

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 3_2007

050_2007 “Desarrollo del Plan Estratégico del CS Miralbueno-Garrapinillos”	Pág. 3 a 7
117_2007 “Racionalización y sistematización del proceso de prescripción de recetas de largo tratamiento” del CS Univérsitas	Pág. 8 a 12
123_2007 “Gestión de residuos en el Centro de Salud de Borja”	Pág. 13 a 15
125_2007 “La información no sanitaria como medio para la mejora de la accesibilidad a los recursos sanitarios” del CS Casetas	Pág. 16 a 20
168_2007 “Experiencia de aplicación de la metodología de la gestión por procesos como base para la certificación con la norma ISO 90001-2000 del Centro de Salud Delicias Sur”	Pág. 21 a 25
187_2007 “Plan integral de garantía de calidad del Centro de Salud de Cariñena (2007)”	Pág. 26 a 36
192_2007 “Mejora de la información recibida por los pacientes hipertensos en relación a la dieta y su contenido en sodio, como hacer más apetitos los platos cocinados sin sal” del CS Sádaba	Pág. 37 a 40
198_2007 “Mejora del continuum asistencial entre primaria y especializada en las patologías traumatológicas más prevalentes” del CS Delicias Norte	Pág. 41 a 45
201_2007 “Mejora en la coordinación primaria especializada en el abordaje de cefaleas” del CS Delicias Sur	Pág. 46 a 49
202_2007 “Mejorar el manejo de los medicamentos utilizados en niños en un Servicio de Atención Continuada Rural” del CS Borja	Pág. 50 a 53
136_2007 “Proyecto de mejora del proceso de alta del paciente con Trastorno Mental Grave en la Unidad de Media Estancia Alonso V del CRP N ^a S ^a del Pilar de Zaragoza”	Pág. 54 a 59
137_2007 “Informatización de procesos asistenciales en el CRP N ^a S ^a del Pilar y Centro de Día Romareda”	Pág. 60 a 63
193_2007 “Mejora del clima relacional, la relación interpersonal y red social en usuarios de dispositivos de rehabilitación ambulatorios, mediante la aplicación de intervenciones terapéuticas grupales” del Centro de Día Romareda	Pág. 64 a 68
127_2007 “Optimización de consulta geriátrica mediante análisis de las solicitudes recibidas” del H. Geriátrico San Jorge	Pág. 69 a 73
024_2007 “Adecuación y actualización del Plan de Emergencias” del HCU Lozano Blesa	Pág. 74 a 77
122_2007 “Consenso clínico de interconsulta entre atención primaria y urología en el Sector III” del HCU Lozano Blesa	Pág. 78 a 81
169_2007 “Educación para la salud dirigido a padres inmigrantes sobre las urgencias más comunes en pediatría” del HCU Lozano Blesa	Pág. 82 a 85
170_2007 “Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental, Sector Zaragoza III” del HCU Lozano Blesa	Pág. 86 a 89
171_2007 “Mejora de la salud reproductiva en la población inmigrante: Investigación y prevención de la mutilación genital femenina” del HCU Lozano Blesa	Pág. 90 a 94
172_2007 “Mejora de la atención a paciente quirúrgico. Visita de enfermería prequirúrgica” del HCU Lozano Blesa	Pág. 95 a 99
173_2007 “Evaluación del protocolo de profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes médicos del Servicio de Urgencias” del HCU Lozano Blesa	Pág. 100 a 103

174_2007 “Diseño y elaboración de material formativo e informativo para la correcta utilización de las soluciones hidroalcohólicas en la higiene de manos” del HCU Lozano Blesa	Pág. 104 a 107
175_2007 “Valoración nutricional inicial al ingreso del paciente para mejorar la detección precoz de pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza”	Pág. 108 a 112
176_2007 “Comisión de revisores de protocolos, guías y vías clínicas como modelo de mejora de la calidad de la atención hospitalaria” del HCU Lozano Blesa	Pág. 113 a 119
178_2007 “Creación de un registro de errores y seguridad en pacientes en un Servicio de Urgencias hospitalario” del HCU Lozano Blesa	Pág. 120 a 124
179_2007 “Mejorar la información de los cuidadores de pacientes crónicos y dependientes del Sector Zaragoza III” del HCU Lozano Blesa	Pág. 125 a 130
180_2007 “Vía clínica de los cuidados pre y post-cateterismo cardiaco programado” del HCU Lozano Blesa	Pág. 131 a 135
181_2007 “Atenuar el dolor en el recién nacido prematuro de cuidados críticos a través de intervenciones ambientales, conductuales y apoyo psicológico a los padres del Sector Zaragoza III” del HCU Lozano Blesa	Pág. 136 a 140
182_2007 “Mejora de los cuidados al paciente con fractura de cadera en el Sector Zaragoza III” del HCU Lozano Blesa	Pág. 141 a 145

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Los cambios demográficos de nuestra Zona de Salud, así como los cambios del propio centro con la llegada de médicos residentes y la nueva ubicación del centro de salud, nos hicieron plantearnos la necesidad de adaptar nuestra situación a las nuevas circunstancias.

En un primer momento aplicando la técnica DAFO, establecimos nuestras fortalezas y debilidades, detectando nuestras oportunidades para establecer áreas de mejora y establecer estrategias de mejora.

Se detectaron los siguientes oportunidades de mejora:

- Mejora en nuestra formación
- Organizar nuestro trabajo en relación a las necesidades de la población de nuestra zona básica:
 - Atención a las personas mayores institucionalizadas
 - Derivación a atención continuada
 - Establecer criterios de atención en consulta telefónica
- Establecer circuito de atención a urgencias
- Profundizar en nuestra relación con la población de la zona básica de salud.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar nuestra formación en los temas priorizados
- Estructurar la atención a las personas mayores institucionalizadas
- Establecer criterios de derivación a atención continuada
- Establecer criterios de atención en consulta telefónica
- Establecer circuito de atención a urgencias
- Profundizar en nuestra relación con la población de la zona básica de salud.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Siguiendo la estrategia de las 4 fases del ciclo PDCA, se establecen 2 grupos de trabajo, circuito de atención a urgencias (responsable J. L. . Grima) y atención a pacientes residentes en centros sociosanitarios(Lucia Isasa)

En un primer momento desarrollando el proceso de atención a los pacientes, para posteriormente desarrollar y reevaluar el proceso.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Calendario y responsables de los temas de formación priorizados para urgencias.
- Calendario, temas y responsables de los temas de formación de asistencia al anciano.
- Establecer circuito de atención y responsables de atención a urgencias en centro de salud y domicilio.
- Establecer circuito de atención y responsables de atención a urgencias telefónicas

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)</i>
---------	---

--

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS
Indicar, al menos las fechas previstas de inicio y finalización, así como el cronograma de las actividades previstas

Fecha de inicio: Enero 2006	Fecha de finalización: Enero 2009
-----------------------------	-----------------------------------

Calendario:

--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Racionalización y sistematización del proceso de prescripción de recetas de largo tratamiento.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Catalina Aguirre y Dabán

Profesión: Pediatra

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): C. de Salud Universitas - Zaragoza 3

Correo electrónico: caguirre@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-324195

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Aznar Tejero	Médica de Familia	C. de S. Universitas
Rosa M ^a Casbas Guiu	Aux. administrativa (responsable admisión)	C. de S. Universitas
Ana Isabel García Larracochea	Aux. Administrativa	C. de S. Universitas
Pedro Lizandra Fron	Médico de familia	C. de S. Universitas
Eduardo Marín Prados	DUE	C. de S. Universitas
Isabel Rodrigo Esteban	Médica de familia	C. de S. Universitas
Mayte Tesa Aquilué	DUE	C. de S. Universitas
Carmen García Merino	Médica de familia	C. de S. Universitas

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Importancia:

- La emisión de recetas de largo tratamiento representa un volumen de consultas muy elevado sobre el total de la consulta diaria (entre el 50 – 75 %, según los diferentes cupos), con una cifra de 200 – 250 CLT cada semana / cupo.
- Genera un gran nº de consultas inapropiadas e ineficientes (la mayoría acuden por recetas de largo tratamiento + de 1 vez al mes).
- Afecta a un gran nº de profesionales y usuarios y contribuye a aumentar las esperas en consulta y las largas filas que ya existen en admisión.

Detección del problema: consulta a todos los profesionales mediante lluvia de ideas y priorización a través de los resultados obtenidos ya que fue enumerado como uno de los problemas más relevantes en el apartado de calidad científico-técnica (cerca del 50% de los problemas reflejados en este apartado).

Situación de partida: en el momento actual existe una gran disparidad de criterios en su realización y el proceso no está sistematizado.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Disminuir el % de consultas por recetas de largo tratamiento
- 2.- Disminuir los tiempos de espera en consultas y admisión
- 3.- Mejorar los registros de OMI adecuando cada prescripción al diagnóstico correspondiente
- 4.- Mejorar la satisfacción de los usuarios
- 5.- Mejorar la satisfacción de los profesionales
- 6.- Racionalizar el uso de los medicamentos

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Recabar información de otros Centros donde exista un procedimiento establecido
- 2- Lluvia de ideas entre todos los profesionales implicados
- 3- Estudiar la situación actual: N° de usuarios afectados, frecuencia, formato, cauce
- 4- Establecer criterios unificados
- 5- Establecer responsabilidades entre los profesionales implicados
- 6- Elaborar documento escrito para los usuarios sobre los cambios que se Establezcan en la utilización de las CLT
- 7- Elaborar y documentar proceso asistencial de CLT
- 8- Elaborar encuesta de satisfacción
- 9- Elaborar criterios de audit
- 10- Evaluar indicadores
- 11- Información de resultados
- 12- Propuestas de mejora

El Grupo de Calidad es el que va a impulsar el proyecto y distribuir responsabilidades concretas

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- 1.- Al final del proyecto deberá existir un documento fechado y consensado, distribuido entre todos los profesionales que participan en el proceso.
- 2.- **2.1**- % de cupos adheridos al proceso (contabilizados en la fecha de evaluación).
- 2.2- % de pacientes que se incluyen en el proceso (a través del nº de CLT emitidas a partir del comienzo del proyecto)
- 3.- nº de consultas por CLT (a través de OMI, monitorización trimestral)
- 4.- % de pacientes satisfechos (mediante un corte transversal de encuesta, 1 día cada semana durante el mes de evaluación).
- 5.- nº de fármacos sustituidos o eliminados (monitorizados a través de la consulta).
- 6.- nº de CLT que cumplen criterios (monitorización mediante audit con criterios explícitos predefinidos)

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **Febrero 2007**Fecha de finalización: **diciembre 2007**

Calendario:

Actividades 2007	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2008
Actividad 1		X											
Actividad 2		X	X										
Actividad 3		X	X										
Actividad 4		X	X	X									
Actividad 5		X	X	X									
Actividad 6			X	X									
Actividad 7			X	X									
Actividad 8			X	X	X								
Actividad 9			X	X	X								
Actividad 10						X		X			X	X	
Actividad 11						X		X			X		
Actividad 12						X		X			X	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 (2007)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>GESTION DE RESIDUOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BORJA</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO Nombre y apellidos JOSE LUIS BAZAN MONTERDE</p>
<p>Profesión MEDICO</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) CENTRO DE SALUD DE BORJA</p>
<p>Correo electrónico:</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976867259</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LUIS DANIEL PABLO OCON	MEDICO	Centro de Salud de Borja



4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El equipo de calidad del centro de salud, analizó la situación de nuestro centro en cuanto a la recogida de residuos y reciclado de los mismos.

Se analizó mediante entrevista individualizada con los distintos miembros del Equipo de Atención Primaria para averiguar la forma en la que eran tratados los distintos tipos de residuos generados en las diferentes consultas y se averiguó que cada uno hacía lo que podía.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

" LA INFORMACION NO SANITARIA COMO MEDIO PARA LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LOS RECURSOS SANITARIOS "

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Pedro Oros Espinosa

Profesión: Pediatra. Coordinador del C.S.

Lugar de trabajo C.S.Casetas

Correo electrónico: buzsan.case.zar3@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976771347

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Profesionales del servicio de admisión.		

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En los últimos años en la zona de casetas se ha incrementado de forma considerable la población extranjera, alcanzando en Noviembre de 2005 un total de 1655 usuarios, (10,9%).

Como en otros ámbitos las diferencias culturales y de organización sanitaria crea algunas dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria, siendo un buen número de pacientes, los que manifiestan desconocimiento sobre el funcionamiento de los recursos sanitarios, donde se ubican y como puede accederse a los mismos.

Por otro lado además en la zona básica está en clara expansión por el enorme aumento de viviendas de nueva construcción de la Zona, así como por el aumento de la población inmigrante.

Todo esto ocasiona que tengamos que estar continuamente explicando cosas tan elementales, para nosotros, como la forma de ir a Zaragoza y una vez en ella, como acceder a los diferentes recursos a los que les mandamos, con gran pérdida de tiempo y en muchas ocasiones poca efectividad.

En el C. S. Casetas existe un folleto obsoleto en cuanto a la información respecto al Servicios que ofrece, teniendo que recurrir siempre a métodos de información verbal sobre como acudir a Salud buco-dental, al C.E. Inocencio Jiménez o al Hospital Clínico y algunos otros recursos del Sector y del Salud en general.

Por todo esto se propone la realización de un nuevo **Triptico informativo** que informe de las siguientes cuestiones:

- 1.- Atención y Servicios del C.S.Casetas: Organización, horario y ubicación
- 2.- C.E. Inocencio Jiménez: Localización, Como acudir tanto en autobús (como acceder y que horario tiene) o por medios propios (plano sencillo sobre su ubicación), como acudir a los servicios que presta
- 3.- H.C.U. ; Localización, accesos en autobús o por medios propios (igual que en el punto anterior, así como la forma de acceder a los servicios que presta
- 4.- Salud buco-dental: Que prestaciones incluye, localización y como llegar y medios de acceso
- 5.- Se podría incluir (aunque de forma resumida) otros Servicios o Recursos menos habituales a los que se puede acudir, siempre con la indicación del personal sanitario del Centro

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Menor absentismo a las citas de atención especializada y de salud buco-dental, con la consiguiente disminución en la realización de segundas peticiones para una misma cita
- 2.- Mejor uso de los Servicios del C.S. Casetas
- 3.- Disminución de la carga de trabajo del Servicio de Admisión, Trabajo Social, Médicos, Pediatras y ATS del Centro, respecto a las informaciones no sanitarias
- 4.- Mayor satisfacción del paciente (sobretudo entre la población inmigrante) al poder contar siempre con información fácil y precisa sobre todos estos procesos

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	10
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	5
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	45
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	40
TOTAL	100%	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar al menos, las medidas previstas, los responsables

Se pretende a lo largo de este año lo siguiente:

- * Diseño del nuevo tríptico.
- * Traducción del texto a al menos los idiomas más prevalentes de nuestra población.
- * Diseño de un plan de difusión.
- * Diseño de una encuesta de evaluación de la utilidad de la encuesta.
- * Realización de la evaluación del impacto de la encuesta.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Los indicadores se corresponden con la realización Si/No de los objetivos propuestos, siendo sencilla la monitorización.

Objetivo	Indicador
* Diseño del nuevo tríptico.	Tríptico diseñado
* Traducción del texto a al menos los idiomas más prevalentes de nuestra población, inglés, francés, rumano, árabe, búlgaro.	Textos traducidos
* Documento editado imprenta	Si/no
* Diseño de un plan de difusión.	Documento de difusión
* Diseño de una encuesta de evaluación de la utilidad de la encuesta.	Documento
* Realización de la evaluación del impacto de la encuesta.	Documento.

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: Sept 2006

Fecha de finalización: Nov 2007

Calendario:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE LA GESTION POR PROCESOS COMO BASE PARA LA CERTIFICACIÓN CON LA NORMA ISO 9001-2000 DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE

Profesión

MEDICO DE FAMILIA. COORDINADOR CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

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

CENTRO DE SALUD DELICIA SUR

Correo electrónico:

aantonanzas@salud.aragos.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 55-60-00

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSE LUIS CANTALAPIEDRA OBIS	ENFERMERO	C.S. DELCIAS SUR
Mª CLEOFE CRESPO MAINAR	ENFERMERA	C.S. DELCIAS SUR
Mª PILAR LACARTA VICIOSO	ENFERMERA	C.S. DELCIAS SUR
PILAR OLIVEROS GONZALVO	ENFERMERA	C.S. DELCIAS SUR
JOSE CARLOS PEREZ VILLARROYA	MEDICO	C.S. DELCIAS SUR
AURORA VILLANOVA LANUZA	ADMINISTRAT.	C.S. DELCIAS SUR

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En el año 2004, con motivo de la autoevaluación con el modelo EFQM del Equipo de Atención Primaria Delicias Sur de Zaragoza, el grupo de mejora de calidad integrado por profesionales del equipo fue consciente de la importancia de la **gestión de los procesos** en la gestión de la calidad de un centro de atención primaria. De aquella evaluación se extrajeron más de 100 áreas de mejora, que básicamente tenían que ver con los procesos asistenciales.

Por otra parte a través de la recogida de las **necesidades y expectativas** de los profesionales del equipo, llevada a cabo a finales de 2005, se planteó que la mejora de la organización era percibida como la primera necesidad para las personas del centro.

