadro de mandos" consensuado sobre qué información generada en urgencias es tributaria de ser enviada a cada Pediatra sobre su cupo, con qué frecuencia y en qué soporte.
- Establecer una línea base de expectativas y satisfacción respecto de las derivaciones a Urgencias entre los Pediatras de Atención Primaria (encuesta de partida) y repetirla tras la intervención (encuesta de resultado).
- Establecer las bases para dar a conocer a la Atención Primaria los protocolos de actuación en Urgencias y que se integren en el proceso de atención en AP a la hora de la decisión de derivación.
- Identificar a los usuarios de urgencias con elevada frecuencia.
- Oportunidad de toma de medidas correctoras respecto de los abusos de esta prestación.
- Actualización y unificación de procedimientos de enfermería urgencia/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	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	10%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	10%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Diseñar encuesta (G. Zarazaga, MC García, J. López Pisón, C. Campos).
2. Definir variables a enviar (G. Zarazaga, MC García, I. Serrano).
3. Definición de pertinencia de derivación (MC García, G. Zarazaga)
4. Definición de tipos hipotéticos de frecuentador/abusador de Urgencias (todo el equipo)
5. Estudiar las características del sistema informático actual (del hospital y el OMI- Atención Primaria) y posibilidad de máxima automatización del proceso.(G.Zarazaga, C. Campos)
6. Selección de Equipos de Pediatría/Pediatras a integrar en estudio piloto como grupo de intervención y otros como grupo control.(G.Zarazaga, MC García)
7. Establecer calendario de revisión de información (todo el equipo)
8. Establecer calendario de remisión de protocolos a Atención Primaria para su revisión e integración en proceso asistencial de derivación a Urgencias. (G. Zarazaga, MC García, I. Serrano, J. López Pisón).
9. Ciclo de mejora tras conclusiones y aprendizaje de 3 ó 6 meses de intervención. (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 para su monitorización

- Realización de encuesta (si/no), estándar 100%
- Nº de casos frecuentadores detectados de los que son informados los EAP Pediátricos, estándar final 80%
- Porcentaje de Pediatras que tras intervención disminuye derivaciones inadecuadas a la mitad en el mismo periodo de tiempo, estándar final 50%
- Porcentaje de frecuentadores detectados que tras intervención disminuye la asistencia a Urgencias a la mitad en el mismo periodo de tiempo, estándar final 50%

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 Dermatóloga. 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:
Hospital Universitario Miguel Servet 976-765500, ext 2720, CME Ramón y Cajal 976-437622, ext 2850

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo	
Mariano Ara Martín	Dermatólogo. FEA	Hospital Miguel Servet	Universitario
Rosa Baldellou Lasierra	Dermatóloga. FEA	Hospital Miguel Servet	Universitario
Rosa Inés García Felipe	Dermatóloga. FEA	Hospital Miguel Servet	Universitario
Nieves Porta Aznarez	Dermatóloga FEA	Hospital Miguel Servet	Universitario
Ignacio Querol Nasarre	Dermatólogo FEA	Hospital Miguel Servet	Universitario
Milagros Sanchez Hernandez	Dermatóloga FEA	Hospital Miguel Servet	Universitario
Estrella Simal Gil	Dermatóloga FEA	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...

- En los últimos dos años el Servicio de Dermatología ha realizado seminarios teórico-prácticos en los CS de Muñoz y Fernández y Canal Imperial, por ser éstos centros donde se había detectado un mayor número de derivaciones inadecuadas. En los seminarios impartidos por los dermatólogos que se desplazaban al CS se han tratado los temas dermatológicos de más frecuente presentación, también se les ofrecía a los médicos de dichos centros que previa programación pudieran rotar por las consultas de Dermatología, hasta el momento actual solo una médico del CS Muñoz y Fernández ha rotado por las consultas de dermatología el resto de los facultativos ha comentado falta de tiempo para acudir a las mismas, y problemas internos de reorganización por coincidir con los acoplamientos de la OPE de Atención Primaria. Se adjunta programa de seminarios impartidos.
- A pesar de que no disponemos de datos cuantitativos, si que hemos detectado una mejor derivación de los CS donde se han realizado los seminarios, y ha sido beneficioso para ambos estamentos tener una relación más personalizada. Para el año 2007 tenemos programado realizar la misma actividad en el CS Fernando El Católico, en la actualidad con una derivación muy elevada e inadecuada en muchos casos.
- También llevamos observando en los últimos años la inadecuación de derivación en los pacientes enviados como preferentes, por lo que este año hemos añadido en los seminarios un tema sobre "Derivaciones preferentes en Dermatología", con lo cual queremos mejorar este tipo de derivación.

Posibles causas:

- Desconocimiento por parte de algunos médicos de Atención Primaria de parte de la patología dermatológica (lo que saben diagnosticar y tratar no lo derivan, ej. Herpes zoster).
- Disposición de poco tiempo en las consultas de Atención Primaria.
- Petición del paciente de ser atendido en las consultas de Dermatología.
- Respecto al envío de un paciente con carácter preferente:
 - Insistencia del paciente.
 - Patología dermatológica de leve complejidad.
 - Listas de espera elevada para primeras visitas, lo que hace que priorize 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

-
- Mejora en las derivaciones de pacientes de primera visita de los CS Muñoz y Fernández y Canal Imperial donde se han realizado los seminarios.
-
- Mejora en la relación entre Atención Primaria y Atención Especializada al conocerse los facultativos y conocer los centros de salud.
-
- Mejora en la derivación de pacientes preferentes, objetivado por la recogida de datos que se ha llevado a cabo por el servicio, comparándola con una previa realizada en el año 2002, donde se considera adecuada la derivación de pacientes preferentes en una 25% y en este estudio del año 2006 en un 42%, resultados estos todavía muy alejados de los objetivos del Servicio.
-

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1º- Mejorar la relación entre profesionales de Atención Primaria/ Atención Especializada.

2º Actualizar los conocimientos sobre patología dermatológica a los facultativos de Atención Primaria.

3º Mejorar y disminuir las derivaciones de pacientes preferentes.

4º.- 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%	15%
<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%	15%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	50%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Continuar con la programación de seminarios en el CS de Fernando El Católico, Responsables: Dra. Zubiri, coordinador del CS Fernando El Católico y resto de facultativos del Servicio de Dermatología.
-
- Programar rotaciones de los médicos de Atención Primaria en las consultas de Dermatología. Responsables: Dra. Zubiri y coordinador del CS Fernando El Católico.
-
- Realización de las rotaciones. Responsables: Facultativos del Servicio de Dermatología.
-
- Programación de la actividad. Responsables: Dra. Zubiri, Coordinador del CS Fernando El católico, Subdirector de Atención Primaria, Subdirectora de Servicios Quirúrgicos Hospital Miguel Servet.
-
- Iniciar para el próximo año seminarios y rotaciones en otro centro de salud . Responsables: Dra. Zubiri, Subdirector de Atención Primaria, Subdirectora Médica de Servicios Quirúrgicos.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Número de seminarios realizados.
- Disminución de la derivación a las consultas de Dermatología del CS Fernando El Católico.
-

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:

Enero: Se vuelve a ofertar al CS Canal Imperial la posibilidad de rotar por las consultas de Dermatología antes de iniciar dicha actividad con el CS Fernando El Católico (los facultativos comentan su dificultad en realizar esta actividad ya que no disponen de tiempo libre para ello).

