

## INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 3\_2005

003_2005 "Protocolo de recogida y reciclaje de los vertidos accidentales de mercurio de termómetros/tensiómetros en la Zona de Salud de Sádaba"	Pág. 2 a 6
004_2005 "Exploración del pie como medida de calidad en la atención integral del diabético (act-45)" del CS de Sádaba	Pág. 7 a 9
022_2005 "Mejora de la calidad organizativa y asistencial del Centro de Salud Delicias Sur: Líneas de mejora a partir de la autoevaluación con el modelo EFQM"	Pág. 10 a 16
025_2005 "Proyecto coordinado de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Zaragoza (Sector Zaragoza II, Sector Zaragoza III, Sector Calatayud) para la implantación del sistema de gestión de calidad según la norma internacional UNE-EN-ISO-9000:200"	Pág. 17 a 22
049_2005 "Mejora de la prescripción de recetas crónicas y generación de lotes de forma automática" del CS de Valdefierro	Pág. 23 a 31
060_2005 "Plan Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (actualización-76)" del CS de Cariñena	Pág. 32 a 42
136_2005 "Proyecto de mejora de la organización interna orientada hacia el usuario del EAP de Herrera de los Navarros"	Pág. 43 a 46
137_2005 "Proyecto de calidad de cuidados de enfermería en la red de Salud Mental de Aragón (act-89)" del CRP Mental de Aragón	Pág. 47 a 50
034_2005 "Intervención nutricional en ancianos hospitalizados: aplicación de un instrumento específico de medida "el test min-nutritional assessment (mna)" en la identificación de pacientes en riesgo de desnutrición" del H. Geriátrico S. Jorge	Pág. 51 a 61
035_2005 "Programa de apoyo al cuidador del paciente con demencia" del H. Geriátrico San Jorge	Pág. 62 a 67
008_2005 "Comunicación de incidencias de Unidades de Radioterapia externa a pacientes en tratamiento a través de envío de sms. Viabilidad y grado de satisfacción del paciente y del personal implicado. Valoración del impacto económico" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 68 a 73
021_2005 "Elaboración de una guía de uso clínico para adecuar el manejo de fármacos relacionados con la coagulación en el entorno perioperatorio" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 74 a 78
028_2005 "Mejora de calidad en la manipulación de citotóxicos en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza"	Pág. 79 a 82
029_2005 "Guía de práctica clínica de diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo de pacientes con gliomas del sistema nervioso central" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 83 a 90
030_2005 "Información integral al paciente ingresado en una planta neuroquirúrgica (act-35)" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 91 a 94
064_2005 "Evaluación de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en un Servicio de Urgencias hospitalario: implantación de los criterios de fine para la indicación del tratamiento hospitalario o ambulatorio" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 95 a 98
065_2005 "Creación de una red estable y cualificada de revisores para la validación institucional de recomendaciones de práctica clínica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (act-62)"	Pág. 99 a 102
067_2005 "Implantación de un sistema de calidad en el tratamiento y control evolutivo de los pacientes con insuficiencia cardíaca (act-6)" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 103 a 106
068_2005 "Mejora de salud reproductiva en población excluida de Zaragoza: 1.-Continuación de la investigación y prevención de la práctica de mutilación genital femenina en población inmigrante de Zaragoza. 2.- Control e investigación de enfermedades de transmisión sex" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 107 a 112
069_2005 "Proyecto de mejora de atención hospitalaria al paciente quirúrgico (act-78)" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 113 a 115
070_2005 "Programa de educación para la salud a la mujer puérpera durante la estancia hospitalaria (act-77)" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 116 a 118
071_2005 "Detección de áreas de mejora en la gestión de personas a partir del análisis cualitativo de las sugerencias escritas por los trabajadores del HCU"	Pág. 119 a 122
072_2005 "Proyecto de mejora de atención hospitalaria para la adecuación de uso de guantes" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 123 a 126
073_2005 "Proyecto de mejora del instrumental quirúrgico: nueva gestión de instrumental" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 127 a 131
074_2005 "Proyecto de mejora de atención hospitalaria al paciente encamado con riesgo de desarrollar lesiones por presión" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 132 a 136
075_2005 "Mejora del proceso de obtención del consentimiento informado escrito en el H. Clínico Universitario"	Pág. 137 a 140
140_2005 "Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en Salud Mental. Sector Zaragoza III" del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 141 a 144

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Protocolo de Recogida y Reciclaje de los vertidos accidentales de MERCURIO de TERMÓMETROS/TENSIOMETROS, etc....  
Zona de Salud de SADABA. ZARAGOZA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Jesús Pérez Pérez

Profesión Médico Centro de trabajo CS Sádaba

Correo electrónico: [jesusppd@hotmail.com](mailto:jesusppd@hotmail.com)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Otal	Médico	Biota
Amparo Vera	Enfermera	Biota
Teresa Pérez	Enfermera	Sádaba
Angel Gonzalez	Médico	Uncastillo
Joseph Alsina	Enfermero	Uncastillo
M <sup>a</sup> Angeles Herrero	Médico	Sádaba
Charo Laborda	Enfermera	Sádaba
Alicia Puy	Médico	Castiliscar
Arturo Checa	Médico	Luesia
David Sanmillán	Farmacéutico	Sádaba
Olga Lana	Adminis.	Sádaba

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

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

**Importancia y utilidad del proyecto:**

- Hacer efectiva la **NORMATIVA EUROPEA** que promueve a corto plazo la desaparición del mercurio de los equipos de Biomedicina como Termómetros y Tensiómetros.
- Directiva 93/42/CEE del consejo de la UNION EUROPEA de 14 de junio de 1993 relativa a productos sanitarios.
- En España Real Decreto 414/1996.

**Métodos de detección y priorización empleados:**

- Falta de conocimiento por parte de la población de que el MERCURIO es un contaminante NO DEGRADABLE, BIOACUMULABLE, que puede ocasionar problemas medioambientales.
- Control y cumplimiento de medidas que minimicen el riesgo del vertido/retirada de TERMÓMETROS/TENSIOMETROS de MERCURIO.

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

- Informar sobre Normativa Europea del MERCURIO.
- Poner en Funcionamiento, Protocolo que permita a la población de la zona de Salud de Sádaba, la manera de RECOGER y RECICLAR TERMÓMETROS/TENSIOMETROS de Mercurio, su vertido, sin que puedan ocasionar ningún problema medioambiental.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

**Situación de partida:**

- Termómetros y Tensiómetros de Mercurio, vienen siendo utilizados en los últimos 100 años

**Las posibles causas**

- El Mercurio es un contaminante no degradable, bioacumulable, que puede entrar en la cadena alimentaria y producir envenenamiento en animales y humanos.

**Las fuentes de información:**

- La Unión Europea, así como / España mediante Real Decreto 414/1996 Propone:
  - Prohibición de la comercialización de termómetros de Mercurio a partir del día 30 de junio del 2004.
  - El control del cumplimiento en España corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, Salud en Aragón.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Las medidas previstas:**

- Teniendo como base el PROTOCOLO del INSTITUT CATALÀ de la SALUT, Guia de gestión de residuos químicos en centros sanitarios, proponemos para la zona de Salud de Sádaba, actuación mediante:
  - Folletos informativos a repartir en Consultorios/Farmacias etc...
  - Posters informativos en los mismos lugares.
  - Divulgación del Protocolo de recogida de Termómetro y del Vertido de su Mercurio.
  - Encuesta para valorar, conocimiento, información, Termómetros/Tensiómetros de MERCURIO que tiene la población.
  - Facilitar Equipos de recogida de MERCURIO.
  - Facilitar Algoritmo de protocolo de recogida.

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

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

**Evaluación del proyecto:**

Mediante la encuesta conoceremos:

- Nº de personas que disponen de TERMÓMETRO/TENSIOMETRO de MERCURIO en la zona, y por localidades.
- Nº de personas que conocen el problema medioambiental del MERCURIO por localidades.
- Nº de personas que desean tener equipo de recogida de vertido de MERCURIO en caso de rotura.

**Indicadores:**

1. Nº de equipos empleados/rotura  
Nº de equipos entregados
2. Nº de equipos solicitados  
Nº de aparatos de MERCURIO CENSADOS
3. Nº de encuestas realizadas/contestadas  
Nº de encuestas entregadas/distribuidas
4. Nº de equipos solicitados  
Nº de habitantes de la zona

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: 15-Febrero-2005

Fecha de finalización: 1 año sin entrega de MERCURIO a reciclar.

**Calendario:**

- Febrero 2005: Distribución en consultorios/farmacias etc....de :
  - Folletos informativos
  - Posters informativos
  - Folletos de protocolo de recogida
  - Encuesta
- Abril 2005:
  - Valoración de encuesta
  - Distribución de equipos de recogida
  - Comienzo de recogida de equipos
- Junio 2005
- Septiembre 2005
  - Valoración funcionamiento del Protocolo
- Diciembre 2005
  - Evaluación resultados año 2005

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

Material/Servicios	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Folletos informativos	25euros
Posters informativos	20 euros
Encuesta	25 euros
Equipos de recogida(300 equipos)	1200
Deposito residuo grupo IV	30 euros
Deposito residuo grupo III	30 euros
Deposito residuo grupo II	30 euros
Gastos responsable y componentes del equipo	200 euros
<b>TOTAL</b>	
1560 euros	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

2010



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

**EXPLORACIÓN DEL PIE COMO MEDIDA DE CALIDAD EN LA ATECIÓN  
INTEGRAL DEL DIABÉTICO.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M<sup>a</sup> ANGELES HERRERO GIL

Profesión MEDICO Centro de trabajo CS SADABA

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

Fecha de inicio: 21/01/04

Fecha de actualización: 31/12/05

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

PENDIENTE CHARLAS DEL EQUIPO DE EPS DIRIGIDO A PACIENTES  
DIABÉTICOS EN LUESIA, CASTILISCAR Y BIOTA.

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

**14 DE ENERO:** SESIÓN CLINICA SOBRE EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO POR UN COMPONENTE DEL MISMO.

**28 DE ENERO:** SESIÓN CLINICA SOBRE EXPLORACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PIE DIABÉTICO PARA REFORZAR CONOCIMIENTOS DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD.

**1 DE FEBRERO:** TALLER DE EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO REALIZADO POR MIEMBROS DEL EQUIPO

**2 DE DICIEMBRE:** CHARLA DEL PIE DIABÉTICO DIRIGIDA A DIABÉTICOS Y FAMILIARES EN UNCASTILLO.

**16 DE DICIEMBRE:** CHARLA DEL PIE DIABÉTICO DIRIGIDA A DIABÉTICOS Y FAMILIARES EN LAYANA, ALERA Y SADABA.

**23 DE DICIEMBRE:** INICIO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS. SE VALORAN TRES INDICADORES.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- MAYOR CONCIENCIACIÓN DEL DIABÉTICO Y SUS FAMILIARES DE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE SUS PIES.
- MAYOR Nº DE EXPLORACIONES Y DE FORMA MAS SISTEMATIZADA DEL PIE DIABÉTICO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD DE SADABA.
- PREVENCIÓN DE LESIONES Y AMPUTACIONES EN LOS DIABÉTICOS.
- 

## 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

**ENERO DEL 2005:** CHARLAS DEL PIE DIABÉTICO DIRIGIDO A DIABÉTICOS Y FAMILIARES EN LAS LOCALIDADES DE LUESIA, CASTILISCAR Y BIOTA.

**FEBRERO DEL 2005:** FINALIZAR EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL 2004. SE VALORARA EL CUARTO INDICADOR PENDIENTE.

**MARZO DEL 2005:** SE REALIZARAN TRÍPTICOS INFORMATIVOS SOBRE CUIDADOS Y EDUCACIÓN DEL PIE DIABÉTICO Y SE COLOCARAN EN TODAS LAS CONSULTAS DE CENTROS DE SALUD.

**DICIEMBRE DEL 2005:** REVALUACIÓN DE RESULTADOS. SE USARAN LOS MISMOS INDICADORES DEL AÑO ANTERIOR

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

- EN LAS EXPLORACIÓN VASCULAR DEL PIE DIABÉTICO, NO LA HEMOS PODIDO REALIZAR DE FORMA COMPLETA, POR NO DISPONER DEL DOPPLER HASTA MITAD DE DICIEMBRE DEL 2004.
- PROBLEMAS A LA HORA DE PROGRAMAR LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABETICO POR DISPONER SOLO DE DOS MONOFILAMENTOS EN TODO EL CENTRO DE SALUD DE SADABA.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Cuatro estuches Acc-Chek de exploración	<u>400</u>
Cursos de formación continuada	<u>1600</u>
500 folios 3 cartuchos de color y BN para impresora EPSON STYLUS C62 CD room, discos de 3.5 y otros materiales de papelería.	<u>400</u>
Viajes y dietas de reuniones	<u>1800</u>
Material para la cámara fotográfica digital	<u>300</u>
<b>TOTAL</b>	<b>4500 euros</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

  
 10/10/04

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA EN EL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR:

LÍNEAS DE MEJORA A PARTIR DE LA AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA

Profesión Pediatra Centro de trabajo CS. DELICIAS SUR

Correo electrónico: [cizaguirre@salud.aragon.es](mailto:cizaguirre@salud.aragon.es) / [carmiz@inicia.es](mailto:carmiz@inicia.es)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE	Médico	C. S. DELICIAS SUR
M <sup>a</sup> JESÚS CABAÑAS BRAVO	Pediatra	C. S. DELICIAS SUR
M <sup>a</sup> CLEOFÉ CRÉSPÓ MAINAR	Enfermera	C. S. DELICIAS SUR
M <sup>a</sup> PILAR LACARTA VICIOSO	Enfermera	C. S. DELICIAS SUR
JOSE CARLOS PÉREZ VILLARROYA	Médico	C. S. DELICIAS SUR
AURORA VILLANOVA LANUZA	Administrativa	C. S. DELICIAS SUR

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

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

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

El Equipo de Mejora del EAP de Delicias Sur realizó una Autoevaluación con el modelo EFQM durante el año 2004 que nos permitirá seguir en nuestro empeño de mejora continua de la calidad asistencial y organizativa.

Se priorizaron las 105 áreas de mejora detectadas con una matriz que valora el impacto en el Cliente, en la Unidad, su viabilidad y necesidad.

Se han realizado 2 reuniones en el mes de junio y octubre de todo el EAP y, de las áreas de mejora con más alta puntuación, se han seleccionado para trabajar en el próximo año las siguientes :

1. **Mejora de la Atención de Urgencia domiciliaria y relación con el 061.**  
La demanda de atención domiciliaria urgente precisa de una respuesta rápida y una competencia adecuada de los profesionales para atender a situaciones que pueden ser de riesgo vital.
2. **Implantación sistemática del Programa de Actividades Preventivas**
3. **Recogida de expectativas y necesidades de los profesionales.**  
Para conseguir una mayor implicación y motivación de los profesionales es necesario conocer cuales son sus necesidades.
4. **Implantación sistemática del programa de Atención al niño asmático.**  
El asma es el problema de salud crónico más frecuente en el niño y adolescente. Su relevancia no solo tiene que ver con la prevalencia, sino también con la afectación de la calidad de vida del niño y su familia y el consumo de recursos asistenciales y económicos.

Nos proponemos trabajar con la implicación de un mayor número de profesionales constituyendo grupos de mejora distintos que trabajen cada una de las áreas seleccionadas.

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

##### **1. Atención Urgente en domicilio y coordinación con 061**

- Atender por el equipo la atención urgente domiciliaria de forma mas coordinada, mediante la presencia de un médico y una enfermera.
- Tiempos de respuesta a la demanda de atención domiciliaria urgente acorde con la emergencia del caso.
- Mantenimiento de habilidades en RCP básica para todo el equipo.
- Organización asistencial claramente establecida y explicitada que permita a la unidad de admisión notificar de forma inmediata una demanda urgente domiciliaria al equipo responsable en cada momento.
- Establecimiento de criterios explícitos con el 061 para coordinar adecuadamente la atención domiciliaria urgente.
- Maletines de urgencias con el material necesario disponibles en todo momento

##### **2. Actividades preventivas /Tabaco**

- Integrar las actividades preventivas en las consultas de modo que se lleven a cabo de forma habitual en la práctica asistencial.

- Definir unos objetivos de cobertura de actividades preventivas realizadas en un año en los diferentes grupos de población.
- Establecer la organización y coordinación necesarias entre unidades asistenciales que permitan alcanzar la cobertura propuesta.
- Utilizar el protocolo OMI de tabaco que permita desarrollar la cartera de servicios para esta actividad preventiva.

### 3. Necesidades y expectativas de los profesionales:

- Monitorizar cada 2 años las necesidades percibidas y las expectativas de los profesionales del equipo.
- Recoger el "clima laboral" de nuestra organización.
- Detectar oportunidades de mejora en el área de la motivación de los profesionales del equipo.
- Compartir las conclusiones del análisis con la Gerencia de Sector para dar cauce a las necesidades y expectativas susceptibles de ser recogidas por este nivel.

### 4. Atención del niño asmático.

- Incluir a todos los niños asmáticos en el Protocolo del OMI recientemente establecido
- Autoformación y coordinación de los profesionales del área pediátrica, para conseguir un registro homogéneo y actualizar los criterios diagnósticos, terapéuticos y educativos.
- Formación de los profesionales en el uso e interpretación de los medidores de flujo máximo espiratorio y espirómetro
- Tratar la patología asmática como un problema crónico estableciendo su seguimiento sistemático.
- Registrar tanto la gravedad del asma como la gravedad de las crisis.
- Realizar actividades sistemáticas de educación en el paciente asmático y/o su familia con el objetivo de conseguir un mejor conocimiento y control de la enfermedad.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

**1. Mejora de la Atención domiciliaria Urgente.**

La demanda de Atención domiciliaria Urgente supone en ocasiones un gran desconcierto y "agobio" en los profesionales implicados, desde el personal administrativo que recoge la demanda hasta los profesionales sanitarios que tienen que atenderla.

Debido a la organización asistencial actual, la presión de trabajo y la imposibilidad de prever cuando se va a producir, resulta a veces difícil identificar y localizar a las personas responsables de manera rápida. No existen además criterios explícitos con el 061 sobre la responsabilidad en este tipo de demanda. Se han realizado actividades de formación en RCP y uso del desfibrilador pero es necesario mantener estas habilidades de manera más sistemática.

**2. Implantación sistemática de las Actividades Preventivas /Tabaco.**

Existe una gran diversidad en las distintas Unidades asistenciales en cuanto al número de actividades preventivas que se realizan.

El registro de hábito tabaquico que hasta ahora se realizaba de distintas maneras por los profesionales dificulta la detección y atención de este problema de salud

**3. Necesidades y expectativas de los profesionales**

Esta línea de mejora fue una de las que el equipo priorizó con mas puntuación, por lo que parece oportuno abordarla junto con el resto de áreas de dimensión asistencial. Trabajar este punto puede ser importante para conocer el grado de motivación actual del equipo así como para acercarnos al conocimiento del clima laboral y de la satisfacción del "cliente interno", que no se ha medido en el equipo desde hace 3 años. Para este análisis se piensan emplear encuestas ya validadas.

**4. Atención al Niño Asmático.**

La atención del niño asmático actualmente no se realiza en todos los casos de manera sistemática y desconocemos realmente el número de niños con esta patología. Como posibles causas de esta situación pueden destacarse la no existencia de un sistema de registro adecuado hasta hace poco tiempo, la falta de una pauta común de actuación y la precariedad de medios materiales tanto para el diagnóstico como para las tareas educativas entre otras.

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

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

**1. Mejora de la Atención de Urgencia domiciliaria y relación con el 061.**

Se va a constituir un grupo de trabajo específico para analizar el problema y plantear al resto del equipo las mejoras a introducir. Se trata de un equipo multidisciplinar constituido por 2 médicos de familia, 2 enfermeras y 1 administrativo que se ha constituido de forma voluntaria a partir de una reunión de equipo y que está coordinado por una médico de familia.

El grupo de trabajo tiene el encargo del equipo de encontrar una propuesta organizativa que mejore la atención domiciliaria urgente, así como plantear los aspectos que es necesario coordinar con el servicio del 061, también debe proponer un plan estable de formación continuada sobre habilidades en RCP básica.

Para su trabajo cuentan con tiempo dentro de la jornada laboral, que será facilitado por el resto

del equipo.

### 2. Implantación sistemática del Programa de Actividades Preventivas

Para esta área de mejora también se piensa trabajar mediante un grupo de trabajo, aunque en este caso no se trata de un análisis de situación sino de una propuesta de objetivos de cobertura y una o más propuestas de modelo organizativo que facilite la realización de actividades preventivas por las unidades asistenciales. El grupo está en fase de constituirse.

En el caso del tabaquismo el objetivo es generalizar en el equipo la utilización de registros informáticos basados en OMI, mediante espacios formativos de discusión. Existe un responsable médico y de enfermería para coordinar este apartado.