La oportunidad que se nos presenta ahora al haber sido elegidos dentro del Sector 3 para desarrollar un proyecto que persigue la **certificación con la norma ISO 9001-2000** del centro de salud junto con otros 8 centros del Servicio Aragonés de Salud, es inmejorable para avanzar en la **identificación, evaluación, control y mejora de los procesos** que se llevan a cabo en el centro de salud.

Reconocida la necesidad de adecuar los procesos a las **necesidades y expectativas de los pacientes y usuarios** con el objetivo de **disminuir la variabilidad injustificada** de las actuaciones, especialmente en un equipo con tareas interdisciplinarias, parece oportuno aplicar una herramienta contrastada por su utilidad para **sistematizar las actividades** que se desarrollan en cada proceso.

El proyecto que presentamos se justifica por la escasa experiencia de aplicación de esta metodología en el ámbito de la atención primaria en el sistema nacional de salud y por la expectativa de que más allá de la certificación final, la tarea a realizar va a suponer una intervención trascendente en la dinámica actual del equipo. Favorecer una gestión participativa y productiva del proceso de certificación ISO 9001-2000 en el EAP Delicias Sur va a ser la tarea en la que el grupo de mejora de calidad plantea su compromiso con el equipo para este año. La **formación previa** de este equipo de mejora tanto en el modelo EFQM como en la gestión de procesos y normas ISO, pero sobre todo, la **motivación** del grupo por el proyecto, favorecen también el buen desarrollo del mismo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Identificar de los procesos que se desarrollan en el centro de salud mediante la elaboración del mapa de procesos, distinguiendo los procesos clave, los estratégicos y los de soporte.
2. Documentar por escrito cada uno de los procesos según la metodología de la gestión por procesos
3. Establecer unidades de medida o indicadores para cada proceso que nos permita su medición, análisis y evaluación.
4. Conseguir el control de los procesos mediante la sistematización de las actividades que se desarrollan en cada proceso
5. Establecer líneas de mejora en aquellos procesos en que exista mayor variabilidad.
6. Conseguir dinamizar al equipo mediante la participación de las personas en este proyecto.
7. Crear las condiciones más favorables para hacer posible después de esta fase la certificación del centro con la norma ISO 9001-2000.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

El grupo de mejora del centro que ya lleva mas de 10 años tratando de impulsar iniciativas de mejora de calidad dentro del equipo, será el responsable de elaborar el mapa de procesos del centro, asignando un responsable o propietario a cada uno de ellos. Se intenta que haya un número de responsables significativo dentro del equipo para conseguir la mayor implicación y participación.

Se crearán pequeños grupos de trabajo para cada uno de los procesos, coordinados por los propietarios de cada proceso, que trabajaran con una agenda limitada para documentar y elaborar los indicadores de dichos procesos. Se intentará que la participación de personas del equipo en estos grupos sea la más alta posible.

Es imprescindible dotar de tiempos y espacios suficientes a estos grupos de trabajo para crear unas condiciones lo más favorables posibles para la tarea. Para este fin se procurará liberar a los componentes de los grupos de su tarea asistencial durante el tiempo necesario.

Cada grupo de trabajo tendrá la misión, en términos de norma ISO 9001-2000, de detallar los procedimientos, es decir el modo en que se llevan a cabo las actividades de cada proceso, con la participación y el consenso de sus integrantes, reflejando los medios y los métodos propios del centro de salud, elaborando un diagrama de flujo del proceso y elaborando los indicadores que permitan medir y controlar el proceso.

De todos los procesos se tendrá un documento por escrito con todos los apartados anteriormente descritos, que servirán para la futura certificación del centro con la norma ISO 9001-2000.

Se cuenta con el apoyo técnico de la empresa Versus Consultores, designada por el Servicio Aragonés de Salud para dar el soporte a este proyecto.

Se trabajará de forma coordinada con los 8 centros de salud restantes que también tienen como objetivo la certificación con la norma ISO 9001-2000.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Tener elaborado el mapa de procesos del centro especificando los procesos estratégicos, clave y de soporte.
2. Desarrollo de al menos 4 procesos completos por parte de los miembros del equipo del centro de salud Delicias Sur, para el tiempo de vigencia de este proyecto
3. Constancia documental, al finalizar todo el proyecto, del 100 % de los procesos que se desarrollan en el centro de salud para poder pasar la certificación con la norma ISO 9001-2000. (Junio 2008)
4. Participación de al menos el 40% de los integrantes del equipo en este proyecto de gestión de procesos.
5. Grado de satisfacción de los miembros del equipo con el desarrollo de este proyecto por encima del 70 %.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Febrero 2007

Fecha de finalización: Junio 2008

Calendario:

- Finales de Febrero 2007: elaboración mapa de procesos
- Marzo-Junio de 2007 Comienzo de los grupos de trabajo y finalización de primera fase de la documentación del proceso (descripción y comienzo de flujograma)
- Septiembre-Diciembre de 2007: finalización de al menos 4 procesos completos
- Junio de 2008 finalización de los 6 procesos por parte del equipo y constancia documental de la totalidad de los procesos del equipo para la certificación con la norma ISO 9001-2000.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
2 AURICULARES CENTRALITA TELEFONICA	100
30 MONITORES (1 por consulta médica y de enfermería) para MONITORIZAR PRESION ARTERIAL	1.500
1 TONOMETRO DE AIRE MEDICION PRESION OCULAR	300

1 DESTRUCTOR DE PAPEL	100
DOTACIÓN DE LIBROS DE ACTUALIZACION CLINICA Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA (GUIA DE ACTUALIZACION DE SEMFYC, GUIA TERAPÉUTICA)	800
TOTAL	2.800

Fecha y firma:

Zaragoza a 30 de Enero de 2007



Firmado : Angel Antoñanzas Lombarte

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Plan Integral de Garantía de Calidad del Centro de Salud de Cariñena (2007).

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a Victoria Fustero Fernández

Profesión Médico

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

Centro de Salud Cariñena (Zaragoza)

Correo electrónico:

Med009749@saludalia.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 621026 y 976622646

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mario Bárcena Caamaño	Médico	C. S. Cariñena
Manuel Granado Gonzalez	Médico	C. S. Cariñena
Domingo Casbas Vela	Médico	C. S. Cariñena
Antonio Oto Negre	Médico	C. S. Cariñena
Delfin Sarasa Piedrafita	Médico	C. S. Cariñena
Antonio Garcia Tejedor	Médico	C. S. Cariñena

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Es un proyecto global, desarrollado durante los últimos 8 años que mantiene 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

En este año se van a seguir desarrollando actividades en las diferentes líneas de trabajo abiertas en años anteriores: Diabetes, ecografía, TAO, Sesiones clínicas, comunicación con los usuarios, reciclado de materiales y control de los residuos biocontaminados.

En esta actualización de 2007 se introducen dos nuevas líneas de mejora:

1. Seguridad clínica:
 - Mejora de conocimientos en seguridad clínica del personal del EAP
 - Evaluación de las interacciones farmacológicas de dos grupos de antibióticos (macrólidos y quinolonas) prescritos a la población adscrita al centro de salud e implantación de medidas correctoras
 - Registro de las incidencias y problemas encontrados en el seguimiento de los pacientes con tratamientos anticoagulantes orales (TAO), para elevar la seguridad de estos tratamientos.

2. Valoración de la Reagudización de la EPOC
 - Optimización de la decisión a tomar ante una exacerbación
 - Valoración del nivel asistencial en el que se debe llevar a cabo el tratamiento
 - Disminuir el nivel de incertidumbre, sobre todo en los pacientes con EPOC grave ($FEV_1 < 50\%$ y $> 30\%$ Clasificación GOLD), e incluso en los pacientes con EPOC muy grave ($FEV_1 < 30\%$ Clasificación GOLD) que no siempre se derivan, en estos casos de duda la saturación de $O_2 < 90\%$ es un criterio internionalmente aceptado de derivación al hospital.

3. Evaluación de hipotiroidismo y deterioro funcional y cognitivo en personas Mayores de 75 años

También participa un componente del EAP Cariñena (Domingo Casbas) en otro Proyecto multicéntrico "Mejora de la coordinación AP-AE en el abordaje de las cefaleas" junto con el C.S. Delicias Sur y miembros de los equipos directivos del HCU y de AP del sector III.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

Los indicadores obtenidos para los diferentes objetivos de 2006 han sido:

1. **Reevaluación de la calidad de cuidados del paciente diabético.**
Responsable: Manuel Granado Gonzalez

- % de diabéticos con microalbuminuria solicitada en el último año del total de diabéticos evaluados: 65% (en 2004 35%)
- % de diabéticos con HbA1 controlada del total de diabéticos evaluados: 39,18 % (en 2004 27,55%)
- % de diabéticos con LDL aceptable del total de diabéticos evaluados: 30% (en 2004 17%)
- % de diabéticos que toman antiagregantes/nº total de diabéticos evaluados: 49% (en 2004 42%)
- % de diabéticos con fondo de ojo el último año del total de diabéticos evaluados 45% (en 2004 37%)

2. **Evaluación de la casuística de las exploraciones ecográficas, realizadas en el centro de salud y valoración de resultados y repercusiones en los pacientes.** **Responsables:** Delfín Sarasa , Manuel Granado y Mario Bárcena

- % total de médicos del EAP que han participado en actividades de formación: 90%
- nº de ecografías realizadas en el centro de salud que constan en el libro de registro: 158
- % de hallazgos ecográficos en el total de las ecografías realizadas: 49%

3. **Reevaluación de la concordancia de resultados de INR en sangre capilar con el laboratorio de referencia, medición de resultados de control en los pacientes seguidos desde AP y comparación de resultados.** **Responsable:** M^a Victoria Fustero

- Correlación INR laboratorio con INR capilar con Coagucheck realizada en 2006: El coeficiente de correlación (r) entre los dos valores fue de 0,98 (el obtenido en 2001 fue de 0,91)
- % de pacientes en rango terapéutico en corte transversal y semestral del archivo de pacientes controlados en el CS: 76,5%

4. **Editar el manual de acogida tras las modificaciones aportadas tras el pilotaje.** **Responsable:** Delfín Sarasa

- Edición de 30 ejemplares del manual de acogida: Se han impreso 50 ejemplares
- % de personas que llegan al EAP y reciben el manual: 100%

5. **Reunión de gestión específica para distribuir responsabilidades.** **Responsable:** Domingo Casbas

- Nombramiento de los diferentes responsables en reunión de gestión y constancia de los mismos en acta: Que consta en acta con fecha 01-06-2006

6. Valorar los resultados de la asistencia y satisfacción con las sesiones clínicas recogidos en las encuestas diseñadas al efecto desde 2005. Responsables: Manuel Granado y M^a Victoria Fustero

- % de sesiones evaluadas del total de sesiones realizadas: 35%
- % de componentes del EAP que acuden a las sesiones: 64,7%
- Nivel de exposición del ponente (de 1 a 5): 4,3
- Grado de satisfacción con el tema elegido (de 1 a 5): 4,12
- Grado de utilidad de la sesión (de 1 a 5): 4,3

7. Elaborar y editar un documento/ carta de bienvenida a los nuevos pacientes que llegan al centro de salud. Responsable: Antonio Oto

- Edición de 200 ejemplares de la carta (pendiente de traducción por falta de recursos económicos)

8. Se ha nombrado un responsable y en el centro se está pilotando un sistema de recogida de residuos en todos los consultorios locales. Responsable: Eva Palos

- Nº de Kg recogidos hasta el septiembre de 2006 ha sido de 319,1 Kg
- Nº de viajes realizados por la empresa de transporte para recoger residuos ha sido de 19, se han retirado del centro de salud 41 envases de 30 Kg, 24 de 10 Kg, 4 de 5 Kg y 18 de 1 Kg.

9. Redacción y envío de noticias mensualmente al Periódico Comarcal. Responsables: M^a Victoria Fustero

- Nº de periódicos publicados/nº de periódicos con información del Centro de Salud: 88,8% (10 artículos)

10. Diseñar y realizar una encuesta de satisfacción con el control del TAO en AP para los profesionales que lo llevan a cabo. Responsable: M^a Victoria Fustero

- Han cumplimentado la encuesta el 90% de los médicos que realizan el seguimiento y el 50% de enfermeros que realizan el seguimiento
- % médicos que realizan el TAO con puntuación media superior a 7 en el cuestionario de satisfacción: 100%
- Sencillez de la técnica: 9,2 (sobre 10)
- Utilidad del programa informático Taohek: 9,2 (sobre 10)
- Mejora de la coordinación médico-enfermero: 8,9 (sobre 10)
- % enfermeros que realizan el TAO con puntuación media superior a 7 en el cuestionario de satisfacción: 100 %
- % de profesionales que realizan el TAO que recomendarían realizarlo a sus colegas: 100%

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mantener la trayectoria del Proyecto de Calidad iniciada en el año 2000, integrando las diferentes actuaciones de este proyecto en el trabajo cotidiano
- Mejorar el control de los pacientes diabéticos, para prevenir en mayor medida las complicaciones de la enfermedad
- 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, así como difundir el uso de esta técnica entre los profesionales de la AP (FOCUSS)
- Mejorar la accesibilidad y la Calidad del control de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en las distintas localidades del centro de salud, y evitar riesgos derivados de estos tratamientos
- Mejorar la formación y la actualización de los profesionales del EAP con un calendario consensuado de sesiones clínicas
- Fomentar y facilitar el reciclado de materiales (prestando especial atención a la confidencialidad de los datos incluidos en documentos desechados)
- Disminuir el riesgo de contaminación tanto de los profesionales como de la población y medio ambiente desechando de forma adecuada los residuos biocontaminados
- 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.
- Disminuir los riesgos derivados de la Atención Médica a nuestros pacientes
- Mejorar la seguridad de prescripción antibiótica a los usuarios del centro de salud
- Disminuir la incertidumbre y optimizar el tratamiento de las reagudizaciones de EPOC
- Aumentar los conocimientos de los profesionales para detectar las causas de hipotiroidismo y realizar el diagnóstico diferencial con el deterioro cognitivo. Estandarizar las determinaciones analíticas para detectarlo.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Diabetes: Responsable, Manuel Granado

- Reevaluación en 2008
- Monitorización de los tratamientos antidiabéticos prescritos a la población diabética del centro de salud

2. Ecografía: Responsables, Delfin Sarasa, Manuel Granado y Mario Bárcena

- Potenciar la formación en ecografía (Curso de ecocardiografía y de ecografía músculo-esquelética) y sesiones clínicas tutorizadas en el EAP
- Procesar los datos del libro de registro y valorar la repercusión en los procesos diagnosticados.
- Mantener y ampliar el banco de imágenes digitalizadas
- Preparar y presentar para su aprobación un Proyecto Focuss de ecografía, para extender el interés, conocimiento y manejo de esta técnica en la AP.

3. Sesiones clínicas: Responsable, Manuel Granado

- Consensuar el calendario de sesiones clínicas
- Ampliar el nº de sesiones clínicas
- Fomentar la participación de todos los miembros del EAP y que todos impartan alguna sesión
- Presentar los resultados de la evaluación de las sesiones clínicas de 2006
- Continuar con la evaluación y ampliar el nº de sesiones evaluadas

4. Reciclado de materiales: Responsable, Antonio Oto

- Distribuir en las consultas y los diferentes espacios del centro de salud recipientes para la recogida de papel
- Recordar y señalar el lugar de recogida de pilas usadas
- Destruir los documentos antiguos acumulados (sin vulnerar la confidencialidad)
- Fomentar la recogida de radiografías (no precisas), para la campaña de Farmacéuticos sin fronteras.