Febrero: Iniciar conversaciones con el Subdirector de Atención Primaria, la Subdirectora Médica de Servicios Quirúrgicos y el coordinador de CS Fernando El Católico para iniciar la programación de seminarios y rotaciones por las consultas de Dermatología.

Recogida de datos de pacientes derivados del CS Fernando El católico a la consulta de Dermatología.

Marzo, abril, mayo, septiembre y octubre. Realización de seminarios y planificación de las rotaciones de los médicos del CS Fernando El Católico por las consultas de Dermatología.

Noviembre: Recogida de datos de pacientes derivados del CS Fernando El Católico y estudio de resultados

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
Javier Povar Marco

Profesión
Médico de Urgencias. Coordinador de Urgencias.

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

Correo electrónico:
jpovar@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976765500 ext.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Miguel Moreno Pascual	Intensivista. Jefe de Servicio de la UCI	H. Universitario Miguel Servet
Gregorio Moyano	Cardiología Clínica. Jefe de Sección de Cardiología.	H. Universitario Miguel Servet
Joaquín Joven Lafont	Intensivista. Médico adjunto de UCI coronarias	H. Universitario Miguel Servet
Jorge Sanclemente Sáez	Médico de Urgencias- UME. Médico adjunto del 061	061
Andrés Dominguez Aragón	Médico adjunto de Rehabilitación	H. Universitario Miguel Servet
Jose Antonio Diarte	Cardiólogo Intervencionista Médico adjunto de Cardiología.	H. Universitario Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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 nuestra Comunidad Autónoma, en relación con el envejecimiento de la población.

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. 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.

Por estos motivos, el Hospital Universitario Miguel Servet ha seleccionado el Proceso del Infarto Agudo de Miocardio entre los procesos clave sobre los que comenzar a implantar la Gestión por Procesos en el hospital. Durante el año 2006 los componentes del equipo de este proyecto recibieron formación específica en Gestión por Procesos y diseñaron la arquitectura del Proceso del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST.

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. El diseño de la arquitectura del Proceso del IAM en el hospital Miguel Servet ya contempla el Proyecto TRIAMAR en el momento de seleccionar la estrategia de reperfusión.

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

El objetivo fundamental de la puesta en marcha del Proceso del IAM es garantizar la continuidad de la asistencia, intentando eliminar las interfases entre las actuaciones de los profesionales y las actuaciones que no aportan valor añadido.

El diseño del Proceso ha tenido en cuenta las recomendaciones clínicas actuales con sus grados de evidencia, de modo que se espera mejorar de forma global la práctica clínica de los profesionales implicados.

Por último, se pretende implicar cada vez más a los profesionales en la gestión del proceso, difundiendo los resultados de las evaluaciones de indicadores y favoreciendo su participación y sus aportaciones para la mejora permanente del Proceso.

7. RELACION 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>	20%
<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

- 1.- Terminar la redacción definitiva del documento del Proceso del infarto de miocardio en el HUMS
- 2.- Definir los responsables de proceso y de los subprocesos
- 3.- Definir los indicadores del proceso y de los subprocesos
- 4.- Realizar la primera evaluación de indicadores en el primer trimestre de 2007
- 5.- Analizar los resultados y plantear medidas de mejora
- 6.- Realizar la segunda evaluación de indicadores en el tercer trimestre de 2007

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

La evaluación se realizará mediante un audit de un número significativo de historias clínicas de pacientes con IAM, seleccionadas al azar.

Además de los indicadores que se decida utilizar para el seguimiento de cada subproceso, se monitorizarán al menos los siguientes indicadores recomendados por la AHA (*Krumholz HM, et al. ACC/AHA clinical performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction. JACC 2006; 47: 236-265.*):

1. Administración de AAS al ingreso
2. Prescripción de AAS al alta
3. Administración de betabloqueantes al ingreso
4. Prescripción de betabloqueantes al alta
5. Determinación de colesterol LDL
6. Indicación de tratamiento hipolipemiente al alta
7. Prescripción de IECA (o inhibidores ARA II) en pacientes con disfunción ventricular
8. Tiempo puerta-aguja en pacientes con indicación de fibrinólisis
9. Tiempo puerta-balón en pacientes con indicación de angioplastia.
10. Tasa de tratamiento de reperfusión (fibrinólisis o angioplastia) en pacientes elegibles
11. Tratamiento o consejo para deshabituación tabáquica

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: 1-2-2007

Fecha de finalización: 31-12-2007

Calendario:

Definir los responsables de proceso y de los subprocesos	Febrero 2007
Definir los indicadores del proceso y de los subprocesos	Febrero 2007
Terminar la redacción definitiva del documento del Proceso del infarto de miocardio en el HUMS	Marzo 2007
Difusión del documento definitivo del Proceso	Marzo-Junio 2007
Realizar la primera evaluación de indicadores	Marzo 2007
Analizar los resultados y diseñar medidas de mejora	Abril 2007
Aplicar medidas de mejora	Abril-Noviembre 2007
Realizar la segunda evaluación de indicadores	Noviembre 2007

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Edición de cuadernos y otros materiales informativos para reuniones y talleres interdisciplinarios.	1.000
Asistencia a cursos, congresos, etc, relacionados con el proyecto	1.200
TOTAL	2.200

Fecha y firma:

Zaragoza, 30 de Enero de 2007

Fdo. Javier Povar Marco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

La Información Clínica en las Solicitudes al Servicio de Microbiología como herramienta de Mejora de la Calidad

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: María José Revillo Pinilla

Profesión: Jefe de Servicio de Microbiología

Lugar de trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet

Correo electrónico: mjrevillo@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765 542, 976 765 500 ext. 2442

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
P. Egido	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
A. Rezusta	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a L. Marco	Jefe de Sección de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a L. Aisa	Jefe de Sección de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a A. Lezcano	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
E. Lomba	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
C. Marne	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
G. Martín	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
A. Martínez-Sapiña	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
B. Moles	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M. Omeñaca	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
L. Roc	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M.C. Villuendas	FEA de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet

M. Arias	FIR Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
P. Palacian	MIR Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
M.L. Monforte	MIR Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
M.C. Nieto	FIR Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
M.I. Cameo	MIR Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
M ^a Dolores Yagüe	Supervisora Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
M ^a Dolores Sabaté	Enfermera Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
M ^a Luisa García	Enfermera Microbiología	Hospital Miguel Servet	Universitario
Pilar Martínez	Auxiliar Administrativo Microbiología	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...

La Microbiología y Parasitología clínica tiene por objeto el estudio de los microorganismos que tienen relación con la especie humana. El hombre enfermo, o portador de infecciones o enfermedades infecciosas, es el eje central de la actuación del microbiólogo clínico para su diagnóstico, estudio epidemiológico y orientación terapéutica. Una parte importante de la actividad del microbiólogo clínico se centra en el Laboratorio de Microbiología, cuya tecnología y métodos de trabajo son diferentes de otros laboratorios clínicos, y se proyecta a la clínica para una mejor solución de los problemas de salud.