### 3. Recogida de expectativas y necesidades de los profesionales.

Para esta área de mejora será el grupo de calidad el responsable de llevar a cabo este análisis.

El grupo de calidad buscará en la bibliografía el instrumento que mejor se adapte a los objetivos que se pretenden. Se encargará de pasar la encuesta, analizarla, sacar las principales conclusiones y hacer la presentación en el equipo.

### 4. Implantación sistemática del programa de Atención al niño asmático

El grupo de pediatras y enfermeras de pediatría es el responsable de llevar a cabo esta línea de mejora. El método será la discusión en grupo para llegar a criterios comunes sobre aspectos teóricos del asma, sistema de registro a emplear y cambios organizativos que sean necesarios introducir. Está prevista una reunión de este grupo cada 15 días.

## 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

### 1. Atención Urgente en domicilio

- Nº de Avisos domiciliarios urgentes atendidos de forma conjunta por un médico y una enfermera / Total de avisos urgentes
- Realización de un curso anual de RCP básico incluyendo manejo del desfibrilador
- Nº de avisos urgentes en que los profesionales responsables se dirigen al domicilio en un tiempo máximo de 5 minutos desde que se recibe el aviso / Total avisos urgentes.
- Nº de profesionales con maletines con el material y medicamentos estandarizados/ total de profesionales.

### 2. Actividades preventivas /Tabaco.

- Nº de unidades asistenciales médico / enfermera que realizan al menos 360 consultas preventivas año / Total de unidades asistenciales.
- Uso del protocolo OMI-Tabaco en el 40 % de los pacientes en que se recoge el hábito tabáquico en el primer años de utilización.
- Unidades asistenciales que tienen claramente establecido un sistema de derivación entre consultas para la realización de actividades preventivas / Total de unidades asistenciales.

### 3. Necesidades y expectativas de los profesionales:

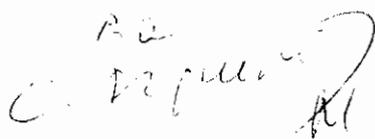
- Nº de profesionales que responden a la encuesta sobre necesidades y expectativas del equipo / Total de profesionales del equipo.
- Consenso del equipo para identificar las 3 necesidades más importantes para cada grupo profesional.
- Grado en que se da cauce a las necesidades y expectativas identificadas: comunicación al equipo, a la Gerencia del Sector, al Consejo de Salud.

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

<p>4. <u>Atención al niño asmático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de niños incluidos en Cartera de Servicios / población diana</li> <li>• Nº de niños en los que se ha registrado la gravedad del asma/ nº de niños incluidos en Cartera</li> <li>• Nº de niños en los que se realizan actividades de educación / nº de niños incluidos en cartera</li> </ul>
--

<b>10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>	
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas	
<b>Fecha de inicio:</b> 1. Urgencias domicilio: Enero 05 2. Actividades preventivas: Febrero 05 3. Necesidades y expectativas: Marzo-05 4. Asma. Febrero-05	<b>Fecha de finalización:</b> Diciembre 05 Diciembre 05 Noviembre 05 Noviembre 05
<b>Calendario:</b> <u>Urgencias domicilio:</u> Constitución grupo: Enero 05, Análisis y discusión Febrero/Marzo. Propuestas y conclusiones al equipo Abril 05. Evaluación Noviembre/Diciembre 05 <u>Actividades preventivas.</u> Constitución del grupo Febrero 05, Discusión y propuestas Marzo 05. Presentación equipo Abril 05. Evaluación Diciembre 05 <u>Necesidades y expectativas:</u> Elaboración del instrumento Marzo/Abril 05. Pase de la encuesta Mayo 05. Análisis Junio/Octubre 05. Conclusiones y presentación Noviembre 05 <u>Asma en niños:</u> Reuniones del grupo Febrero/Junio 05. Evaluación Noviembre 05	

<b>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)</b>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<i>Ordenador Portátil</i>	2.000,00 €
<i>Espirómetro Datospir 120B</i>	2.400,00 €
<i>Jeringa calibradora para espirómetro</i>	450,00 €
<i>Medidores de flujo espiratorio máximo homologables</i>	600,00 €
<i>Material educativo para programa de Atención al niño asmático</i>	600,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>6.050,00 €</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo



**Fecha y firma:** Zaragoza 17 de enero de 2005

Fdo. Carmen Izaguirre Zugazaga

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Proyecto Coordinado de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Zaragoza (Sector Zaragoza II, Sector Zaragoza III, Sector Calatayud) para la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad según la norma internacional UNE-EN-ISO-9000:2000**

### 2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: José Luis Álvarez Pardo

Nombre y apellidos: Francisco José Pablo Cerezuela

Profesión: Medico (Técnicos de Salud)

Centro de trabajo: Unidad Docente MFyC Zaragoza. (Sector Zaragoza II, Sector Zaragoza III, Sector Calatayud)

Correo electrónico: jlavarez@udomfyc.org

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

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

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

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

La sociedad en general y la UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA en particular están corroborando como la Calidad se ha convertido en uno de los pilares fundamentales sobre los cuales se asienta el éxito de las actividades realizadas por las organizaciones, tanto desde el punto de vista de la satisfacción de los clientes y usuarios, como desde el de los integrantes de la propia organización sobre su propio trabajo.

En la UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, la Calidad no se concibe como una obligación, sino un valor propio de sus integrantes que debe desarrollarse y canalizarse tanto hacia la satisfacción interna del personal como de los clientes y usuarios de su servicio.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se ha decidido dar un paso adelante en este tema ante la **gran oportunidad de mejora** a todos los niveles que supone la posibilidad de integración de un sistema de Gestión de la Calidad en una organización como la nuestra, y por ello se ha planteado el reto de **adecuar sus servicios a la norma internacional de la Calidad más extendida en el mundo como es la UNE-EN-ISO-9000:2000.**

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

##### Objetivo General :

- ◆ Utilizar la Calidad de nuestro servicio y de nuestro personal como herramienta fundamental de funcionamiento y desempeño de nuestra actividad como es la gestión de la formación de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

##### Objetivos particulares:

De una forma más concreta se espera conseguir resultados a distintos niveles:

- ◆ Mejora del proceso organizativo y de gestión de la Unidad Docente.
- ◆ Mejora continuada de la prestación del servicio vinculado a la Unidad Docente.
- ◆ Aumento de la fluidez de comunicación y coordinación con los Órganos Públicos competentes en las actividades desempeñadas por la Unidad Docente
- ◆ Aumento de la eficacia y la eficiencia en el uso de los recursos
- ◆ Crecimiento sostenido de la satisfacción de nuestro personal, nuestros clientes y nuestros usuarios.

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

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

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

*Estudio previo de la situación con la adecuación a la norma y elaboración del sistema documental de soporte del Sistema de Gestión de la Calidad.*

En la situación de la Unidad Docente mediante el estudio de sus procesos de actividad y sus procedimientos de realización, paralelamente, se ha comenzado a redactar la base documental del futuro sistema de acuerdo a la norma UNE-EN-ISO-9000:2000.

Cinco ideas muevan esta fase inicial:

- Sensibilización y concienciación interna.
- Análisis de los puntos fuertes y las áreas de mejora de la actividad.
- Adaptación entre el sistema de trabajo y la norma internacional de Calidad.
- Desarrollo de la gestión de acuerdo a procesos.

Durante esta primera fase se ha analizado el funcionamiento de las Unidades Docentes y se han elaborado los manuales de procesos de calidad y diferentes procesos y procedimientos así como el mapa de procesos.

Con la elaboración del nuevo programa que pasa de tres a cuatro años el periodo de residencia, es necesario readaptar los diferentes procesos, y procedimientos elaborados, así como elaborar alguno nuevo.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

### *Implantación del Sistema de Gestión de la Calidad*

Esta es la fase en la que deberá desarrollarse todo el trabajo realizado anteriormente, de modo que se generen las pruebas objetivas (registros de la Calidad) suficientes para demostrar la bondad del sistema, es decir que el sistema se adecua a las necesidades de la organización y a las exigencias de los estándares de la Calidad.

Por otro lado, es una fase de reflexión, adaptación y mejora continuada ya que en su desarrollo pueden surgir los típicos problemas a la hora implantar un sistema de la Calidad, y el propio sistema debe otorgar a sus responsables las herramientas de trabajo necesarias para el aprendizaje sobre los problemas y la superación de éstos.

Es importante recalcar que este sistema de calidad engloba a las dos unidades de Zaragoza incluyendo los tres sectores (Sector Zaragoza II, Sector Zaragoza III y Sector Calatayud).

## 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### *Acreditación externa según la norma UNE-EN-ISO-9000:2000*

Esta fase es la última expresión de la adecuación del sistema, y se realiza cuando se considera que el Sistema de Gestión de la Calidad está totalmente implantado y tiene herramientas para responder a los problemas propios de la organización.

Llegados a este punto, se debe solicitar presupuesto a una entidad acreditada autorizada para la norma UNE-EN-ISO-9000:2000, que tras revisar la documentación del sistema y realizar una auditoría mediante la visita de un equipo de auditores deberá concluir con la acreditación de la UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA según la norma internacional de la Calidad para su actividad propia como es la gestión de la formación de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Ya en marcha

Fecha de finalización: Sin fecha de finalización

Calendario:

**De Enero a Abril**

Adaptación de los procesos y procedimientos al nuevo programa así como la elaboración de los que fueran necesarios.

**De Mayo a Junio**

En este periodo se pretende que el Sistema de Gestión de la Calidad comience a funcionar a pleno rendimiento, es el momento en el cual se plantea la verdadera operatividad del sistema, sus contenidos, y las herramientas con las que cuenta para poder hacer frente a los problemas y dificultades que surjan del desempeño de la actividad así como sus herramientas de control y mejora continua.

Como consecuencia de lo anterior, se generarán los registros de la Calidad que serán las pruebas objetivas que nos da el sistema para que podamos comprobar su operatividad, eficacia y eficiencia, y que se convertirán en las pruebas básicas ante las auditorías tanto internas como externas

**De Julio a Septiembre**

Durante estos meses se continuará realizando la implantación real del Sistema de Gestión de la Calidad, y se comenzarán a realizar las pertinentes auditorías internas (sistemas de evaluación con respecto a los requisitos de la norma internacional y del propio sistema de gestión).

Éste es el momento apropiado para utilizar el feed-back de esta información y mediante la aplicación de los ciclos de Deming, poder corregir, potenciar o innovar el sistema de modo que este se muestre eficaz y eficiente

**De Septiembre a Diciembre**

Acuerdo con la entidad acreditadora y realización de auditoría externa para la consecución de la certificación según la norma internacional UNE-EN-ISO-9001:2000.

Asesoramiento a la Unidad Docente a lo largo del proceso de auditoría externa.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1. - TÍTULO

MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN DE RECETAS CRÓNICAS Y GENERACIÓN DE LOTES DE FORMA AUTOMÁTICA

### 2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M CARMEN MARTINEZ-RAPOSO PIEDRAFITA

Profesión MEDICO Centro de Trabajo: C. S. Valdefierro

Correo electrónico: CMartinez.Raposo@gmail.com y mcarmenm@able.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MILAGROS GÓNZALEZ GARCIA	Enfermera	C.S. VALDEFIERRO
MARISA GRACIA BARDAJI	Aux. Enfermería	C.S. VALDEFIERRO
PILAR CARAZO GUTIERREZ	Enfermera	C.S. VALDEFIERRO
LORETO PEDRUZO GARCIA	Administra.	C.S. VALDEFIERRO
MARÍA ANGELES HERRERO GALVEZ	Administra.	C.S. VALDEFIERRO

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

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

Ante la propuesta por parte de Gerencia, de la puesta en marcha de la generación de lotes de recetas de largo tratamiento en este centro de salud, y la predisposición de nuestro equipo, se comienza a estudiar la posibilidad y forma de llevar a cabo dicho proyecto.

Es una necesidad sentida por parte de la persona encargada de la elaboración diaria de recetas crónicas, el cambio y pensamos que los pacientes se beneficiarían también del sistema a pesar de que la población asignada a nuestro centro se siente bastante satisfecha con el funcionamiento del mismo.

En un principio se elige el cupo de más nueva creación, que además, en criterios de calidad de prescripción y gasto farmacéutico estaba fuera de los objetivos pactados.

El primer problema que se nos planteó fue el mismo proceso de generación a través de OMI, puesto que descubrimos que la generación de lotes en este momento, generaba un elevado número de recetas, que en ningún momento respondían a la realidad.

Esto es debido a que muchos pacientes tienen prescripciones en forma "crónica" que no están cerradas puesto que han sido sustituidos por otros tratamientos alternativos, otros que no son utilizados de forma continuada, no son crónicas como tales, sino de uso esporádico (Ej.: antihistamínicos, antiinflamatorios...). Es un fallo que existe desde que se inició el trabajo con OMI por mal uso y utilización de la base de datos, puesto que se pusieron como crónicas todas las medicaciones que precisaban más de una prescripción, sin usar la forma a DEMANDA.

Ante esta situación, nos planteamos la necesidad de revisar sistemáticamente todos los tratamientos, para poder definir los posibles candidatos a pasar a generación de lotes automática y así:

- Mejorar en el proceso de gestión de CLT (cartillas de largo tratamiento) a partir de autogeneración periódica por OMI-AP de las recetas de largo tratamiento o crónicas, comenzando con pacientes de un solo cupo y por grupo de patología crónica.
- Revisión de las prescripciones en todos los pacientes con CLT, dado que carecemos de listados, revisión de todos los pacientes y modificación si es preciso de la misma valorando posibles repeticiones de fármacos, interacciones, autoconsumo, etc.

#### IMPORTANCIA DEL PROYECTO:

- Mejorar indicadores de calidad de prescripción
- Disminuir la carga de trabajo del personal implicado
- Aumentar el grado de satisfacción del personal
- Posibilidad de continuidad, extendiendo la acción al resto de pacientes pertenecientes al centro de salud

- Mejorar la accesibilidad al sistema para los pacientes con prescripciones continuadas

#### METODO DE DETECCIÓN Y PRIORIZACIÓN

1. - Encuesta al personal del centro de salud involucrado en el sistema actual de elaboración y distribución de recetas crónicas
2. - Indicadores de calidad y gasto
3. - Comienzo paulatino por un cupo y pacientes seleccionados que cumplan los siguientes criterios.
  - > Buena cumplimentación.
  - > No demasiados medicamentos (máximo 4 fármacos)
  - > Buen nivel de aprendizaje
  - > Buen control de su patología, con estabilidad de su morbilidad y que no requiera cambios frecuentes
  - > Se comenzará por grupo de patología crónica de forma paulatina: hipertensión, Dislipemia, EPOC, Salud mental...

Tras el sistema de encuesta y lluvia de ideas y análisis de las mismas se detectan los siguientes problemas:

- Error en la inclusión informática de la medicación en sistema OMI, ya que sólo se debería introducir como crónica aquella que se vaya a autogenerar cíclicamente, con lo cual se hubiera podido hacer de forma paulatina al mismo tiempo que se introduce. Esto es debido a un mal planteamiento y un mal adiestramiento en el manejo informático del sistema, con la consiguiente implicación para que desde Gerencia se subsane en los siguiente equipos, se ahorraría tiempo y se ganaría eficacia, para la posible implantación de generación automática de rectas crónicas
- Error al revisar listados de prescripciones con: duplicidad de fármacos con el mismo principio activo, problemas en la actualización, fármacos que siguen en listado pero que el paciente no consume ya, interacciones medicamentosas y fármacos que no debieran estar como crónicos.
- Aumento gradual desde el 2001 del número de pacientes incluidos en cada cupo, así como incremento de patologías crónicas que hace que aumente también lógicamente el número de CLT y el número de fármacos por paciente
- Falta de control de la medicación o del seguimiento de la misma al no salir en pantalla la fecha de la última receta
- Aumento de la frecuentación de los pacientes que tiene que acudir al Centro a la hora de recoger las recetas, puesto que no están "cuadradas", no todos los envases tienen el mismo tamaño y necesitan a veces venir más de una vez al mes
- El número de errores y protestas verbales de los pacientes es mínimo. Las quejas van referidas a fármacos no incluidos en CLT, ya que muchas

veces los usuarios no diferencian la prescripción aguda de la crónica. No existen reclamaciones escritas, creemos que los pacientes están acostumbrados y satisfechos con el sistema establecido en la actualidad

- Aumento progresivo del tiempo de trabajo de la auxiliar de enfermería para la realización de recetas, por el incremento de población y patologías.

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

- Pasar las prescripciones a demanda (80/mes) y posteriormente a crónicas las seleccionadas.
- Disminuir la carga de trabajo de la persona encargada de elaborar las recetas (tiempo empleado / cupo).
- Mejorar los indicadores de calidad de prescripción.
- Disminuir el gasto farmacéutico.
- Mejorar la satisfacción del usuario.
- Autogeneración de lotes de recetas crónicas al menos un 20% de las recetas crónicas del cupo

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

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

Líneas de intervención	+++	++	+	-
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	+	+++		
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		+++		

Anexo 2

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

<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	+++
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	+++

## 7. - ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Las prescripciones fueron informatizadas con la instauración del sistema OMI-AP en el Centro de Salud desde el año 2001, de forma automática en "crónicos"

La demanda por parte del paciente se hace por el sistema de buzoneo, introduce su TIS o fotocopia de la misma con la medicación que precisa escrita o con cartones de la misma.

La generación de recetas la lleva a cabo la Auxiliar de Enfermería, se realiza paciente a paciente, introduciéndose en su listado de medicación e imprimiendo receta a receta, sólo si se encuentra en situación de demanda o crónica. En la pantalla de medicación no sale de forma automática la fecha de la última receta realizada, si se quiere saber, se tiene que ir a otra pantalla. Una vez realizadas se adjunta a la TIS mediante un clip y se depositan para ser firmadas por el facultativo que las deposita en cajetines situados en admisión. El paciente viene a buscarlas en horario preestablecido.

En el momento actual desconocemos:

- N° de pacientes incluidos en CLT
- N° de recetas CLT
- Media de fármacos por paciente
- N° horas/día de dedicación
- N° de recetas generadas

## 8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

RESPONSABLES: Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería y Admisión

1. - Revisar paciente a paciente las prescripciones, pasando a demanda todas salvo las candidatas a generación de lotes.

2. - Depurar el listado de prescripciones, cerrando las no actualizadas.

3. - Revisar posibles duplicidades y posibles interacciones, contraindicaciones y/o potenciadores de efectos secundarios

4. - Impresión de hoja de prescripciones para control de cada uno de los pacientes realizados.

5. - Selección de pacientes susceptibles de generación de lotes de forma

paulatina que cumplan criterios de inclusión anteriormente expuestos

6. - Información a los pacientes mediante citación en consulta de enfermería y explicarle el proceso, fijando fecha de la primera recogida del lote.

7. - Generar los lotes y entrega en Admisión

#### 9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. N° pacientes revisados / día
2. N° horas dedicados a realizar recetas por cupo/ día
3. Indicadores de calidad de prescripción pactados en cartera
4. N° pacientes elegidos como crónicos
5. Satisfacción de personal encargado y del usuario

#### 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: 10/01/2005

Fecha de finalización: abierto

Calendario:

PRIMERA FASE:

Revisión de al menos 20 pacientes / semana y Evaluación final

SEGUNDA FASE:

Elección de los pacientes susceptibles de generación de lotes, al menos 20 pacientes / semana y Evaluación final

TERCERA FASE

Información a los pacientes, al menos 20/semana

CUARTA FASE

Generación de los lotes y posterior entrega

QUINTA FASE

Evaluación



Anexo 2

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

Fecha y firma:

21-XII-04

FDO. ~~RE~~ CARMEN MARTÍNEZ-RAPOSO PIEDRAFITA

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

Plan Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2004).

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M<sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández

Profesión Médico Centro de trabajo C. S. Cariñena

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

Fecha de inicio: 2000

Fecha de actualización: 2005

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Se mantienen los objetivos generales del Programa diseñado en el año 2000:

- **Contribuir a la prestación de una Asistencia Sanitaria MEJOR.**
- **Adecuar los cuidados a las necesidades y expectativas de la población.**
- **Aumentar el grado de Satisfacción:**  
de los profesionales  
de la población

Se van a seguir desarrollando actividades para la consecución de los diferentes objetivos específicos (puntos 5 y 7)

En la actualización de 2005 se introducen como nuevos objetivos los resultantes de la priorización de las áreas de mejora detectadas en la autoevaluación del centro de salud según el modelo EFQM.

No hay variaciones en la composición del grupo de mejora.

Los resultados que esperamos conseguir son los siguientes:

1. Mejorar el control de los pacientes diabéticos, para prevenir en mayor medida las complicaciones de la enfermedad
2. Conocer la satisfacción y expectativas de los usuarios del centro de salud de Cariñena, en la actualidad y compararlas con las anteriores y con otros centros.