5. Recogida residuos biocontaminados: responsables: Eva Palos y Domingo Casbas

- Mantener la recogida de estos residuos, en los envases apropiados tanto en las consultas como en los domicilios de los pacientes
- Almacenar estos recipientes en el lugar destinado a tal efecto

6. Comunicación con los usuarios: Responsables, M^a Victoria Fustero y Antonio García
 - Publicar un artículo mensual en el periódico comarcal de información sanitaria
 - Tener a la población a través de este medio al tanto de las novedades o cambios estructurales del centro de salud
 - Valorar el impacto de esta publicación en la población
7. Seguridad Clínica: Responsables, M^a Victoria Fustero y Mario Bárcena
 - Mejora de conocimientos en seguridad clínica del personal del EAP, (Formación de los responsables y transmisión de conocimientos en sesiones clínicas al resto del EAP)
 - Evaluación de las interacciones farmacológicas de dos grupos de antibióticos (macrólidos y quinolonas) prescritos a la población adscrita al centro de salud e implantación de medidas correctoras
 - Registro de las incidencias y problemas encontrados en el seguimiento de los pacientes con tratamientos anticoagulantes orales (TAO), para elevar la seguridad de estos tratamientos.
 - Diseñar una hoja de recogida voluntaria y anónima de errores, efectos adversos, casi-errores, accidentes e incidentes.
8. Reagudización EPOC: Responsable, Mario Bárcena y M^a Victoria Fustero
 - Optimizar la decisión a tomar ante una exacerbación de EPOC
 - Valorando el nivel asistencial en el que se debe llevar a cabo el tratamiento
 - Registro de datos en las exacerbaciones, incluida la saturación de O₂
 - Valoración de la ayuda que esta técnica supone para disminuir la incertidumbre del profesional y mejorar la atención al paciente
9. Hipotiroidismo y deterioro funcional y cognitivo en mayores de 75 años
 - Sesiones clínicas sobre deterioro cognitivo e hipotiroidismo
 - Estandarización de la analítica a solicitar en estos pacientes
 - Registro de fármacos prescritos tanto por AP como AE que puedan causar hipotiroidismo

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Diabetes

- En la reevaluación los mismos que en años anteriores
- % de diabéticos tratados con insulina del total de pacientes diabéticos
- % de diabéticos tratados con antidiabéticos orales
- % de diabéticos tratados con asociación de fármacos

2. Ecografía

- nº de profesionales del EAP que han realizado cursos de formación en 2007
- nº de sesiones clínicas tutorizadas realizadas en el centro
- nº de ecografías realizadas en 2007
- % de hallazgos encontrados en el total de las ecografías realizadas

3. Sesiones clínicas

- nº de sesiones clínicas realizadas en 2007
- % de sesiones clínicas evaluadas del total de las realizadas
- % de miembros del EAP que han impartido al menos una sesión clínica en 2007
- Valoración de la satisfacción con las sesiones clínicas con la misma encuesta y escala que el año anterior

4. Reciclado de materiales

- % de consultas donde se ha instalado contenedor de papel
- nº contenedores de papel triturado que se han desechado en 2007
- nº de kilos de radiografías que se han recogido para reciclar y entregado a la ONG "Farmacéuticos sin Fronteras"

5. Recogida de residuos biocontaminados

- nº de Kg recogidos hasta el septiembre de 2007
- nº de viajes realizados por la empresa de transporte para recoger residuos

6. Comunicación con los usuarios

- nº de artículos publicados en el periódico comarcal
- % de usuarios consultados que leen dichos artículos
- Satisfacción de 1 a 10 de los usuarios con la información transmitida en los artículos publicados

7. Seguridad clínica

- nº de profesionales que han recibido formación específica en seguridad clínica
- nº de sesiones clínicas de seguridad clínica realizadas en el EAP
- nº de potenciales interacciones de macrólidos/ketólidos con estatinas en las prescripciones realizadas en el periodo de estudio a los usuarios del centro
- nº de potenciales interacciones de quinolonas con amiodarona en las prescripciones realizadas en el periodo de estudio a los usuarios del centro
- nº de incidencias / problemas registrados en relación con el seguimiento del TAO
- nº de errores, efectos adversos, accidentes, incidentes etc declarados de forma anónima en las hojas diseñadas al efecto

8.Reagudización EPOC

- % de reagudizaciones de EPOC en las que consta la medición de la saturación de O₂
- % de mediciones de saturación de O₂ < 90%
- % pacientes con saturación de O₂ < 90% que han sido derivados al hospital

9.Hipotiroidismo y deterioro funcional y cognitivo en mayores de 75 años

- % casos de hipotiroidismo detectados en la analíticas realizadas a mayores de 75 años
- nº de pacientes con deterioro cognitivo que presentan hipotiroidismo en la analítica

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 de enero de 2007

Fecha de finalización: 15 enero de 2008

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2007

ACTIVIDADES PREVISTAS	MESES											
	I	II	III	IV	V	VI	VI	VIII	IX	X	XI	XII
1.Diabetes												
Recogida de datos			■									
Reevaluación				■								
Presentación resultados en S.Clinica					■							
Nuevas medidas a adoptar					■							
Publicación de los resultados												
2.Ecografia												
Formación		■			■	■				■	■	
Procesado de datos y valoración									■	■	■	
Mantenimiento banco de imágenes ecográficas		■	■	■	■	■				■	■	
Preparación Proyecto FOCUSS	■	■										
3.Sesiones clínicas												
Consensuar calendario	■											
Presentar resultados evaluaciones 2006				■								
Ampliar y evaluar todas las sesiones	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
Evaluar resultados												■
4.Reciclado de materiales												
Comunicación al EAP y señalización lugares de recogida		■	■									
Distribución contenedores de papel					■	■						
Destrucción de documentos desechados y recogida de RX						■			■	■	■	■
Valoración del trabajo realizado												■
5.Recogida de resid. Biocontamin.												
Distribución de envases	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Recogida por transporte	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.Comunicación usuarios												
Publicación mensual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Encuesta a la población										■		
7.Seguridad clínica												
Formación externa	■	■	■									
Sesiones clínicas EAP			■	■								
Evaluación interacc. Antibióticos					■							
Diseñar registro incidencias TAO		■										■
Diseñar hoja recogida de errores		■										
Valoración de incidenc. y errores												■
Presentación resultados al EAP				■								■
8.Reagudización EPOC												
Recogida de datos				■	■				■	■	■	
Valoración resultados												■
9.Hipotiroidismo y deter.cognitivo												
Sesiones clínicas					■	■						

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Trituradora de papel Fellowes PS65C	936 €
Pulsioxímetro portátil (5 unidades) 214 €	1070 €
Libros ecografía: "Patrones de diagnóstico diferencial" Abilt 110 € "Aplicaciones clínicas de la ecografía doppler" Burs 150 €	260 €
Inscripción en el curso ecocardiografía (Escuela Nacional, en Madrid) para 1 personas 1500 € y en el curso de ecografía musculoesquelética 1500€	3000 €
Dietas y desplazamientos ocasionadas por el proyecto	1500 €
Material fungible (papel impresora ecógrafo, CD, etc)	150 €
Cajas para recogida de papel para reciclar	200 €
Cajas para recogida de pilas	200 €
Cámara de fotos digital	285 €
TOTAL	7.601 €

Fecha y firma:


 Mª Victoria Fúster Fernández

30 de enero 2007

ANEXO NO ESCANEADO

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO
 MEJORA DE LA "INFORMACIÓN RECIBIDA" POR LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN RELACION A LA DIETA Y SU CONTENIDO EN SODIO.
 COMO HACER MÁS APETITOSOS LOS PLATOS COCINADOS SIN SAL.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Nombre y apellidos
GLORIA MARTÍN GRACIA
 Profesión
MÉDICA
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
CENTRO DE SALUD DE SÁDABA
 Correo electrónico:
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976667388 - 976671045

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<u>ANGEL GONZALEZ PEREZ</u>	<u>MÉDICO</u>	<u>C.S. SÁDABA</u>
<u>ARTURO CHECA VILLA</u>	<u>"</u>	<u>"</u>
<u>FRANCISCO OTAL ARRIZU</u>	<u>"</u>	<u>"</u>
<u>JESÚS PEREZ PEREZ</u>	<u>"</u>	<u>"</u>
<u>DOÑA ANGELES HERRERO GIL</u>	<u>MÉDICA</u>	<u>"</u>
<u>PILAR MARÍN MURILLO</u>	<u>ENFERMERA</u>	<u>"</u>
<u>CHARO LABORDA EZQUERRA</u>	<u>"</u>	<u>"</u>
<u>AMARO VERA GARCÉS</u>	<u>"</u>	<u>"</u>
<u>TERESA PEREZ GUZMAN</u>	<u>"</u>	<u>"</u>
<u>DANIEL TORRES PEREZ</u>	<u>"</u>	<u>"</u>

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

AL INTERROGAR A LOS PACIENTES HIPERTENSOS, SOBRE LOS ALIMENTOS QUE INGEREN A DIARIO, SE EVIDENCIA UNA FALTA IMPORTANTE DE INFORMACIÓN EN RELACIÓN AL SODIO QUE CONTIENEN. EL MAL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL Y LA FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LA DIETA SE OBSERVAN CON ELEVADA FRECUENCIA.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- AUMENTAR EL CONOCIMIENTO DE LOS HIPERTENSOS RESPECTO AL CONTENIDO DE SODIO EN LOS ALIMENTOS.
- MEJORAR EL SABOR DE LOS PLATOS COCINADOS SIN SAL.
- SI AUMENTANDO EL CONOCIMIENTO Y MEJORANDO EL SABOR CONSEGUIMOS QUE AUMENTE EL CUMPLIMIENTO, TAMBIÉN MEJORAREMOS EL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- LA DR. MARTÍN DARÁ UNA CHARLA AL EQUIPO DE COMO TRANSMITIR LA INFORMACIÓN PARA UNA MEJOR RECEPCIÓN DE LOS PACIENTES, CON UNA POSTERIOR PUESTA EN ESCENA.
- SERÁN DESPUÉS LOS MÉDICOS Y/O ENFERMERAS LOS QUE DE MANERA PROGRAMADA CITEN A SUS PACIENTES HIPERTENSOS PARA REALIZAR UNA INTERVENCIÓN INTENSIVA EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN SOBRE LA DIETA *

HOJA ANEXA

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

- Nº DE PACIENTES HIPERTENSOS
Nº " " " A LOS QUE SE HA INFORMADO DE MANERA INTENSIVA.
- Nº DE PACIENTES HIPERTENSOS INFORMADOS INTENSIVAMENTE
NO CUMPLIDORES DE DIETA
- Nº DE PACIENTES HIPERTENSOS INFORMADOS INTENSIVAMENTE
CUMPLIDORES DE DIETA

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: FEBRERO 2007 | Fecha de finalización: DICIEMBRE 2007

Calendario:

7 DE FEBRERO - CHARLA Y PUESTA EN ESCENA
A PARTIR DE LA 1ª VISITA INFORMATIVA SE REALIZARÁN CONTROLES BIMENSUALES MEDIANTE INTERROGATORIO DE LO CONSUMIDO, DE RAZONES EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO, DE LA INFORMACIÓN QUE POSEEN, ... TOMAS DE TENSIÓN.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
-12 POSTERS (1 PARA CADA CONSULTA) (CARTONES 70 x 50)	100 €
-1 MEDICINA INTERNA (FARRERAS)	209 €
-1 ENCICLOPEDIA DE LOS ALIMENTOS Y SU PODER CURATIVO. (DEL DR. PAMPLONA ROGER)	283,15 €
- HOJAS INFORMATIVAS PARA PACIENTES	250 €
-13 FONENDOSCOPIOS (LITMAN)	120 € x 13 → 1.560 €
-10 MANUAL DE NUTRICIÓN Y DIETA (MATAIS)	20 € x 10 → 200 €
TOTAL	2.602,15

Fecha y firma:



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL CONTINUUM ASISTENCIAL ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN LAS PATOLOGÍAS TRAUMATOLÓGICAS MÁS PREVALENTES.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Concha García Aranda

Profesión

Medico de familia

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

CS Delicias Norte

Correo electrónico: garciaaranda@papps.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-342828

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Manuel Lasierra	Traumatólogo	HCU
Tomás Arruebo	Traumatólogo	HCU
Teresa Ramirez	Subdirección médica	Equipo directivo HCU
Carmen Sáez	Subdirección médica AP	Equipo directivo AP

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Magnitud en el ciudadano: La lumbalgia es una patología muy prevalente ya que se estima 80% de la población experimentará dolor de la región inferior de la espalda en algún momento de su vida. Es la segunda causa después del catarro común en pérdida de horas de trabajo y es la causa más corriente de incapacidad en las personas de menos de cuarenta y cinco años.
- La patología traumatológica del hombro es después de la lumbalgia la segunda causa de pérdida de horas de trabajo. Otras localizaciones de patología traumatológica frecuentes son la rodilla y el tobillo.
- Impacto atención primaria: Las enfermedades del aparato locomotor causan el 10% de todas las consultas realizadas en atención primaria.
- Impacto atención especializada: La patología traumatológica supone el 10% de las urgencias atendidas en los centros hospitalarios, algo más del 15% de las incapacidades laborales transitorias, ocupando entre el primero y tercer lugar según el hábitat; y son la primera causa de incapacidad laboral permanente, ocasionando el 18 % de las incapacidades absolutas y el 53 % de las totales ocasionando la quinta parte de las incapacidades absolutas y algo más de la mitad de las incapacidades totales.

Existe la necesidad de homogeneizar criterios clínicos entre los dos niveles asistenciales, describiendo los momentos de relevo terapéutico y los criterios de derivación y coordinación, en los pacientes con las patologías traumatológicas más prevalentes.

Se ha de identificar el lugar o nivel asistencial, con mejor capacidad resolutoria para la realización de los diferentes tipos de actividad, para conseguir los objetivos terapéuticos.

Proponer criterios organizativos comunes, con especial énfasis en la comunicación entre niveles y los requerimientos de información.

Según los puntos anteriores, elaborar un documento de consenso a nivel de Sector y basado en la mejor evidencia disponible teniendo en cuenta las dificultades actuales en la accesibilidad a la atención de los casos, que se manifiesta como largas esperas hasta recibir atención especializada, circuitos redundantes que no aportan valor añadido, insatisfacción de los pacientes, gasto de recursos innecesarios, aumento de duración de IT, etc

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Elaboración de un documento específico que exprese directrices clínicas de consenso a nivel de sector basado en la mejor evidencia disponible en patologías de gran prevalencia como: lumbalgia mecánica, patología traumatológica del hombro, patología traumatológica de la rodilla.
- Difusión del documento a los 22 EAP's de atención primaria del sector durante

el segundo semestre de 2007 y primer semestre de 2008.

- Difusión del documento a todos los profesionales del servicio de Traumatología.
- Establecer circuitos de comunicación efectiva entre médicos de ambos niveles asistenciales
- Monitorizar los indicadores propuestos en el documento, durante 2007-2008.

Elementos de medición: Los indicadores del protocolo conjunto se medirán con la periodicidad que figure en el documento.

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

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

Lineas de intervención		%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>		20
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>		16
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>		30
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>		34
TOTAL		100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Proponer los dispositivos y las acciones para los objetivos de mejora en la atención a los pacientes con patología traumatológica, centrados en:

- El consenso de las actividades e interlocutores que faciliten la coordinación de la asistencia compartida entre niveles asistenciales.
- Los indicadores de evaluación de resultados en términos de eficiencia y efectividad desarrollados en el documento y medidos con la periodicidad que en dicho documento figure.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Existe documento específico SI/NO mayo de 2007
- Cronograma de implementación del documento 2007 – 2008
 - Reuniones con 7 equipos en 2007
 - Reuniones con 15 equipos en primer semestre de 2008
- Evaluación anual de indicadores específicos según documento. Inicio: diciembre 2008

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: enero 2007

Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

5 Reuniones de trabajo del grupo para elaborar documento:

-Mensual de enero a mayo 2007

7 Reuniones con equipos

-Mensual de junio a diciembre 2007

15 Reuniones con equipos

-Quincenal de enero a junio 2007

Evaluación de indicadores en diciembre de 2008

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)</i>
---------	---

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Portátil</u>	<u>2500</u>
<u>Cañón</u>	<u>700</u>
<u>Edición del documento 1 ejemplar para cada médico</u>	<u>2000</u>
<u>Sesiones clínicas 90*7+180*15</u>	<u>3330</u>
TOTAL	8530

Fecha y firma: ZARAGOZA a 20-1-2007

Fdo: Concha García Aranda

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Magnitud en el ciudadano: patología prevalente que afecta al 74% de la población en algún momento de su vida.
- Impacto atención primaria: 5% del total de episodios clínicos
- Impacto atención especializada: 30 % de las consultas de neurología en nuestro sector
- Necesidad de homogeneizar criterios clínicos compartidos entre los dos niveles asistenciales

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Elaboración de un documento específico que exprese directrices clínicas de consenso a nivel de sector basado en la mejor evidencia disponible.
- Difusión del documento a los 22 EAP's de atención primaria del sector durante el año 2007
- Difusión del documento a todos los profesionales del servicio de neurología.
- Establecer circuitos de comunicación efectiva entre médicos de ambos niveles asistenciales
- Monitorizar los indicadores propuestos en el documento, durante 2007-2008.