El médico que solicita una prueba al laboratorio, confía en que el microbiólogo le facilite información sobre cuál es la más apropiada en cada caso y un resultado que le permita tomar una decisión clínica. Para que el resultado de la prueba diagnóstica sea adecuado, el laboratorio debe proporcionar normas específicas para la recogida y transporte de las muestras.

Ese médico también espera una respuesta rápida, que contribuya a la toma de decisiones en aquellas situaciones clínicas que así lo requieran. Por ello, el sistema informático debe permitir el acceso a los resultados, tanto preliminares como definitivos, por parte del profesional que presta la asistencia, de la forma más rápida posible.

El clínico, espera del laboratorio de microbiología, no solo una identificación y antibiograma de un aislamiento microbiológico, o los valores cuantitativos de estudios serológicos; sino también, una interpretación de los resultados emitidos por el microbiólogo: si la flora es normal o patológica, si la muestra es representativa de la lesión, si la sensibilidad de la bacteria tiene alguna característica epidemiológica especial y si los valores de antígenos y anticuerpos son indicativos de una determinada enfermedad en un paciente concreto.

El médico, también espera recomendaciones sobre la necesidad de nuevos estudios complementarios cuando las circunstancias así lo requieran.

Sin embargo, para que el microbiólogo pueda desarrollar estas funciones, es imprescindible conocer con precisión el origen y tipo de muestra, el diagnóstico clínico de sospecha, los síntomas y signos, así como la administración previa de antibióticos para una correcta interpretación de los resultados.

Cuando una muestra es enviada al laboratorio se acompaña de un volante de petición en el que se solicitan servicios incluidos en la cartera de servicios. En función de los datos clínicos y/o demográficos el microbiólogo puede, y a veces debe, variar las determinaciones a realizar, basándose en la evidencia científica y su experiencia, evitando estudios innecesarios o añadiendo determinaciones no solicitadas que aceleren o garanticen el diagnóstico.

Por otra parte, el trabajo microbiológico requiere en la mayoría de las ocasiones realizar "determinaciones en cascada" (el resultado de una determinación conlleva la

realización de otra u otras). La acción en casada supone una mayor eficiencia en el uso de los recursos para obtener un resultado relevante para el paciente, una disminución de riesgos para el paciente, menos extracciones e informes incompletos.

Por todo lo anterior, se deduce la imperiosa necesidad de conocer los datos de situación clínica del paciente. En el caso de que esta información no se aporte se derivan las siguientes situaciones:

- Imposibilidad de valorar la adecuación de la solicitud
- Dificultad de interpretación microbiológica del resultado
- Imposibilidad de intervenir en el control del gasto a través de la no realización de determinaciones irrelevantes

No hay datos sobre las causas de esa reticencia de los facultativos a cumplimentar ese apartado aunque podrían barajarse varias, a saber,

- Impresión de que el volante de solicitud es "burocracia".
- Falta de valoración de la importancia de los datos clínicos en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas
- Falta de consenso en los criterios de rechazo

Las fuentes de información para la realización de este estudio son los volantes de petición de Microbiología.

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 el nº de solicitudes sin datos clínicos apropiados, y su porcentaje sobre el total de solicitudes.
- Conocer el nº de solicitudes con datos demográficos y clínicos relevantes y su porcentaje sobre el total de solicitudes, que conllevan o
 - una modificación en la solicitud para su adecuación,
 - la tramitación de la solicitado por la adecuación de los datos a las peticiones realizadas
- Conocer el retraso en días que conlleva para algunos estudios la falta de datos clínicos o demográficos
- Conocer el costo de las determinaciones consideradas innecesarias que se derivan de una correcta información clínica
- Mejorar la cumplimentación de los datos clínicos en nuestros volantes por parte de los médicos peticionarios
- Mejorar la adecuación de los resultados a la situación clínica del 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	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	30%	40%

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%	10
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	40%
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Conocer, en todas las áreas funcionales, el nº de volantes sin datos clínicos respecto al total de volantes recibidos
Responsable: Facultativo responsable del área funcional.
2. Conocer los servicios y, si es posible los facultativos, solicitantes sin datos suficientes.
Responsable: Facultativo responsable del área funcional.
3. Conocer las solicitudes (estudio de prevalencia) que:
 - Contienen datos clínicos, para saber:
 - Si es adecuada la petición realizada; no será necesario modificar las determinaciones a realizar.
 - Si no es adecuada: registrar el aumento o disminución de determinaciones que conlleva y su coste económico
 - No contienen datos clínicos, para saber:
 - Cuantificar los retrasos diagnósticos por requerimiento de información complementaria al médico responsable del paciente.
 - El nº de muestras rechazadas por esta causa
 - El nº de informes sobre los que no se tiene garantía sobre su relevancia clínica
 Responsable: Facultativo responsable del área funcional.
4. Análisis de los resultados obtenidos:
Responsable: Pilar Egido, María José Revillo y Facultativo responsable del área funcional
5. Aportar datos objetivos –basados en los datos obtenidos- al responsable del servicio peticionario y sus miembros la necesidad de incluir datos de la historia clínica en los que se basa la solicitud a Microbiología.
Siempre que sea posible se realizaran reuniones para llevar a cabo esta acción, en las que además se tratará de detectar defectos de comunicación entre facultativos que pueden afectar al resultado para el paciente
Responsable: Pilar Egido y Facultativos responsables de áreas funcionales
6. Reevaluación del nº de solicitudes sin datos clínicos respecto al total, inmediatamente después de la actuación
Responsable: Facultativo Responsable del área funcional

7. Reevaluación del nº de solicitudes sin datos clínicos respecto al total, en diciembre de 2007.
Responsable: Facultativo Responsable del área funcional
8. Trasladar los resultados iniciales y las mejoras conseguidas a los distintos profesionales y servicios.
Responsable: María José Revillo, Pilar Egido y Facultativos Responsables de áreas funcionales

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Conocer la situación actual mediante análisis por servicios del cumplimiento de rellenado de datos clínicos antes de establecer las reuniones con facultativos y servicios.
- Indicador 1:
(Nº de volantes sin datos clínicos/ Nº de volantes totales recibidos)*100, en un día determinado aleatoriamente; en tres momentos diferentes: inicio, tras la actuación y al final del período
Resultado esperado: Descenso del número de solicitudes sin datos clínicos y mantenimiento de éste al final del período.
- Indicador 2:
(Nº de volantes con datos clínicos con modificación de determinaciones/Nº total de volantes con datos clínicos)*100, en un día determinado aleatoriamente; en tres momentos diferentes: inicio, tras la actuación y al final del período
Resultado esperado: Disminución de la realización de determinaciones irrelevantes y cuantificar el incremento de determinaciones relevantes
- Indicador 3:
Nº total de días de retraso por falta de datos menos el nº total de días necesarios para emitir informe según cartera de servicios; en tres momentos diferentes: inicio, tras la actuación y al final del período
Resultado esperado: Descenso del número de días y mantenimiento de éste al final del período
- Indicador 4:
Coste en €: Nº de determinaciones irrelevantes x coste determinación.
Resultado esperado: Descenso del coste y mantenimiento de éste al final del período

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 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Caleandario:

Febrero 2007: Análisis por servicios del cumplimiento del volante de solicitud, datos clínicos

Marzo 2007: Monitorización de volantes

Mayo 2007: Actuación con los servicios

Junio 2007: 2ª evaluación

Noviembre 2007: 3ª evaluación

Diciembre 2007: Traslado de la información a los servicios peticionarios

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 II"

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: Supervisora Unidad F.