3. Extender y mejorar el uso del programa informático "AMEDAC", diseñado para el registro y explotación de datos de Atención Continuada
4. Mejorar el perfil de prescripción antibiótica de la ZBS y los criterios de Calidad de prescripción antibiótica; evaluar las contraindicaciones e interacciones de los nuevos antibióticos par disminuir el riesgo derivado de su utilización
5. Mejorar el control y seguimiento de los pacientes con Cardiopatía Isquémica, para disminuir sus complicaciones
6. Aumentar la preparación de los profesionales para facilitar la accesibilidad de la población a la ecografía como prueba diagnóstica, disminuyendo la incertidumbre diagnóstica del médico y mejorar la satisfacción tanto del paciente como de los profesionales
7. Añadir valor al Programa de calidad con los resultados de la autoevaluación según el Modelo EFQM
8. Mejorar la accesibilidad y la Calidad del control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en las distintas localidades del Centro de Salud, conocer la opinión de los usuarios de este servicio y la satisfacción de los profesionales con el mismo y evitar riesgos derivados de estos tratamientos, valorando las interacciones con otros fármacos
9. Presentar el Centro de Salud de Cariñena, sus características, reglamento, geografía, distribución de responsabilidades y pautas de actuación generales (documentos a cumplimentar) etc. al personal definitivo, de refuerzo y sustituciones, en su primer trabajo en la zona.
10. Mejorar la relación atención Primaria –Atención especializada, no sólo a nivel de los profesionales sino también en lo relativo a los temas administrativos (cada vez más deteriorados).
11. Conseguir el aumento de personal administrativo, ya que este déficit empieza a influir en el trabajo habitual de todos los profesionales.
12. Aumentar los conocimientos de la comunidad en temas sanitarios e informar periódicamente de las actividades que se llevan a cabo en su centro de salud.
13. Mejorar la comunicación con el personal de refuerzo y sustituciones, aumentar su implicación en el EAP y conseguir su participación en las acciones de mejora
14. Disminuir los riesgos derivados de la Atención Médica a nuestros pacientes, con las actividades 4 y 8.

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

1. Se ha reevaluado la Calidad del seguimiento de la diabetes tipo II en el Centro de Salud de Cariñena por segunda vez, con el mismo diseño del estudio realizado los años anteriores, valorando además en esta ocasión la asociación de variables que conforman el síndrome metabólico, el consumo de fármacos como antiagregantes, estatinas, antidiabéticos orales o insulinas; también se valoraron los ingresos hospitalarios y sus causas y la patología vascular de los diabéticos tipo II.

Se han presentado y discutido los resultados en una Sesión clínica del EAP. Se ha presentado una comunicación (Anexo I) con los resultados al XIII Congreso Aragonés de Atención Primaria y Medicina Rural, siéndole otorgado el premio a la mejor comunicación oral.

2. Se han enviado por escrito las conclusiones de las encuestas realizadas a los ayuntamientos de la zona y al Consejo Comarcal, como entes con capacidad para solucionar los problemas detectados y hacer que se alcancen las expectativas expresadas por los usuarios de la zona. No se ha obtenido ningún tipo de respuesta.

3. Se ha diseñado y realizado un cuestionario para de forma anónima conocer la opinión de los profesionales acerca del uso del programa informático AMEDAC, en el servicio de urgencias del centro de salud. Estos resultados (Anexo II), no son los esperados, dado que se pretendía conocer los motivos por los que no se usa mayoritariamente dicho programa y las respuestas obtenidas, proceden de personas que sí lo utilizan. Se han conectado en red los dos ordenadores de Urgencias (el 28-XII-2004).

4. Se ha evaluado la evolución del consumo de antiinfecciosos durante los últimos cinco años en el centro de salud (1999-2003), la cantidad y calidad. Se han presentado los resultados al EAP en sesión clínica, el trabajo fue presentado y admitido como comunicación oral (Anexo III) al XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad asistencial y a las II Jornadas de Investigación del Sector de Salud III.

5. Se han realizado gestiones para conseguir un ecógrafo cedido por el Hospital Clínico.

Se llevó a cabo una sesión clínica con un radiólogo para aprender el manejo del nuevo ecógrafo.

Se ha realizado un curso de ecografía de 100 horas de duración por 7 miembros del EAP (03-XII-04/12-XII-04)

Se ha realizado un curso de ecografía osteo-muscular en Madrid por 2 médicos del EAP (una de las inscripciones financiada por el Programa de apoyo 2004)

Se han presentado 2 Comunicaciones orales en el XVIII Congreso Aragonés de Atención Primaria y Medicina Rural (Anexo IV).

6. Se ha continuado realizando formación en el Modelo Europeo de Calidad  
Se realizó un curso de autoevaluación de 30 horas de duración por dos miembros del equipo.  
Se ha realizado una sesión clínica para familiarizar al personal del EAP con el Modelo EFQM.  
Se ha llevado a cabo la autoevaluación del centro de salud por parte del grupo de Calidad, en parte con ayuda metodológica externa proporcionada por la gerencia del sector (en horario de mañana y tarde), y en ella se han detectado 89 posibles áreas de mejora.  
Se han presentado las áreas de mejora (Anexo V) al EAP y entregado por escrito para su priorización (también al personal de refuerzo).  
Se han recogido 8 de las 24 copias entregadas, tras el plazo de 17 días previsto con las que se han priorizado las siguientes áreas por criterio, que se incluyen como objetivos para 2005.
7. Se realiza el seguimiento de la anticoagulación oral (TAO), en 9 de las 10 unidades asistenciales del EAP.  
Se realizan controles de calidad de dicho seguimiento semestralmente  
Se ha realizado una encuesta de satisfacción a los usuarios del servicio, con la colaboración con los trabajadores sociales de base de la zona  
Se ha realizado una sesión clínica para presentar los resultados de la encuesta en el EAP.  
Se ha presentado una comunicación (Anexo VI) en el XI Congreso Nacional de la Medicina General Española con los resultados de la encuesta.  
Se ha presentado un Poster (Anexo VII) en el XXII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y en las Jornadas de Investigación del Sector de Salud III, con los resultados de esta actividad desde el pilotaje hasta la encuesta de satisfacción.
8. Se ha diseñado un manual de acogida para los profesionales que llegan por primera vez al EAP, que recoge las características, reglamento, mapas, cartera de servicios, documentos más utilizados etc... del Centro de Salud.  
Se ha entregado a modo de pilotaje al último compañero incorporado al EAP  
Se han añadido y modificado contenidos (Anexo VIII)
9. Se ha solicitado el aumento del personal administrativo (sólo una persona para todo el centro es claramente insuficiente)  
Se comunica oficialmente que este déficit empieza a influir en el trabajo habitual de todos los profesionales y genera malestar en los usuarios  
Se han medido el nº de llamadas telefónicas que se atienden en determinados tramos horarios, por el personal administrativo (uno) del centro.

10. Se ha tratado de resolver los problemas de comunicación con el personal de refuerzo y sustitutos, se colocan las actas de todas las reuniones del EAP en la Sala de estar de Guardia, con lo que tienen acceso a las actividades realizadas y decisiones tomadas por el EAP.

Se han dispuesto casilleros para los refuerzos médicos y de enfermería, donde se deposita la información, como al resto del equipo

Se ha puesto de manifiesto en la autoevaluación con el Modelo EFQM, que esta es un área mejora reiterada.

11. Se han mantenido contactos con los responsables de la publicación "Crónica Comarcal del Campo de Cariñena"

Se ha acordado colaborar periódicamente con esta publicación.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

Actividades realizadas en punto 5

Resultados concretos de las diferentes actividades en Anexos I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII

## 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

### 1.-Diabetes

Tras el análisis de los resultados, se han adoptado nuevas medidas y actividades a realizar en 2005:

- Redefinición del proceso de atención al paciente diabético
- Consensuar las tareas relacionadas con este proceso
- Sistematizar las actuaciones médicas y de enfermería
- Volver a reevaluar el próximo año 2005
- Comunicar los resultados al EAP
- Publicación de los resultados obtenidos los últimos 4 años.

### 2.- Encuestas de satisfacción y expectativas a los usuarios

Se decide:

- Contactar personalmente con dichos dirigentes desde la coordinación del Centro y conjuntamente con el Consejo de Salud
- Repetir las encuestas realizadas (directa y telefónica), para comparar los resultados con los anteriores, ver la tendencia, poder compararnos con otros y seguir pulsando la satisfacción y expectativas de la población

### 3.- Programa informático AMEDAC

- Se va a continuar potenciando su manejo, sobretodo motivando a los refuerzos
- Se van a instalar en ambos ordenadores lectores de tarjetas magnéticas para las TIS

### 4.- La prescripción de antibióticos de la zona de salud

- Se va a seguir con esta línea de Calidad
- Se van a realizar sesiones clínicas internas del uso y manejo de antibióticos en las patologías infecciosas más prevalentes
- Se va a realizar sesión clínica de resistencias bacterianas con la colaboración del servicio de microbiología del HCU
- Se va a iniciar un seguimiento de las contraindicaciones e interacciones de los nuevos antibióticos (Moxifloxacino y telitromicina) en la Zona de Salud, para disminuir los riesgos derivados de la atención con la siguiente metodología:
  - Formación en el tema
  - Búsqueda bibliográfica
  - Estudio retrospectivo
  - Sesiones clínicas de formación e implantación de actividades de mejora

### 5.- .Cardiopatía Isquémica

Se han encontrado dificultades para la creación de un registro centralizado de cardiopatía isquémica en el centro de salud; la declaración mensual de casos nuevos por los profesionales es incompleta, dada la importancia del tema se prevé

- Solicitar este dato al Hospital Clínico (Servicio de urgencias, Cardiología, Medicina interna)
- Completar el listado
- Evaluar el seguimiento de este grupo de pacientes

## 6.- Ecografía

Se va a continuar avanzando en este campo:

Se va a continuar potenciando la formación en ecografía

Se va a realizar una búsqueda bibliográfica del uso y papel de la ecografía en Atención Primaria.

Se abre un libro de citación para ecografías

Se inicia la creación de un registro de las ecografías realizadas en el centro de salud, con tres apartados diferenciados: Ecografías de diagnósticos conocidos, ecografías de control de alguna patología, ecografías diagnósticas.

Se realizara un estudio con los hallazgos ecográficos, intentando evaluar cómo varía en base a ellos nuestra actuación y cómo repercute en el proceso del paciente.

Se va a iniciar el proceso de digitalización de las imágenes ecográficas, con el material incluido en el presupuesto de este proyecto, con el objetivo de guardara todas las ecografías realizadas y contar con un banco de imágenes propio.

## 7.- EFQM

Las áreas priorizadas que se incluyen como objetivos para 2005 son:

### Criterio 1

- Conseguir espacio de tiempo común y suficiente para favorecer la asistencia de todos los miembros del EAP a las diferentes reuniones.
- Reconocimiento a individuos o grupos por su contribución a resultados
- Contactos periódicos de cada líder (responsable con Atención especializada)

### Criterio 2

- Asignar responsables de los diferentes procesos
- Medir la satisfacción de profesionales y usuarios con los diferentes procesos
- Aumentar el número de sesiones clínicas para poder transmitir el resultado de las actividades de aprendizaje individual a todo el EAP

### Criterio 3

- Mejorar la comunicación con el personal de refuerzo y sustitutos
- Crear un registro de actividades de formación realizadas por cada una de las personas del EAP
- Establecer reconocimientos y recompensas a los profesionales con mayor implicación y responsabilidad

### Criterio 4

- Solicitar informatización y conexión en red de los consultorios del centro de salud

- Solicitar acceso a Internet en en centro y los consultorios
- Solicitud por escrito del mantenimiento de los equipos médicos con revisiones periódicas
- Habilitar herramientas adecuadas para la realización del trabajo (ropa y calzado adecuado para la Atención Continuada)

#### Criterio 5

- Unificación de criterios de derivación y pautas de actuación en el EAP y con el nivel especializado
- Fomentar la motivación e implicación del personal de refuerzo y sustituciones
- Solicitar indicadores importantes para el trabajo habitual, como demoras por especialidades, lista de espera de pruebas complementarias etc.

#### Criterio 6

- Sistematización de encuestas y comparación con los mejores (Punto 2)
- Mejorar la accesibilidad telefónica al centro
- Crear un documento de acogida al paciente que llega por 1ª vez al Centro, para entregar con la solicitud de la TIS

#### Criterio 7

- Evaluar la asistencia y satisfacción con las sesiones clínicas, diseñando una hoja de asistencia y otra de evaluación
- Declarar mensualmente las actividades realizadas en el anverso de la hoja de estadística mensual

#### Criterio 8

- Crear una página Web del centro de Salud
- Reciclado de los materiales usados en el centro
- Solicitar la gestión del transporte de residuos biológicos de los consultorios locales

#### Criterio 9

- Mejora del control metabólico de los pacientes diabéticos (punto 1)
- Potenciar la formación continuada (diseñar un programa consensuado de formación para 2005)

Pendiente la redacción de conclusiones de la autoevaluación.

### 8.- Seguimiento TAO

Se va a seguir con esta línea de Calidad

Se continuará evaluando semestralmente los resultados del control de pacientes

Se realizara una encuesta de satisfacción a los profesionales que realizan esta actividad

Se va a iniciar un seguimiento de las interacciones de los ACO en la Zona de Salud, para disminuir los riesgos derivados de la atención con la siguiente metodología:

- Formación en el tema
- Búsqueda bibliográfica
- Estudio retrospectivo
- Sesiones clínicas de formación e implantación de actividades de mejora

#### 9.- Manual de acogida

Está preparado para su publicación, prevista en el primer trimestre de 2005.

#### 10.- Relación y comunicación con atención Especializada

Se prevé establecer contactos con Atención especializada:  
Realizar sesiones clínicas en el Centro de salud con especialistas de referencia  
Diseño de protocolos conjuntos de actuación  
Protocolización de Derivaciones, pruebas complementarias etc.  
Evaluar los resultados de esta actividad

#### 11.- Aumento de personal administrativo

Se va a continuar insistiendo en esta necesidad.  
Se van a procesar los datos recogidos de llamadas telefónicas  
Se va a realizar una comparación con otros EAP de características similares

#### 12.- Relación y comunicación con personal de refuerzo y sustitución

Se ha puesto de manifiesto en la autoevaluación con el Modelo EFQM, que esta es un área de mejora reiterada.

Se propone:

Invitar al personal de refuerzo a implicarse más en las tareas del EAP

Distribuir entre ellos responsabilidades del EAP.

Que se responsabilice del área de Urgencias un médico de refuerzo, o todos ellos de forma rotatoria.

Adjudicar una partida económica de este proyecto para contribuir a los desplazamientos que les generen las asistencias a reuniones del EAP o del Grupo de Calidad.

Se les invita a incorporarse al grupo de Calidad.

13.- Mantener contactos periódicos con la población a través de la publicación comarcal

Se va a comenzar a colaborar periódicamente con esta publicación desde el grupo de Calidad del Centro de Cariñena, con un espacio sanitario con el siguiente contenido:

- Artículos de educación para la salud
- Novedades del Centro de Salud
- Avisos a la población (Campañas de vacunaciones, Conferencias, etc.)

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

- 1.- Falta de tiempo dentro del horario laboral para el desarrollo del mismo.
- 2.- Desplazamientos a cargo de las personas para poder asistir a las reuniones y realizar las actividades conjuntas que se han descrito, en una zona rural como la nuestra eso supone muchos kilómetros.
- 3.- Falta de reconocimiento por el trabajo realizado y los resultados obtenidos, la incentivación económica es ridícula y poco equitativa.
- 4.- Falta de apoyo, cuando se han solicitado algún día de sustitución para trabajar en el proyecto (Autoevaluación EFQM).
- 5.- Retraso en la resolución de la convocatoria y desconocimiento hasta muy avanzado el año de los recursos asignados.
- 6.- Una vez asignados los recursos, cada vez su entrega se materializa más tarde (este año en enero de 2005) y todavía hay cosas pendientes.
- 7.- Llevar a cabo este Proyecto en nuestro caso nos cuesta tiempo y dinero.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Teclado de ordenador con lector de tarjetas (2 unidades)	360
Realización de encuesta	2.228
Tarjeta capturadora de video para digitalizar imágenes ecográficas	300
Dietas y kilometraje para actividades de este proyecto	1000
Libros de ecografía, suscripción a Revista Calidad Asistencial y Panorama del medicamento	400
<b>TOTAL</b>	<b>4288.-</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Firma:

Fdo M<sup>a</sup> Victoria Fustero

En Zaragoza a 17 de enero de 2005.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Proyecto de mejora de la organización interna orientada hacia el usuario del EAP de Herrera de los Navarros.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Alberto Pardos Cañardo

Profesión: Médico. Facilitador de procesos.

Centro de trabajo: Centro de Salud de Herrera de los Navarros.

Correo electrónico: [apardos@comz.org](mailto:apardos@comz.org); [alberto@tallerdecreatividadsocial.com](mailto:alberto@tallerdecreatividadsocial.com)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Jesús Dueñas Agulló	Médico	CS Herrera de los Navarros
Maria Eugenia García Alejandre	ATS/DUE	CS Herrera de los Navarros
C. Clara Puyol Martínez	Médico	CS Herrera de los Navarros
M. Paz Casanova Ruiz	Médico	CS Herrera de los Navarros
Taha S Issa Assadi	Médico	CS Herrera de los Navarros
M. Jesús Ariza Navarro	ATS/DUE	CS Herrera de los Navarros
Aly El-Achwah Namro	ATS/DUE	CS Herrera de los Navarros
Ángel Leza Sola	Médico	CS Herrera de los Navarros
Jorge García Egea	Médico	CS Herrera de los Navarros

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

#### 4.1. "importancia y utilidad del proyecto"

A lo largo de las reuniones de Equipo del último trimestre se han identificado 21 aspectos mejorables en la organización del centro entre los que destacamos la organización y mantenimiento de la Sala de Urgencias, la eficiencia en el gasto farmacéutico, el clima y la comunicación en el equipo de trabajo, la cartera de servicios, la formación continuada y la investigación.

Además, indirectamente y tal como se expresa en un estudio publicado recientemente, la comunicación y el clima laboral se correlaciona con la calidad de la atención al paciente.

## 4.2. "métodos de detección y priorización empleados"

- Reuniones periódicas. Lluvia de ideas.
- Buzón de sugerencias durante varios meses.
- Priorización simple y votación.

## 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- El EAP de Herrera de los Navarros está preparado para atender adecuadamente las necesidades de salud de su población.
- Los usuarios están correctamente atendidos.
- El clima laboral ha mejorado.
- Los roles se han delimitado tanto en el propio Centro como en los consultorios locales.
- Se ha mejorado las competencias en comunicación dentro del EAP.
- Se continua identificando y abordando constructivamente otras necesidades.

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

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

## 7.1. Situación de partida y posibles causas:

El EAP de Herrera de los Navarros cuenta con 11 profesionales de los cuáles 8 han cambiado en los últimos cuatro años. La organización interna no se ha actualizado en estos años lo que ha generado malentendidos, confusión en los roles y malestar sin que haya un espacio donde abordar estas dificultades. Las reuniones son insuficientes e ineficaces para abordar los diversos problemas y hay un notable grado de desmotivación. En este contexto, se decidió en Septiembre de 2004 comenzar un proceso de facilitación interna para identificar y resolver los problemas organizativos y que se pretende dar continuidad con el presente trabajo de Mejora de la Calidad.

## 7.2. Fuentes de información:

- Actas de reuniones precedentes.
- Informes de Facilitación realizados entre septiembre y diciembre de 2004.
- Reuniones de Equipo.

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

### 8.1. Medidas previstas:

- Creación de una "comisión de diseño" para preparar la metodología de intervención. Esta comisión se reunirá periódicamente para valorar el propio proceso. Se utilizará la metodología constructivista C3 como apoyo a la planificación y la experiencia en facilitación de procesos de cambio organizacional.
- Reuniones periódicas del Equipo para abordar las necesidades organizativas detectadas.
- Identificación y abordaje de los posibles obstáculos a la mejora de la organización.
- Otras: sesiones clínicas, formación continuada, talleres,...

### 8.2. Los responsables:

Los responsables del proceso de organización interna son el coordinador del Centro y los miembros del Equipo de Mejora. Los responsables de las actividades concretas que se vayan identificando y seleccionando, se asignarán durante el propio proceso de organización interna.