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

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

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	40
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	30
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	16
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	14
TOTAL	100

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Documento específico: Responsable: Sonia Santos.
- Difusión del documento:
 - 22 sesiones clínicas descentralizadas en 2007-2008 (1/equipo).
 - Docentes: D. Casbas, R. Sebastián, M. Montori y S. Santos.
 - Organiza: Carmen Saez
 - 1 sesión clínica Sº Neurología.
- Circuitos de comunicación efectiva : Responsable: Mariano Montori
- Monitorizar los indicadores: Responsable: Pascual Moreno

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

- Existe documento específico SI/NO Junio de 2007
- Cronograma de implementación del documento 2007 – 2008
 - Reuniones con 7 equipos en 2007
 - Reuniones con 15 equipos en primer semestre de 2008
- Evaluación anual de indicadores específicos según documento. Inicio: diciembre 2008

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: enero 2007**Fecha de finalización: diciembre 2008**

Calendario:

5 Reuniones de trabajo del grupo para elaborar documento:

-mensual de enero a junio 2007

7 Reuniones con equipos

-mensual de junio a diciembre 2007

15 Reuniones con equipos

-Quincenal de enero a junio 2008

Evaluación de indicadores en diciembre de 2008

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejorar el manejo de los medicamentos utilizados en niños en un servicio de atención continuada rural.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Pilar Lalana

Profesión
Pediatra

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
C.S Borja

Correo electrónico: mplalana@eresmas.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 867259

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Luis Daniel Pablo Ocon	Médico	CS Borja
José Luis Bazán Monterde	Médico	CS Borja
Luis Antón Duce	Médico	CS Borja
Begoña Villalba Yagüe	Médico	CS Borja
M ^a Angeles Adell Ruiz	Médico	CS Borja
Laura Romero Fernández	Médico	CS Borja

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- La atención continuada pediátrica en el medio rural la realizan médicos de familia que, en algunos casos, sienten la necesidad de mejorar sus habilidades en la utilización de medicamentos en niños.
- Es necesario conocer cuales son estas necesidades para poder dar soluciones concretas que pudieran hacerse extensivas a otros centros de nuestro sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar el conocimiento de los fármacos más utilizados en pacientes pediátricos en atención continuada. De esta forma, se pretende conseguir una mayor confianza del profesional en su práctica asistencial.
- Al realizar un análisis de todos los pacientes pediátricos atendidos en el servicio de atención continuada, se pretende detectar precozmente problemas relacionados con los medicamentos (especialmente en la selección del fármaco y su posología) para mejorar la seguridad en estos pacientes.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Sesión informativa en la que se explicarán las necesidades sentidas y medidas de mejora propuestas para su solución: Pilar Lalana
- Análisis de todos los pacientes pediátricos atendidos en horario de atención continuada, partiendo de la hoja de urgencias y anotando en una hoja anexa aquellas dudas referidas al tratamiento. Pilar Lalana revisará y recogerá todas las dudas planteadas, resolviéndolas con cada profesional. Se realizará una sesión clínica con el equipo que incluirá las más interesantes.
- En la Comisión de Uso Racional del Medicamento, de la cual Pilar Lalana es miembro, se analizarán globalmente las dudas planteadas, y con aquellas que por su interés o su frecuencia se consideren más relevantes se elaborará un resumen escrito y quedarán disponibles para el servicio de urgencias y para su difusión en otros centros.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Numero de preguntas efectuadas/ Numero de pacientes atendidos
- Numero de sesiones realizadas y temas tratados. En las sesiones se evaluará número de asistentes e interés por el tema tratado.
- Numero de Problemas Relacionados con Medicamentos detectados / Número de pacientes atendidos.
- Resúmenes escritos realizados por la Comisión de Uso Racional del Medicamento y difusión a otros equipos del Sector.
- Cuestionario específico para valorar el interés de los profesionales del equipo por el programa de mejora puesto en marcha.

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 2007

Fecha de finalización: diciembre 2007

Calendario:

Sesión informativa: última semana de febrero 2007

Recogida y revisión de datos: Enero- Agosto 2007

Análisis de datos en la Comisión de Uso Racional del Medicamento: Octubre 2007

Resumen y difusión de resultados: Noviembre de 2007

Evaluación de indicadores : diciembre de 2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Proyecto de mejora del proceso de alta del paciente con Trastorno Mental Grave en la Unidad de Media Estancia Alonso V del CRP Nª Sra. Del Pilar de Zaragoza.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Andrés Martín Gracia

Profesión

Médico Psiquiatra

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

UME Alonso V. CRP Nª Sra. Del Pilar de Zaragoza

Correo electrónico:

amartingr@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976331500. Ext.12117

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen Ortega López	Psiquiatra	UME Alonso V
Eugenia González Goizueta	Psiquiatra	"
Ana Isabel Campo Campo	Psicóloga	"
Noelia Gómez Olivera	Enfermera	"
Francisco Javier Sánchez Andérez	Enfermero	"
Isabel García Marco	Enfermera	"
Carmen Fernández Álvarez	Auxiliar	"
Miguel Angel Pérez Berges	Auxiliar	"
Noelia Heras Alonso	T.Ocupacio nal	"
María Díez Beired	Trabajador a Social	"
Rosa Monguilot Hernández	Auxiliar	"
Mª Luisa Asensio Fernández	Auxiliar	"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- Los TMG necesitan una continuidad de cuidados y debe haber una conexión efectiva entre las UME y el CSM , intentando que no haya solución de continuidad en el tratamiento y no perder al paciente en el cambio de un recurso al otro.
- El intento de transmitir toda la información sobre un proceso terapéutico de un año de duración en el informe de alta es insuficiente y es necesario un contacto personal en el momento del alta entre los profesionales implicados en el proyecto rehabilitador del paciente.
- La información debe llegar también al Centro de Atención Primaria y sus profesionales médicos,de enfermería y trabajo social.
- Se ha detectado que si pasa mucho tiempo entre el alta de las UME y la visita al CSM el paciente con TMG presenta tendencia al abandono del tratamiento.
- Dado el esfuerzo terapéutico con los pacientes en las UME(1año de tratamiento diario) hay que disminuir el riesgo de abandono posterior.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Una visita en el CSM correspondiente en menos de 15 días a partir del alta de la UME.
- Un encuentro directo entre los profesionales de la UME y el CSM que admite dos posibles variantes,una en la primera visita post-alta en el CSM y otra una reunión pre-alta en la UME.
- Existirá un informe de alta médica,otro de alta de enfermería y otro de informe social de alta con 4 ejemplares,uno para el paciente,otro para el CSM,otro para el CAP y otro para la historia clínica.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

-Gestión telefónica de la visita en quince días en su CSM, previa información a los CSM de la pertinencia del proyecto de mejora.

-Reunión con el equipo del CSM en una u otra variante ya referidas.

-Contacto telefónico con su Centro de Atención Primaria para informarles de la evolución del paciente y del envío de las altas.

-Realización de los 3 informes por cuadruplicado.

-El informe médico integrará la información de Psicología y Terapia ocupacional.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

-Revisión de las altas del año para comprobar que las visitas después del alta de la UME se han dado en los 15 días sucesivos.

-Revisión de las historias clínicas para comprobar que hay un ejemplar del alta en sus tres modalidades.

-Contacto telefónico con Atención Primaria para confirmar que han recibido los documentos de alta.

-Revisión con el CSM de las entrevistas conjuntas de los profesionales sobre el alta durante el año en curso.

Anexo 2

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

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: **Febrero 2007**

Fecha de finalización: **Diciembre 2007**

Calendario:

Se realizara este proceso en todas las altas que se produzcan en la UME durante el año 2007.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Informatización de procesos asistenciales en el C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar y Centro de Día Romareda

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Carmen Ferrer Dufol

Profesión: Médico Psiquiatra.
Directora C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar

Correo electrónico:
cferrerd@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976 33 15 00

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Andrés Martín Gracia	Psiquiatra	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar
Carmen Ortega López	Psiquiatra	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar
Eugenia Gonzalez Goizueta	Psiquiatra	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar
Ana Isabel Campo Campo	Psicóloga	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar
Aurora Querol Nasarre	Psiquiatra	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar
M ^a Angeles Ibáñez Palacín	Auxiliar Administrativa	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar
M ^a Carmen Zapata Gómez	Administrativa	C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar
Antonio Tarí García	Psiquiatra	Centro de Día Romareda
Amparo Lite Martínez	Auxiliar Administrativa	Centro de Día Romareda

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En la actualidad, el sistema de información clínica del C.R.P. es, prácticamente en su totalidad, en papel, con una recogida datos bastante completa pero muy dispersa entre los diferentes profesionales.

La iniciativa de la Dirección General de Planificación junto con la Dirección de Salud Mental del SALUD de diseñar en 2006 una base de datos para los recursos rehabilitadores de salud mental de la C.A.A. con el objetivo de recabar un CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) ha abierto la posibilidad de ampliar el sistema informático del Centro, que hasta ahora estaba basado en un Registro de Casos que recogía muy escasos datos administrativos y clínicos de los usuarios.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Nuestro objetivo es el de avanzar hacia una historia clínica informatizada, si bien durante este año tenemos la intención de diseñar e informatizar un modelo unificado de Ficha de Datos Básicos de Psiquiatría y Psicología de los Servicios de Rehabilitación Psicosocial que sirva de base de la Historia Clínica Unificada en salud mental..

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
Mejora de la continuidad de la asistencia que reciben los pacientes cuando tienen que intervenir profesionales de distintos centros y/o niveles asistenciales	30%	
Mejora de los procesos organizativos y/o de administración que inciden en el servicio recibido por los pacientes.	35%	
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	
Facilitar los procesos de evaluación de los servicios	25%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

En el marco de un trabajo sobre la estructura informática ya existente, se trata de realizar las siguientes actividades:

1. Psiquiatras y Psicólogos: Recabar la información necesaria y realización de propuestas para definir aquellos datos que pueden constituir la ficha básica mencionada.
2. Auxiliares administrativas: Revisión de los ítems y maquetación de la ficha.
3. Modificación de la aplicación informática para integrar los datos propuestos, de modo que todos los profesionales que forman parte del proyecto puedan trabajar en red a finales de 2007.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Programa informático en uso en la Unidad de Media Estancia del C.R.P. Ntra. Sra. del Pilar

Programa informático en uso en el Centro de Día Romareda.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2007

Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2007

Calendario:

Febrero / Marzo

Reunión equipo de psiquiatras y psicólogos: recogida de información y propuestas

Marzo

Diseño del programa: elaboración proyecto de Ficha de datos básicos

Aportaciones Auxiliares administrativas

Abril / Mayo

Redacción de propuesta maquetada para su informatización.

Septiembre / Octubre

Diseño programa informático

Noviembre / Diciembre

Pruebas de funcionamiento del programa

En años sucesivos se incorporarán al programa las actividades de enfermería y unidades de larga estancia y psicogerítricas.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
1 Ordenador Características: Intel Pentium 4 651 a 3.4 Ghz HT. 800 Mhz Front Side Bus. Con caché de 2 MB.	1.022,50
1 Impresora Características: HP LaserJet 2420	621,00
TOTAL	1.643,50

Fecha y firma:

30 de enero de 2007.



Fdo.: Carmen Ferrer Dufol.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora del clima relacional, la relación interpersonal y red social en usuarios de dispositivos de rehabilitación ambulatorios, mediante la aplicación de intervenciones terapéuticas grupales.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ENCARNA LAS HERAS LOPEZ

Profesión TERAPEUTA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
CENTRO DE DIA ROMAREDA

Correo electrónico: cdromareda@aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 35 67 61 ext. 19

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MARIA VILLARROYA	D.U.E	Centro de Día Romareda
RAQUEL CARNEIRO	T. ocupacional	Centro de Día Romareda
MIGUEL ANGEL GARCIA	P.I.R	C.P.R Nta. Sra. del Pilar
ROSA GIMENEZ	D.U.E	Centro de Día Romareda
ISABEL JIMENEZ	P.I.R	Centro de Día Romareda
AURORA QUEROL	Psiquiatra	C. Ocupacional Delicias
MANUEL PEREZ	Psicólogo	Centro de Día Romareda
ANTONIO TARI	Psiquiatra	Centro de Día Romareda

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- A partir de un programa de calidad anterior, en la que se valoraba la satisfacción de los usuarios mediante la Encuesta de actividades, grupos y talleres, aparecía como conclusiones que los aspectos (compañeros y participación) parecen ser "ingredientes inespecíficos" que son comunes a todos los programas y son componentes clave en el nivel de satisfacción de los usuarios, y como opción de mejora aparecía Promocionar la socialización(Escala Copes) y desarrollar Actividades que favorezcan la comunicación y la relación entre los usuarios del Centro.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Revisión de la literatura respecto a la eficacia de la terapia de grupo en relación con los problemas identificados.

Desarrollar terapias de grupo para al menos un 90% de los pacientes.

Disminuir la distancia emocional entre los usuarios del Centro, el aislamiento , y aumento de la reciprocidad y empatía en la relación.

Incremento de la red social

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Profundizar la Evaluación de las relaciones interpersonales (entre usuarios y usuarios y profesionales) mediante los siguientes instrumentos:

- Test sociométrico.
- Cuestionario de red social
- Ward atmosphere scale

Estudio de la literatura respecto a la eficacia de grupo en lo relativo a la mejora en las relaciones interpersonales.

Realizar diferentes intervenciones de terapia grupal.

Reevaluar los indicadores establecidos al inicio discriminados con los cuestionarios (reevaluación y ajuste).

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Medición de la satisfacción de los usuarios.
- Medición de la red social.
- Registro de la percepción sociométrica
- Registro de la autopercepción

Indicadores

- porcentaje del aumento de la red social
- porcentaje de disminución del aislamiento/distancia emocional

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:30/01/2007

Fecha de finalización:30/12/2007

Calendario:

Febrero 2007: Aplicación de pruebas de evaluación y registro.

Aplicación de intervenciones terapéuticas grupales.

Noviembre 2007: retest y evaluaciones posteriores a la intervención.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En el servicio de geriatría, durante el año 2006, se atendieron 4277 consultas, de ellas primeras consultas remitidas desde algún médico de Atención primaria fue un 25%. El origen fueron centros de salud de los tres sectores de salud de la ciudad. Esta masa crítica justifica emprender acciones de mejora en esta línea.

Actualmente no se registran los motivos por los que un paciente es derivado al Servicio de Geriatría para ser atendido en la consulta externa. Se dispone de la información del año 2004 (comunicación oral presentada en las Jornadas Nacionales de calidad en sanidad, Murcia 2004) donde un 73% de consultas se solicita con un documento p10. En ese año un 13% de los documentos se consideraba de mala calidad por ser ilegible o por no especificar el motivo de consulta.

Respecto a la respuesta del especialista tampoco disponemos de datos actuales, por lo que resulta imposible poner en marcha acciones de mejora. En el año 2004 en un 38% de las consultas no constaba ningún tipo de respuesta, y solamente en un 3% quedaba en la historia una copia de la respuesta enviada. Sabemos que estos porcentajes han mejorado pero no se han cuantificado hasta la fecha.

Conocer las demandas más frecuentes realizadas al geriatra, permitiría mejorar la respuesta por parte del especialista. Los documentos pueden estandarizarse y adecuarse a la demanda.

Por otra parte si se cuantifica la respuesta, esta podrá mejorarse progresivamente.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Conocer las demandas y los sectores que más demandas realizan.

Tipificar el paciente atendido en la consulta de Geriatría.

Mejorar la comunicación escrita con el médico que deriva al paciente a la consulta de Geriatría.

Confirmar que la consulta para valoración cognoscitiva es la más frecuente.

Desarrollar un sistema eficaz de información a las familias.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Durante 1 mes registro de:

- Los motivos de consulta de las primeras consultas, Centro de Salud desde el que lo remiten, médico que lo envía.
- Edad, sexo del enfermo

RESPONSABLES: J. Admisión, Facultativo del Servicio, Enfermera de consulta.

Análisis:

- Registro y análisis de las demandas respecto edad, sexo, centro de salud.
- Descripción de los documentos utilizados para la comunicación entre médico de atención primaria y médico especialista en geriatría.
- Descripción de los motivos de primera consulta a un Servicio de Geriatría.

RESPONSABLES: Facultativo del servicio.

Comunicación con el médico de atención primaria:

- Descripción de los documentos para solicitar la primera consulta, según criterios de calidad.
- Descripción de los documentos de respuesta tras la consulta, según criterios de calidad.

RESPONSABLES: Facultativo del servicio, enfermera de consulta externa

Elaborar documentación que mejore la información referida al motivo de consulta más demandado.

RESPONSABLES: Interdisciplinario.

Medición de la eficacia de la documentación en el paciente/cuidador.

RESPONSABLES: Servicio de Atención al paciente, Facultativo del Servicio.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluar el registro anualmente y ver si se mantiene el perfil en las demandas (manteniéndose en un porcentaje que no supere un 10% de diferencia con respecto a la medición anterior)

Evaluar la respuesta del especialista cada 6 meses: Un porcentaje mayor del 50% debe tener una copia del informe enviado

Medición de la eficacia de la documentación: mediante encuesta anual.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

Registro: mes de abril 2007.

Análisis: mes de mayo 2007.

Elaboración de la documentación: mayo-junio 2007.

Elaborar un procedimiento para la entrega de documentación en los casos de consulta por el problema más frecuente y para la emisión de una respuesta por parte del especialista: mayo 2007.

Puesta en marcha de la documentación: Junio 2007.

Primera evaluación: enero 2008.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Caminando hacia la Expo 2008 deberá aumentar el número de personas de paso en la ciudad y por tanto el riesgo de que ocurra alguna emergencia, será mucho mayor que el habitual, por tanto el H.C.U., que es un ente vivo en continuo cambio, deberá actualizar su anterior Plan de Emergencia (1999).