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:
976.76.55.00 Ext.: 1661 y 976 765573

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Abadía Lucea	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Carmen Asensio Manero	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Mercedes Mesa Pérez	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Sonia Nadal Carrilero	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Carlota Vinues Salas	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Elena Julián Francés	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Patricia PLa García	Enfermera	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Candido Villalvilla Martínez	Enfermero	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Juan Tomás Murgadas	Enfermero	Hospital Miguel Servet. Zaragoza
Pilar Tamés Rodríguez	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 2007 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 y 2006, siendo necesario la continuación del trabajo a largo del año 2007.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2007 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.

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave de "especial seguimiento" atendiendo a indicadores como reingresos hospitalarios y falta adherencia asistencial.

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 con cita 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:

Caleandario:

Febrero 2007 coordinación y análisis de datos del pasado año.

Septiembre 2007 reunión de seguimiento del Proyecto.

Diciembre de 2007 sesión de trabajo de todos participantes, para evaluación general y publicación del trabajo realizado.

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 de los Centros de Salud dependientes del Sector de Zaragoza II ”

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ascensión Mercedes GIL SAMPIETRO

Profesión

Aux.Administrativo - 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
ANDRÉS COLL, Elena	Aux.Admo.	H.U."Miguel Servet" SUMINISTROS
BENITO BENITO, Yolanda	Aux.Admo. Jefe Equipo	H.U."Miguel Servet" SUMINISTROS
BERNAL CARRILERO, Angeles	Gestión	H.U."Miguel Servet" SUMINISTROS
BLANCO LARROSA, Pilar	.Admón. Jefe Grupo	H.U."Miguel Servet" SUMINISTROS
MARTINEZ GARCIA, Eloina	Gestión Jefe Servic	H.U."Miguel Servet" SUMINISTROS
PEREZ SERRANO, M ^a Jesús	Gestión	H.U."Miguel Servet" SUMINISTROS
VILLAR ARNAL, M ^a Teresa	Enferme Supervis. Recursos Materiales	H.U."Miguel Servet" SUMINISTROS

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...

Nuestro proyecto pretende seguir las propuestas del Plan Estratégico del H.U.M. Servet para el ciclo 2005-2008, y continuar el trabajo iniciado en nuestro proyecto del 2006, centrándonos en las líneas estratégicas siguientes:

- 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 el Servicio de Suministros y Centros de Salud dependientes de Sector Zaragoza II
- 8. Incrementar el impacto en la sociedad** . Punto 8.4. Promover la política medioambiental.

En Enero del año 2006 comenzó a funcionar el Sector sanitario Zaragoza II como entidad única económico-administrativa. Este concepto supuso la unificación de los Servicios de Suministros y Logística en uno sólo situado en el H.U.Miguel Servet, Con la finalidad de racionalizar la política de compras, reducir y unificar el catálogo de referencias y disminuir los costes, al optimizar también la gestión logística con respecto a los proveedores. En cifras, el volumen total de partidas efectuadas ascendió a 1873 con los 86 GFH (Grupo funcional homogéneo) existentes. Por un importe total de 2.158.678 € correspondiendo a gasto directo 313.544€, material almacenaje 1.636.000€ Y 209.134 € de material de Inversiones.

Después de 1 año de funcionamiento considera necesario aumentar la efectividad de los procesos e incorporar las mejoras realizadas en el ámbito del H.U.Miguel Servet a la Atención Primaria y así lograr una continuidad en los procedimientos utilizados beneficiándose también los centros que ahora dependen de nuestros servicios.

Detectado desde el Servicio de Suministros el descontento por parte de los responsables de los centros y dado que actualmente el sistema de comunicación es únicamente por teléfono o fax. Teniendo en cuenta la problemática existente con los teléfonos tanto en el Hospital como en los Centros de Atención Primaria y aprovechando los recursos informáticos existentes se elaborara un grupo de correos electrónicos de los Centros de Atención Primaria, dado que no hay conexión con el sistema GEB, y un correo en el Servicio de Suministros, con el que se mantendrá el contacto. Diseñar y consensuar un modelo personalizado, con el que deban solicitar las peticiones.

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

Con respecto a los clientes internos del Hospital, están creadas las bases de datos al 100%, la utilización del correo electrónico, se limita de momento a la consulta de ofertas, incidencias puntuales de pedidos, estimándose en un 10%, dado que les cuesta introducirse en este sistema, incluso prefieren hacerlo personalmente. Situación que no se puede dar con Primaria.

Con respecto a los proveedores, se han creado 334 altas nuevas, existiendo en la actualidad 4.175 proveedores, de los que se enviaron solicitud de datos a 650 que son los que hemos mantenido contacto en los tres últimos años, recibida la contestación de 620. Introduciendo en este momento los datos. Observándose, que el porcentaje de utilización será grande.

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mayor agilidad en la comunicación y menor tiempo de respuesta. Pasar del uso del teléfono, fax, correo ordinario a la utilización del correo electrónico.
- Recepción de las peticiones y detectar las incidencias en 24 horas.
- Iniciar el procedimiento de adquisición ó derivación de las solicitudes en las 24 horas siguientes a la petición.
- Descarga de las líneas telefónicas y del fax.
- Mejora del grado de satisfacción de los clientes internos al agilizar las comunicaciones y la personalización de las mismas.
- Compromiso con el Medio Ambiente, por medio de la disminución del consumo de:
 - Papel, sobres
 - Trabajo de personal auxiliar en la elaboración de escritos
 - Descarga de la presión en el registro (eliminación de correspondencia externa

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%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	40%
<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. Comprobación y actuación de las herramientas informáticas en cada centro anexo. Responsable : M^a Angeles Bernal
2. Creación de una base de datos con los correos electrónicos de los profesionales implicados y el protocolo de mantenimiento de las mismas. Responsable: Ascensión Mercedes Gil Sampietro y Elena Andrés
3. Implantación de un correo electrónico, general en el Servicio de Suministros, para canalizar todos los correos recibidos desde los centros: Responsable Yolanda Benito.
4. Diseño del modelo personalizado de petición Responsable: Eloina Martinez
5. Información y consenso con los coordinadores de Atención Primaria. Responsable: Ascensión Gil Sampietro y Eloina Martinez.
6. Coordinación y puesta en marcha del procedimiento entre el Servicio de Suministros y los Centros de Atención Primaria, Responsable: M^a Jesús Pérez

7. Coordinación con el Almacén del procedimiento las peticiones que se deban suministrar desde el Almacén y facilitar los medios a los coordinadores para corregirse los errores.-Responsable: Pilar Blanco Larrosa
8. Diseño y puesta en marcha de una encuesta para los clientes internos del nivel de satisfacción del nuevo sistema a los tres meses de la implantación, y una segunda encuesta a los seis meses, después de subsanadas las incidencias planteadas en la primera. Responsable: M^a Teresa Villar, M^a Angeles Bernal y Blanco Larrosa. Pilar

9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Base de datos actualizadas (n° de direcciones de correo electrónico de los responsables de los centros)
2. Nivel de utilización del correo mensualmente, n° de solicitudes por este sistema, resoluciones, n° de incidencias.
3. Contabilizar el nivel de satisfacción de los clientes internos. Porcentajes según resultado de las encuestas de satisfacción.