## 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 9.1. Cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto:

- En relación a la satisfacción de los usuarios respecto a la mejora del clima y de la organización interna, con ser lógica y haber sido demostrada recientemente en un estudio requeriría un análisis cuya complejidad se escapa de las pretensiones de la presente intervención. Con todo, se ha previsto registrar a través de un libro de incidencias las quejas de los usuarios recogidas a través de los buzones de sugerencias ya instalados en programas de Calidad previos, y también las quejas transmitidas directamente tanto al servicio de Admisión, como a las consultas médicas y de enfermería.
- Se realizará una evaluación cualitativa del proceso de organización en su conjunto y un informe de cada encuentro.
- Respecto a las distintas necesidades identificadas se establecerán objetivos específicos e indicadores que se irán concretando en la medida que se aborden las distintas áreas.
- La evaluación será semestral.

9.2. Indicadores del proceso de mejora de la organización interna:

- Número de reuniones de equipo realizadas.
- Número total de horas de reunión de equipo.
- Porcentaje medio de asistentes las reuniones sobre el total de los miembros del equipo.
- Evolución de la valoración cuantitativa media (puntuada entre 0 y 10) del **clima** organizacional según los miembros del equipo al comienzo y durante el proceso
- Número de decisiones alcanzadas por consenso en el Equipo.
- Evolución de la **eficiencia** organizativa media puntuada de 0 a 10.
- Número y calidad de las quejas recogidas.
- Descripción cualitativa de la situación al comienzo y al final de la intervención.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: enero de 2005

Fecha de finalización: diciembre de 2005

Calendario:

El Equipo se reunirá todos los lunes de 9.15 a 10.15. El trabajo de organización interna se realizará a lunes alternos, el resto de días se abordaran otros asuntos del centro.

El Equipo de Mejora se reunirá cada mes.

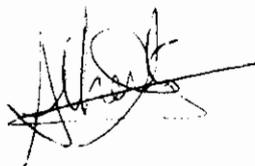
Cronograma:

La experiencia precedente durante el proceso de facilitación interna del último trimestre de 2004, nos orienta de la imposibilidad de precisar y fijar un cronograma ya que el tiempo que se tarda en abordar y resolver cada problema detectado es muy variable. Por este motivo y a efectos de planificación se considera que las reuniones serán los lunes alternos y que se pretende a lo largo del año 2005 abordar todos los problemas identificados hasta este momento. En cualquier caso, el Equipo de Mejora velará por que los problemas se aborden y se resuelvan en un tiempo razonable.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<b>Kilometraje</b> reuniones: (64 Kilómetros x2= 128 km/reunión) x <b>0.16 €</b> / Kilómetro = 20,48 € por reunión. (24 reuniones)	491,52 €
Cañón proyector	900,00 €
Material clínico y bibliografía	650,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>1.941,52 €</b>

Fecha y firma: 17 de enero de 2005



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

PROYECTO DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos** ARMANDO J. COLOMER SIMÓN

**Profesión** ENFERMERO

**Centro de trabajo** C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR

**Correo electrónico:** acolomer@aragob.es

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

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Centro de trabajo</b>
José Manuel Granada López	Enfermero	Centro de Salud Mental. Zaragoza
Ana Belén Morales Rozas	Enfermera	Centro de Salud Mental. Zaragoza
Olga Vidaller Escudero	Enfermera	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.
Luis Benedi Sanz	Enfermero	H. Clínico Universitario Zaragoza.
Manuel Langa Sanjosé	Enfermero	H. Clínico Universitario Zaragoza.
Marga Esteban Escolano	Enfermera	H. Clínico Universitario Zaragoza.
Teresa Antoñanzas Lombarte	Enfermera	H. Clínico Universitario Zaragoza.
Concha Rubio Soriano	Enfermera	Hospital San Jorge. Huesca.
Isabel Martínez Cuñado	Enfermera	EIR Salud Mental. Zaragoza.
Ana García Pardos	Enfermera	EIR Salud Mental. Zaragoza.

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

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

- Dificultades para los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tras el alta de Unidades de Corta Estancia para vincularse con los recursos de la red de salud mental a los que es derivado.
- Incumplimiento de citas y seguimiento de tratamiento tras el alta de Unidades de Corta Estancia.
- Frecuente insatisfacción de las familias, tras el alta de Unidades de Corta Estancia, por las dificultades de manejo y convivencia con la persona con TMG (alta emoción expresada, déficit de conocimientos e insuficiente capacidad de contención).
- Escaso desarrollo de soporte domiciliario desde los recursos de Salud Mental.
- Necesidad de implantación de programas de autoayuda para familias de pacientes con TMG.

Métodos de detección: aplicación de los criterios operativos del Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial del Plan Estratégico de Salud Mental del Salud.

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

- Consenso de aplicación de criterios para la definición de las personas con TMG.
- Programa de preparación al alta para pacientes con TMG desde las Unidades de Corta Estancia.
- Oferta desde los recursos de Salud Mental de programas de autoayuda para familias de pacientes con TMG.
- Establecimiento de indicadores de resultados de estos programas.
- Documentación informativa para familiares y pacientes.
- Proyecto de desarrollo de mecanismos informáticos para la comunicación de pacientes y familias con la enfermera de su Centro de Salud Mental, para disponibilidad no programada.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Los pacientes afectados por TMG son los que generan mayor consumo de recursos de salud mental, suponen la mayor fuente de insatisfacción para familiares que a su vez determinan una demanda, frecuentemente injustificada (sentida), de dispositivos de internamiento. Estas situaciones provocan alarma social en el entorno de convivencia de estos pacientes.

Es decir, hay numerosos pacientes catalogables como TMG, que produciendo un alto número de estancias hospitalarias apenas hacen uso de recursos comunitarios instalados en la red de salud mental.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

A través de los servicios que en estos dos últimos años han conseguido mayor nivel de implantación de la Guía de Cuidados Enfermeros en la red de Salud Mental de Aragón, del Plan Estratégico de Salud Mental.

- Consensuar criterios de clasificación de las personas con TMG.
- Elaboración de indicadores de consecución de objetivos.
- Selección de pacientes con TMG desde dos Unidades de Corta Estancia.
- Aplicación del Programa de preparación al alta de UCE.
- Elaboración de Programa de autoayuda para familiares de pacientes con TMG.
- Selección de familiares para inclusión en este programa.
- Aplicación del Programa de autoayuda para familiares de pacientes con TMG.
- Evaluación y resultados de estos programas.
- Diseño de documentación informativa para familiares y pacientes.
- Proyecto de desarrollo de mecanismos informáticos para la comunicación de pacientes y familias con la enfermera de su Centro de Salud Mental, para disponibilidad no programada.

**9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

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

La evaluación de los puntos proyectados se realizará con los indicadores seleccionados que incluirán, entre otros, encuestas de satisfacción de usuarios y familiares, escalas de asertividad y emoción expresada, cumplimiento de citas, adhesión a tratamientos y pautas terapéuticas, número de reingresos y utilización de recursos de la red de salud mental.

**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 2002

Fecha de ACTUALIZACIÓN: 17 - 01- 05

Calendario:

A determinar en la primera reunión del grupo.

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

<b><i>Material/Servicios</i></b>	<b><i>Euros</i></b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Material bibliográfico actualizado	600 euros
Trípticos informativos	900 euros
Ordenador y conexión con e-mail para las enfermeras de los Centros de Salud Mental incluidos en el proyecto.	
<b>TOTAL</b>	1500 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

**Fecha y firma:**

Zaragoza, a 14 de enero de 2005

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Intervención nutricional en ancianos hospitalizados: aplicación de un instrumento específico de medida "el test Mini-Nutritional Assessment (MNA)" en la identificación de pacientes en riesgo de desnutrición

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Carmen Cánovas Pareja

Profesión: Geriatra Centro de trabajo Hospital San Jorge (Zaragoza)

Correo electrónico: ccanovas@aragob.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Reyes Abad Sazatornil	Farmacéutica. Coordinadora de calidad	H. San Jorge
Ernesto Garcia Arilla Calvo	FEA Geriatria Jefe de Servicio	H. San Jorge
Abel Hernández Bello	FEA Geriatria. Jefe de Sección Presidente de la Comisión de Nutrición.	H. San Jorge
Ana Cristina Sanjoaquin Romero	FEA Geriatria.	H. San Jorge
Pilar Ochoa Calvo	FEA Geriatria	H. San Jorge
Francisco Javier Aranda Ibarra	FEA Análisis Clínicos	H. San Jorge
Alodia de Val Lafaja	MIR geriatría	H. San Jorge
Alfredo Zamora Mur	MIR geriatría	H. San Jorge
M <sup>a</sup> Luz Duce Gimeno	D U E. geriatría	H. San Jorge
Rosa M <sup>a</sup> Martínez Vicen	Administrativo	H. San Jorge

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

#### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La malnutrición es un importante problema de salud pública que predispone a la enfermedad y tiene una gran repercusión económica. Los estudios confirman que muchos ancianos se encuentran desnutridos en el momento del ingreso en el hospital y que la malnutrición se agrava durante su estancia hospitalaria.

Los pacientes ancianos constituyen un grupo heterogéneo en el que el riesgo nutricional surge por diferentes causas. La difícil masticación por ausencia de piezas dentarias o prótesis, las alteraciones en la deglución asociadas al envejecimiento, la pérdida de olfato, salivación y gusto que favorecen una dieta selectiva no equilibrada, la dificultad de la visión que dificulta a la preparación del alimento, favorecen la malnutrición. Los pacientes con deterioro funcional suelen tener problemas nutricionales debido a la dificultad para preparar o adquirir alimentos. La depresión, el deterioro cognitivo y el aislamiento social son factores de riesgo nutricional. La hospitalización de un paciente geriátrico o un anciano frágil aumenta el riesgo de desnutrición. Las enfermedades crónicas caracterizadas por un estado catabólico y un aumento del metabolismo, asociados a una habitual disminución de la ingesta de nutrientes, lo condicionan. La plurifarmacia, las alteraciones en la hidratación, los trastornos de la deglución, la sepsis bucal, las restricciones en la movilidad en el hospital o las dietas restringidas y con horarios no habituales, también la favorecen. La identificación temprana de los factores que empeoran el pronóstico de los ancianos hospitalizados podría permitir una disminución de sus complicaciones.

Varios estudios han destacado la relación entre una situación nutricional deficiente y un pronóstico clínico pobre en ancianos hospitalizados con aumento de morbimortalidad. La desnutrición se asocia en este grupo de edad con sarcopenia, alteración de músculos respiratorios e infecciones, retraso en la curación de las heridas y úlceras por presión, alteraciones inmunológicas, anemia, alteración en el metabolismo de los fármacos, trastornos de la marcha, caídas y fracturas, depresión, dependencia funcional y aumento de mortalidad.

Supone un aumento de coste asociado a una hospitalización más prolongada un mayor consumo de medicamentos y recursos hospitalarios y una alta prevalencia de reingresos. Se ha descrito también como variable predictiva de necesidad de recursos sociales al alta hospitalaria

Aunque los estudios de intervención nutricional han tenido resultados heterogéneos, se considera que el pronóstico de un paciente desnutrido puede mejorar si recibe un adecuado tratamiento nutricional. De ahí la importancia de incluir el estado nutricional y la alimentación como aspectos fundamentales de la valoración médica de todo paciente. Se debe realizar una encuesta dietética una exploración física con parámetros antropométricos y el estudio de marcadores bioquímicos antes de iniciar cualquier intervención. En los últimos años se han diseñado distintos instrumentos que facilitan la valoración nutricional. **El Mini-Nutritional Assessment (MNA)** es un instrumento validado de cribaje y valoración de malnutrición en pacientes ancianos, utilizado en la identificación de individuos con riesgo de desnutrición. Tiene una elevada sensibilidad y especificidad. Se ha utilizado en ancianos en el entorno hospitalario con buen resultado como predictivo de pronóstico clínico y demostrando una alta correlación con los parámetros antropométricos y bioquímicos más utilizados

La monitorización clínica y nutricional del tratamiento de estos pacientes una vez instaurado, debe ser continua.

En el año 2004 se realizó en el Servicio de Geriátrica del Hospital Geriátrico San Jorge un estudio transversal sobre prevalencia de desnutrición constatándose marcadores bioquímicos nutricionales alterados en más de un 40% de los ancianos ingresados. La elevada prevalencia de este problema ha condicionado la necesidad de planificar acciones de mejora en este campo elaborando un protocolo de detección de ancianos en riesgo de desnutrición mediante el test MNA que posibilite una intervención nutricional precoz y un seguimiento en el tiempo adecuado.

## 5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Descripción de la situación nutricional de los ancianos que ingresan en el Hospital mediante un estudio prospectivo a lo largo de un año.
2. Detección de pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición mediante una valoración nutricional convencional asociada a la aplicación del test MNA.
3. Intervención nutricional de ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición detectados mediante:
  - a. Revisión de dietas alimenticias hospitalarias. Elaboración de recomendaciones nutricionales al alta. Actuación sobre factores de desnutrición.
  - b. Suplementos proteicos.
4. Seguimiento de pacientes en el tiempo con evaluación nutricional periódica mediante control telefónico y en consultas externas.
5. Elaboración de un protocolo nutricional final en ancianos hospitalizados

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

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

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

## 8 - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1 **Elaboración** de una ficha para recogida sistemática relacionados con la evaluación nutricional, implantación de nutrición enteral en los pacientes ingresados en un Servicio de Geriátrica y seguimiento posterior de aquellos pacientes en riesgo de malnutrición y malnutridos.

Esta ficha consta de los siguientes apartados.

- Domicilio del paciente (al ingreso y al alta)
- Cuidador principal.
- Motivo de ingreso / diagnóstico
- Días de estancia hospitalaria
- Factores de riesgo asociados a desnutrición en el anciano: alteraciones de los órganos de los sentidos, enfermedades crónicas, procesos agudos intercurrentes, salud bucodental alterada, alteraciones psiquiátricas y cognitivas, fármacos, factores funcionales y sociales.
- Hábitos alimenticios del paciente (antes, durante hospitalización y al alta)
- Valoración funcional mediante escala Plutchik y el índice de Barthel
- Valoración nutricional, mediante:
  - MNA abreviado: Si puntuación <11 indica riesgo de malnutrición (debiendo pasar MNA completo)
  - Parámetros bioquímicos
  - Parámetros antropométricos

Esta fase se ha completado a 1 de Noviembre de 2004 Se adjunta Ficha de recogida de datos, MNA y escalas.

2. **La recogida de datos** de información necesaria requiere un esfuerzo añadido por la necesidad de completar la ficha y de realizar el seguimiento posterior.

ACCIONES: Transmitir ilusión por la puesta en marcha de esta actividad de mejora

Realización de una base de datos informatizada con los casos que se incluyan en esta actividad de mejora.

DESARROLLO: realizar base de datos SPSS en febrero 2005. Inclusión de pacientes a lo largo de todo el año.

3. **La monitorización** consistirá en el **análisis** de:

- Estancia media en relación con los parámetros predeterminados para pacientes malnutridos y pacientes en riesgo
- Mortalidad en relación con los parámetros predeterminados para pacientes malnutridos y pacientes en riesgo
- Otros factores más frecuentemente asociados a desnutrición en el anciano
- análisis de los parámetros bioquímicos, antropométricos y de la puntuación en el MNA abreviado y/o completo
- Hábitos alimenticios
- Valoración funcional en los pacientes en riesgo de malnutrición y en malnutridos
- Incidencias (complicaciones de la NE, ingresos hospitalarios, infecciones...) y modificaciones en la esfera funcional y social tras alta hospitalaria al mes, tres, seis y doce meses.
- Indicadores de grado de cumplimiento

ACCIONES: Monitorizar los datos previamente citados a los 3,6 y 12 meses del funcionamiento de esta actividad de mejora.

DESARROLLO: Inclusión de casos a lo largo de todo el año. Análisis de datos y revisión de las historias clínicas cuando sea preciso: febrero 2005, mayo 2005 y Noviembre 2005.

**4. Reunión de presentación** de resultados y evaluación final. identificación de posibilidades de mejora.

**ACCIONES:** Comunicación de los datos en la Comisión de Nutrición de nuestro Hospital. Sesiones conjuntas del servicio, dirigidas a los médicos de servicio y otros miembros del equipo de mejora, donde se lleve a cabo un análisis de todo el año, resultados e indicadores. Plantear un análisis de las posibilidades en el servicio que den lugar a propuestas de mejora en el futuro y a la realización de un protocolo hospitalario de malnutrición.

**DESARROLLO:** Al menos 2 sesiones en el servicio, en Junio y Diciembre del 2005.

**5. Divulgación de resultados.**

**ACCIONES:** Presentación de resultados preliminares en la reunión anual (abril 2005) de la Sociedad Aragonesa de Geriatria y Gerontología (SAGG), en el Congreso anual de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (junio 2005), en la reunión anual de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (nov 2005).

Presentación de datos definitivos en la Reunión Anual de la SAGG y de la SEGG en el año 2006. Se podrían publicar resultados y conclusiones en revistas del área de la geriatría y de nutrición.

**DESARROLLO:** Preparar comunicaciones de los resultados preliminares y posteriormente definitivos a dichos congresos y preparar publicaciones para revistas médicas.

Los responsables de este proyecto de mejora son todos los componentes del grupo.

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

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

Se analizarán los datos recogidos en la ficha elaborada, tal y como se indica en el punto 3 del apartado 8.

Se emplearán indicadores de grado de malnutrición, de cumplimiento tanto de la actividad de mejora como del cumplimiento de la intervención nutricional en los pacientes malnutridos y en riesgo

**INDICADORES DE GRADO DE CUMPLIMIENTO:**

- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes a los que se realiza MNA abreviado}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$
- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes a los que se determinan parámetros antropométricos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$
- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes en q determinamos parámetros bioquímicos nutricionales}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$
- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes a los que se instaura Nutrición Enteral}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes malnutridos incluidos en el estudio}} \times 100$

**INDICADORES DE GRADO DE MALNUTRICIÓN**

- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes malnutridos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$
- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes en riesgo de malnutrición}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes incluidos en el estudio}} \times 100$

**INDICADORES DE GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PACIENTE:**

- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que mantienen NE al mes del alta hospitalaria}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes en los que se pautó NE al alta}} \times 100$
- \*  $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ptes que mantienen NE a los 3 meses del alta hospitalaria}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes en los que se pautó NE al alta}} \times 100$

\*  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes que mantienen NE a los 6 meses del alta hospitalaria}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en los que se pautó NE al alta}} \times 100$

\*  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de ptes que mantienen NE a los 12 meses del alta hospitalaria}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en los que se pautó NE al alta}} \times 100$

#### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de noviembre 2004

Fecha de finalización: 1 de noviembre  
2006

Calendario: Se adjunta cronograma

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>2 báscula plataforma para sillas de ruedas</u>	<u>2600 euros</u>
<u>Material ofimático (2 memorias extraíbles, CD-R)</u>	<u>100 euros</u>
<u>Material de oficina</u>	<u>300 euros</u>
<b>TOTAL</b>	3000 euros Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

15 de enero de 2005



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

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

Lo que nos hace plantear esta iniciativa de ayuda al colectivo de cuidadores de personas mayores y en concreto, a aquellos que padecen deterioro cognitivo, es el cada vez mayor número de personas mayores que necesita ayuda y la gran cantidad de dificultades con las que se encuentran sus familiares para prestarles dicha ayuda, dificultades que por otra parte les generan consecuencias negativas para su salud física y psíquica.

Un importante grupo de personas con demencia necesita ayuda en cierta medida para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, ( vestirse, higiene personal, comer, etc.); además, el hecho de cuidar de un familiar con demencia plantea desafíos importantes a los cuidadores, debido entre otras cosas a las dificultades que se pueden producir en la situación de cuidado, como por ejemplo los trastornos de conducta por parte de la persona con demencia. Por estos motivos, muchos cuidadores experimentan un grado de estrés y de sobrecarga que afecta a su situación física y psíquica, influyendo también en las relaciones sociales, actividades de ocio, intimidad, sueño, bienestar económico y, por lo tanto, en su capacidad para proporcionar los cuidados adecuadamente.

De acuerdo a lo que ellos mismos expresan y recogido en diferentes estudios, se contempla que los cuidadores necesitan recursos accesibles, variados y flexibles, además de conocimientos sobre como cuidar a sus mayores y sobre como prevenir o tratar el estrés o las situaciones difíciles.

En esta última área, intentando responder a las necesidades de los cuidadores de los pacientes con demencia, consideramos que la puesta en marcha del proyecto, sería de utilidad en dos aspectos

- La prevención de la aparición del "Síndrome del Cuidador", proporcionando información y entrenamiento para cuidar mejor y cuidarse mejor.
- La mejora de la atención del paciente con deterioro cognitivo.

#### **Métodos de detección:**

- Encuesta
- Entrevista personalizada

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

- 1- Conocer las necesidades sentidas por los cuidadores de los pacientes con deterioro cognitivo que acuden a consulta externa de nuestro Centro.
- 2- Proporcionar información sobre la enfermedad.