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Un Plan de Emergencia actualizado y conocimiento, por parte de los profesionales del mismo.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	<i>30%</i>	5
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	<i>35%</i>	70
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	<i>25%</i>	5
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	<i>10%</i>	20
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º - ACTUALIZACION DEL PLAN - EDICION - (RESP. TODOS)
- 2º - DISTRIBUCION (PASCUAL - MAYTE - PILAR)
- 3º - FORMACION (RESP. ANGEL)

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

- Nº DE PERSONAS QUE CONOCE EL PLAN
- Nº DE PERSONAS QUE HAN RECIBIDO FORMACION

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1-1-07

Fecha de finalización: 31-12-07

Calendario:

- FEBRERO: EDICION DEL PLAN
- MARZO: DISTRIBUCION
- ABRIL- DICIEMBRE: FORMACION

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“Consenso Clínico de Ínter-consulta entre Atención Primaria y Urología”, en el Sector III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Dr. D. José Antonio Pérez Arbej

Profesión

Médico Especialista en Urología

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

Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario, “Lozano Blesa”

Correo electrónico:

japereza@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

Extensión 2304

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos (orden alfabético)	Profesión	Centro de trabajo
Benjamín Blasco Beltrán	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
José Manuel Cortés Pellicer	M.A.P.	C.S. Tarazona
Manuel Martín Montañés	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Francisco Monzón Alabesque	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Marina Pinilla Lafuente	M.A.P.	C.S. Delicias Norte
Manuel Ramírez Fabián	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Amelia Sanz Monterde	Radiólogo	C.M.E. “Inocencio Jimenez”
Alejandro Timón García	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Carlos Murillo Pérez	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Manuel Sánchez Zalabardo	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”
Jorge Valle Gerhold	Urólogo	H.C.U. “Lozano Blesa”

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El Programa de Calidad, arriba mencionado, fue evaluado a finales del año 2006. El resultado de esta evaluación fue que, aproximadamente, la mitad de los pacientes candidatos a estar incluidos lo estaban de forma correcta. Teniendo en cuenta que se implantó en mayo del 2006, damos por bueno este resultado y nos anima a proseguir con el proyecto, con el objetivo de alcanzar un 100 % de cumplimiento. Puesto en conocimiento de la totalidad del Servicio de Urología el problema detectado hemos llegado a la conclusión de que deberíamos reunirnos con los Médicos de Atención Primaria de nuestro Sector, con objeto de aclarar dudas o aspectos puntuales, detectar problemas y adaptar o actualizar el consenso, si procediera, con el objetivo de mejorar su cumplimiento.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Esperamos que la difusión del documento elaborado en su día, disponible en Todos los Centros de Salud, y en la Intranet del Sector III, sea máxima, fijándonos el objetivo de que sea utilizado por el 100 % de los profesionales afectados en los procesos de derivación primaria-especializada incluidos en el consenso de inter-consulta.

El cumplimiento de ese objetivo debería traducirse en los siguientes resultados:

1. Reducir el nº de derivaciones inadecuadas desde Atención Primaria
2. Reducir la demora para primeras consultas en Urología.
3. Mejorar la resolución de las primeras visitas de los pacientes derivados a las consultas de Urología.
4. Mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales de Atención Primaria y del Servicio de Urología y viceversa.

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	70%	
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	30%	
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	40%	
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	100%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Hemos considerado, como mejor opción, contactar personalmente con TODOS los Centros de Salud de nuestro Sector.

Para ello, previo acuerdo con cada uno de los Centros en el día y la hora mas adecuados, un Médico Especialista en Urología del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" (de los que formamos parte de este Equipo de Mejora) se desplazará al Centro de Salud, en horario laboral, para, durante 1 hora, comentar con los Médicos de Atención Primaria el contenido de nuestra Guía de Consenso y debatir cualquier duda o aclaración respecto de la misma.

En resumen, el plan de actividades para realizar el proyecto consistirá en lo siguiente:

1. Programación de Sesiones Docentes con cada Centro de Salud del Sector para discutir y difundir el consenso de derivación.
2. Recogida de propuestas de modificación.
3. Adaptación del protocolo a las propuestas recogidas, reedición y redifusión del mismo.
4. Determinar el porcentaje de pacientes derivados según el consenso.
5. Difusión de los resultados a los Centros de Salud.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Esta evaluación se llevará a cabo utilizando los siguientes indicadores:

1. Determinar el número total de pacientes incluidos en esta Guía, en un momento dado, de los citados en Consultas de Urología del Ambulatorio Inocencio Jiménez, procedentes de los Centros de Salud.
2. Determinar el número y porcentaje de pacientes correctamente remitidos a Consultas según el protocolo de dicha Guía (estándar: 70 %).
3. Número de sesiones docentes realizadas en los CS (estándar: 22)
4. Existencia de un nuevo consenso reeditado y redifundido (estándar: SI)
5. Demora media de consulta de urología (estándar: 15-20 días).
6. Centros de Salud a los que se ha remitido informe de los resultados de la evaluación (estándar 100 %).

Como este Proyecto de Mejora pretende promocionar uno de nuestros PROGRAMAS DE CALIDAD, ya en funcionamiento, el seguimiento está previsto llevarlo a cabo según el **CRONOGRAMA** del mismo, siendo controlado **semestralmente** durante **2 años**.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Marzo de 2007 Fecha de finalización: 31-Diciembre-2007

Una vez que tengamos conocimiento de las posibilidades que se nos ofrezcan se procederá a contactar con los Coordinadores de cada Centro de Salud, fijando el día y la hora para cada uno de ellos, determinando que miembro del Equipo de Mejora será el responsable de ese encuentro.

Se podría prever un calendario similar a este:

Realización de Sesiones docentes en Centros de Salud: Abril-Septiembre de 2007
 Adaptación y redifusión de la Guía de Consenso: Septiembre-Octubre de 2007
 Medición de indicadores de evaluación: Noviembre de 2007
 Difusión de resultados a los Centros de Salud: Diciembre de 2007

No podemos determinar, pues, en el momento actual, cual será el calendario exacto, ya que en función de los recursos que se nos asignen se verá si es posible o no, contactar con todos los Centros de Salud, o se precisará algún tipo de selección, adecuando nuestro organigrama de trabajo al desplazamiento del facultativo designado para participar en este Programa de Mejora.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Sesiones Docentes a Médicos de Atención Primaria, en Centros de Salud del Sector III (reuniones de 1 hora con cada uno de ellos) (22 Centros, entre Urbanos y Rurales)	1.980 €
Viajes y dietas necesarios para desplazarse a los Centros Rurales, teniendo en cuenta el kilometraje, diferente para cada uno de ellos, y, posiblemente, según las horas concertadas, alguna dieta alimenticia (distancia media aproximada de 30 km x 2 x 13 C.S. rurales, + 13 comidas)	620 € (19 céntimos/km y 37,40 € comida)
TOTAL	2.600 €

Fecha y firma:

Zaragoza, 30 de Enero de 2007.



HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSITARIO
LOZANO BLESÀ

UROLOGÍA

Fdo. Dr. D. José Antonio Pérez Arbej

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDO A PADRES INMIGRANTES SOBRE LAS URGENCIAS MAS COMUNES EN PEDIATRIA”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

SILVIA GARCES HORNA

Profesión

ENFERMERA

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

HOSPITAL CLINICO LOZANO BLESA. (SERVICIO URGENCIAS)

Correo electrónico:

silviagh78@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 556 400 ext. 3905

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
SONIA COYA RUIZ	Enfermera	H. Clínico
IRENE SANTOS FERNÁNDEZ	Enfermera	H. Clínico
BELEN REVILLA PEIRO	Enfermera	H. Clínico
RICHARD BELENGUEL LOVACO	Enfermero	H. Clínico
Mª ASCENSIÓN ESTELLA BLASCO	Aux. Enf.	H. Clínico

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En los últimos años hemos observado en el Hospital Clínico Lozano Blesa un excesivo incremento de la demanda del "Servicio de Urgencias pediátricas" en lo relacionado en patologías no hospitalarias.

Entendemos como "patologías no hospitalarias" todas aquellas que por su naturaleza puedan ser atendidas en "Atención Primaria", con el fin de evitar el colapso que llevan implícitos los servicios de urgencias hospitalarias y conseguir una mejora en la calidad de los cuidados y de los servicios prestados.

Hemos observado que el número de casos con "patologías no hospitalarias" en un día nos indicaba que han sido atendidos por nuestro servicio:

- 15 casos por Vómitos y Diarreas
- 34 casos por Catarro de Vías Altas
- 40 casos por Fiebre

Siendo el total de niños atendidos en ese día 86, de los cuales 27 son de origen no español.

Por ello nos planteamos el llevar a cabo este proyecto con el fin de mejorar la calidad asistencial de nuestro servicio y educar en la salud.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la atención al paciente pediátrico-inmigrante en el "Servicio de Urgencias Pediátricas" del H. Clínico Lozano Blesa.
- Adecuar la atención tanto de Urgencias Hospitalarias como la Atención Primaria.
- Disminuir el número de demandas en el servicio de urgencias por "patologías no hospitalarias" (patologías que consideramos pueden ser atendidas en Atención Primaria) y así evitar el colapso que tenemos en nuestro servicio de urgencias.
- Mejorar la calidad asistencial al paciente pediátrico.
- Informar sobre el funcionamiento de nuestro "Sistema de Salud".

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Formación del equipo de mejora.
2. Planificación de la educación para la salud que se va a realizar.
3. Coordinación con los diferentes servicios de nuestro hospital relacionados con nuestro proyecto.
4. Realización de charlas informativas y educativas a la población seleccionada.
5. Preparación de guías informativas de fácil entendimiento, traducidas a diversos idiomas.
6. Divulgación de guías informativas de fácil entendimiento, traducidas a diversos idiomas.
7. Medición de indicadores y evaluación del programa.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Número de pacientes pediátricos-inmigrantes a los que se realiza educación para la salud.
- Número de demanda en Urgencias Pediátricas pre-proyecto.
- Número de demanda en Urgencias Pediátricas post-proyecto.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOSFecha de inicio: **FEBRERO 2007**Fecha de finalización: **FEBRERO 2008**

Calendario:

1. Formación del equipo de mejora. **FEBRERO 2007**
2. Planificación de la educación para la salud que se va a realizar. **MARZO-ABRIL 2007**
3. Coordinación con los diferentes servicios de nuestro hospital relacionados con nuestro proyecto. **MAYO 2007**
4. Realización de charlas informativas y educativas a la población seleccionada. **JUNIO-SEPTIEMBRE 2007**
5. Preparación de guías informativas de fácil entendimiento, traducidas a diversos idiomas. **OCTUBRE-NOVIEMBRE 2007**
6. Divulgación de guías informativas de fácil entendimiento, traducidas a diversos idiomas. **DICIEMBRE-ENERO 2008**
7. Medición de indicadores y evaluación del programa. **FEBRERO 2008**

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
CAÑÓN	800
ORDENADOR	1.200
MATERIAL DIVERSO EDUCATIVO	400
GUIAS INFORMATIVAS	500
TOTAL	2.900

31 de Enero de 2007



Silvia Garcés Horna

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

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

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: LUIS BENEDÍ SANZ

Profesión: ENFERMERO ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". ZARAGOZA

Correo electrónico: hpsq.hcu@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976.55.64.00 ext: 2157

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Belén Morales Rozas	Enfermera	C.S.M. Delicias. Zaragoza
Margarita Esteban Escolano	Enfermera	Hospital Clínico Universitario Zaragoza
Manuel Langa San José	Enfermero	Hospital Clínico Universitario Zaragoza
Amalia Ibáñez Esteban	Enfermera	Hospital Clínico Universitario Zaragoza
Ana Cristina Cameo Rico	Enfermera	Hospital Clínico Universitario Zaragoza
Armando Colomer Simón	Enfermero	CRP N ^a S ^a del Pilar. Zaragoza
Pedro Monzón Fernández	Enfermero	Hospital Clínico Universitario Zaragoza
Teresa Antoñanzas Lombarte	Enfermera	Hospital Clínico Universitario Zaragoza
María Villarroya Lacilla	Enfermera	CRP N ^a S ^a del Pilar. Zaragoza

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2007 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

A partir de un proyecto de mejora que incluía profesionales de distintos Sectores de Salud se han generado 5 Proyectos idénticos que de manera multicéntrica han comenzado a trabajar a lo largo del año 2005 y 2006, siendo necesario la continuación del trabajo a largo del año 2007.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2007 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

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

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

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

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

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

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

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

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

Reuniones de coordinación de los responsables del proyecto para análisis de los datos.
Intervención preliminar de preparación al alta.

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

9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

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

Total de pacientes TMG con cita al alta/Total de pacientes clasificados como TMG.

10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: continuación

Fecha de finalización:

Calendario:

Febrero 2007 coordinación y análisis de datos del pasado año.

Septiembre 2007 reunión de seguimiento del Proyecto.

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

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Continuación del programa de mejora en salud reproductiva en la población inmigrante de Zaragoza:

- Mejora en conocimientos de control del embarazo y cuidados del recién nacido
- Mejora en conocimientos de planificación familiar
- Identificación de mutilación genital femenina y prevención de su práctica en las recién nacidas: Los programas hasta la fecha sólo han podido trabajar con una parte de la población dado que carecían de personal suficiente para detectar a todas las niñas en riesgo. Al incluir a todo el servicio de matronas del Clínico es posible detectar todos los casos y las que mediadoras puedan transmitir a estas familias los efectos perjudiciales que esta práctica lleva consigo a través de entrevistas personalizadas.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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. Se ha elaborado un cuaderno de control del embarazo y asistencia al recién nacido en español y árabe que está pendiente de edición. Durante el año 2005 implementó el programa de prevención de mutilación genital con la realización de 39 entrevistas por mediadoras especializadas a mujeres que dieron a luz en el HCU procedentes de países donde esta práctica se realiza de forma habitual. En el año 2006 se realizaron las siguientes actividades:

- Se han impartido 12 talleres en los que han participado un total de 114 mujeres de 19 nacionalidades distintas a las que se les ha dado información sobre salud sexual y reproductiva, así como información específica sobre los motivos, consecuencias e implicaciones legales que conlleva la práctica de la Mutilación Genital Femenina.
- Se ha elaborado un tríptico informativo para la prevención de la M.G.F.
- Se han realizado un total 95 encuestas sobre el nivel de conocimiento que tienen de la MGF los profesionales que trabajan con la población de riesgo.
- Se han dado 5 charlas formativas para profesionales de la Salud, que trabajan con la población de riesgo y en la que participaron un total de 186 personas. Se ha elaborado un dossier con herramientas para la prevención que pueda ser utilizado por los y las profesionales que atienden a estos colectivos.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades del Sector III de Zaragoza donde se asiste a población inmigrante disponen del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido
2. Identificación de todas las nacionalidades de las mujeres que dan a luz en el HCU. Análisis estadístico del libro de paritorios según el país de origen.
3. Identificación de mujeres a las que se les ha realizado algún tipo de mutilación

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

- genital en su infancia. Estas mujeres y sus familias son informadas por mediadoras socioculturales de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Se espera sensibilizarlas para que no se lo realicen a sus hijas.
4. Asociaciones de inmigrantes gambianas, senegalesas y árabes reciben talleres de control prenatal y planificación familiar.
 5. Se dan charlas informativas al personal sanitario.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Distribución del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido en las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades donde se asiste a población inmigrante. Coordinación del equipo directivo del Clínico, el Servicio de Ginecología, el Servicio de Calidad y los Coordinadores de los Centros de Salud. Mauricio Tajada Duaso. Ernesto Fabre.
2. Análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades. Equipo de matronas del Clínico Universitario de Zaragoza.
3. Identificación de todas las mujeres con MGF que dan a luz en el HCU. Equipo de matronas del Clínico Universitario de Zaragoza.
4. Folleto informativo de las características y tipos de MGF disponible en el cuarto de reanimación del recién nacido. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido. Equipo de matronas del Clínico Universitario de Zaragoza
5. Entrevista personalizada por mediadoras ya formadas a estas familias para prevenir futuras mutilaciones. Mediadoras capacitadas en los programas anteriores.
6. Talleres de información de control prenatal y planificación familiar a asociaciones de inmigrantes. Mediadoras capacitadas en los programas anteriores.
7. Charlas informativas al personal sanitario. Presentación de publicaciones y casos clínicos de mutilación genital femenina y sus implicaciones en la práctica obstétrica. Mauricio Tajada Duaso

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Cuadernos disponibles en las consultas, ambulatorios y centros de salud.
2. Análisis estadístico del libro de partos realizado.
3. **Número exacto de mujeres con MGF que dan a luz en el Clínico en 2006-2007.**
4. **Número de entrevistas realizadas.**
5. Talleres de información realizados en asociaciones: gambianas, árabes, senegalesas y otras comunidades que lo soliciten.
6. Charlas a residentes del Clínico, colectivo de matronas, médicos generales. Distribución del dossier con herramientas para la prevención de la MGF en centros de salud de Zaragoza y Aragón.

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: 2007

Fecha de finalización: 2008

Calendario: Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.

En enero de este año se ha dado una charla sobre acciones para prevención de la mutilación genital femenina en el Centro de Salud de San Pablo y está prevista para el 6 de marzo impartirla en el Hospital San Jorge de Huesca.

El dossier con herramientas para la prevención de la MGF elaborado con el presupuesto del programa de calidad del año pasado se distribuirá en otros centros de salud a médicos de familia, pediatras y matronas o personal de enfermería que lo solicite.