10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Marzo 2007

Fecha de finalización: 31 de Diciembre 2008

Calendario:

Actividades 2007	E	F	M	A	M	J	Jl	A	S	O	N	D
Actividad nº 1	x	x										
Actividad nº 2	x	x										
Actividad nº 3	x	x										
Actividad nº 4		x	x	x								
Actividad nº 5				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Actividad nº 6						x	x	x	x	x	x	x
Actividad nº 7						x	x	x	x	x	x	x
Actividad nº 8									x	x	x	x

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

"AMPLIACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA DE LA ASISTENCIA DEL ICTUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS"

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **M^a Belén Gros Bañeres**

Profesión **FEA-(Médico Urgencias Hospitalarias)**

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

Correo electrónico: **belgros@comz.org**

Teléfono y extensión del centro de-trabajo: **976765500—2506--2502**

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
ROSA ALVAREZ OLIVA	DUE	H. U. MIGUEL SERVET
BERTA VIÑADO OTEO	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JUAN IGNACIO LOPEZ GASTÓN	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
RAQUEL ALARCIA ALEJOS	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JORGE ARTAL ROY	MIR	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 RODRÍGUEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
LUIS MANUEL CLARACO VEGA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JOSE MIGUEL FRANCO SOROLLA	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JAVIER GIL DE BERNABÉ LOPEZ	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
JAVIER POVAR MARCO	FEA	H. U. MIGUEL SERVET
ANA HERRER CASTEJÓN	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	0.6.1
ELENA RICARTE URBANO	FEA	H. U. MIGUEL SERVET

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Los ictus suponen 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. Además el ictus es la causa más importante de discapacidad en el adulto y en las personas mayores es la causa fundamental de discapacidad que conduce a la institucionalización.

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, 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. En los 2 primeros años de funcionamiento en nuestro centro del código Ictus para el tratamiento de los pacientes en fase aguda (primeras 6 horas), han recibido tratamiento fibrinolítico 40 pacientes. Si bien la estimación para nuestro centro de pacientes susceptibles de dicho tratamiento es de 35-50 casos/año.

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 OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Las actividades desarrolladas durante el año 2006 nos han permitido analizar la situación del problema en nuestro Servicio. Hemos utilizado como fuentes de información los datos del registro REGICTUS.

La medida de los indicadores realizada nos ofrece una visión objetiva de la situación de partida, en algunos de los indicadores, nuestros resultados se alejan de los estándares recomendados por la literatura.

Se han realizado 40 fibrinolisis desde Noviembre de 2004 a Noviembre de 2006.

En Tiempo puerta-médico de urgencias el tiempo promedio fue de 6 min si bien en el 16,8% de los casos superó el estándar de 10 min marcado como objetivo prioritario.

El tiempo puerta-TAC fue en promedio de 58 min (estándar 30-45 min).

El tiempo puerta-aguja fue de 83 min (estándar 60 min).

El tiempo puerta-neurologo fue de 30 min para los pacientes fibrinolisados (estándar 15 min) y de 98 min para los restantes.

El tiempo puerta-planta fue de 3,8 horas para los pacientes fibrinolisados (estándar 3 horas) y próximo a 16 horas para los restantes.

El análisis de las causas por el equipo de mejora ha detectado como las más importantes las deficiencias en el sistema de triaje, la demora en la obtención de los resultados analíticos, los retrasos en la toma de decisiones terapéuticas y en la ubicación del paciente en cama de ingreso definitivo (UCI/U. Ictus/Planta). Asimismo también se detecta falta de conocimiento de la implantación y funcionamiento del protocolo del código ictus elaborado por el grupo de gestión por procesos por numerosos profesionales del propio hospital y sobre todo en ciertos ámbitos de Atención Primaria. Así como cierta falta de fluidez en la coordinación con los demás servicios implicados en la asistencia al paciente con ictus.

6.- 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 fibrinólisis
- 4.- Mejorar la coordinación con la fase asistencial prehospitalaria (Atención Primaria, Sistema de Emergencias Prehospitalarias, 061).
- 5.- Incrementar la colaboración con los Servicios Hospitalarios implicados en la atención urgente del ictus (Servicios de Neurorradiología, Hematología (Hemogramas/coagulación) Cuidados Intensivos y 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%	
<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>	30%	
TOTAL	100%	

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:

Ana Herrer Castejón	Fernando Gracia Federio
Patricia Palazón Saura	Rosa Alvarez Oliva
Javier Povar Marco	

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

Responsables: Eduardo Bustamante Rodríguez
 José Miguel Franco Sorolla Cristina Garcés Sanjosé
 Javier Gil de Bernabé López M^a Angeles Javierre Loris
 Beatriz Casado Ramón

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

Responsables: Rafael Marrón Tundidor
 Elena Ricarte Urbano M^a Angeles Cortes Gracia
 Concepción Ascaso Martorell

4.- Coordinación con Atención Primaria.

Responsables: Federico García Saiz Pilar Pascual Ezquerro
 Pedro Parrilla Herránz. Carmen Cebolla Garcia
 Alberto Valls Garcia

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

Responsable: Antonio Requena López
 Concepción Ascaso Martorell

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

Responsable: José Luis Omiste Martínez
 Luis Manuel Claraco Vega.
 Berta Viñado Oteo

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 2007: Difusión del material de apoyo, Actividades formativas y de refuerzo del sistema de triaje y del proyecto de gestión por procesos del paciente con ictus.

Segundo trimestre 2007: Actividades formativas a residentes y enfermería y personal nuevo del servicio.

Tercer trimestre 2007: Programar reuniones con el Sistema de Emergencias Prehospitalarias (061), Atención Primaria y difusión a nivel de atención Primaria de la asistencia al paciente con ictus.

Cuarto trimestre 2007: Programar reuniones con los Servicios de Cuidados Intensivos, Hematología, Neurroradiología y de Neurología.

Evaluación de indicadores

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

DISEÑO DEL PROCESO EPOC AGUDIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Enrique CHACON VALLES

Profesión

Médico. Responsable de calidad del Servicio de Neumología

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Neumología.