- 3- Proporcionar conocimientos sobre cuidados.
- 4- Proporcionar apoyo humano y psicológico.
- 5- Prevenir la aparición del "Síndrome del Cuidador"
- 6- En definitiva, mejora de la atención del paciente con deterioro cognitivo a través de todo lo anterior

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

#### **Situación de partida:**

En la Consulta externa de nuestro Centro se atiende un elevado número de pacientes con demencia, y se ha percibido que el cuidador principal de este paciente presenta:

- Impotencia frente al diagnóstico de demencia de su familiar
- Falta de formación e información sobre los cuidados necesarios
- Falta de información sobre los recursos disponibles
- Sensación de soledad frente al problema
- Pudiendo generar todo ello, una mayor frecuentación al Sistema Sanitario.

#### **Fuentes de información:**

Registro específico durante un trimestre de todas las consultas de pacientes con problemas asociados con demencia, valorados en la consulta externa del Hospital.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La primera parte de proyecto y la base del mismo, estaría en conocer a través de la cumplimentación de una encuesta por parte de los cuidadores, si efectivamente, la puesta en marcha de este programa, supondría una fuente de ayuda para adquirir habilidades o si por el contrario, el hecho de adherirse al programa, supone una carga de trabajo más, añadida al cuidado de la persona dependiente, así como conocer la existencia de signos y síntomas vinculados al " Síndrome del Cuidador".

Si la respuesta de los cuidadores nos confirma el interés del desarrollo del programa, este se concretaría a través de intervenciones por parte de un profesional de enfermería, con los siguientes contenidos:

- Proporcionar asesoría directa e individualizada
- Formación sobre los cuidados necesarios (alimentación, ubicación y entorno, eliminación, higiene etc...) con aportación de documentación específica.
- Información sobre entidades colaboradoras
- Información sobre otros grupos de profesionales (psicólogos, terapeutas, etc.)

Hay que matizar, que detrás de la enfermera responsable del programa, se encontrarían todos los profesionales del Centro (médicos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacéutica, trabajadora social, etc.) y que esta, actuaría como enlace entre dichos profesionales y los cuidadores, intentando dar respuesta a las necesidades de cuidados que demanden.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1) Nº de encuestas realizadas a cuidadores de pacientes con demencia  
Nº total de pacientes con demencia con cuidador principal identificado
- 2) Nº de citas ofertadas  
Nº de cuidadores de p. con demencia
- 3) Nº de citas ejecutadas  
Nº de citas ofertadas
- 3) % de cuidadores satisfechos con el desarrollo del proyecto, a través de la realización de encuesta y/o entrevista, al finalizar las intervenciones.

--

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Febrero 2005

Fecha de finalización: Febrero 2006

Calendario:

Marzo-Abril 2005: Encuesta para detectar si la percepción de demanda es real (mínimo 50 encuestas)

Mayo-Junio: Análisis de la encuesta

Octubre-Noviembre-Diciembre: Si el análisis de la encuesta nos confirma sus expectativas respecto al proyecto, inicio del mismo a través de citas concertadas.

Enero 2006: Evaluación





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

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

El Servicio de Radioterapia del Hospital Clínico Universitario trata anualmente 1300 **pacientes que se desplazan diariamente** por periodos superiores a un mes desde su domicilio al Hospital para recibir su tratamiento. Estos desplazamientos en ocasiones son desde pueblos o capitales de provincia situados a **varios kilómetros de distancia**. Las unidades de radioterapia sufren a lo largo del año incidencias, sobre todo **averías inesperadas** que se traducen en la suspensión inmediata del tratamiento y en una instauración en un tiempo indeterminado en función de la avería sufrida y revisiones posteriores.

Los pacientes son **avisados telefónicamente** en la mayor brevedad posible, uno por uno, pero en muchas ocasiones cuando reciben la comunicación ya han abandonado sus domicilios. Cada día se tratan en las unidades mas de 150 pacientes. Contactar de forma inmediata con ellos resulta laborioso y lento.

Es frecuente que el paciente con el que **no se ha podido contactar** se presente en el Servicio teniendo que regresar a su domicilio sin haber recibido el tratamiento con el consiguiente **malestar e insatisfacción**.

**La implantación de un sistema de comunicación con SMS permitiría ponernos en contacto de forma simultanea e inmediata con los pacientes que deben suspender y/o reanudar su tratamiento.**

La existencia de una base de datos interna del Servicio a partir de la cual se generan diariamente listas de los pacientes en tratamiento y la existencia de funcionalidades web que permiten desde una terminal de ordenador enviar mensajes sms a móviles nos permitiría de forma sencilla y rápida instaurar esta comunicación.

El **envío de información por SMS** supone un **ahorro** respecto al establecimiento de llamadas de fijo a móvil y su tarifa por minuto. Tras un periodo de confirmación de la viabilidad, este sistema podría establecerse como prioritario para la comunicación durante el tratamiento con un grupo determinado de pacientes

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

- 1) Determinar que porcentaje de pacientes podría beneficiarse de este sistema de información complementaria a la telefónica
  - a. Usuarios de telefonía móvil con terminal propia
  - b. Familiarizados con la recepción de mensajes
- 2) Determinar la viabilidad de este sistema de comunicación
- 3) Valorar el grado de satisfacción el paciente y del personal implicado
- 4) Valorar el ahorro económico que supondría la implantación de este sistema como alternativa al contacto telefónico en un futuro

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Situación de partida :150 pacientes oncológicos en tratamiento en unidades de radioterapia del Hospital Clínico universitario "Lozano Blesa" que acuden diariamente desde sus domicilios desde diferentes puntos de la Comunidad Autónoma de Aragón y La Rioja .

Problema : averías inesperadas en las unidades de tratamiento que se comunican en la mayor brevedad posible a los pacientes. En muchas ocasiones se contacta con el paciente cuando ha abandonado su domicilio o no se ha logrado contactar telefónicamente y el paciente se presenta en el Servicio

Causas del Problema : 1) El número de pacientes con los que hay que contactar es elevado (en ocasiones mas de 50). 2) No podemos contactar de forma simultanea ( perdemos tiempo). 3) No tenemos confirmación de la recepción de la información (los mensajes dejados en el buzón de voz o en contestadores automáticos a veces no son escuchados por el paciente). 4) Pueden darse malentendidos en la recepción de la información verbal, al existir constancia escrita el paciente conserva la información

Personal implicado :personal de la sala de tratamiento (supervisor de enfermería .DUE.TER, administrativos del servicio )

## 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1) PACIENTES A INCLUIR : Pacientes que vayan a iniciar tratamiento en las unidades de radioterapia externa que tengan una terminal propia y estén familiarizados con la recepción de mensajes SMS

### 2. MATERIAL

- a. Terminal del usuario
- b. Ordenador que permita conexión a internet
- c. Base de datos Access que permita crear listas de usuarios
- d. Aplicación SMS de Internet que permita envío de mensajes a múltiples destinatarios desde un ordenador. ( disponibles en la red sin coste alguno. orientativo arsys.es)
- e. Compra de paquete de mensajes ( precio orientativo arsys.es 1000 mensajes 109 euros. precio por mensaje 0,109 euros) .

### 3) MÉTODO

#### 3.1 MÉTODO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

- 3) Crear una lista de pacientes usuarios en cada unidad de tratamiento incluidos en este estudio con sus correspondientes números de terminal ( tenemos una base de datos access propia del Servicio de la que podemos obtener diferentes listas )
- 4) Utilizar una aplicación SMS de internet para el envío simultaneo de mensajes

#### 3.2 VALORACIÓN DE LA VIABILIDAD

3.2.1 Determinar que porcentaje de pacientes podría beneficiarse de este sistema de información complementaria a la telefónica

- a. Usuarios de telefonía móvil con terminal propia
- b. Familiarizados con la recepción de mensajes

3.2.2 Comunicar incidencias de unidades de tratamiento con sistema de envío SMS a móvil desde ordenador del servicio y comunicar telefónicamente la incidencia interrogando sobre recepción del mensaje al paciente. Registrar pacientes informados, sistema de información mas inmediato.

3.2.3 Registrar pacientes en los que no se ha conseguido establecer comunicación

3.2.4 Registro de posibles dificultades técnicas para llevar a cabo el proceso ( formación del personal, problemas de conexión del servidor)

3.2.5 Registro de mensajes de confirmación de recepción de SMS por incidencia

#### 3.3 VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y DEL PERSONAL IMPLICADO

3.3.1 A través de una encuesta de satisfacción dirigida al paciente

3.3.2 A través de una encuesta de satisfacción dirigida al personal implicado con recogida de aportaciones personales para la mejora del proyecto u objeciones al mismo.

#### 3.4 IMPACTO ECONOMICO

3.4.1 Valorar el ahorro económico que supondría la implantación de este sistema como alternativa al contacto telefónico en un futuro

**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

Grado de satisfacción del usuario y personal implicado

Impacto económico: gasto de mensajes enviados comparado con gasto en llamadas telefónicas que correspondería a establecer contacto telefónico con esos 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: 1/2/05

Fecha de finalización: 1/2/06

Caleandario:

Valoración de encuestas de satisfacción cuatrimestral

Valoración impacto económico semestral





Departamento de Salud y Consumo

Anexo 2

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1 – TITULO

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE USO CLÍNICO PARA ADECUAR EL MANEJO DE FARMACOS RELACIONADOS CON LA COAGULACIÓN EN EL ENTORNO PERIOPERATORIO

### 2 – REPOSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: JUAN MANUEL REVILLA MARTÍN \*

Profesión: Médico adjunto del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular  
Centro de trabajo: Hospital Clínico Lozano Blesa

Correo electrónico: [acvh-revilla@hcu-lblesa.es](mailto:acvh-revilla@hcu-lblesa.es)

### 3 – OTROS COMPONENTES

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Manuel Buisán Bardají *	M Adjunto	HCU L Blesa
José Miguel Azcona Elizalde *	Jefe servicio	HCU L Blesa
Ángel Duato Jané*	Jefe clínico	HCU L Blesa
Cristina Lorente Navarro*	M Adjunto	HCU L Blesa
José Miguel Fustero Aznar **	MIR	HCU L Blesa
Juan José Castilla Carretero **	MIR	HCU L Blesa

\* Miembros del Grupo de Mejora de Calidad del S de Angiología y C Vascular HCU L. Blesa

\*\* Residentes del S de Angiología y C Vascular HCU L. Blesa

Anexo 3

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

**4 PROBLEMAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA SELECCIONADAS**

El manejo inadecuado de fármacos relacionados con la coagulación como antiagregantes y anticoagulantes en el entorno perioperatorio representa un riesgo añadido a las complicaciones previsibles de cualquier técnica quirúrgica, por otra parte la supresión intempestiva de estos fármacos ante una intervención puede someter a los pacientes a un riesgo tromboembólico innecesario. Ambos tipos de complicaciones: hemorrágicas y tromboembólicas son responsables de una importante morbimortalidad cuando se presentan con repercusiones de diversa índole (clínicas, sociales, económicas).

Dado que no existe en nuestro medio un tratamiento sistemático y fundamentado en la evidencia. Nos proponemos elaborar una guía de manejo práctico que presente las evidencias conocidas y cree algoritmos prácticos de trabajo en el uso diario y que sea útil en los servicios de nuestra Comunidad que compartan la misma problemática

**5 – RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR**

- Descenso en el número de complicaciones hemorrágicas postoperatorias
- Descenso en el número de complicaciones tromboembólicas arteriales y venosas en el entorno perioperatorio
- Optimización del manejo periodo pre y postoperatorio (disminución de estancias y gastos derivados del uso inadecuado de la medicación)
- Mayor confianza del enfermo
- Mayor seguridad en los profesionales en el manejo de situaciones complejas

**6 - RELACION DEL PROYECTO CON LAS LINEAS DE INTERVENCIÓN DEL SALUD.** Marcar con (x) en cada línea, la valoración que corresponde al tipo de actuación del proyecto

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

Anexo 4

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

### 7 – ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Hemos realizado una exhaustiva búsqueda de documentos, protocolos, guías de actuación y manejo de antiagregantes y anticoagulantes en los servicios clínicos del Hospital Lozano Blesa. Hemos encontrado seis documentos, cinco de ellos inscritos y validados en el registro de protocolos del hospital Clínico Universitario y uno no validado.

Estos documentos no reúnen los requisitos formales para ser considerados guías clínicas de actuación y tampoco coinciden en los objetivos con el propósito de este trabajo.

Los datos actuales epidemiológicos de complicaciones mencionadas presentan sesgos de diagnóstico o no se conocen.

El número de población diana de la guía es creciente.

### 8 – MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Recogida de información y determinación del estado de la cuestión en nuestro medio.

Establecer la tasa de complicaciones que se pretende evitar (actualmente cifras imprecisas).

Exposición del proyecto a grupos implicados (Vascular ,Anestesia Cardiología)

Elaboración de una Guía adapta “ Borrador” y someterla a valoración de los grupos interesados.

Elaborar Guía definitiva conforme a los criterios AGREE.

Presentación, edición y difusión de la guía a grupos de interés.

Valoración de los resultados tras la aplicación de la Guía para crear *standard* de calidad

Aplicación del círculo de mejora según modelo PDCA



Departamento de Salud y Consumo

Anexo 4

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

**9 – INDICADORES, EVALUACION Y SEGUIMIENTO****Indice de complicaciones trombohemorrágicas generales**

(Nº de enfermos con complicaciones trombóticas o hemorrágicas en el postoperatorio / Nº de enfermos operados (Estandar deseable &lt; 2%)

**Indice de complicaciones hemorrágicas de la herida quirúrgica**

(Nº de enfermos reintervenidos por complicaciones hemorrágicas de la herida quirúrgica/ Nº de enfermos operados (Estandar deseable &lt; 5%)

**Indice de seguimiento de la guía**

Nº pacientes en tratamiento perioperatorio con fármacos relacionados con la coagulación que cumplen el protocolo / Nº total de esos pacientes intervenidos)x 100 (Estandar deseable 90%)

**10 – DURACION Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio Enero 2005

Fecha de finalización Junio 2005  
Excepto valoración e resultados**Calendario**

Enero 2005 Actualmente se ha realizado un primer borrador de la guía

Abril 2005 Elaboración Guía definitiva conforme a los criterios AGREE.

Junio 2005 Presentación, edición y difusión de la guía a grupos de interés.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE CITOTÓXICOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO Blesa" DE ZARAGOZA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Olga Frisas Clavero

Profesión: Médico. Centro de trabajo: Prevención de Riesgos Laborales (PRL). H.C.U. "Lozano Blesa".

Correo electrónico: ofrisas@salud.aragob.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Elena Zueco García	Médico	PRL (H.C.U. "Lozano Blesa")
Aurora Laguía Martín	Técnico	PRL (H.C.U. "Lozano Blesa")
Manuela Félix Martín	Supervisora	PRL (H.C.U. "Lozano Blesa")
Beatriz Acha Aibar	Enfermera	PRL (H.C.U. "Lozano Blesa")
Juan Antonio Fernández Martínez	Enfermero	PRL (H.C.U. "Lozano Blesa")
Lucía Santamaría Moreno	Enfermera	PRL (H.C.U. "Lozano Blesa")
María Dolores Sánchez Sanjorge	Administrativo	PRL (H.C.U. "Lozano Blesa")

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

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

- Importancia y utilidad: La toxicidad de los agentes citotóxicos obliga al manejo de los mismos con unas precauciones adecuadas. La finalidad del proyecto es detectar posibles deficiencias en la administración y manejo de estas sustancias con el fin de minimizar los riesgos en el trabajador expuesto, pacientes y medio ambiente.
- Métodos de detección: Visita y valoración de las condiciones de aplicación de fármacos citotóxicos en los Servicios implicados en su manejo y encuestas personalizadas a mandos intermedios y trabajadores. Priorización: Método de consenso entre los miembros del equipo de mejora.

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

- Adecuar y mejorar las técnicas de administración de citotóxicos.
- Minimizar riesgos de exposición de trabajadores, pacientes y medio ambiente.
- Adecuar y mejorar la recogida de residuos citostáticos a la normativa vigente.
- Aumentar el número de exámenes de salud previos y periódicos del personal expuesto.
- Mejorar la información y formación del personal expuesto para permitir una participación más activa en las medidas de protección y prevención con el manejo de estas sustancias y con la puesta en marcha de las medidas correctoras propuestas.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Información previa recogida mediante: 1. Información directa de los trabajadores en los exámenes de salud. 2. Valoración directa de los Servicios implicados y de las técnicas de administración y manejo de sustancias en los mismos. 3. Recogida de información de los delegados de prevención y direcciones implicadas.

Se detecta: 1. No estandarización de técnicas de administración. 2. Falta de información del personal implicado. 3. Necesidad de adecuar equipos de protección individual. 4. No participación y asistencia de los trabajadores expuestos a los exámenes de salud. 3. Necesidad de medidas correctoras de recogida de residuos.

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

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

- Análisis de la situación actual: Mediante la valoración directa de los Servicios implicados y realización de encuestas individualizadas y personalizadas a los mandos intermedios (supervisores de enfermería) y trabajadores expuestos. Se parte de la situación ya detectada previamente.
- Estudio de los posibles motivos que intervienen en los distintos problemas valorados y propuesta de medidas correctoras, de las que se priorizará según método de consenso por el equipo responsable en relación directa con los mandos y direcciones implicadas.
- Seguimiento e investigación de los accidentes/incidentes relacionados con estas sustancias.

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

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

- **Indicador 1:** N.º de trabajadores expuestos valorados por examen de salud durante el período de un año/N.º de citaciones realizadas. (Se determina para Estandar 70% DUE, auxiliares y otro personal de cada Servicio implicado y para exámenes iniciales y periódicos)

- **Indicador 2:** N.º de trabajadores que hacen uso de equipos de protección individualizada adecuado/N.º de trabajadores encuestados en cada Servicio. Estandar 90%

- **Indicador 3:** N.º de Servicios con contenido adecuado en el contenedor, según las instrucciones específicas/N.º de Servicios valorados. Estandar 90%

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Enero 2005

Fecha de finalización: Diciembre 2005

Calendario:

- Elaboración de encuestas y análisis situación: Enero y febrero 2005.
- 1ª Valoración: Marzo y abril 2005 – Encuestas.
- Elaboración base de datos: Abril 2005.
- Análisis resultados y valoración de problemas: Mayo 2005.
- Propuesta medidas correctoras: Junio 2005.
- Nuevo ciclo: Noviembre 2005, con 2ª valoración.

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>LIBROS Y SUBSCRIPCIÓN A REVISTA (precio orientativo)</u>	300 €
<u>ORDENADOR PORTÁTIL (precio orientativo)</u> <u>Prestaciones:</u> - 40-60 Gb disco duro. - 512 Mb memoria RAM. - 64 Mb tarjeta gráfica. - Monitor de 14-15 pulgadas. - Tarjeta de red sin cables – wifi. - Puerto USB versión 2.0. - Puerto para ratón PS2 - Grabadora-regrabadora de DVD. - S-video (salida/entrada video)	1.500 €
<u>MATERIAL DE ESCRITORIO (difusión carteles y tripticos)</u> - Imprenta, reprografía, tóner, etc.	700 €
<b>TOTAL</b>	<b>2.500 €</b>
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Zaragoza a 12 de enero de 2005


Fdo.: Olga Frisas Clavero  
Responsable del Proyecto

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Guía de Práctica Clínica para diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo de pacientes con Gliomas del sistema nervioso central.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Juan José artigas Cortés

Profesión Médico Centro de trabajo HCU "Lozano Blesa"

Correo electrónico: [juan.artigas@gmail.com](mailto:juan.artigas@gmail.com)

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Vicente Calatayud Maldonado	Jefe Serv.	HCU "Lozano Blesa"
Juan José Artigas Cortés	Médico	HCU "Lozano Blesa"
Fernando Comuñas	Médico	HCU "Lozano Blesa"
Maria Jesús Domínguez Melero	D.U.E.	HCU "Lozano Blesa"
Santiago Cebrián Morillas	A. Admin.	HCU "Lozano Blesa"
Marta Claramonte de la Viuda	Médico	HCU "Lozano Blesa"
Javier Villagrasa Compaired	Médico	HCU "Lozano Blesa"

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

La importancia del desarrollo de una Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con gliomas en un Servicio de Neurocirugía radica en su utilidad como instrumento de la gestión por proceso asistencial. Se trata de un plan asistencial reglado que implica a varios Servicios y Unidades y que se aplica a enfermos con una determinada y compleja patología con un curso predecible.

El desarrollo e implantación de vías, guías y protocolos clínicos es ya de primera necesidad en los Servicios del Hospital. Así mismo, se ha impulsado en el Centro la cultura de la Gestión por Procesos. En la evaluación de 2004 del punto 5 del Programa de Calidad E.F.Q.M. del HCU "Lozano Blesa" se ha detectado la necesidad de elaboración de un mapa de procesos del Hospital y el desarrollo de las Guías y Protocolos Clínicos.

La Comisión de Calidad de Neurocirugía identificó esta oportunidad de mejora mediante la técnica de "grupo nominal", y se priorizó frente a otras detectadas, mediante el método de ponderación.