El trabajo de análisis estadístico y de información de las mediadoras se realizará de forma continua a lo largo de todo el año según la identificación de nuevos casos de MGF.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO.
VISITA DE ENFERMERIA PREQUIRURGICA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
Elena Rosés Monfort

Profesión
Enfermera

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
H.C.U Lozano Blesa

Correo electrónico:
eroses@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976556400 Ext: 3007

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^o José Rueda	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Pilar Ortiz	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Evelia Galilea	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Celia Calvo	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Olga Gasca	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Victoria Perez	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Ana Bona	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Noelia Ibañez	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Ana Eva Crespo	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Victoria Fraj	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Dolores Franco	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Lourdes Serrano	Enfermera	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, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

La unidad de acogida al paciente quirúrgico del H.C.U Lozano Blesa, ha permitido la detección por parte de las enfermeras de la unidad de: ansiedad, temor y un cierto grado de falta de información en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente. Se revisó la bibliografía existente sobre este tema y se constató que era una situación también detectada en otros hospitales, y que una de las actuaciones iniciadas en ellos, para mejorar la situación, era la realización de una visita preoperatoria por parte de las enfermeras quirúrgicas. Para valorar y cuantificar la situación de nuestros pacientes, se decidió hacer una encuesta en la unidad de acogida: de los 61 pacientes encuestados el 73,7% presentan ansiedad y el 54% miedo, el 41% no se sienten suficientemente informados, el 64% no saben que hay una unidad de acogida y el 45% no saben que irán a una sala de reanimación.

El 94% de los pacientes consideraría entre interesante y muy interesante la visita previa a la intervención, de una enfermera de quirófano.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

La unidad de acogida al bloque quirúrgico ha supuesto un avance importante en la mejora de cuidados al paciente quirúrgico, pero también nos ha permitido tomar constancia que podemos mejorar los cuidados ofertados mediante una visita preoperatoria.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Informar al paciente de los cuidados de enfermería que va a recibir durante su proceso quirúrgico, tanto en el pre, el trans y el postoperatorio.

Resolver las dudas planteadas por pacientes y familiares.

Disminuir la ansiedad y el temor de los pacientes y familiares ante un proceso quirúrgico.

Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes y de sus familiares por los cuidados recibidos.

Aumentar el grado de implicación de las enfermeras quirúrgicas en el bienestar de los pacientes.

Mejorar la comunicación entre enfermeras de hospitalización y enfermeras quirúrgicas.

Disminuir el nº de intervenciones suspendidas o retrasadas por falta de preparación.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Constituir grupos de trabajo.
2. Revisión de bibliografía.
3. Establecer a qué pacientes se va a realizar la visita preoperatoria atendiendo a una serie de criterios como: momento del ingreso, estado cognitivo, problemas de comunicación, edad....
4. Formación: técnicas de entrevista, stress de pacientes quirúrgicos...
5. Diseño de una guía o protocolo para la realización de las visitas.
6. Determinar qué enfermeras y en qué momento realizarán las visitas preoperatorias.
7. Diseño de una encuesta que permita cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales.
8. Organizar sesiones de formación del resto de enfermeras implicadas en el proyecto.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Número de visitas preoperatorias realizadas.
2. Grado de satisfacción de los pacientes con las actuaciones iniciadas.
3. % de paciente suspendidos por deficiente preparación.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Febrero 2007

Fecha de finalización: Mayo 2008

Calendario:

1. Febrero 2007. Constitución de grupos de trabajo.
2. Marzo-Abril 2007. Revisión bibliográfica.
3. Mayo 2007. Establecer indicaciones.
4. Junio 2007. Formación.
5. Octubre-Diciembre. Diseño de una guía o protocolo de la visita.
6. Enero 2008. Determinar quién realiza la visita preoperatoria y cuándo..
7. Febrero 2008. Diseño de encuesta de satisfacción.
8. Marzo-Abril 2008. Sesiones de formación del resto de enfermeras.
9. Mayo 2008. Puesta en marcha del proyecto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Evaluación del protocolo de profilaxis de la enfermedad tromboembólica en pacientes médicos del Servicio de Urgencias

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Julián Mozota Duarte

Profesión Médico Adjunto Urgencias Hospitalaria

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Servicio de Urgencias Hospital Clínico "Lozano Blesa"

Correo electrónico: jmozota@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 55 64 00 , extensión 3915, 3954

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alberto García Noaín	Médico	Servicio Urgencias HCU
Angel Vicente Molinero	MIR	HCU
Elisa Aldea Molina	MIR	HCU
Noelia Ortega Jiménez	MIR	HCU
Miguel Rivas Jiménez	Médico	Servicio Urgencias HCU

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En la epidemiología de la Enfermedad Tromboembólica cabe señalar los siguientes datos estimativos: su incidencia se sitúa en torno a un caso por cada 1.000 personas y año, y aumenta con la edad hasta llegar a un caso por cada 100 personas y año a los 85 años.

La inmovilidad como consecuencia de procesos quirúrgicos y médicos, así como los

procesos médicos que generan éxtasis venoso predisponen a padecer episodios de Enfermedad Tromboembólica.

Las guías de práctica médica de diferentes Sociedades Médicas recogen los factores de riesgo y las indicaciones de profilaxis, así como la utilidad y eficacia de la profilaxis para evitar la aparición de nuevos casos de Enfermedad Tromboembólica.

En el Servicio de Urgencias hemos desarrollado un protocolo en el último trimestre del 2006 basado en esas guías, siendo necesaria una adecuada difusión para su implantación y una evaluación de los resultados.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Dar a conocer el protocolo de profilaxis de enfermedad tromboembólica.
- Mejorar la utilización de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica.
- Disminuir el número de casos de enfermedad tromboembólica.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Sesión clínica para difundir el protocolo. Dr. Miguel Rivas
- Revisión de historias clínicas para evaluar el seguimiento del protocolo. Drs.

Julián Mozota, Angel Vicente, Elisa Aldea y Noelia Ortega.

- Análisis estadístico de los datos. Dr. Angel Vicente
- Difusión de los resultados de la evaluación en sesión clínica. Drs. Julián Mozota y Alberto García Noaín.
- Reevaluar el seguimiento del protocolo: segunda revisión del seguimiento en historias clínicas. Drs. Julián Mozota, Angel Vicente, Elisa Aldea y Noelia Ortega.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se realizará una revisión de historias clínicas de pacientes que acuden a urgencias tras la difusión del protocolo; la previsión es revisar 200 casos de pacientes mayores de 65 años atendidos en el área de medicina interna del servicio de urgencias: 100 casos ingresados y 100 casos dados de alta a domicilio.

Período del estudio. Esta revisión la llevaremos a cabo en dos meses distintos: mayo y noviembre, difundiendo tras la primera revisión los resultados hallados del seguimiento del protocolo.

- % Casos revisados en los que está indicada la profilaxis con heparina de bajo peso molecular según el protocolo.
- % Casos revisados en los que se prescribe la profilaxis con heparina de bajo peso molecular.

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 2007

Fecha de finalización: Marzo 2008

Calendario:

- Sesión clínica para difundir el protocolo. Primer cuatrimestre 2007.
- Revisión de historias clínicas para evaluar el seguimiento del protocolo. Abril-julio 2007
- Difusión de los resultados de la evaluación en sesión clínica. Octubre 2007.
- Reevaluar el seguimiento del protocolo: segunda revisión del seguimiento en historias clínicas. Noviembre 2007-Febrero 2008.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La higiene correcta de las manos es fundamental para la prevención de las enfermedades transmisibles y, concretamente, de las infecciones hospitalarias. La utilización de soluciones hidroalcohólicas es una excelente alternativa al lavado de manos, ya que mejora la accesibilidad, ahorra tiempo, es menos lesiva para la piel y presenta una actividad antimicrobiana superior al agua y jabón. Nuestro hospital, que comenzó a utilizarlas en el 2006, proyecta su implantación generalizada a lo largo del 2007 dentro del programa de Seguridad del Paciente promovido por el Ministerio y el SALUD.

El objeto de este proyecto es disponer de material formativo e informativo que facilite la correcta utilización de estas soluciones en todos los centros del SALUD.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Facilitar la implementación del programa "En buenas manos" de mejora de la higiene de las manos y extender los recursos elaborados al resto de centros del SALUD.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	<i>30%</i>	<i>20%</i>
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	<i>35%</i>	<i>60%</i>
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	<i>25%</i>	<i>10%</i>
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	<i>10%</i>	<i>10%</i>
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Diseño y elaboración de impreso informativo

Obtención y distribución de material de apoyo (pegatinas, calendarios, alfombrillas de ratón...)

Elaboración de un clip de video

Evaluación de la efectividad de la acción

Responsables: R. Mareca y M. Félix

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Existencia de materiales formativos e informativos
- Realización de encuesta sobre aspectos cualitativos de los materiales elaborados

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Febrero 2007

Fecha de finalización: Diciembre 2007

Calendario:

Febrero – Marzo 2007: Diseño y elaboración de impreso informativo

Abril- Mayo 2007: Obtención y distribución de material de apoyo (pegatinas, calendarios, alfombrillas de ratón...)

Junio 2007: Elaboración de un clip de video

Noviembre 2007: Evaluación de la efectividad de la acción

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material de imprenta	600
Máquina de fotos digital con opción de video	500
Material informático (CDs)	100
Inscripción y asistencia para 2 personas a Congreso Nacional	900
TOTAL	2100

Fecha y firma:

Fdo. Dra. Rosa Mareca Doñate
Zaragoza, 26 de Enero de 2007

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2007)
---------	--

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p>1.- TÍTULO</p> <p>Valoración Nutricional Inicial al ingreso del paciente para mejorar la detección precoz pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza</p>
--

<p>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</p> <p>Nombre y apellidos Rosa García Hernández</p> <p>Profesión Enfermera de Nutrición</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza – Unidad de Nutrición</p> <p>Correo electrónico: rgarciah@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 556400 ext. 2837 - 4148</p>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Benito Ruesca	Enfermera de Nutrición	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Elena Gimeno Laborda	Enfermera de Nutrición	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Pilar López Mallén	Supervisora de Nutrición y Farm.	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Julia Ocón Bretón	Médico adjunto Endocrinología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Elena Altarribas Bolsa	Coordinadora Calidad Enferm.	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Soledad Martín Delso	Enfermera Neumología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Concepción Seral Giravent	Supervisora de Neumología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Aurora Robles Simón	Supervisora de Trauma-Cirugía	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Ana Sanz Plumed	Enfermera Traumatología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Victoria Rodríguez Murillo	Enfermera Traumatología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza

Marta Lampérez Bueno	Enfermera Traumatología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Loreto Pascual Aliende	Enfermera Traumatología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Teresa Cuello Arazo	Enfermera Traumatología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Ana Isabel Herrera Serrano	Enfermera Traumatología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza
Victoria Almajano Navarro	Enfermera Neumología	H.C.U. Lozano Blesa de Zaragoza

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

La alta prevalencia de malnutrición en nuestros hospitales (entre el 40% y el 60%) es un problema infravalorado, y las **graves consecuencias** de salud y económicas que genera, justifican sobradamente la necesidad de su detección temprana.

La imposibilidad de realizar una Valoración Nutricional exhaustiva a todos los pacientes hospitalizados, hace preciso instaurar un método de filtro o screening nutricional que sea útil, fiable, sencillo de manejar y poco costoso al ingreso del paciente.

La incorporación de esta herramienta de una forma protocolizada en la Valoración Inicial de Enfermería de cada paciente a su llegada a las Unidades de Hospitalización, puede ser la clave para la **detección precoz de pacientes malnutridos** o en riesgo de desarrollar malnutrición.

En la actualidad la colaboración de la Unidad de Nutrición es solicitada, muchas veces, cuando el paciente presenta un grado de desnutrición de moderado a severo y con complicaciones asociadas, derivadas de esta malnutrición.

La Valoración Nutricional Inicial (VNI) sería una herramienta que, mediante la recogida y evaluación de unos pocos parámetros, nos ayudaría a detectar el estado nutricional de una forma general, y que, según la puntuación final (total) obtenida, determinaría una pauta de actuación a seguir.

Por estas razones el objetivo principal es la identificación temprana (en las 72 horas máximo, desde el ingreso) de pacientes malnutridos o con riesgo de malnutrición que puedan requerir algún tipo de intervención nutricional (cuidados especiales, dietas extras, suplementos, nutrición artificial, etc.)

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Diminuir las cifras de morbi-mortalidad asociadas a la malnutrición hospitalaria y por consiguiente, la estancia media y los costes.

Mantener un estado nutricional lo más adecuado posible de los pacientes ingresados (imprescindible si queremos ofrecer unos **cuidados de calidad**).

Sensibilizar a los profesionales sanitarios responsables del paciente de la importancia de conseguir y mantener un estado nutricional adecuado.

Reflejar en la historia clínica del paciente su estado nutricional y las intervenciones nutricionales de soporte que haya podido necesitar, aspecto al que se le ha prestado escasa atención hasta ahora.

El objetivo a largo plazo es estandarizar y protocolizar progresivamente esta VNI dentro de la Valoración de Necesidades de Enfermería, para que se realice en todas las Unidades de Enfermería y a todos los pacientes que ingresen en el hospital.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Método:

La Valoración Nutricional Inicial (VNI) debe estar incluida en la recogida de datos (historia) que realiza la enfermera al paciente cuando ingresa.

La enfermera responsable realizará la VNI dentro de las primeras 48-72 horas desde el ingreso del paciente y según el resultado, notificará al médico correspondiente y/o avisará a la Unidad de Nutrición para ampliar valoración nutricional.

Los marcadores nutricionales utilizados en esta herramienta serán seleccionados a **partir de parámetros** utilizados en la valoración nutricional completa que se realiza

en la actualidad **por parte de las enfermeras de Nutrición**, y que creemos que son un buen reflejo de la situación de los diferentes compartimentos corporales y del status nutricional en su conjunto.

No obstante esta herramienta deberá ser validada tras su puesta en marcha, para asegurar su eficacia y sensibilidad.

Actividades:

1º - Formación del equipo de mejora y provisión de material necesario.

2º - Selección de los parámetros de la herramienta (VNI) de screening , elaboración de rangos de puntuación (U. De Nutrición)

3º - Consenso de pautas de actuación entre U. De Nutrición y Unidades de Hospitalización correspondientes (Reuniones de todo el equipo)

4ª - Selección del tipo de pacientes para iniciar la puesta en marcha de la VNI (Todo el equipo)

5º - Elaboración del protocolo de actuación y adiestramiento en el manejo de la VNI de las enfermeras de las Unidades de Hospitalización (Enfermeras Nutrición)

6º - Medición de indicadores **iniciales** (Todo el equipo):

- ✧ Registros actuales de talla y peso e ingesta del paciente cumplimentados habitualmente.
- ✧ Métodos actuales de detección de pacientes desnutridos.
- ✧ Porcentaje de pacientes en que se ha realizado intervención nutricional hasta ahora.
- ✧ Calculo de la estancia media actualizada

7º - Puesta en marcha del protocolo de aplicación de la VNI

8º - Programación de reuniones periódicas del equipo de mejora

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado la VNI dentro de las primeras 72 horas, respecto del total de pacientes ingresados
- Nº de pacientes que tienen registrada la VNI en su historia clínica
- Número de intervenciones realizadas por la Unidad de Nutrición en estos pacientes, tras la aplicación de la VNI, respecto a las intervenciones en este mismo tipo de pacientes realizadas antes de la puesta en marcha de la VNI
- Existencia del protocolo de VNI en las Unidades de Enfermería implicadas

- Calculo de la evolución de la estancia media en estos pacientes
- Se realizará evaluación mensual de indicadores y reuniones mensuales o bimensuales del equipo de mejora

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio	Fecha de finalización
Calendario:	
<ul style="list-style-type: none"> ☆ De 1 a 28 Febrero-07 – Actividades nº 1 y nº 2 ☆ De 1 a 31 Marzo-07 – Actividades nº 3, nº 4, nº 5 y nº 6 ☆ 1 de Abril-07 – Actividades nº 7 y nº 8 ☆ Mensualmente análisis de indicadores establecidos ☆ Mensual o bimensualmente reuniones del equipo para puesta en común de actividades, seguimiento y evolución del proyecto 	

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
BÁSCULA MÉDICA ELECTRÓNICA SECA 703 (2 unidades)	Aprox 1500 €
TALLÍMETRO TELESCÓPICO PARA BÁSCULA SECA 220 (2 unidades)	
14 CALCULADORAS DE BOLSILLO (SOLARES)	Aprox 140 €
LIPOCALIBRE tipo HOLTAIN (1 unidad) (se adjunta foto)	Aprox 475 €
CINTA MÉTRICA (simple) (1 unidad)	
3 CARPETAS DE ANILLAS	Aprox 9 €
Fotocopias	Sin coste

Fecha y firma: Zaragoza, 28 de Enero de 2007



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

COMISION DE REVISORES DE PROTOCOLOS, GUIAS Y VIAS CLINICAS COMO MODELO DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
Angel Lanas Arbeloa

Profesión
Medico

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

Correo electrónico:
alanas@unizar.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976 556400 (2016)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Juan Perez Calvo	Médico	HCU-LB
Elena Altarribas Bolsa	Enferm.	"
Teresa Antoñanzas Lombarte	Enferm.	"
Ignacio Barrasa Villar	Medico	"
Emilia Civeira Murillo	Medico	"
Carmen De Miguel Asacaso	Enferm.	"
Miguel Angel Fuerte Palacio	Medico	"
Cristina Garcia Cisnero	Enferm.	"
Florencio Garcia Latorre	Medico	"
Felix Lamata Hernandez	Medico	"
Angel Lanas Arbeloa	Medico	"
Mercedes Lax Cacho	Enferm.	"

Ester Nuñez Benito Enferm. HCU

Maria del Puerto Pardo Jayo Farmaceutico HCU

Jose Manuel Ramirez Rodriguez, Medico HCU
Juan Manuel Revilla Martin
Maria Jose Rueda Martin
Pilar sanchez perez
CarlosTejero Juste

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Se considera de gran importancia la necesidad de que todos los protocolos vías o guías clínicas del hospital sean revisadas y estandarizadas para que cumplan unos mínimos requisitos y rigor metodológico, en su elaboración y ejecución, que garanticen una asistencia clínica de calidad basada en la evidencia científica disponible y donde se consideren todas las perspectivas incluyendo usuarios y pacientes.