Correo electrónico:

enri559@separ.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 ext. 1930

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Dr. S. Bello Dronda	Jefe de Servicio de Neumología	H. Universitario Miguel Servet
M ^a . Jesús Lorente	DUE Supervisora del servicio de Neumología	H. Universitario Miguel Servet
Dr. J. Arribas Barcelona	FEA Neumología	H.UMS, CME San José
Dr. J.A. Domingo Morera	FEA Neumología	H.UMS, CME R y Cajal
Dr ^a . B. Gallego Carrión	FEA Neumología	HUMS. S ^o . Neumología
Dr ^a . M ^a . A. Gotor Lázaro	FEA Neumología	HUMS. S ^o . Neumología
Dr ^a . Inés Herrero Labarga	FEA Neumología	HUMS. S ^o . Neumología
Dr. J.M. Marín Trigo	FEA Neumología	HUMS. S ^o . Neumología
A. Bellosta Zapata	DUE Neumología	HUMS. S ^o . Neumología
Gloria Palacios	DUE Neumología	HUMS. S ^o . Neumología
Elvira Martínez	DUE Neumología	H.UMS, CME R y Cajal
Dr. J.M. Franco Sorolla	FEA de Urgencias	HUMS. S ^o . de Urgencias
Dr. Rafael Marron Tundidor	FEA de Urgencias	HUMS. S ^o . de Urgencias
Dr. Victor Gonzalez	J. Sección UCI	HUMS. S ^o . De cuidados I.
Dr. A. Tejada Artigas	FEA UCI	HUMS. S ^o . De cuidados I
Dr. G. Alvarez	FEA de M. Interna	HUMS. S ^o . de M. Interna
Dr ^a . Martinez-Heras	FEA de M. Interna	HUMS. S ^o . de M. Interna

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...

De todas las enfermedades respiratorias, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) agudizada, es sin duda la más frecuente. El GRD más frecuente de todos los del HUMS en los últimos años, tras el parto es el 541 (trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis y asma, con complicación mayor). El siguiente GRD en nuestro Servicio es el 88, que agrupa a EPOC. Suponen, sobre todo el primero de ellos (541), un muy importante consumo de recursos (Peso Relativo > 2), y entre ambos superan todos los años nada menos que el 30% de nuestros ingresos. La estancia media de estos 2 GRDs más prevalentes en los nueve primeros meses de 2006 ha sido:

- GRD 541: 11,73 días (grupo 4: 9,60 días). Peso: 2,4392
- GRD 88: 9,22 días (grupo 4: 7,78 días). Peso: 1,2016

Ambos han causado unas estancias de 3132 y 1070 días respectivamente y se incluyen entre los 20 mas frecuentes de HUMS (ocupan los lugares 3 y 13 respectivamente).

Por otro lado, el Sector Zaragoza II ha diseñado durante 2006 la normas para la aplicación de la gestión de procesos, ya que constituye una línea estratégica del hospital y está en marcha un proyecto directivo derivado de la evaluación EFQM para impulsar la gestión de procesos.

Por estos motivos, los servicios clínicos más implicados en la atención a pacientes con esta patología, impulsados desde el servicio de neumología del HUMS, han seleccionado el Proceso EPOC entre los procesos clave sobre los que comenzar a implantar la Gestión por Procesos.

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

El objetivo fundamental de la puesta en marcha del Proceso del EPOC es garantizar la continuidad de la asistencia, intentando eliminar las interfases entre las actuaciones de los profesionales y las actuaciones que no aportan valor añadido.

Como objetivo secundario el disminuir el número de ingresos y la estancia media, que disminuirán las estancias causadas.

El diseño del Proceso tendrá en cuenta las recomendaciones clínicas actuales con sus grados de evidencia, de modo que se espera lógicamente mejorar de forma global la práctica clínica de los profesionales implicados.

Así mismo, se pretende coordinar de una manera efectiva e implicar cada vez mas a

los profesionales en la gestión del proceso, difundiendo los resultados de las evaluaciones de indicadores y favoreciendo su participación y sus aportaciones para la mejora permanente del Proceso.

Y por último y no menos importante incorporar las dimensiones de las expectativas del paciente y su satisfacción a la asistencia recibida en cada una de las fases del proceso.

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%	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%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Formar en gestión de procesos a las personas implicadas en el proyecto
- 2.- Definir los equipos de proceso y subproceso.
- 3.- Designar los responsables de proceso y de los subprocesos
- 4.- Elaborar el mapa del proceso y subprocesos.
- 5.- Descripción de los procedimientos / vías clínicas y otras actuaciones
- 6.- Definir los indicadores del proceso y de los subprocesos
- 7.- Realizar la primera evaluación de indicadores en el primer trimestre de 2008

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Equipos de proceso y subprocesos designados.
2. Mapa del proceso y subprocesos elaborados
3. Procedimientos elaborados para cada subproceso.

Realización puntual de un audit. con un número significativo de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EPOC seleccionadas al azar:

4. Estancia media
5. Tratamiento o consejo para deshabituación tabáquica en fumadores activos

6. Monitorización de indicadores incluidos en cada subproceso disponible al final del periodo de implantación

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: 1-2-2007

Fecha de finalización: 31-12-2008

Calendario:

1. Constitución del equipo del proceso	Febrero 2007
2. Formación en gestión de procesos	1º T de 2007
3. Definir los responsables de proceso y de los subprocesos	1º T de 2007
4. Realizar protocolos	2º T de 2007
5. Definir los indicadores del proceso y de los subprocesos	3º T de 2007
6. Terminar la redacción definitiva del documento del Proceso	4º T de 2007
7. Difusión del documento definitivo del Proceso	Diciembre de 2007
8. Realizar la primera evaluación de indicadores	1º T. de 2008
9. Analizar los resultados y plantear medidas de mejora :	2º T. de 2008
10. Realizar la segunda evaluación de indicadores	3º T. de 2008
11. Analizar los resultados y diseñar medidas de mejora	4ºAbril 2008
12. Aplicar medidas de mejora	Abril-Noviembre 2008
13. Realizar la segunda evaluación de indicadores	Noviembre 2008

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Edición de cuadernos y otros materiales informativos para reuniones y talleres interdisciplinarios.	1.000
Proyector	1.200
TOTAL	2.200

Fecha y firma:

Zaragoza, 30 de Enero de 2007


 Fdo. E. Chacón Vallés

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN Y ACOGIDA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAUMATOLOGÍA Y NEUROQUIRÚRGICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Carmen Flecha Merino

Profesión

D.U.E.

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

U.C.I. C.R.T.Q. HUMS

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 Ext 1255

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
DELIA GONZALEZ DE LA CUESTA	DUE	UCI CRTQ HUMS
ISABEL CANO MATEO	DUE	
M ^a JESUS BARRADO NARVION	DUE	
TERESA IBAÑEZ PUNCEL	DUE	
PAZ MAINER SANMARTIN	DUE	
FABIOLA DEL BARRIO ARELLANO	DUE	

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...

Necesidad de que el personal de nueva incorporación tenga los máximos conocimientos específicos de las técnicas y procedimientos de una unidad de cuidados intensivos de Traumatología y Neurocirugía, para obtener el máximo rendimiento en el menor tiempo posible.