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

El manejo reglado de un paciente con un proceso de alta complejidad en su diagnóstico, tratamientos (quirúrgico, radioterápico y oncológico) y cuyo seguimiento también afecta a familiares, médico de familia, y en la mayoría de ocasiones a una Clínica con camas socio-sanitarias y a la Unidad de Cuidados Paliativos. Esperamos conseguir que mediante la aplicación de una guía de proceso asistencial, facultativos de los diferentes servicios implicados, personal sanitario, familiares y el mismo paciente conozcan el punto asistencial en que nos encontramos en cada momento del procesos, los responsables actuales, y los siguientes pasos a seguir. El seguimiento de guías clínicas dan sensación de seguridad al paciente y a su entorno, en un proceso con alta morbilidad y mortalidad, y que tanto afecta al día a día del paciente y allegados.

La Guía permite mejoras a tres niveles:

- └ Paciente
  - Información
  - Participación
  - Ajuste de expectativas
  
- └ Profesional sanitario
  - Calidad científico-técnica
  - Optimización de la atención
  - Coordinación entre profesionales
  
- └ Gestor
  - Eficiencia
  - Evaluación continúa
  - Gestión de costes

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

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

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

## 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

### Situación de partida:

La aparición de un glioma, tumoración cerebral, en la mayoría de los casos con pronóstico infausto, en un paciente origina un cambio drástico en la vida del mismo y de sus familiares. Se trata de una patología con elevada morbilidad y mortalidad, que consume muchos recursos para un pronóstico generalmente infausto. Hasta el momento, los diferentes Servicios y Unidades implicados en esta patología hemos trabajado de forma autónoma y con poca comunicación, y cuando ésta existe es esporádica y por iniciativa individual. El trabajo en un proceso asistencial, como éste, con resultados francamente mejorables, de elevado riesgo, de elevado coste y que afecta sustancialmente a la vida de pacientes y allegados hace muy recomendable consensuar el trabajo entre todos los profesionales implicados en el proceso asistencial.

### Posibles causas:

#### 1) Organización:

Cultura de la Gestión por Procesos todavía deficientemente desarrollada.

Escasez de vías, guías y protocolos en el Centro.

Incomodidad de trabajar de forma distinta.

#### 2) Actitudes de los profesionales:

Elevada edad media de la plantilla con poca experiencia en el uso de Guías

Poco estímulo para la discusión productiva entre profesionales implicados

Miedo a la pérdida de autonomía

Percepción de que se cuestiona la globalidad de la práctica profesional

#### 3) Usuarios:

En nuestra cultura el paciente se abandona al buen quehacer profesional de los equipos médicos y la actitud protectora de la familia. En el diagnóstico, tratamiento, necesariamente multidisciplinar, y seguimiento por todos los servicios que toman parte en el tratamiento, así como por el médico de familia, y, a menudo la estancia en un Hospital de Rehabilitación o Cuidados Paliativos. Todo este complejo proceso asistencial origina ansiedad y confusión en las diferentes etapas a seguir en pacientes y familiares, que se paliarían si desde el principio supieran existe un proceso bien definido cuyas etapas deben recorrer conducidos en todo momento por personal especializado médico y sanitario.

### Fuentes de información:

Literatura sobre desarrollo e implantación de Vías, Guías y Protocolos Clínicos.

Curso de arquitectura, diseño y gestión de procesos asistenciales.

Opiniones de personal sanitario y no sanitario

Encuestas de satisfacción de pacientes.

**8 - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1) Recogida bibliográfica, obtención de meta-análisis, revisión crítica de la evidencia científica:

Búsqueda Medline de recomendaciones basadas en la evidencia "clinical Guideline".

Búsqueda Medline de otras guías basadas en la evidencia "critical o clinical, path o pathway"

Discusión y elección de la evidencia tipo I y las recomendaciones A y B.

en colaboración con miembros de las siguientes Unidades o Servicios:

- Servicio de Anatomía Patológica.
- Servicio de Neurorradiología.
- Servicio de Neurocirugía.
- Servicio de Radioterapia.
- Servicio de Neurología.
- Servicio de Oncología Clínica.
- Unidad de Cuidados Paliativos de la Clínica San Juan de Dios.
- Representante de Médicos de Familia.
- Representante de pacientes y familiares.

Responsables: componentes del equipo de mejora.

2) Elaboración de la Guía de Práctica Clínica.

Responsables: componentes del equipo de mejora.

3) Evaluación de la Guía de Práctica clínica.

Responsable: Unidad de evaluación de Guías y Protocolos del HCU "Lozano Blesa".

4) Revisión e Implantación de la Guía.

Responsables: jefe de servicio y responsable del proyecto de mejora.

5) Estudio piloto. Realización de ensayo piloto y análisis preliminar de los resultados en cuanto a indicadores de efectividad, eficiencia, seguridad y satisfacción de los enfermos.

6) Revisión y Guía definitiva. Evaluación de resultados y conclusiones.

Responsable: responsable del proyecto de mejora.

7) Paralela a la elaboración de la Guía de práctica Clínica de Gliomas se creará un Comité de Tumores del Sistema Nervioso Central (como subcomité del Comité de Tumores del HCU "Lozano Blesa") compuesto en principio por miembros de los Servicios de:

- Servicio de Anatomía Patológica.
- Servicio de Neurorradiología.
- Servicio de Neurocirugía.
- Servicio de Radioterapia.
- Servicio de Neurología.
- Servicio de Oncología Clínica.

#### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

##### Indicadores

1. Puntuación alcanzada en la evaluación de la Guía según herramienta AGREE.
2. Indicador de grado de cumplimiento: % de pacientes con gliomas que han sido tratados según la Guía de Práctica Clínica.
3. Indicador de efectos adversos: % de enfermos que siguen la Guía con efectos adversos (infección, flebitis, hemorragia, reintervención, reingreso).
4. Indicador de satisfacción: % de pacientes y contestan en la pregunta de atención recibida en la encuesta de satisfacción.
5. Indicador de evaluación económica: % de enfermos con glioma que siguen la Guía con coste adecuado.

##### Procedimiento de evaluación

1. La evaluación de la Guía será realizada por la Unidad de Evaluación de Guías y Protocolos Clínicos del HCU "Lozano Blesa".
2. Revisión de historias clínicas.
3. Resultados aportados por la Comisión de Mortalidad del HCU "Lozano Blesa" y datos elaborados en el Servicio de Neurocirugía.
4. Encuestas realizadas por el Servicio de Atención al Paciente (S.I.A.P.), y por Servicio de Neurocirugía.
5. Datos económicos e indicadores clínicos aportados del Servicio de Sistemas de Información del HCU "Lozano Blesa".

**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 abril 2005

Fecha de finalización: 31 diciembre 2006

Calendario:

- 1 abril 2005 hasta 31 julio 2005: **elaboración** de La Guía de Práctica Clínica de Gliomas.
- 1 agosto 2005 Presentación de la Guía de Práctica Clínica de Gliomas a la Unidad de evaluación de Guías del HCU "Lozano Blesa" para su **evaluación**.
- 1 septiembre 2005 hasta 31 septiembre 2005 **corrección** de la Guía.
- 1 de octubre de 2005 hasta 10 de octubre de 2005 **presentación** de la Guía de Práctica Clínica de Gliomas corregida a la Unidad de evaluación de Guías del HCU y validación final por la misma.
- 15 de octubre 2005 hasta 31 enero 2006: **ensayo piloto**.
- 1 de febrero hasta 28 de febrero 2006: **ajuste y revisión** de la Guía.
- 1 de marzo de 2006 hasta 31 agosto 2006: **implantación** de la Guía en el HCU "Lozano Blesa".
- 1 septiembre hasta 30 noviembre 2006: **monitorización**.
- 1 diciembre 2006 hasta 31 diciembre 2006: **evaluación**.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

Información integral al paciente ingresado en una planta neuroquirúrgica.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Juan José Artigas Cortés

Profesión Médico

Centro de trabajo HCU "Lozano Blesa"

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

Fecha de inicio: 1-07-2004

Fecha de actualización: 1-03-2005

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

Permanecen los mismos objetivos de información integral al paciente neuroquirúrgico ingresado.

Se ha producido una baja del equipo, Isabel Aragoncillo Bailón, por traslado, que ha sido sustituida por Santiago Cebrián Morillas.

Las fechas previstas han sufrido un retraso por haber comenzado la implantación del proyecto tras la comunicación de la aceptación del mismo, 1 julio 2004.

Se están obteniendo los resultados esperados sobre todo en las patologías de mayor prevalencia. Se han detectado problemas de información en las patologías más complejas y menos frecuentes.

Los indicadores presentan buenos resultados en todas las actividades previstas.

El material de apoyo solicitado y concedido todavía no ha sido recibido.

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

La metodología y las actividades realizadas han seguido fielmente a las previstas en el Proyecto.

Entrega de folleto informativo sobre el proceso asistencial específico en consulta externa, al ser incluido en lista de espera.

Indicador 90%.

Entrega del manual de acogida en el momento del ingreso, reflejándolo en la historia de enfermería.

Indicador 95%

Asistencia de pacientes a las sesiones semanales audiovisuales de la patología más frecuente en el servicio (hernia de disco cervical y lumbar).

Indicador 85%.

Entrega de informe de alta hospitalaria, médico y de enfermería, para paciente y médico de cabecera.

Indicador 100%

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

El número de quejas o reclamaciones por deficiencia en la información al paciente o allegados recibidas en el Servicio de Neurocirugía, desde que este proyecto de mejora está en marcha, ha sido nulo (Fuente: Servicio de Atención al Paciente).

Significativa mejora en la información, especialmente en las patologías más prevalentes, en las cuales se han implantado todos los sistemas de información previstos.

## 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Se ha observado una drástica mejora en la información, especialmente en las patologías más prevalentes, hernia de disco lumbar y cervical, estenosis de canal, fijaciones vertebrales, en las que se han implantado todos los sistemas de información previstos.

Se debe ampliar la información integral a patologías más complejas como procesos expansivos cerebrales.

Se ha producido un retraso en el calendario previsto debido a la demora en la comunicación de la aceptación del Plan de mejora (1 julio 2004) y la consecuente demora en la implantación del mismo. Los materiales solicitados y concedidos: cañón de proyección, pantalla, maquetas han sido pedido a las firmas, pero todavía no se han recibido.

Calendario de acciones pendientes:

1 enero 2005 hasta 31 julio 2005: implantación de información integral en todos los procesos.

1 agosto 2005 hasta 30 septiembre 2005: monitorización.

1 noviembre 2005 hasta 31 diciembre 2005: evaluación.

## 8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Los problemas más frecuentes se originan en la información a pacientes con patologías mayores, proceso expansivo cerebral, etc... Su causa es debida a la organización actual del Servicio, según la cual no hay asignado un facultativo determinado a cada paciente, por lo que se originan situaciones de información limitada o cruce de la misma. El problema podrá ser subsanado en el último trimestre de 2005 en el que muy probablemente se realizará una reorganización del servicio.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Evaluación de los pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad en un servicio de urgencias hospitalario: Implantación de los Criterios de Fine para la indicación del tratamiento hospitalario o ambulatorio.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Julián Mozota Duarte

Profesión: Médico de Urgencias Hospitalaria. Responsable de Calidad del Servicio de Urgencias. Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Correo electrónico: jmozota@salud.aragob.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Miguel Rivas Jiménez	Médico	H. Clínico "Lozano Blesa". Sº Urgencias.
Concepción Pérez-Arados Hernández	Médico	H. Clínico "Lozano Blesa". Sº Urgencias.
Arancha Pina Sanz	MIR Familia	H. Clínico "Lozano Blesa". Sº Urgencias.
Concepción García Fernández	MIR Familia	H. Clínico "Lozano Blesa". Sº Urgencias.
María Pilar Marcos Calvo	MIR Familia	H. Clínico "Lozano Blesa". Sº Urgencias.

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

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

La NAC sigue siendo un problema sanitario de primer orden, dado que representa una de las principales causas de ingreso hospitalario (entre el 1-6% de los ingresos en el hospital y el 6-10% de los ingresos en los servicios de Medicina Interna) y de mortalidad en los países desarrollados, siendo su incidencia anual entre 5-10 por 1000. supone

Durante las últimas décadas se ha producido un incremento de la edad de la población atendida en los servicios de urgencias, junto a incremento de pacientes con patologías crónicas e inmunosupresión situaciones que incrementan la morbilidad y mortalidad de esta infección y que conllevan un incremento del requerimiento de tratamiento hospitalario de esta patología.

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

Una correcta elección del lugar a realizar el tratamiento mejora la eficiencia del sistema sanitario, al brindar la oportunidad de utilizar adecuadamente la cama hospitalaria, bien caro y escaso.

Fine et al (N Engl J Med 1997; 336: 243-250) diseñaron una herramienta clínica para clasificar a los pacientes en diversos grupos según el riesgo de mortalidad: Clase I (0,1%), clase II (0,6%), clase III (0,9%), clase IV (9,3%) y clase V (27%). Esta clasificación se ha utilizado posteriormente para recomendar el tratamiento ambulatorio u hospitalario en diversas publicaciones y guías clínicas (N Engl J Med 2002; 347: 2039-2045).

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

1. Utilizar criterios de gravedad de acuerdo a conocimientos basados en la evidencia científica.
2. Disminuir la variabilidad clínica de la asistencia en el Servicio de Urgencias.
3. Adecuar los ingresos de los pacientes con NAC.
4. Ajustar la actitud terapéutica a los conocimientos científicos.

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

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

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

#### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Actualmente no existe una unificación por parte de los facultativos en la actitud a tomar en los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con el proceso NAC. El origen de la variabilidad en el manejo de este proceso viene dado por la ausencia de un protocolo / guía clínica, así como la heterogeneidad de los médicos que realizan la asistencia en el Servicio de Urgencias, muchos de ellos en periodo de formación.

Las fuentes de información para la realización de la evaluación de este problema antes y tras la implantación de la acción de mejora son:

1. Historia clínica del Servicio de Urgencias.
2. El Sistema de Información hospitalario.
3. Historia clínica hospitalaria.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaborar un protocolo de evaluación de los pacientes con neumonía en Servicio de Urgencias basado en los criterios de Fine. (J. Mozota, C. Pérez-Aradros)
2. Difundir el protocolo entre los médicos adjuntos y residentes de urgencias: sesiones clínicas, tabloneros de urgencias. (J. Mozota, M. Rivas)
3. Diseñar una ficha para recogida de datos. (J. Mozota, A. Pina, C. García)
4. Recogida de datos de una muestra de pacientes con neumonía. (A. Pina, C. García, MP Marcos)
5. Analizar los datos: antes y después de la implantación del protocolo. (J. Mozota, M. Rivas, C. Pérez-Aradros)

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

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

1. Existencia de un documento con el protocolo de evaluación de NAC en Urgencias basado en los criterios de Fine.
2. Realización de al menos dos sesiones de presentación del protocolo.
3. Porcentaje de pacientes que ingresan adecuadamente según los criterios de Fine antes y después de implantar el protocolo.
4. Porcentaje de pacientes que se dan de alta adecuadamente según los criterios de Fine antes y después de implantar el protocolo.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio: Marzo 2005

Fecha de finalización: Marzo 2006

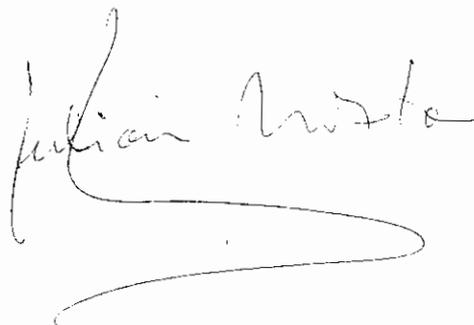
Calendario:

1. Marzo-Abril 2005: Elaboración del protocolo. Diseño de ficha de recogida de datos.
2. Mayo-Junio 2005: Recogida de datos predifusión del protocolo.
3. Mayo-Octubre 2005: Difusión del protocolo.
4. Octubre-Diciembre 2005: Recogida de datos tras la implantación del protocolo.
5. Enero-Marzo 2006: Análisis de datos.

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

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS (Formativos, tiempo, mejoras...)	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<u>Material informático para el seguimiento del estudio</u>	<u>2500 €</u>
<u>Material bibliográfico</u>	<u>900 €</u>
<u>Asistencia a Actividades Formativas</u>	<u>1500 €</u>
<u>Reprografía y materiales</u>	<u>600 €</u>
<u>Trabajo estadístico e informático</u>	<u>1500 €</u>
<b>TOTAL</b>	<b>7500 €</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Zaragoza a 17 de enero de 2005



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN --

### 1.- TÍTULO:

**Creación de una red estable y cualificada de revisores para la validación institucional de Recomendaciones de Práctica Clínica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **M<sup>a</sup> Pilar Astier Peña**

Profesión: **Médico**

Centro de trabajo: **Hospital Clínico Universitario**

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

Fecha de inicio: **enero 2004**

Fecha de actualización: **enero 2005**

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

Se han producido tres bajas en el **equipo de mejora** (Miguel Angel Eguizábal, Jesús Olano Aznárez y Concepción Rubio Soriano) al haber cambiado los tres de centro de trabajo. El resto del equipo es el mismo.

El **Objetivo** del proyecto sigue siendo también el mismo es decir, la creación de una red estable de revisores con formación en Medicina Basada en la Evidencia y evaluación de Guías de Páctica Clínica para coordinar y llevar a cabo todo el proceso de revisión crítica y validación de las Recomendaciones de Práctica Clínica del Hospital.

Un cambio importante que se ha producido en le proyecto es el de su **cronograma**. En el proyecto primero esperábamos tener toda la red funcionando y con resultados para finales de 2004. La experiencia de este año y la necesidad de ajustar su ejecución con los ritmos de trabajo de las diferentes personas que participan en él, nos hacen prever que la primera experiencia piloto no concluirá hasta finales del primer trimestre de 2005 y las primeras Guías Clínicas publicadas en la Web institucional no estarán posiblemente hasta mayo o junio de 2005.

Tampoco se ha producido ningún cambio en los **indicadores** que vamos a utilizar para evaluar los resultados del proyecto ya que creemos que los seleccionados inicialmente informan bien sobre los resultados que queremos conseguir.

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

Hasta el momento hemos realizado las siguientes actividades:

**1. Formación de Revisores:** Se organizaron cuatro talleres y se formó a un total de 57 personas en el instrumento AGREE, seleccionado como herramienta de trabajo para realizar la revisión de las recomendaciones de Práctica Clínica.

**2. Creación de una Comisión de Revisores de Recomendaciones de Práctica Clínica:** Formada por 14 personas (del área médica y de enfermería), cuya función es la de coordinar todo el proceso de Revisión de las diferentes Recomendaciones.

**3. Elaboración de un Procedimiento de trabajo para todo el proceso de revisión:** Se ha elaborado un procedimiento escrito para normalizar y estandarizar todos los circuitos y plazos durante el Proceso de revisión de las Recomendaciones.

**4. Formación de un Panel de Revisores:** Son profesionales médicos y enfermeros de diferentes servicios del Hospital que se han formado en el AGREE y que se comprometen voluntariamente y están en disposición de colaborar con la Comisión de Revisores durante la evaluación puntual de una determinada Guía o recomendación cuando se lo soliciten.

**5. Adquisición del editor "on line" de revistas/documentos:** Se ha adquirido una aplicación para poder editar documentos "on line" y se ha reservado un módulo para la publicación de las Recomendaciones de Práctica Clínica validadas.

**6.- Registro de Recomendaciones Clínicas existentes:** Se ha elaborado una base de datos y se han registrado todas las recomendaciones de práctica clínicas existentes en el hospital

**7. Puesta en marcha de la primera experiencia de revisión:** Se ha puesto en marcha una primera experiencia piloto para comprobar todos los circuitos, plazos y principales problemas, utilizando dos Guías elaboradas por el Subcomité de Tumores Digestivos (Cáncer de estómago y Cáncer de esófago). Estas dos primeras experiencias están siendo llevadas a cabo por los miembros de la Comisión de Revisores, que se ha dividido en dos grupos para revisar una guía cada uno de ellos.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

En términos de indicadores de evaluación, los resultados conseguidos hasta el momento han sido los siguientes:

• Nº de revisores que forman parte de la red.....	59
• Nº de RPC registrados.....	519
• Nº de RPC revisadas por la red de revisores.....	2
• Nº de RPC validados por la red de revisores.....	0
• Nº de RPC publicados en la web del hospital.....	0
• Nº de RPC publicados en la revista Archivos de la Facultad de Medicina..	0

No obstante, al margen de todos estos resultados cuantitativos, creemos que se han conseguido importantes logros con la formación de los revisores y la constitución de la Comisión de Revisores y, sin duda, la puesta en marcha de la primera experiencia piloto de validación es un otro logro de gran importancia.