Se parte de una situación de dispersión y heterogeneidad absoluta no solo en la elaboración sino en la calidad y en la ejecución de las actuales vías o protocolos disponibles en el hospital

Se ha enviado nota interna a todos los servicios y unidades para que envíen estos protocolos al grupo de revisores que han recibido nombramiento oficial por parte de dirección.

Se ha creado un registro de las vías y protocolos que están siendo elaborados y que han sido remitidos a la comisión,

Se han colgado en la página web del hospital el proceso metodológico que las guías, vías y protocolos deben seguir en su elaboración y los criterios que la comisión seguirá para su valoración.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se espera:

1. Revisar todos los protocolos, guías y vías del hospital
2. Dar soporte oficial a los mismos garantizando una calidad mínima previamente definida de los mismos
3. Difundir para su conocimiento todos los protocolos valorados y aceptados por la comisión
4. Mejorar la calidad asistencial, facilitar los procesos y reducir procedimientos innecesarios

--

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

La metodología a seguir para valorar los protocolos son:

1. Remisión de la guía, vía o protocolo por el Servicio o Unidad , de acuerdo a las normas disponibles en la web del hospital
2. Revisión por la comisión mediante la herramienta AGREE. Los protocolos eran revisados por 3-4 miembros del grupo y finalmente comentados en sesión general.
3. Remisión de los comentarios críticos a los autores del documento.
4. Re-remisión con los cambios y mejoras introducidas en el protocolo, vía o guía.
5. Revisión por parte de la comisión
6. Aceptación o rechazo del protocolo, vía o guía
7. Difusión por parte de la comisión y la dirección a los miembros del Hospital
8. Seguimiento del mismo mediante indicadores por parte de los responsables del protocolo.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

LOS INDICADORES SERAN.

1. Numero de protocolos, guías o vías revisados
2. Numero de protocolos, vías o guías aceptadas y difundidas
3. Numero de protocolos, vías o guías puestas en marcha por los diferentes servicios

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1-1-2007

Fecha de finalización: 31-12-07 (proceso)

continuo y plurianual)

Calendario:

La comisión en su conjunto se reunirá de manera fija al menos una vez al mes.

Los miembros de la comisión recibirán los protocolos quincenalmente para su valoración distribuidos por el presidente de la comisión

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CREACIÓN DE UN REGISTRO DE ERRORES Y SEGURIDAD EN PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MIGUEL RIVAS JIMÉNEZ

Profesión

MÉDICO. COORDINADOR DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLINICO.

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

SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA.

Correo electrónico:

urge-rivas@hcu-lblesa.es (Nota: Está pendiente de cambio)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976556400. Extensión: 3954, 3953 o busca 246.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Julián Mozota Duarte	Médico Adjunto	S. URGENCIAS. HCU.
Francisco Ruiz Ruiz	Médico Adjunto	S. URGENCIAS. HCU
Elisa Aldea Molina	MIR	S. URGENCIAS. HCU.
Tránsito Salvador Molina	Farmacéutica	SUBDIRECCIÓN MÉDICA
Begoña Domínguez	Supervisora de Enfermería	S. URGENCIAS. HCU.
Mercedes Dillet	MIR	S. URGENCIAS. HCU.
Ignacio Castillo	Enfermero	S. URGENCIAS. HCU.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Dentro de las políticas sanitarias en Occidente, y con el objeto de una mejora continua en la calidad, se está prestando un creciente apoyo a la producción de una "cultura" en las instituciones sanitarias sobre el conocimiento y la gestión de los riesgos en la atención a los pacientes. A tal fin, el SALUD lo ha considerado como uno de sus objetivos en sus proyectos de Calidad. Estos riesgos son especialmente patentes en el Servicio de Urgencias Hospitalario, pudiéndose resumir en: Efectos indeseables de los medicamentos y errores en su administración, prescripción y empleo, infecciones nosocomiales, complicaciones del curso clínico y errores diagnósticos y terapéuticos. Estos efectos adversos o acontecimientos tienen consecuencias negativas para el paciente. Su trascendencia se expresa en forma de lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria, incremento del consumo de recursos asistenciales o fallecimiento relacionado con el proceso asistencial. Pueden ser evitables (no se producirían en caso de llevar a cabo alguna actuación), inevitables (imposibles de predecir o evitar) o peligrosos que no han producido daños personales, pero sí materiales, y que sirven de aviso de posibles sucesos.

El presente proyecto pretende inicialmente servir de punto de partida para el análisis y seguimiento de los procesos que originan errores o problemas para la seguridad de los pacientes, su discusión en el grupo de calidad y en los distintos profesionales implicados en el Servicio de Urgencias y la instauración de unas medidas correctoras encaminadas a su prevención en el futuro. Se pretende, además, implicar a todo el servicio en la detección y comunicación de los procesos y causas que llevan a errores. Por último, la creación de una base de datos al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. Rev Calid Asist 2005; 20 (4): 204-210.
2. Pardo R, Jara A, Menchen B, Padilla D, et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. Rev Calid Asist 2005; 20 (4):211-215.
3. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calid Asist. 2005; 20 (4): 216-222.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Implantación de una cultura de responsabilidad y rendimientto de cuentas respecto a la calidad y la seguridad ante el paciente (efectividad clínica), la ciudadanía (eficiencia social) y el sistema sanitario (ética profesional y eficiencia de técnica y de gestión).
2. Creación de un sistema de notificación y registro de sucesos adversos, incidentes, errores y problemas de seguridad en los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
3. Puesta en práctica de medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.
4. Colaborar con el proyecto multicéntrico IDEA (Identificación de Efectos Adversos) promovido por la Fundación Avedis Donabedian.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Difusión entre los profesionales del Servicio de Urgencias de la creación del registro de sucesos adversos y errores en pacientes, por medio de tres sesiones informativas y carteles en Servicio de Urgencias. (Equipo de mejora), así como las condiciones de notificación y la evolución del proyecto de mejora.
2. Análisis de los casos (Causa-raíz) entre el equipo de mejora con posterior difusión en el grupo de calidad del servicio, los agentes implicados en el caso, y los distintos profesionales del Servicio de Urgencias (Equipo de mejora).
3. Creación de una base de datos y registro de efectos y sucesos adversos detectados (Dres: Aldea, Dillet, Mozota y Rivas).
4. Difusión entre el grupo de mejora de bibliografía relacionada con el proyecto (Dres. Salvador y Rivas).
5. Publicación de un artículo relacionado con el tema (Equipo de mejora).
6. Realización de cursos de calidad relacionados con el tema. (Equipo de mejora)

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Estudio descriptivo y análisis de las quejas presentadas, por los pacientes, al Servicio de Urgencias durante el año 2007.
2. Número de casos centinela detectados como errores de tratamiento médico a lo largo de un mes, durante el año 2007, en pacientes adultos, clasificados como grado II o III en triaje, vistos en el área médica del S. de Urgencias, en el año 2007.
3. Porcentaje de informes clínicos enviados a la Comisión de Mortalidad durante 6 meses del año 2007 de los pacientes fallecidos en el Servicio de Urgencias, y su análisis posterior.
4. Número de casos centinela detectados por enfermería, en la Sala de Observación de nuestro servicio, respecto a errores en la prescripción de medicamentos en las órdenes de tratamiento, durante un mes, a lo largo de 2007.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:Febrero de 2007

Fecha de finalización:Marzo de 2008

Calendario:

1. Difusión entre los profesionales del Servicio de Urgencias de la creación del registro de sucesos adversos y errores en pacientes, por medio de tres sesiones informativas y carteles en Servicio de Urgencias. Mes de Febrero y Marzo de 2007.
2. Análisis de los casos (Causa-raíz) entre el equipo de mejora con posterior difusión en el grupo de calidad del servicio, los agentes implicados en el caso, y los distintos profesionales del Servicio de Urgencias. (Sesiones de calidad mensuales a lo largo de 2007).
3. Estudio descriptivo y análisis de las quejas presentadas, por los pacientes, al Servicio de Urgencias durante el año 2007. (Enero de 2008).
4. Estudio descriptivo de los errores Número de casos centinela detectados por enfermería, en la Sala de Observación de nuestro servicio, respecto a errores en la prescripción de medicamentos en las órdenes de tratamiento, durante un mes, a lo largo de 2007.
5. Difusión entre los Facultativos MIR que trabajan en el Servicio de Urgencias de los casos centinela detectados y su solución y prevención. (Un seminario mensual, excepto Julio, Agosto y Septiembre, de 2007).
6. Creación de la base de datos de errores detectados (desde Enero de 2007)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Soporte bibliográfico</u>	400
<u>Asistencia del equipo de mejora al Hospital de Barcelona para el análisis de su registro de errores. (Dietas de un día</u>	1000
<u>Material fungible: Carteles, hojas informativas, etc</u>	400
<u>Asistencia a Cursos de Calidad relacionados con el tema</u>	1400
TOTAL	3.200 euros

Fecha v firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORAR LA INFORMACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS Y DEPENDIENTES DEL SECTOR ZARAGOZA III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a ÁNGELES MARTÍN BURRIEL

Profesión

DUE

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

HCU LOZANO BLESA

Correo electrónico:

denf-formacion.hcu@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

619048332

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M. DEL CARMEN ESQUIVIAS JARAMILLO	DUE	
M. CARMEN BLASCO VIANA	T. SOCIAL	
TEODOSIA MARTINEZ GALLEGO	DUE	
JOSEFA PUEYO USÓN	T. SOCIAL	
MILAGROS GONZALEZ GARCÍA	DUE	
JOSEFA LOMBARDO MURILLO	T. SOCIAL	
ELENA ALTARRIBAS BOLSA	DUE	

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Entre Mayo y Noviembre de 2005 se realizó un estudio de investigación entre los cuidadores principales de los pacientes ingresados en ocho unidades de adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Estos servicios se eligieron por tener la estancia media más alta del hospital. Se incluyeron unidades quirúrgicas y servicios donde la patología tratada es crónica para abarcar los distintos perfiles de los cuidadores y acompañantes.

La metodología utilizada fue de carácter cualitativo porque se pretendía describir la realidad de los cuidadores bajo su propia perspectiva. Los datos del estudio se obtuvieron mediante observación participante, notas de campo, grabaciones y transcripciones definitivas de grupos de discusión compuestos por cuidadores.

Se realizaron cinco grupos de discusión hasta la saturación de resultados. A los grupos asistieron un total de 22 cuidadores.

Entre los resultados obtenidos se observó un déficit de información de los cuidadores al alta sobre aspectos relacionados con la forma de proporcionar los cuidados a sus enfermos o sobre administración de medicamentos.

La mayoría de las personas dependientes son atendidas en sus hogares por sus familiares, estos cuidadores precisan consejos útiles para hacer frente a los múltiples problemas que pueden presentarse.

Son estas las razones por las que, con este proyecto de mejora, se pretende mejorar la información de los cuidadores con el fin de que estén preparados para afrontar los retos que se les pueden presentar en el domicilio. Así mismo, se pretende proporcionar el máximo apoyo y orientación para contribuir al bienestar del propio cuidador.

Se considera que con una planificación adecuada de los cuidados que deben proporcionar los cuidadores a sus enfermos, "cuidando bien" de sí mismos y estando al tanto de la ayuda disponible, la tarea puede ser más fácil. Estos aspectos contribuirán a que sean mejores cuidadores y ayudarán a que la persona cuidada permanezca en su hogar por más tiempo.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la información proporcionada al alta a los cuidadores de pacientes crónicos y dependientes ingresados en el HCU Lozano Blesa.
- Aumentar la información de los cuidadores de pacientes crónicos y dependientes en Atención Primaria del Sector Zaragoza III.
- Mejorar la Calidad de los cuidados ofertados a los cuidadores del Sector Zaragoza III

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Formar un equipo de mejora.
2. Analizar grupalmente y de forma multidisciplinar los resultados del estudio realizado a cuidadores familiares de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.
3. Realizar una medición de indicadores previos a la puesta en marcha del proyecto.
4. Planificar talleres educativos a partir de las necesidades sentidas y expresadas por los cuidadores de pacientes del Sector Zaragoza III.
5. Diseñar folletos informativos.
6. Planificar consultas para cuidadores tanto en el Hospital Loano Blesa como en Atención Primaria del Sector Zaragoza III.
7. Difundir la información acerca de la realización de talleres y de la existencia de consultas en los Centros de Salud del Sector Zaragoza III.
8. Difundir la información acerca de la realización de talleres y de la existencia de consultas de cuidadores en los distintos servicios del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.
9. Difundir la información acerca de la realización de talleres y de la existencia de consultas directamente a cuidadores de enfermos crónicos tanto en Atención Primaria del Sector Zaragoza III como en Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.
10. Realizar una medición de indicadores tras la puesta en marcha del proyecto.
11. Realizar una encuesta de satisfacción los cuidadores.
12. Analizar los resultados obtenidos.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Número de cuidadores que participen en los talleres.
- Número de cuidadores atendidos en las consultas.
- Satisfacción con la información recibida en los talleres y en las consultas.
- Nº de Centros de Salud a los que se ha realizado la difusión de la existencia de consultas y talleres.
- Nº de servicios hospitalarios a los que se ha realizado la difusión de la existencia de consultas y talleres.
- Nº de cuidadores a los que se ha realizado la difusión de la existencia de consultas y talleres.
- Nº de ingresos de pacientes crónicos de atención domiciliaria al hospital.
- Reingresos (>30 días).

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

VÍA CLÍNICA DE LOS CUIDADOS PRE Y POST-CATETERISMO CARDÍACO PROGRAMADO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Pilar Portero Pérez

Profesión

Facultativo especialista de Cardiología

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

Unidad de Hemodinámica.

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.

Correo electrónico:

pilipor@comz.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 55 64 00 (Ext. 2991/2994)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Isaac Lacambra Blasco	Facultativo especialista de Cardiología	Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
Francisco Roncalés	"	"
Enrique Chillarón	Supervisor Cardiología	"
Pilar Latorre	ATS Cardiología	"
Clara Bergua Martínez	M.I.R.	"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Una vía clínica es un plan asistencial que describe los procesos implicados, el cronograma de realización y el personal responsable de dicho plan, siendo éste un método objetivo de evaluación. Con la finalidad de conseguir estas premisas, se decidió, por parte del equipo de mejora del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, la realización y puesta en marcha de una vía clínica para el cateterismo cardiaco programado (CCP).

La metodología seguida fue la siguiente: Diferentes profesionales implicados en el cateterismo cardíaco (CC): personal de enfermería, y personal médico, asesorados por la Unidad de Calidad Asistencial del Hospital, procedieron a la elaboración de la vía clínica del CCP. Tomando como punto de partida el antiguo protocolo que existía en el servicio de cardiología para el CC, se creó un nuevo protocolo de cuidados adaptado para dicho fin y se puso en funcionamiento durante unos meses, se realizaron las correcciones oportunas y necesarias para su óptima realización, y posteriormente se confeccionó la vía clínica.

La vía clínica del CCP se compone de 12 apartados que abarca todos los procesos relacionados con el CC, desglosando las acciones concretas a realizar dentro de cada uno de ellos, para ello, se detalla el cronograma de eventos, desde la citación del paciente hasta el alta hospitalaria.

Se describe la actividad administrativa necesaria para la citación, la actuación médica y los cuidados de enfermería previos, durante y posteriores al cateterismo, incluyendo también el papel del celador y del personal encargado del rasurado del paciente.

Se valora la información administrada al paciente y la firma del consentimiento informado.