Se ha detectado una gran movilidad en los profesionales eventuales en esta unidad y es preciso minimizar el tiempo de adaptación para evitar la merma de la calidad en los cuidados de enfermería.

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 calidad de los cuidados

Minimizar el tiempo de adaptación de los nuevos profesionales

Proporcionar un método de apoyo a las nuevas incorporaciones

Disminuir la ansiedad y el stress que provoca la incorporación a una unidad altamente cualificada y tecnificada.

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%	25%

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Acogida por parte del responsable de la unidad.

Elaboración de un manual de las normas, procedimientos y técnicas.

Distribución del tiempo

Enseñanza tutelada durante un breve periodo de tiempo, aproximadamente una semana

DELIA GONZALEZ DE LA CUESTA

M^a CARMEN FLECHA MERINO

ISABEL CANO MATEO

TERESA IBÁÑEZ PUNCEL

PAZ MAINER SANMARTIN

FABIOLA DEL BARRIO ARELLANO

M^a JESUS BARRADO NARVION

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Encuesta al principio y al final del periodo de acogida

Valorar el índice de satisfacción de los enfermeros recién incorporados

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 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007-01-29

Calendario:

Elaboración del manual de las normas.
 Elaboración del manual de los procedimientos
 Elaboración del manual de las técnicas
 Planificación del reparto de tiempo
 Organización para poder realizar la enseñanza tutelada
 Creación de la encuesta de satisfacción
 Creación de la encuesta acerca del periodo de acogida

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador</u>	<u>1500</u>
<u>Fotocopias</u>	<u>300</u>
<u>Diverso material de oficina</u>	<u>300</u>
<u>Aula</u>	

Anexo 2

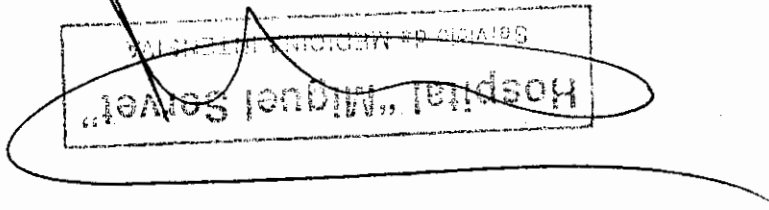
Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)

TOTAL	2100

Fecha y firma:

31.01.2007

M^a Carmen Flecha Merino



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Detección, control y prevención de la colonización-infección por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SAMR)

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Antonio Rezusta López

Profesión Facultativo Especialista de Área

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

Correo electrónico: arezusta@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765 542-ext 2443

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA:

Los componentes relacionados a continuación pertenecen a cuatro servicios:

Microbiología
Medicina Preventiva
Cuidados Intensivos
Medicina Interna

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Jesús Hernández Navarrete	FEA de Medicina Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a José Revillo Pinilla	Jefe de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
José Luis Arribas Llorente	Jefe de Servicio	Hospital Universitario

	de Medicina Preventiva	Miguel Servet
Carlos Lapresta Moros	FEA de Medicina Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Pilar Egido	FEA de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Salvador Pastor Eixarch	FEA de Medicina Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Antonio Tejada Artigas	FEA de UCI	Hospital Universitario Miguel Servet
Victor Gonzalez Sanz	Jefe de Sección de UCI	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa García	Enfermera de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Cristina Gonzalo	Enfermera de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Rosa Giralt Balagueró	Enfermera de Medicina Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Mercedes Bernal Pascual	Enfermera de Medicina Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Dolores Yagüe	Supervisora de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Dolores Ortiz Abril	Supervisora de Medicina Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Cruz Villuendas	FEA de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Gloria Martín Saco	FEA de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Marco	Jefe de Sección de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Beatriz Moles Calandre	FEA de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Luisa Aisa	Jefe de Sección de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M ^a Carmen Marne	FEA de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Marisa Monforte	MIR de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Maribel Cameo	MIR de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Carmen Nieto	FIR de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Carlos Ramos Paesa	FEA de Medicina Interna	Hospital Universitario Miguel Servet

Ascensión Pascual Catalán	FEA de Medicina Interna	Hospital Universitario Miguel Servet
Desiré Gil Pérez	FEA de Medicina Interna	Hospital Universitario Miguel Servet
Piedad Arazo Garcés	FEA de Medicina Interna	Hospital Universitario Miguel Servet
Belén Carrillo Torrijos	Enfermera UCI HRTQ	Hospital Universitario Miguel Servet
Rosa Blanca Mahave Carrasco	Supervisora UCI Polivalente	Hospital Universitario Miguel Servet

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

INTRODUCCIÓN

Staphylococcus aureus es un patógeno oportunista que forma parte de la microflora humana. Esta bacteria coloniza a cerca del 50% de la población y su localización más frecuente son las fosas nasales. La colonización es más frecuente en el medio hospitalario, especialmente en pacientes sometidos a hemodiálisis, diabéticos tipo I, pacientes con lesiones cutáneas, personas infectados por el VIH y en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP). El principal reservorio de *S. aureus* lo constituye el hombre enfermo o portador.

Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) es reconocido como uno de los patógenos más importantes causantes de infecciones nosocomiales en todo el mundo. Cuando una persona entra en contacto con una cepa SARM puede resultar colonizada, desarrollar infección y/o convertirse en portador.

Colonización

Se habla de colonización por SARM cuando este microorganismo es aislado en una muestra clínica en ausencia de signos de infección. Las zonas más frecuentes de colonización son, el tracto respiratorio las lesiones cutáneas, y el tracto urinario. La colonización por SARM puede persistir durante meses o años. Sin embargo el porcentaje de colonizados por SAMR es inferior, un 4,1%.

Infección

Las infecciones causadas por SARM son las mismas que las cepas sensibles a meticilina. Las más frecuentes son las de herida quirúrgica (10-28%), bacteriemia (10-21%) generalmente a partir de catéter, y la neumonía (15-40%), sobre todo en enfermos con ventilación asistida. Con menor frecuencia se encuentran las infecciones de partes blandas, urinarias, intraabdominales, cardiovasculares y osteomielitis.

Estado de portador

Se considera que una persona es portadora de SARM cuando este microorganismo se aísla en una localización, en la que no suele causar infección lo que facilita su persistencia en el organismo. La localización más estudiada son las fosas nasales, que actúan como reservorio.

Diferentes estudios describen que los portadores nasales de SARM

tienen un mayor riesgo de infección nosocomial por este microorganismo, y que los pacientes infectados con SARM presentan una mayor morbi-mortalidad comparada con los pacientes infectados por cepas sensibles de *S. aureus*. Este hecho es importante a la hora de intentar mantener una prevalencia de SARM baja.

La Mupirocina tópica intranasal para como tratamiento o profilaxis ha provocado controversias entre los diferentes autores y no está claro el papel que juega en la erradicación de portadores nasales de *S. aureus*. Su eficacia depende del tipo de pacientes a los que se aplica, siendo más eficaz en pacientes quirúrgicos, con diálisis peritoneal, hemodiálisis e infecciones recurrentes de la piel y es poco efectivo en pacientes no sometidos a cirugía

SITUACIÓN ACTUAL

Según datos del proyecto EPINE (1993-2003), en nuestra comunidad el 47.5% de los *S. aureus* aislados son SAMR. Aragón es la CA con mayor proporción de infección por SAMR en pacientes hospitalizados.