## 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

En conclusión, el proyecto está desarrollándose según los objetivos y el plan previsto, aunque con unos ritmos un poco más pausados. Falta todavía por concluir esa primera experiencia piloto, dar formación a un mayor número de personas para ampliar el Panel de Revisores, publicar las primeras Guías en la Web y ensayar el funcionamiento de todos los circuitos durante todo un año para poder hacer una primera evaluación general del proyecto.

Cronograma de acciones pendientes:

- |   |                  |
|---|------------------|
| - Conclusión de primera experiencia piloto .....                              | marzo 2005.      |
| - Elaboración del procedimiento definitivo de revisión y validación de RPC... | abril-mayo 2005  |
| - Formación de personas en el instrumento Agree .....                         | abril-mayo 2005. |
| - Publicación de primeras Guías en la Web.....                                | abril 2005.      |
| - Formación de editores on line.....  | mayo-junio 2005  |
| - Ensayo general de funcionamiento.....                                       | mayo-diciembre   |
| - Primera Evaluación general del Proyecto-----                                | enero 2006       |

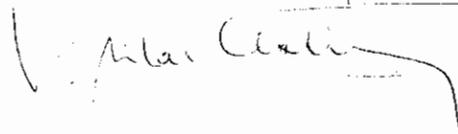
**8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

--

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>Formación en instrumento AGREE (60 personas)</b>	3.000
<b>Formación editores "on line"</b>	1.500
<b>Asistencia a Congresos</b>	1.500
	6.000
<b>TOTAL</b>	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:



17 de 2005

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

" Implantación de un sistema de calidad en el tratamiento y control evolutivo de los pacientes con insuficiencia cardiaca"

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

**Nombre y apellidos:** Ruiz Laiglesia, Fernando José

**Profesión:** Facultativo Especialista de área de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Unidad B

**Centro de trabajo:** Hospital Clinico Universitario "Lozano Blesa"

**Correo Electrónico:** mibh-fruiz@hcu-lblesa.es

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

Fecha de inicio: 01.11.04

Fecha de actualización:

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

#### Objetivos

No se han modificado respecto al planteamiento inicial:

1. Mejorar las líneas de comunicación con entre el MAP y el Médico Especialista en Medicina interna.
2. La educación higiénico-sanitaria de los pacientes.
3. Aplicar y difundir las Guías de Práctica Clínica en IC.

#### Componentes:

No se han producido variaciones en los componentes del grupo de mejora.

#### Fechas previstas:

El comienzo del proyecto se retrasó al 1 de noviembre de 2004, manteniéndose hasta el 1 de noviembre de 2005

#### Actividades de mejora

Mayor divulgación del proyecto dentro de los Equipos de Atención Primaria

## 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

### Metodología y actividades

- \* Desarrollo de un modelo de notificación de ingreso y de alta de pacientes a los Médico de Atención Primaria
- \* Implantación de las guías de práctica clínica en insuficiencia cardiaca dentro del servicio.
- \* Elaboración de información higiénico dietética para los pacientes.
- \* Elaboración de una base de datos
- \* Puesta en marcha de una consulta específica en insuficiencia cardiaca para los enfremos incluidos en el proyecto.

## 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- \* 50 pacientes incluidos hasta el momento. A todos ellos se les ha realizado educación higiénico dietética y sus Médicos de atención Primaria se ha notificado el ingreso, el alta, un teléfono y correo electrónico de contacto y ofertado una consulta específica de revisión.
- \* Elaboración de una base de datos
- \* Recopilación y distribución de las guías de practica clínica en insuficiencia cardiaca dentro del servicio

## 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

El proyecto de desarrollará hasta el 1 de noviembre de 2005, momento en que se establecerán las conclusiones.

La recogida de pacientes se realiza de forma sucesiva

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

Estaba previsto iniciar el estudio el 1 de junio de 2004. Para esa fecha no se había facilitado al equipo de mejora el soporte informático ni la consulta de revisiones específica.

El 1 de noviembre se inició el proyecto sin soporte informático y con una consulta de revisiones no específica.

En el días de la fecha no se dispone del soporte informático solicitado y desde el 10 de enero de 2005 se dispone de consulta específica del proyecto para revisiones.

Hasta el momento actual no se ha contactado con el equipo de mejora desde Atención Primaria lo que sugiere un defecto de comunicación

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

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

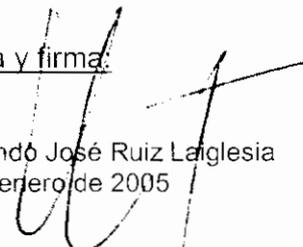
Anexo 3

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

TOTAL

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

Fecha y firma:

  
Fernando José Ruiz Laiglesia  
17 de enero de 2005

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE SALUD REPRODUCTIVA EN POBLACIÓN EXCLUIDA DE ZARAGOZA:

1. CONTINUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PRÁCTICA DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN POBLACIÓN INMIGRANTE DE ZARAGOZA
2. CONTROL E INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES INTERNAS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE ZARAGOZA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Mauricio Tajada

Profesión Ginecólogo Centro de trabajo Clínico Universitario de Zaragoza

Correo electrónico: matajada@unizar.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Manuel Arroyo	Médico	Centro Penitenciario de Zaragoza
Isabel Negredo	Ginecóloga	Hospital Miguel Servet
Lia Ornat	Ginecóloga	HCU Zaragoza
Daniel Orós Lopez	Ginecólogo	HCU Zaragoza
Patricia Ibañez	Ginecóloga	HCU Zaragoza
Elena Bescos	Ginecóloga	HCU Zaragoza

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

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

El proyecto de mejora en salud reproductiva de la población inmigrante de Zaragoza se ha desarrollado muy satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad 2002 y 2003. Los recursos asignados fueron suficientes para continuar los programas en 2004. Los talleres de control prenatal, planificación familiar y cuidados del recién nacido se desarrollan con periodicidad y se dispone del material necesario. Durante el año 2005 nos proponemos centrar el trabajo en la investigación y prevención de la práctica de mutilación genital femenina mediante la realización de entrevistas por las mediadoras ya formadas por nosotros (voluntarios de médicos del mundo y personal del HCU de Zaragoza) y abordar la problemática de otro grupo de población excluida o con dificultades para el acceso al sistema sanitario: las internas del centro penitenciario de Zaragoza. En 2003 el servicio médico del centro desarrolló un informe de los factores de riesgo de ETS en el módulo de mujeres y a raíz del mismo entró en contacto con nosotros para tratar de mejorar la calidad de su asistencia sanitaria.

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

1. Facilitar la asistencia ginecológica voluntaria de las internas del módulo de mujeres del centro penitenciario de Zaragoza que evitarán así desplazamientos costosos e insuficientes (según informe del servicio médico del centro penitenciario) al Hospital Miguel Servet.
2. Detectar y tratar las enfermedades de transmisión sexual y patología ginecológica de las mujeres internas (entre 70 y 90 reclusas), derivar los casos que requieran tratamiento quirúrgico al Hospital Miguel Servet.
3. Formar al personal médico del módulo de mujeres en técnicas de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual
4. Impartir charlas informativas en temas de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual a las mujeres internas del centro.

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

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

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

Anexo 2

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

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

✓

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

El informe de noviembre de 2003 del servicio médico del centro penitenciario de Zaragoza presenta las siguientes conclusiones:

Más de la mitad (el 70%) de las mujeres examinadas (un 55% del total) en 2003 presentaron patología relacionada con ETS

En el 18% de las citologías el resultado fue de anomalías epiteliales severas.

Hubo un caso de diagnóstico de carcinoma de cérvix uterino in situ que requirió histerectomía.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Impartición de charlas en temas de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual en el módulo de mujeres del centro penitenciario de Zaragoza por los componentes del equipo de mejora de calidad.
2. Realización en las instalaciones médicas del centro penitenciario de Zaragoza de las revisiones ginecológicas voluntarias a las reclusas que lo soliciten.
3. Derivación a la unidad de patología de cérvix del Hospital Miguel Servet sólo de las mujeres que requieran ingreso hospitalario o tratamiento quirúrgico.
4. Realización de talleres de actualización en métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual al personal médico encargado del módulo de mujeres del centro penitenciario.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Charlas informativas realizadas (porcentaje de asistentes)
2. Número de revisiones ginecológicas y resultados (informe de patologías tratadas y derivaciones)
3. Talleres de actualización impartidos

### 10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Febrero - marzo      Fecha de finalización: diciembre

Calendario: A petición del servicio médico del centro las revisiones se realizarán de 10 en 10 mujeres, dos veces al mes, adaptándonos a la disponibilidad de las instalaciones, en principio en horario de tardes. Las charlas se concertarán trimestralmente, priorizando los contenidos según las demandas de las internas. Los talleres para el personal médico y la disponibilidad de consultas telefónicas con el equipo de mejora se organizarán a lo largo del año 2005.



Fecha y firma:

Zaragoza 17 de mayo 2007

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. ...', written over a horizontal line.

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

#### **PROYECTO DE MEJORA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE QUIRÚRGICO**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Elena Altarribas Bolsa

Profesión      Enfermera      Centro de trabajo      Hospital Clínico "Lozano Blesa"

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

Fecha de inicio: Junio 2003

Fecha de actualización: diciembre 2004

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

Tras la monitorización a través de protocolos, opinión de los profesionales e indicadores de morbilidad infecciosa post-quirúrgica los **objetivos** del proyecto continúan residiendo en adecuar el protocolo de quimioprofilaxis y de cuidados quirúrgicos a la práctica asistencial y en favorecer la Acogida del paciente al Bloque Quirúrgico (B.Q.).

En el transcurso del año 2004 se han mantenido los mismos **componentes del equipo**:

Angela Deito	(Bloque Quirúrgico)
Manuela Félix	(Preventiva)
Amparo Vallejo	(Anestesia)
Teresa Laguarda	(Cirugía "A" y "B")
Mº José Rueda	(Bloque Quirúrgico)
Charo Cardiel	(Urología)
Ana Vecino	(Materiales)
Elena Roses	(Quirófano)
Begoña Romea	(Anestesia)

La situación actual de los **resultados esperados**:

- Adecuar la práctica asistencial de cuidados en función de las medidas de prevención recogidas en el protocolo de quimioprofilaxis de la infección de la herida quirúrgica elaborado por la Comisión de Infecciones y de la propuesta de mejora de cuidados al paciente pre-quirúrgico elaborada por el Servicio de Medicina Preventiva y la Comisión de Cuidados (*en desarrollo*).

- Facilitar la continuidad de cuidados entre las Unidades Asistenciales Quirúrgicas y el Bloque Quirúrgico (*en desarrollo*)
- Disponer de una Unidad de Acogida al paciente en el Bloque Quirúrgico (*realizado*)
- Elaborar un plan de cuidados consensuado al paciente prequirúrgico entre los profesionales de las Unidades Asistenciales Quirúrgicas y los profesionales del Bloque Quirúrgico que recoja los problemas reales y potenciales que se identifican en el paciente. los objetivos que se plantea el equipo de enfermería para resolver los citados problemas y los cuidados que realiza para la consecución de estos (*realizado*)

#### 5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- Creación de un grupo de mejora formado por profesionales de las unidades asistenciales (cirugía, urología), del Bloque Quirúrgico (quirófanos, anestesia), por la Coordinadora de materiales. de Calidad en Enfermería y por la Supervisora de Medicina Preventiva.

#### 6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- Implantación de la Unidad de Acogida al paciente en el Bloque Quirúrgico.
- Difusión del objeto de la implantación de la Unidad de Acogida a las 17 unidades que realizan actividad quirúrgica
- Elaboración de un borrador del Plan de cuidados prequirúrgico consensuado entre las Unidades Asistenciales Quirúrgicas y la Unidad de Acogida al Bloque Quirúrgico
- 87% pacientes atendidos en la Unidad de Acogida al B.Q del total de pacientes programados intervenidos (4007 pacientes intervenidos programados en los quirófanos del 1 al 12 del 4 de abril al 12 de diciembre de 2004).
- Al 44% de los pacientes del total de pacientes intervenidos programados se ha administrado profilaxis antibiótica siendo este 44% (2019 pacientes) el 100% de las indicaciones de profilaxis antibiótica previa a la intervención
- Al 14% de los pacientes intervenidos programados se les ha administrado sedación previa intervención (643 pacientes)
- Nº reuniones documentadas (actas): 16
- Nº Miembros del equipo de Mejora: 9
- Asistencia Media: 85%

#### 7. CONCLUSIONES Y/O CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Hasta el momento, las principales ventajas de la implantación de la Unidad de Acogida al paciente en el Bloque Quirúrgico es que está sirviendo como estímulo para introducir "cambios", favoreciendo la mejora de la calidad asistencial tras la identificación de áreas sobre las que debe incidirse. Al mismo tiempo, está permitiendo mejorar la satisfacción de los pacientes y profesionales.

**Calendario acciones pendientes:**

- Marzo 2005: Resolución de áreas de mejora pendientes (en desarrollo)
- Mayo 2005: Elaboración folleto informativo proyecto
- Junio 2005: Difusión del proyecto al personal asistencial del HCU a través de un folleto informativo
- Octubre 2005: Elaboración de un registro de cuidados consensuado quirúrgico que facilite la comunicación entre quirófanos/anestesia/unidades asistenciales
- Diciembre de 2005: Evaluación del proyecto (grado de satisfacción de pacientes)

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

- Dificultad para la unificación de criterios y difusión en las 17 unidades asistenciales quirúrgicas y servicios

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>Formación en Seguridad a Pacientes</b>	
<b>Triptico color difusión del proyecto</b>	
<b>Presentación a congresos</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>4000€</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

14 - I - 05

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

### 1.- TÍTULO

**Programa de Educación para la Salud a la mujer puérpera  
durante la estancia hospitalaria**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Elena Altarribas Bolsa

Profesión Enfermera Centro de trabajo Hospital Clínico "Lozano Blesa"

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

Fecha de inicio: Mayo 2003

Fecha de actualización: diciembre 2004

### 4.- OBJETIVOS Y AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

El **objetivo** del proyecto continua residiendo en satisfacer las necesidades y expectativas de información y educación demandadas por las mujeres puérperas (encuesta realizada) a través del diseño e implantación de un programa de Educación para la Salud en las unidades de Nidos, Obstetricia y Paritorio del H.C.U. "Lozano Blesa", siendo la unidad de Paritorio una incorporación al proyecto durante el transcurso del 2004.

La ampliación del objetivo para el año 2005 consiste en facilitar la coordinación de profesionales de AP/AE del sector 3 permitiendo ofertar herramientas que mejoren la atención a las mujeres puérperas del sector.

Los **componentes del equipo** tras la incorporación en el equipo de nuevos miembros:

Concepción Alberó	(Supervisora Obstetricia/Nidos)
Beatriz Álvarez	(Matrona Paritorio)
Rosa Ascoz	(Enfermera Obstetricia)
Rosario Capapey	(Auxiliar enfermería Nidos)
Victoria Carreras	(EIR Matrona)
Esmeralda Castro	(Supervisora Paritorio)
Mª Mar Fleta	(Matrona Paritorio)
Carmen Pilar Fuentes	(Matrona Paritorio)
Pilar Guillén	(Auxiliar enfermería Obstetricia)
Pilar Herrero	(Auxiliar enfermería Nidos)
Ana Belén Laviña	(EIR Matrona)
Virginia Moreno	(Matrona Paritorio)
Pilar Sánchez	(Enfermera Nidos)
Vaneska Zamora	(EIR Matrona)

La situación actual con respecto a los **resultados esperados**:

- Diseñar un programa multidisciplinar de Educación para la Salud (EpS) a la puérpera en la estancia hospitalaria (*en desarrollo*)
- Implantar dicho programa en las unidades de Obstetricia y Nidos del HCU "Lozano Blesa" (pendiente)
- Favorecer la coordinación atención hospitalaria / atención primaria (pendiente)
- Realizar EpS en grupos a las pacientes puérperas periódicamente (todos los días) en las unidades (pendiente)
- Satisfacer las necesidades y expectativas demandadas de información y de educación de la mujer puérpera (en desarrollo)

**Calendario:**

- 11 de mayo 2003: Último día recogida de encuestas a mujer puérpera (*realizado*)
- 24 de julio 2003: Diseño programa EpS (*realizado*)
- 2004: Unificación de criterios de actuación del equipo de enfermería en las unidades de obstetricia/nidos/paritorio (en desarrollo)
- 2005: Difusión y coordinación con el resto de profesionales en las unidades de Obstetricia/Nidos/Paritorio (pendiente)
- Mayo 2005: Difusión y coordinación del proyecto con el equipo de matronas del sector 3
- Octubre de 2005: Puesta en marcha del programa de EpS a la mujer puérpera
- Diciembre de 2005: Evaluación del programa de EpS a la mujer puérpera

**5. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO**

**6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO**

- Constitución del equipo de mejora multidisciplinar (enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, colaboración de trabajo social) de tres unidades asistenciales: Obstetricia/Nidos/Paritorio
- Diseño del programa de Educación para la Salud que recoge las necesidades y expectativas sentidas de la mujer puérpera durante la estancia hospitalaria
- Unificación de criterios del equipo enfermero de Obstetricia/Nidos/Paritorio en relación a :
  1. Protocolo de cuidados en el posparto inmediato a la madre y al recién nacido
  2. Protocolo de Lactancia Materna
  3. Protocolo de cuidados al recién Nacido en Nidos
  4. Recomendaciones de cuidados al alta del recién nacido
- Reuniones documentadas (actas): 7
- Miembros del equipo de Mejora: 14
- % Asistencia Media: 75%

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

La puesta en marcha del equipo de mejora está permitiendo la coordinación y consenso de criterios de los profesionales de las tres unidades asistenciales, así como, la implicación de los mismos en la detección y puesta en marcha de acciones de mejora.

**Calendario acciones pendientes:**

- Marzo 2005: Unificación de criterios de actuación del equipo de enfermería en las unidades de obstetricia/nidos/paritorio (en desarrollo)
- 2005: Difusión y coordinación con el resto de profesionales en las unidades de Obstetricia/Nidos/Paritorio
- Mayo 2005: Difusión y coordinación del proyecto con el equipo de matronas del Sector 3
- Octubre de 2005: Puesta en marcha del programa de EpS a la mujer puérpera
- Diciembre de 2005: Evaluación del programa de EpS a la mujer puérpera

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

El factor que más ha intervenido en el desarrollo del proyecto durante el año 2004 ha sido los cambios en el liderazgo (supervisión) de las tres unidades asistenciales.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
<b>Formación en habilidades de comunicación.</b> Docentes: personal del servicio de neonatología del hospital "Virgen del Rocío" de Sevilla	
<b>Tríptico color difusión del programa Eps para la mujer puérpera</b>	
<b>Cañón/Proyector</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>3000€</b> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

14- I - 05

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Detección de áreas de mejora en la gestión de personas a partir del análisis cualitativo de las sugerencias escritas por los trabajadores del HCU**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Diego Júdez Legaristi

Profesión: MIR

Centro de trabajo: Hospital Clínico Universitario

Correo electrónico: djudez@aragon.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ignacio Barrasa Villar	Médico	HCU
Elena Altarribas Bolsa	DUE	HCU
Pilar Astier Peña	Médico	HCU
Pilar Esquillor	Gestión	H. San Jorge
Maite Escribano Catalán	DUE	HCU
Oscar Lafuente Casanova	Médico	HCU

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

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

En el año 2004 se ha realizado una encuesta de Calidad de Vida Profesional a todos los trabajadores del hospital que ha sido contestada por 1005 personas. Este cuestionario consta de una serie de ítems con 10 niveles de respuesta que están en proceso de análisis cuantitativo, pero también presenta un apartado destinado a observaciones y sugerencias que ha sido rellenado en una alta proporción de los casos (el 41 %), siendo estos comentarios muy extensos (unos 60 folios en total) e imposibles de analizar mediante técnicas puramente cuantitativas.

La realización de un análisis cualitativo de estas sugerencias nos proporcionará una valiosa información sobre las percepciones espontáneas de las personas de nuestro hospital que de otra forma pasarían desapercibidas y nos servirán para priorizar y llevar a cabo acciones de mejora en este terreno.

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

Identificar los principales problemas y las ideas nucleares que configuran las percepciones espontáneas de los trabajadores de nuestro hospital.

Identificar y priorizar acciones de mejora que reviertan en la satisfacción de los trabajadores.

Disponer de información para poder establecer comparaciones en años sucesivos cuando se vuelva a pasar la encuesta.

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

Se está realizando el análisis cuantitativo de la información obtenida en la encuesta de Calidad de Vida Profesional, pero el abordaje del apartado de sugerencias se escapa a las posibilidades de esta metodología y requiere otro método de tipo cualitativo para poder analizar de una manera idónea la gran cantidad de sugerencias y comentarios que se han escrito.