Todos estos objetivos quedan registrados en el siguiente impreso ad hoc en el que se precisa además su cumplimiento por etapas:

ANVERSO:

ETIQUETA DEL PACIENTE		VIA CLINICA-CATERETERISMO CARDIACO PROGRAMADO		
Fecha y hora de ingreso		Fecha y hora de alta		
	CITACION	DIAS DEL INGRESO PRECATERETERISMO	DIAS DEL CATERETERISMO	POSTCATERETERISMO
ACTUACION ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> Confirmación de la toma de SINTROM y dosis anticoagulante, indicando que debe suspenderse el día del ingreso.			
ACTUACION MEDICA		<input type="checkbox"/> Revisión de Historia clínica <input type="checkbox"/> Revisión de Estudio Pre-cateterismo <input type="checkbox"/> Visita médica	<input type="checkbox"/> Realizar el procedimiento e iniciar el día de procedimiento realizado. <input type="checkbox"/> Visita médica - evolución clínica	<input type="checkbox"/> Visita médica - evolución clínica <input type="checkbox"/> Alta hospitalaria si no hay complicaciones
CUIDADOS ENFERMERA	<input type="checkbox"/> Identificación del Paciente <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Dientes <input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Fibrilación <input type="checkbox"/> Ajustar Consentimiento informado firmado a la historia si lo trae el paciente <input type="checkbox"/> Peso y talla <input type="checkbox"/> Costantes habituales <input type="checkbox"/> Via venosa si precisa (brake abierto y no en flexión) <input type="checkbox"/> Rasurado de ingles y axilas en las mujeres	<input type="checkbox"/> Higiene (Cumar) <input type="checkbox"/> Vaciar vejiga <input type="checkbox"/> Consumir <input type="checkbox"/> Poner en extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Retirar objetos metálicos y prótesis <input type="checkbox"/> Señalar hora de salida <input type="checkbox"/> Traslado a la sala de hemodinámica sin ropa inferior con pijama o camión <input type="checkbox"/> Historia Clínica completa	<input type="checkbox"/> Señalar hora de llegada <input type="checkbox"/> Comprobar vía venosa <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/> periférica <input type="checkbox"/> Constatar (TA, FC, color y pulso) periféricos (extremidad puncionada) <input type="checkbox"/> Vigilar estado femoral: nada más llegar a las 2 horas y post cada 8 horas <input type="checkbox"/> Diuresis. Bata la torca. Sondaje vesical si no orina tras 4-6 horas del procedimiento. Seguimiento arterial: <input type="checkbox"/> Monitorización manual: Inmovilidad absoluta de dicha extremidad A las 24 horas retirar vendaje y vía venosa <input type="checkbox"/> Angiografía (colgones) y Perforación (ulceras): Que se documente a las 4-6 horas del procedimiento.	
PELUQUERO	<input type="checkbox"/> Rasurado de ingles y axilas (anterior y posterior en los varones)		<input type="checkbox"/> Traslado del paciente a hemodinámica en cama	<input type="checkbox"/> Traslado del paciente a la planta o a la UCI en cama
DETERMINACIONES	<input type="checkbox"/> Estudio de coagulación y dosis de heparina si el paciente toma SINTROM <input type="checkbox"/> Hemograma (después de raras veces) <input type="checkbox"/> ECG			<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Estudio de coagulación (SINTROM)
MEDICACION	<input type="checkbox"/> Si toma antitrom: verificar que lo ha suspendido el día previo <input type="checkbox"/> Tratamiento habitual: SINTROM <input type="checkbox"/> heparina Sódica (v) <input type="checkbox"/> heparina subcut <input type="checkbox"/> Aspirina clopidogrel (acourel-plavix) <input type="checkbox"/> Otros fármacos <input type="checkbox"/> Analgesia si precisa por la noche	<input type="checkbox"/> Si toma heparina: verificar que lo ha suspendido el día del procedimiento <input type="checkbox"/> Si lleva heparina de bajo peso molecular: última dosis 12 horas antes del procedimiento <input type="checkbox"/> No suspender antiagregantes (AAS-CLOPIDOGREL)	<input type="checkbox"/> Suspender heparina sódica a las 4-00 horas del día del procedimiento <input type="checkbox"/> Si lleva heparina de bajo peso molecular: última dosis 12 horas antes del procedimiento <input type="checkbox"/> No suspender antiagregantes (AAS-CLOPIDOGREL)	<input type="checkbox"/> Pausa de SINTROM si el paciente lo tomaba previamente <input type="checkbox"/> Si dolor antecumular posición: Nitrogl o Paracetamol (salvo alergia) <input type="checkbox"/> Analgesia si precisa por la noche <input type="checkbox"/> Retirar heparina sódica a las 8 horas del procedimiento (pauta previa)
ACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> Hábitual			<input type="checkbox"/> Las 24h levantar en 3 pasos: sentar en la cama, en el borde de ésta y posteriormente de pie
DIETA	<input type="checkbox"/> Dieta absoluta desde las 24 Odi excepto si precisa medicando		<input type="checkbox"/> Ayunas	<input type="checkbox"/> Dieta absoluta 2 horas tras el procedimiento
INFORMACION	<input type="checkbox"/> Consentimiento informado firmado <input type="checkbox"/> Información sobre hora y procedimiento de cateterismo		<input type="checkbox"/> Verificar Consentimiento informado firmado <input type="checkbox"/> Información sobre resultados cateterismo	<input type="checkbox"/> Información sobre evolución a paciente y familiares
DOCUMENTOS DE APOYO		<input type="checkbox"/> Documentos hospitalarios		
OBJETIVOS	<input type="checkbox"/> Paciente citado e informado	<input type="checkbox"/> Paciente ingresado, con historia clínica y preparación clínica	<input type="checkbox"/> Paciente con cateterismo realizado e informado	<input type="checkbox"/> Paciente ingresa, dolor controlado, dieta líquida e ingesta de hidratación.

REVERSO:

FECHA DÍA VÍA		TURNO		VARIACIÓN Y CAUSA	CÓDIGO	ACCIÓN TOMADA (solución adoptada)	FIRMA
		M	T	N			
		M	T	N			
		M	T	N			
		M	T	N			
		M	T	N			
		M	T	N			
		M	T	N			
		M	T	N			
		M	T	N			

Firma del coordinador

CÓDIGOS DE VARIACIONES CONDICIÓN DEL ENFERMO	PERSONAL SANITARIO/PACIENTES	DEPENDIENTES DE LA INSTITUCIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre 2. Hemorragia o sangrado por punción 3. Dolor no controlado 4. Náuseas o vómitos 5. Retención Urinaria 6. No tolerancia oral 7. Hipertensión arterial 8. Efectos adversos de la medicación 9. Exitas 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Decisión médica 12. Decisión de la enfermera 13. Decisión de otro profesional 14. Decisión del paciente 15. Decisión de la familia 16. Otras (especificar) 	<ol style="list-style-type: none"> 17. Retraso de Laboratorio 18. Retraso de Radiología 19. No disponibilidad de camas en planta 20. Otras (especificar)

Tras el visto bueno por la Comisión de Calidad se procedió a su inclusión en la Historia Clínica de los pacientes que ingresaban de forma programada para CC.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Implicación de diferentes estamentos de la planta de cardiología (fundamentalmente Médicos y ATS), incluyendo el resto de plantas del Hospital dónde ingresan los pacientes programados para CCP de forma periférica.
2. Descripción del conjunto de procesos y personal implicados en el CCP.
3. Evaluación detallada y objetiva de dicho procedimiento.
4. Facilitar el conocimiento del paciente de una forma ágil.
5. Detección rápida de problemas a través del apartado "Variaciones de la Vía Clínica": variaciones que son dependientes del personal sanitario, del paciente, de la institución o de la condición del enfermo.
6. Valorar y evaluar la estancia media de los pacientes que ingresan para CCP.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Con la intención de mejorar este proyecto se han previsto las siguientes medidas:

- **Difusión de la información y motivación** del personal encargado de poner en práctica la VC (sesiones, reuniones...).
- **Comunicación** entre dicho personal y el coordinador de la VC, para las modificaciones precisas y garantizar el cumplimiento de la misma.
- **Monitorización de los indicadores.**

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La evaluación del proyecto se realizará con una periodicidad trimestral y la fuente de información será la Historia Clínica. Dentro de los indicadores que utilizaremos para su evaluación están los siguientes:

1. Indicador de grado de inclusión de la vía clínica (V.C.)

$\frac{\text{Nº pacientes que cumplen criterios de inclusión y entran en la V.C.}}{\text{Nº de pacientes totales que cumplen criterios de inclusión en la V.C.}} \times 100$

2. Indicadores de estancia hospitalaria

$\frac{\text{Nº pacientes incluidos en la V.C. que se dan de alta al 2º día*}}{\text{Nº de pacientes incluidos en la V.C.}} \times 100$

3. Indicador de complicaciones/efectos adversos

$\frac{\text{Nº pacientes de la V.C. que requieren interconsulta con C.Vascular}}{\text{Nº total de pacientes incluidos en la V.C.}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de éxitos}}{\text{Nº total de pacientes incluidos en la V.C.}} \times 100$

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOSFecha de inicio:
mayo de 2006Fecha de finalización:
indefinida según resultados

Calendario:

1º. Elaboración de la vía clínica del CCP.

2º. Implementación de la vía clínica del CCP (difusión, inclusión en la historia clínica): mayo de 2006 a diciembre de 2006.

3º. 1ª Monitorización: Marzo de 2007.

4º. 2ª y sucesivas Monitorizaciones: de forma trimestral.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>GASTOS DE MONITORIZACIÓN</u>	600
<u>SOPORTE INFORMÁTICO</u>	1.500
<u>COMUNICACIÓN DE RESULTADOS A CONGRESOS Y REUNIONES</u>	600
TOTAL	2.700

Fecha y firma:

Zaragoza, a 31 de enero de 2007



Fdo. Dra. Mª Pilar Portero Pérez

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ATENUAR EL DOLOR EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO DE CUIDADOS CRITICOS A TRAVES DE INTERVENCIONES AMBIENTALES, CONDUCTUALES Y APOYO PSICOLOGICO A LOS PADRES DEL SECTOR ZARAGOZA III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARMEN AGUIRREGOMOZCORTA CAUSAPE

Profesión

ENFERMERA

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

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA UCIN-NEONATALES

Correo electrónico:

neon-super@hcu-lblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-556400 ext-2257--2241

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
VICTORIA MALLÉN ALASTUEY	ENFERM	HCU LOZANO BLESA
PILAR ORCAL ALMOLDA	AUXILIAR	"
ANA HOYOS JIMENEZ	ENFERM	"
MARIA LIBRADA GRACIA PARDOS	"	"
JENNIFER ENCINAS GABARRUS	"	"
LUISA BASELGA MARTIN	"	"
SARA GOMEZ PEREZ	"	"
ESTRELLA SOTILLOS REDONDO	"	"
ISABEL GARRALAGA MUÑOZ	"	"
PILAR SORIANO SORIANO	"	"
PILAR GONZALEZ BARRIGA	"	"
MARIA JOSE MARCO ESTELLA	"	"

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

LA UCI-NEONATALES DEL HCU ES UNA UNIDAD DE REDUCIDO ESPACIO FISICO, CONCEBIDA EN SUS ORIGENES PARA ALBERGAR 12 NIÑOS QUE SE UBICABAN SEGÚN SU PATOLOGIA (INTENSIVOS E INTERMEDIO) EN EL ALA DERECHA (PREPARADA PARA INTENSIVOS) O ALA IZDA PARA EL RESTO (MINIMOS).

EN LA ACTUALIDAD DEBIDO A LA PRESION ASISTENCIAL SE HA INCREMENTADO EL NUMERO DE PACIENTES HASTA 18-20. DEBIDO A ESTE CAMBIO LOS RECIEN NACIDOS QUE ESTAN EN SITUACION CRITICA Y QUE ESTAN MAYOR TIEMPO INGRESADOS A CAUSA DE LA PROBLEMÁTICA QUE CONLLEVA UNA EDAD GESTACIONAL Y UN BAJO PESO POR DEBAJO DE LA NORMALIDAD, NO DISPONEN DE UN ESPACIO Y AMBIENTE IDONEO (RUIDOS, ILUMINACION ETC) QUE COLABORE A SU MAS RAPIDA Y MEJOR EVOLUCION (MEYER & GARCIA ET COL, 1995; 2005).

ES POR ESTO QUE NOS PROPONEMOS UNA MEJORA EN CUANTO AL AMBIENTE Y CONDUCTA YA QUE EL ESPACIO FISICO NO ESTA EN NUESTRAS MANOS (PENDIENTES DE REMODELACION DE LA UNIDAD), CON EL FIN DE DISMINUIR EL DOLOR DEL RN Y EL ESTRÉS DE LOS PADRES.

5. - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6. - RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL QUE SE OFERTA AL RECIEN NACIDO
- MEJORAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL RECIEN NACIDO EN EL SECTOR ZARAGOZA III
- REDUCIR LA ESTANCIA MEDIA DEL RN EN NEONATOS
- DISMINUIR EL DOLOR EN EL RN EN NEONATOS SEGÚN LA ESCALA DE SUSAN GIVENS (SIGNOS CONDUCTUALES: PATRON DE SUEÑO, EXPRESION FACIAL DEL DOLOR, ACTIVIDAD MOTORA ESPONTANEA, TONO GLOBAL, CONSUELO, LLANTO; SIGNOS FISIOLOGICOS: FRECUENCIA CARDIACA, PRESIOARTERIAL, FRECUENCIA RESPIRATORIA, SAO2)
- AMINORAR LA ANSIEDAD EN LOS PADRES

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) FORMAR EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE CALIDAD EN LA UNIDAD
- 2) BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIA
- 3) CONSENSUAR PLAN A SEGUIR ENTRE EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR
- 4) REALIZAR INFORME DE ALTA Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS
- 5) MEDICION DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO
- 6) MODIFICAR HABITOS DE LA UNIDAD RESPECTO A:
 - *PATRON DE SUEÑO
 - *RUIDOS AMBIENTALES
 - *ILUMINACION DE LA SALA
 - *CONTACTO Y MANEJO DE LOS NIÑOS
 - *ROL DE LOS PADRES DENTRO DE LA UNIDAD
- 7) IMPLANTACION DEL PROYECTO EN LA UNIDAD
- 8) EVALUACION Y ANALISIS DE LOS INDICADORES OBTENIDOS
- 9) REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS PADRES

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- GANANCIA PONDERAL DEL RECIEN NACIDO
- ESTANCIA MEDIA DEL RECIEN NACIDO EN NEONATOS
- SATISFACCION DE LOS PADRES
- NUMERO DE INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS REALIZADOS PARA EL RECIEN NACIDO CRITICO DADO DE ALTA A SU DOMICILIO

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

- REUNIONES DEL EQUIPO Y CONSENSO	1-2-07	15-2-07
- BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIA	1-3-07	15-3-07
- ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS PADRES	16-3-07-	30-3-07
- MODIFICAR HABITOS DE LA UNIDAD	1-4-07	30-6-07
- EVALUACION DE INDICADORES	1-11-07	30-11-07
- IMPLANTACION DEL PROYECTO EN LA UNIDAD	NOVIEMBRE 2007	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO

Mejora de los cuidados al paciente con fractura de cadera en el Sector Zaragoza III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Aurora Robles Simón

Profesión

Enfermera Supervisora de Unidad de Traumatología y Ortopedia

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

H.C.U Lozano Blesa

Correo electrónico:

htra@hcu-lbesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-55-64-00 Ext.1217

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Sanz Plumed	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Ana Isabel Herrera Serrano	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Teresa Cuello Arazo	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Marta Lamperez Bueno	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Maria Loreto Pascual Aliende	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Celia Fernández Tirado	Auxiliar de Enfermería	H.C.U Lozano Blesa
Mª Ángeles Martín Burriel	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Rosa García Hernández	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa
Victoria Rodríguez Murillo	Enfermera	H.C.U Lozano Blesa

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La fractura de cadera, en la población anciana del Sector Zaragoza III, repercute en la calidad de vida de estos. En el servicio de Traumatología ingresan 40% de pacientes al año con esta patología, con una estancia media de 9.5 días, en los que se detecta un déficit de movilidad, riesgo de lesiones por presión, riesgo de desnutrición, miedo a volver a su vida habitual y en ocasiones problemas sociales que dan lugar a un aumento de reingresos.

Es por estas razones por lo que en la unidad de traumatología se considera necesario que, la implantación de un plan de cuidados y la planificación del alta del paciente con fractura de cadera, mejoraría la atención ofertada.

5. - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar la calidad de los cuidados ofertados al paciente con fractura de cadera.

Disminuir complicaciones postoperatorias en paciente con fractura de cadera.

Disminuir la estancia media hospitalaria por fractura de cadera.

Aumentar la seguridad y confianza del paciente

Mejorar la continuidad de cuidados en el Sector Zaragoza III

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Formación del equipo de mejora
2. Búsqueda de bibliografía
3. Coordinar con otros profesionales, nutrición, atención primaria
4. Diseñar plan de cuidados para el paciente con fractura de cadera
5. Medición de indicadores
6. Implantación del plan de cuidados consensuado en el grupo multidisciplinar (nutrición, Atención Primaria)
7. Evaluación del plan de cuidados
8. Realización del Informe de continuidad de cuidados coordinado con la unidad de valoración y la enfermera de enlace.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Nº de informes de continuidad de cuidados
2. Estancia media de los pacientes con fractura de cadera
3. Nº de reingresos (< 30 días)
4. Grado de cumplimiento del plan de cuidados

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Calendario:

1. Formación del equipo de mejora Febrero 2007
2. Búsqueda de bibliografía Marzo- Abril 2007
3. Coordinar con otros profesionales, nutrición, Atención Primaria Abril 2007
4. Diseñar plan de cuidados para el paciente con fractura de cadera Mayo-Junio 2007
5. Medición de indicadores. Mayo 2007

6. Implantación del plan de cuidados consensuado en el grupo multidisciplinar (nutrición, fisioterapia, Atención Primaria) Junio 2007
7. Evaluación del plan de cuidados. Noviembre 2007
8. Realización del Informe de continuidad de cuidados coordinado con la unidad de valoración y la enfermera de enlace. Febrero-Diciembre 2007