Los datos globales para el Hospital Universitario Miguel Servet, obtenidos del sistema informático de Microbiología, mostraron una incidencia por 1000 ingresos de 5.7 en 2001 y de 3.87 en 2005.

Cinco servicios agruparon a más de la mitad de todos los casos de colonización/infección por SARM. Estos servicios son: Medicina Interna, Neumología, Urología, UCI polivalentes y Angiología y Cirugía Vascul ar Periférica.

Desde 1990 el Hospital Universitario Miguel Servet sigue unas normas de control de la infección para dicho germen y en 2006 se realizó una evaluación de su cumplimiento.

El análisis se centró en 3 áreas:

- I. Detección del grupo de riesgo "Pacientes reingresados con diagnóstico previo de SAMR"
- II. Screening en áreas de alto riesgo ante diagnóstico de un caso
- III. Descolonización con mupirocina

Los resultados fueron los siguientes

I.- La proporción de reingresos de pacientes con SAMR que son aislados en las primeras 24 tras la admisión es de 17,6%.

La media de días de retraso en el aislamiento tras la readmisión fue 7,5

Conclusión: Existe un importante retraso en la detección de pacientes diagnosticados de SAMR en ingresos previos en el hospital.

II.- Los resultados del análisis de áreas de alto riesgo, como la UCI polivalente y postcardiaca indican que la tasa de casos secundarios demostrados durante los chequeos es del 40%.

III.- Nuestros aislamientos de SAMR muestran un alto porcentaje de resistencia a la mupirocina, por lo que conviene plantear una

alternativa sistemática de tratamiento del portador nasal e incluso de lesiones cutáneas.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

La utilidad del proyecto se basa en:

- 1-Detectar precozmente los SARM en portadores e infectados
- 2- Impedir su transmisión.
 - a. Cumpliendo las precauciones de contacto
 - b. Tratando adecuadamente al paciente
- 3- Detectar posibles brotes de Infección Nosocomial por SARM
 - Estas oportunidades de mejora tienen el valor añadido de crear una cultura de prevención de IN por otros gérmenes

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. Chequear a todos los pacientes a su ingreso en UCI
2. Detección de los portadores de SARM
3. Conocer la proporción de los aislamientos de *S. aureus* informados como "probable SAMR" en las 24 primeras horas.
4. Disminución del riesgo de los pacientes de padecer infección por SARM, al detectarse precozmente los portadores
5. Conocer y difundir la verdadera incidencia de SARM
6. Aportar una mejor información a Medicina Preventiva para que aplique las acciones adecuadas
7. Mejorar la proporción de pacientes con SAMR aislados en las primeras 24 horas.
8. Promover la instauración de sistemas (Hidroalcoholes) que facilitan la higiene de las manos
9. Aportar datos que permitan la adecuación de la terapia al microorganismo probable.
10. Conocer y difundir las resistencias a mupirocina
11. Disminución de portadores de SAMR
12. Disminuir las resistencias
13. Crear una cultura de prevención de riesgos para el paciente en relación a las infecciones nosocomiales.
14. Establecer mecanismos de colaboración permanentes entre los servicios
15. Establecer el diagnóstico de brote nosocomial por SARM

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Screening a la entrada en UCI del paciente, permite conocer cuando un paciente tiene riesgo de desarrollar una infección por SARM. Los responsables son el personal de UCI.
2. Detección de pacientes de riesgo (por localizaciones y patologías más frecuentes) en Medicina Interna. Responsables los internistas con el apoyo de Medicina Preventiva.
3. Minimizar el tiempo de diagnóstico microbiológico. Microbiología proporcionará datos provisionales, al menos en portadores nasales ("probable SARM") que adelantan un día las acciones preventivas. Responsable Microbiología y Medicina Preventiva responsable de recoger estos datos.
4. Promover que figure en la tapa interna de la historia la colonización o infección del paciente por SAMR. Responsables los facultativos que reciben el informe.
5. Formación sobre cumplimiento de protocolos de lavado de manos, promover la introducción de hidroalcoholes y favorecer el cumplimiento de las medidas de higiene. La formación a este respecto será responsabilidad del Medicina Preventiva.
6. Remitir las actuaciones reseñadas en los puntos 4 y 5 para su aprobación a las Comisiones de Calidad: Ética Asistencial, Infecciones, Historias Clínicas y Dirección. Responsables Jefe de Servicio Microbiología y Jefe Servicio Medicina Preventiva.
7. Calcular los porcentajes de resistencias a mupirocina. Responsable Microbiología.
8. Recoger y remitir las cepas de SARM en las que se establezca la necesidad de realizar tipado en Madrid. Responsable Microbiología

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

NOMBRE DEL INDICADOR:

Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo de SAMR

Área relevante:	UCI	
Dimensión:	Científico-técnica	
Criterio de calidad:	Conocer la proporción de pacientes chequeados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad (UCI)	
Justificación:	Los pacientes portadores nasales de SAMR son el principal reservorio de transmisión del germen. El tiempo que transcurre sin detectarlos en un periodo latente de transmisión	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con chequeo al ingreso (UCI)}}{\text{Nº total pacientes ingresados en (UCI)}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en UCI	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	>90%	
Fuente de datos:	Datos agregados de admisión (denominador); datos de y microbiología para el numerador	
Población:	Todos los pacientes ingresados en UCI	
Responsable obtención:	Microbiología	
Periodicidad	Anual	
Comentarios:		

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 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Calendario:

1. Chequeo en UCI, comienzo la primera quincena de enero
2. Introducir chequeo en pacientes de riesgo, distintos de UCI, con consenso entre las distintas comisiones y Dirección
3. Minimización del tiempo de informe como "probable SARM" en los pacientes portadores nasales. Comienzo la primera quincena de enero
4. Extender el informe de "probable SARM" a pacientes de riesgo chequeados. Comienzo la primera quincena de enero
5. Archivo de todas las cepas de SARM aisladas en el Servicio, comenzado desde el principio de enero
6. Cursos de formación. La fecha de comienzo dependerá del acuerdo con los Servicios y Dirección
7. Implantación de las soluciones alcohólicas, cuando sea posible de acuerdo con la dirección
8. Obtener el tipado molecular de las cepas de SARM pertenecientes a "posible brote", por medios propios o ajenos.
9. Conocer el porcentaje de pacientes con SARM cada 6 meses; informe en mayo y noviembre
10. Seguimiento de los pacientes que han sido chequeados al ingreso. Comienzo una vez que se haya instaurado este modelo
11. Impartir cursos de formación a partir del acuerdo entre Servicios y Dirección
12. Recoger las bacteriemias producidas por *S. aureus* y calcular la proporción de SAMR. Noviembre
13. Analizar la proporción de aislamientos preventivos de pacientes en las 1^{as} 24h
14. Calcular proporción de informes probable SAMR en las 1^{as} 24h. Analisis en Mayo y Noviembre.