Al ser este el primer año que hemos realizado este tipo de encuesta al personal, la obtención de esta información adquiere una mayor importancia, puesto que en la actualidad carecemos de información sobre las necesidades y expectativas de nuestros trabajadores, y particularmente de las que éstos desean expresar de forma espontánea.

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Seleccionar todas las sugerencias y edición de documento con los literales expresados.
- Contratación servicios experto/a en análisis cualitativo
- Elaboración informe sobre principales problemas e ideas nucleares que configuran las percepciones espontáneas de los trabajadores de nuestro hospital
- Identificación y priorización de acciones de mejora
- Puesta en marcha de acciones priorizadas.

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

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

Los indicadores que se utilizarán para evaluar el proyecto serán:

Existencia de informe de análisis cualitativo (estándar: SI)

Lista de principales problemas identificados (estándar: SI)

Nº de acciones de mejora identificadas.

Puesta en marcha de acciones priorizadas: (estándar: > 2)

**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: 1/2/2005

Fecha de finalización: 31/12/2004

Calendario:

Trascripción de las sugerencias y comentarios vertidos en el cuestionario.. marzo 2005

Análisis cualitativo..... mayo-junio 05

Lista de problemas:..... junio 2005



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION HOSPITALARIA PARA LA ADECUACION DE USO DE GUANTES.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ana Vecino Soler

Profesión: Enfermera Centro de trabajo: HCU Lozano Blesa

Correo electrónico: denf-material@hcu-lblesa.es

### 3 - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Olga Frisas Clavero	FEA	HCU "Lozano Blesa"
Aurora Laguía Martín	Tco.PRL	HCU "Lozano Blesa"
Manuela Felix Martín	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"

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

Adecuar el uso de guantes a la actividad hospitalaria.  
 Protección del trabajador utilizando el tipo de guante adecuado al riesgo.  
 Reducir los riesgos de colonización e infección nosocomial.  
 El método de detección del problema se realizó mediante una encuesta realizada a los trabajadores del centro.

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

Definir y homologar los diferentes tipos de guantes.  
 Identificar las actividades de riesgo.  
 Asignar el tipo de guante a utilizar según el nivel de riesgo identificado y las posibles patologías de los trabajadores.  
 Disminuir la presencia de látex sin desproteger del riesgo.  
 Adecuar las características higiénicas del guante (estéril/ no estéril) al grado de asepsia necesario a las actividades.

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Variabilidad entre la oferta y en el uso de guantes en el ámbito hospitalario, detectada mediante observación directa y la encuesta realizada a los trabajadores.

### 8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Creación de un grupo de mejora formado por profesionales de Medicina Preventiva Y Salud Pública, de Prevención de Riesgos Laborales y la Coordinadora de Recursos Materiales.

Planificar las oportunidades de mejora mediante la información, formación y seguimiento y determinar las medidas correctoras necesarias para la adecuación del uso de guantes.

Realizar encuesta.

Identificar el riesgo.

Análisis estadísticos.

Elaborar el procedimiento.

Realizar prueba piloto.

Valorar la cumplimentación en las unidades piloto.

Difundir a todo el centro mediante información, formación y seguimiento.

Valoración final del proyecto.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Actas del grupo de mejora.

Numero de unidades asistenciales en las que se ha realizado la difusión del proyecto, expresada en %.

Numero de unidades asistenciales en las que se ha realizado la implantación, expresado en %.

Valorar la cumplimentación a través de un cuestionario y dos visitas anuales a las unidades implantadas.

### 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: septiembre 2003

Fecha de finalización: diciembre 2006

Calendario:

Realizar encuesta: noviembre 2003

Identificar el riesgo: Primer trimestre 2004

Análisis estadísticos: 2004

Elaborar el procedimiento: Primer trimestre 2005

Realizar prueba piloto: primer trimestre 2005, realizandose en las siguientes unidades Neumología, Cirugía A y UCI Quirúrgica.

Valorar la cumplimentación en las unidades piloto: tercer trimestre 2005

Difundir a todo el centro mediante información, formación y seguimiento: 4º trimestre 2005 y 1º del 2006.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO: NUEVA GESTION DE INSTRUMENTAL.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ana Vecino Soler

Profesión: Enfermera

Centro de trabajo: HCU "Lozano Blesa"

Correo electrónico: denf-material @hcu-lblesa.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M <sup>a</sup> Jose Rueda	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Angelita Deito	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Carmen de Miguel	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Aurora Robles	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Elena Roses Monfort	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
M <sup>a</sup> Victoria Gumiel	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Teresa Ramírez	Medico	HCU "Lozano Blesa"
Angel Duato	Medico	HCU "Lozano Blesa"
Antonio Morandeira	Medico	HCU "Lozano Blesa"
Vicente Aguilera	Medico	HCU "Lozano Blesa"

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

Adecuar la gestión del instrumental quirúrgico a las necesidades presentes y futuras.  
Disponer de una base de datos de instrumental para un posterior programa de trazabilidad.

Realización de un inventario de las cajas de instrumental.

Detección de las nuevas necesidades de instrumentación.

Revisión completa del estado del instrumental quirúrgico.

Revisión de los circuitos de Esterilización y sus aparatos.

Detección de las causas que provocan el deterioro del instrumental.

El método de detección del problema se realizó mediante revisión de todo el instrumental quirúrgico realizada en el año 2002 por la supervisora de Recursos Materiales del bloque quirúrgico, con un posterior análisis DAFO que definió las actuaciones a seguir los grupos de trabajo y el cronograma.

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

Realizar un diagnóstico real del estado del instrumental del Centro.

Inventariar el instrumental quirúrgico.

Reorganizar los equipos básicos actualizándolos a las necesidades de instrumental quirúrgico por intervenciones.

Redistribución de las piezas de instrumental generalizando su uso para una mayor rentabilidad del mismo.

Disponer de una base de datos de trabajo para la gestión económica y organizativa del instrumental.

Crear una base de datos de trabajo para un programa informático de trazabilidad.

Rentabilizar la central de Esterilización adecuándola a las necesidades actuales y futuras del Centro.

Unificar criterios del tratamiento del instrumental tanto en prevención de riesgos para el trabajador como en mantenimiento de dicho instrumental.

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

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

## 7. - ANÁLISIS DEL PROBLEMA

### **Causas que dependen del profesional:**

Seguimiento inadecuado del protocolo de mantenimiento y limpieza.

### **Causas que dependen de déficit estructurales:**

Calidad del agua en el bloque quirúrgico y en la central de Esterilización.

Tipo de circuito de limpieza del instrumental.

Disponer de recursos materiales para la formación de las nuevas cajas de instrumental.

### **Causas que dependen de la organización:**

Falta de reposición de instrumental en años anteriores.

No actualización de la composición de las cajas de instrumental a las necesidades que se iban generando.

## 8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Creación diferentes grupos de estudio, de control y de trabajo para realizar el área de mejora.

Contactar con un proveedor externo para la revisión del instrumental.

Inventariar y evaluar cada una de las 11000 piezas de instrumental de las que disponemos en la actualidad.

Revisar el circuito de instrumental y el correcto funcionamiento de sus aparatos, así como de la calidad del agua de lavado: Dicha revisión ha sido realizada, para poder contrastar sus resultados, a nivel interno y por una empresa externa.

Sustituir y reparar tanto en tratamiento de superficie como de puntos de corrosión, todo este instrumental diagnosticado como defectuoso.

Informar a todos los profesionales afectados mediante carta personalizada del proyecto a acometer y su envergadura.

Liberar de forma permanente a dos enfermera instrumentista expertas conocedoras del instrumental, su utilización por las diferentes especialidades y características de nuestro sistema de trabajo.

Consensuar a través de un grupo de mejora con todos los equipos de especialidades quirúrgicas y enfermeros instrumentistas la denominación y composición de las nuevas cajas a formar.

Definir número y composición de los equipos quirúrgicos, basándonos en las necesidades actuales.

Homologar las referencias de las diferentes piezas de instrumental.

Programar el envío de nuestro instrumental para reparación semanalmente en un periodo de 4 meses.

Informar a los equipos quirúrgicos semanalmente de la situación de los envíos para que la actividad quirúrgica no se vea afectada.

Realizara talleres de formación a todo el personal del bloque quirúrgico y Esterilización sobre manejo y gestión de instrumental.

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

Listados semanales del instrumental programado para sustituir y reparar con fecha de envío y de recepción.  
Definición, composición y número de cajas existentes previas al proyecto.  
Definición, composición y número de cajas existentes tras la realización del proyecto.  
Número final de cajas expresando su variación en %.  
Número final de piezas de instrumental expresando la variación del mismo en %.  
Número final de piezas sustituidas, expresadas con el total en %.  
Número total de piezas reparadas, expresando su total en %.  
Número total de piezas con tratamiento de superficie, expresando su total en %.  
Realización de dos cortes de control sobre la composición final y estado del instrumental.

**10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Fecha de inicio: 2003

Fecha de finalización: 2005

Calendario:

Inventario de las cajas iniciales: 2003

Revisión para un diagnóstico de la situación del instrumental quirúrgico: Septiembre 2004.

Evaluación por el grupo directivo del centro de la situación: Octubre 2004.

Grupo de trabajo para la definición de las nuevas necesidades: Noviembre 2004.

Carta divulgativa: Noviembre 2004.

Envío de material: Noviembre 2004- Abril 2005.

Seguimiento y cumplimentaron: Mayo y octubre 2005.

Evaluación final del proyecto: Diciembre 2005.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador portátil	1600 euros
Cañón de proyección	1200 euros
Cámara digital	600 euros
	TOTAL: 3400 euros
	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:Ana Vecino Soler  
Zaragoza 14/01/2005

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE ATENCION HOSPITALARIA AL PACIENTE  
ENCAMADO CON RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ana Vecino Soler

Profesión: Enfermera

Centro de trabajo: HCU Lozano Blesa

Correo electrónico: denf-material@hcu-lblesa.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Teresa Cuello Arazo	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Gema Girón Jorcano	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Carmen Laita Zarca	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Cristina Marco Cebolla	Aux. enfermería	HCU "Lozano Blesa"
M <sup>a</sup> José Marco Navarro	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Fina Milián Omedas	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Alicia Torres Saiz	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Pilar Sánchez Martín	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"

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

Prevenir la aparición de lesiones debidas a la presión mantenida en el paciente encamado, aplicando un plan de cuidados estandarizado para la prevención y el tratamiento de las Ulceras por presión.

Adecuar el catalogo de artículos preventivos y curativos así como los diferentes dispositivos de alivio y distribución de la presión a la practica asistencial.

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

Unificación de criterios en relación a los cuidados del paciente encamado.

Elaboración de un plan de cuidados estandarizado para el paciente encamado consensuado en las diferentes unidades asistenciales.

Difusión del consenso adquirido tanto a nivel preventivo como curativo, así como de uso racional del material sanitario.

Crear un registro unificado de evolución de las úlceras por presión en todas las unidades de enfermería.

Disminución de la prevalencia de las úlceras por presión.

Disponer de un base de datos sobre las úlceras por presión intra y extra hospitalarias.

Garantizar la continuidad de los cuidados en aquellos pacientes que precisen el continuo asistencial al ser dados de alta médica mediante un informe de continuidad de cuidados.

Aumentar el confort de los pacientes.

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

**Causas que dependen del profesional:**

Escaso conocimiento de los dispositivos existentes en prevención y tratamiento de lesiones por presión.

**Causas que dependen de déficit estructurales:**

Disponer de suficientes recursos materiales para la redistribución/ alivio de presión en el paciente encamado.

Disponer de los materiales adecuados para el tratamiento de las lesiones por presión.

Disponer de una enfermera de enlace entre los diferentes niveles asistenciales que gestione las posibles áreas de dependencia que pueda provocar en el paciente y su entorno este problema.

**Causas internas de la organización:**

Falta de unificación de criterios en todas las unidades asistenciales con los pacientes con riesgo de sufrir lesiones por presión

### 8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Inclusión en el catálogo de artículos del centro los diferentes sistemas de tratamiento de lesiones cutáneas.

Inclusión como bienes inventariables del Centro de Dispositivos de alivio de presión.

Creación de un grupo de mejora formado por profesionales de las unidades asistenciales y la Coordinadora de Recursos Materiales.

Elaboración de un plan de cuidados estandarizado consensuado por dichos profesionales basándose en la evidencia científica y en las recomendaciones del Grupo Nacional de Úlceras por Presión(GNEAUPP).

Aprobación por la comisión de Enfermería y por la comisión de infecciones de dicho Plan.

Elaboración de un registro de lesiones cutáneas común a todas las unidades.

Información, formación y seguimiento a tres niveles: Preventivo, de tratamiento y uso de material.

### 9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Existencia de un Plan de cuidados estandarizado.

Puesta en marcha del Plan de cuidados y de la hoja de registro en una unidad piloto de cuidados médica.

Revisión de las sugerencias y aportaciones en dicha unidad.

Cortes semestrales de la prevalencia de UPP en las unidades asistenciales

Número de unidades asistenciales donde se ha dado formación en prevención, tratamiento y uso racional de artículos sanitarios.

Número de unidades donde se ha implantado el plan de cuidados.

Número de unidades donde se ha implantado el registro unificado.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Fecha de inicio: marzo 2003

Fecha de finalización: diciembre 2006

Calendario:

Actualización de artículos sanitarios: Mayo de 2003.

Planificación de adquisición de dispositivos de alivio de presión: 2003.

Formación del grupo de mejora: Marzo de 2004.

Elaboración del Plan de Cuidados estandarizado y registro: noviembre de 2003.

Formación : enero /mayo de 2005.

Prueba piloto: marzo de 2005.

Valoración de prueba piloto y modificaciones: Mayo 2005

Implantación del proyecto resto de las unidades: segundo semestre 2005-primer semestre de 2006.

Valoración final de la implantación del proyecto: Diciembre 2006.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Ordenador portátil	1000 euros
Cañón de proyección	1300 euros
Cámara digital	600 euros
Documentos de difusión	600 euros
<b>TOTAL:</b> 3500 euros	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

  
 Ana Vecino Soler  
 Zaragoza 14/01/2005

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Mejora del Proceso de obtención del Consentimiento Informado escrito en el Hospital Clínico Universitario**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos J Ignacio Barrasa Villar

Profesión Médico Centro de trabajo: Hospital Clínico

Correo electrónico: jbarra@salud.aragob.es

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Amores Ferreras, Manuel	Médico	Medicina Interna
Andrés Conejero, Raquel	"	Oncología Médica
Bellosta Ferrer, Ramón	"	Oncología Radioterápica
Comuñas Gonzáles, Fernando	"	Neurocirugía
del Campo del Campo	"	Anestesiología
Del Pino Jiménez, Dolores	"	Codificación
Lamata Hernández, Felix	"	Cirugía B
Moreno Chulilla, José Antonio	"	Banco de Sangre
Pérez Hiraldo, Pilar	"	Obstetricia y Ginecología
Pina Leita, José Ignacio	"	Radiodiagnóstico
Remartínez Rivas, José María	"	Traumatología
Royo López, Juan	"	ORL
Salinas Payer, José Carlos	"	Cirugía A
Salvo Callén, Luis	"	UCI
Simón Marco, Miguel Ángel	"	Endoscopias

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

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, establece que el Consentimiento Informado se prestará por escrito en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en todos aquellos otros que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Por su parte, uno de los estándares de la Joint Commission International (DPF9.4.1) establece que la organización, conjuntamente con sus profesionales, deberá elaborar una lista de procedimientos y tratamientos que requieran consentimiento informado.

Pese a todo, en nuestro hospital no disponemos de esa lista de procedimientos consensuados y los problemas derivados de la administración del CI son constantes, sobre todo en relación a quién y cómo debe obtenerlo y en qué procedimientos es necesario y en cuáles no. El problema llega a ser de tal envergadura que en ocasiones llega a provocar conflictos asistenciales graves, como el rechazo de determinados profesionales a realizar el CI de determinadas técnicas que solicitan para sus pacientes en las que dicen no ser expertos, la negativa a la realización de determinadas pruebas por no existir el debido CI, o la demanda de recursos organizativos y de personal específicos para la práctica del CI por parte de determinados servicios. Recientemente, en la Comisiones de Calidad en Radiodiagnóstico, la necesidad de **consensuar un procedimiento entre los diferentes servicios clínicos para la obtención del CI** se vió como una necesidad de mejora prioritaria.

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

Los principales resultados que esperamos obtener son:

- Elaboración de un Procedimiento normalizado y consensuado entre los diferentes servicios clínicos para la obtención del Consentimiento Informado en el hospital.
- Elaboración de una lista consensuada de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los que se requiere consentimiento informado escrito.
- Mejorar todo el proceso de información a los pacientes
- Aumentar el grado de cumplimiento de los procedimientos que requieren CI escrito.

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

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

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

### 7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

- En una encuesta que hemos realizado entre los responsables médicos de calidad de los servicios y las Comisiones de Ética Asistencial e Historias Clínicas, se ha puesto de manifiesto que existen grandes discrepancias sobre qué procedimientos requieren CI escrito y cuáles no.

- La práctica del CI escrito es un área de mejora en nuestro hospital, pues sólo el 80 % de los procedimientos que lo requieren tienen CI escrito.

- En la práctica diaria existen problemas y fricciones profesionales entre diferentes servicios que tienen diferentes puntos de vista sobre quién debe obtener el CI (si quienes solicitan o quienes realizan el procedimiento).

- Ocasionalmente se originan problemas asistenciales al citarse pacientes para la realización de determinados procedimientos sin haber sido informados debidamente y haber dado su CI por escrito.

Una posible solución para este problema sería la elaboración consensuada entre los diferentes servicios clínicos de un Procedimiento escrito, en el que se normalizaran todos los circuitos, se decidiera una lista explícita de procedimientos en los que se requiere CI y se sistematizara la forma en que deben obtenerse los CI escritos.

### 8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Formación del grupo de trabajo con diferentes miembros de servicios clínicos (quirúrgicos, médicos y centrales).
2. Planteamiento del problema (Ley 41/2002, resultados de encuesta a responsables de calidad, resultados de mediciones de cumplimiento de CI) y fijación de objetivos: Elaboración de Procedimiento para la obtención de CI escrito en el HCU y de una lista de los procesos que requieren CI.
3. Publicación y difusión del Procedimiento en el hospital
4. Evaluación del proyecto (ver indicadores de evaluación)

### 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

El resultado del proyecto será evaluado de acuerdo con los siguientes indicadores:

- Existencia de un Procedimiento escrito sobre obtención del CI: (Estándar: SI)
- Existencia de una Lista de prácticas diagnósticas y terapéuticas que requieren CI escrito: (estándar: SI).
- % Procedimientos de la Lista con CI escrito (estándar > 90 %).
- % Pacientes Satisfechos o Muy satisfechos con la Información que proporcionan los médicos. (estándar > 65 %)
- % Pacientes que contestan que les han realizado pruebas sin permiso: (estándar < 5 %)

**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 febrero 2005**Fecha de finalización: **1 febrero 2006****Calendario:**

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. Formación del grupo:.....   | febrero 2005         |
| 2. Análisis causal y elaboración primer borrador Procedimiento:..... | Febrero- marzo       |
| 3. Lista de procedimientos consensuada.....                          | Abril 2005           |
| 4. Procedimeinto aprobado.....                                       | Abril 2005           |
| 5. Publicación y difusión procedimiento:.....                        | Mayo-junio 2005      |
| 6. Evaluación del proyecto.....                                      | Diciembre-enero 2006 |

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Publicación del Procedimiento	2.000
Seminario por experto en temas sobre CI	300
<b>TOTAL</b>	2.300 Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma: Zaragoza 17 enero 2005

## 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 ZARAGOZA III"

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

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ARMANDO J. COLOMER SIMÓN

Profesión ENFERMERO Centro de trabajo C.R.P. NTRA. SRA. DEL PILAR

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

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Belén Morales Rozas	Enfermera	C.S.M. Delicias. Zaragoza
Luis Benedí Sanz	Enfermero	Hospital Clínico Univesitario. Zaragoza
Margarita Esteban Escolano	Enfermera	Hospital Clínico Univesitario. Zaragoza
Manuel Langa San José	Enfermero	Hospital Clínico Univesitario. Zaragoza
Amalia Ibáñez Esteban	Enfermera	Hospital Clínico Univesitario. Zaragoza
Ana Cristina Cameo Rico	Enfermera	Hospital Clínico Univesitario. Zaragoza
Isabel Martínez Cuñado	Enfermera	EIR de salud Mental. DGA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA**

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

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

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

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

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

Responsables: Enfermeras de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica.

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

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

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

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

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

Medición de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes con TMG.

**10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Caleandario:

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

Junio 05 Evaluación de la recogida de datos.

Septiembre 05 Puesta en común de resultados.

Octubre 05 Planificación de la 2ª fase.

Continuidad de cuidados.

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

