

INDICE PROYECTOS 061_2007

014_2007 “Intoxicaciones agudas en la urgencia prehospitalaria. Propuesta de 20 indicadores de calidad asistencial, específicos para el 061 Aragón” del Centro Coordinador del 061 Aragón	Pág. 2 a 8
053_2007 “Control del stock de fármacos y fungibles de la UME Monzón. Adecuación del mismo al procedimiento de realización de pediso de material fungible y fármacos según la instrucción técnica (IT070605) del sistema de gestión de calidad del 061 Aragón” del 061 Aragón UME Monzón	Pág. 9 a 14
064_2007 “Precauciones de aislamiento para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en las Unidades Móviles de Emergencia del 061 Aragón”	Pág. 15 a 17
066_2007 “Consenso de pautas de actuación entre SUAP y UME de Ejea”	Pág. 18 a 22
085_2007 “Realización e informatización de la hoja de historia clínica de los accidentados atendidos por la Unidad de Rescate en Montaña del 061 Aragón”	Pág. 23 a 27
115_2007 “Calidad asistencial en el infarto agudo de miocardio” del 61 Aragón UME Fraga	Pág. 28 a 33
116_2007 “Evaluación de proveedores y contratistas” de la Gerencia 061 Aragón	Pág. 34 a 37

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

INTOXICACIONES AGUDAS EN LA URGENCIA PREHOSPITALARIA.
PROPUESTA DE 20 INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL, ESPECIFICOS
PARA EL 061 ARAGON.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos	EMILIO GUZMAN SANCHEZ
Profesión	MEDICO DE URGENCIAS EN ATENCION PRIMARIA
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)	CENTRO COORDINADOR DEL 061 ARAGON
Correo electrónico:	egs061@hotmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976.309100

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Begoña Bearasategui Urruticoetxea	Médico	061 Aragón
Marta Sampériz Murillo	Médico	061 Aragón
Ana Isabel Recaj Ibáñez	Médico	061 Aragón
Ignacio González Herraiz	Médico	061 Aragón
Alicia Rodrigo López	Médico	061 Aragón

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 España, la calidad en sanidad es una inquietud relativamente reciente, pues hace sólo 20 años que se implantó por primera vez un programa de calidad asistencial, en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Desde entonces, esta inquietud se ha ido expandiendo progresivamente a diferentes instituciones y especialidades médicas del ámbito de las Urgencias, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ó el Grupo Intercomarcal de Servicios de Urgencias Hospitalarias de Cataluña (GISUHC). Este último publicó en el 2001, junto con la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) y la Fundación Avedis Donabedian, un documento con más de 100 indicadores de Calidad en Urgencias, pero sólo 2 de ellos hacen referencia a la asistencia específica de los intoxicados.

Hoy por hoy no existen datos objetivos sobre cómo se está tratando al intoxicado en la Urgencia Hospitalaria y mucho menos en la Extrahospitalaria, a pesar de que existen diversos registros puntuales como el "Multicatox", el "Registro Español de Toxicovigilancia" ó el "SemesTox". Sólo muy recientemente, en una reunión de la Sección de Toxicología Clínica de la Asociación Española de Toxicología (AET), se ha realizado por primera vez una propuesta específica de indicadores de calidad en la asistencia toxicológica en Urgencias.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

La Hipótesis de trabajo es que la calidad de la asistencia en la Intoxicación Aguda Extrahospitalaria es medible a través de Indicadores específicos. Dicha medida puede demostrar si la calidad asistencial del 061 Aragón alcanza los estándares prefijados y si la aplicación de medidas correctoras puede mejorar la calidad de nuestro Servicio.

Los Objetivos de este trabajo van a ser:

1º - Extrapolar al ámbito extrahospitalario en el que se mueven las Unidades del 061, el documento elaborado por el Grupo de Trabajo de la Sección de Toxicología Clínica (STC) de la Asociación Española de Toxicología (AET), en el que se proponen unos Indicadores para medir la calidad de la asistencia toxicológica en un Servicio de Urgencias Hospitalario.

2º - Realizar una propuesta específica de Indicadores válidos para la asistencia toxicológica de la Urgencia Extrahospitalaria y medir a partir de ellos la calidad asistencial prestada por

las UVI's Móviles del 061 Aragón.

3º - Crear un Grupo de Trabajo para el control y mejora de la asistencia a las urgencias toxicológicas.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Durante el periodo asistencial que va desde el 1 de Marzo de 2000 al 1 de Diciembre de 2006 y tomando como referencia de estudio los Informes médicos y las Hojas de enfermería de las UVI's Móviles, se analizarán los pacientes atendidos en su domicilio ó en la vía pública, valorando las variables recogidas en dichos soportes desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo. Sus resultados se compararán posteriormente con los obtenidos en un segundo análisis, tras la introducción de un conjunto mínimo de variables y de los nuevos Indicadores propuestos.

El Método se define a partir del diseño de 20 Indicadores ya probados en el ámbito hospitalario, de su extrapolación al ámbito prehospitalario y del establecimiento de unos estándares a cumplir.

Este planteamiento se basa en un estudio del SERVICIO DE URGENCIAS Y UNIDAD DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA, en colaboración con el SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA DE PALMA DE MALLORCA, publicado en la Revista Emergencias 2006; 18: 7-16, en el que se analiza de forma descriptiva y retrospectiva la asistencia prestada a 139 intoxicados una vez consensuados mediante una revisión bibliográfica los estandar de calidad para cada Indicador.

Las variables a analizar serían: epidemiológicas (para permitir definir el perfil del intoxicado y de la intoxicación) y las referentes a los indicadores de calidad previamente definidos. Las variables se almacenarían en una base de datos usando el programa (SPSS 10.0) para su explotación estadística, expresando las variables cualitativas en forma de porcentaje y las cuantitativas en forma de media: de pacientes asistidos, tipo de intoxicación, edad y sexo, tipo de tóxico implicado, vías de contacto ó absorción del tóxico, manifestaciones clínicas postexposición, causas de la intoxicación, motivos más frecuentes de consulta en pacientes sintomáticos, constantes clínicas (TA, FC, FR, Tª axilar y Glucemia capilar) y procedimientos de enfermería (ECG, Glasgow, SatO2, canalización de vías y extracción de muestras para análisis toxicológico), medidas de Soporte Vital (oxigenoterapia, IOT y Ventilación Mecánica, sueroterapia y técnicas de diuresis forzada), medidas terapéuticas (descontaminación digestiva y uso de antídotos), análisis de respuestas adversas (broncoaspiración tras carbón activado ó convulsiones tras el uso de antídotos) y tiempos medios (desde la exposición hasta la llegada del recurso medicalizado y hasta el transfer hospitalario) que en conjunto representan el llamado Conjunto Mínimo de Datos (CMD).

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 clasificarán y evaluarán como:

1 - Indicadores "Centinela" (miden la presencia de un evento grave no deseado, evitable y de

- frecuencia esperada 0 ya que nunca debe estar presente: broncoaspiración de carbón activado, disponibilidad de sondas de Faucher de lavado gástrico)
- 2 - Indicadores de "Índice" (miden aspectos prácticos, pudiendo aceptar un cierto grado de incumplimiento que se calcula mediante una fórmula matemática)
 - 3 - Indicadores de Demanda ó Cantidad, que evalúan el uso de los recursos y su gestión con el fin de comparar con los servicios 061 de otras comunidades (nº de pacientes asistidos / 1000 habitantes / año)
 - 4 - Indicadores de Actividad (tiempo de demora en la asistencia a pacientes atendidos)
 - 5 - Indicadores de Estructura, que cuantifican los recursos asistenciales en cuanto a material específico y personal cualificado (disponibilidad de antídotos)
 - 6 - Indicadores Funcionales ó de Proceso, que van a evaluar la calidad del proceso asistencial desde el punto de vista organizativo (uso correcto de un antídoto frente a una situación clínica concreta y un determinado tóxico)
 - 7 - Indicadores Administrativos ó de Resultado, que miden la actividad sanitaria sin entrar en el modo en que se ha realizado (tasas de mortalidad, existencia de partes judiciales en pacientes suicidas, tiempos asistenciales)

PROPUESTA: MAPA DE INDICADORES ESPECIFICOS SELECCIONADOS PARA EL 061 ARAGON

INDICADOR nº 1.- El 061 dispone de un Protocolo asistencial de tratamiento específico y precoz del tóxico responsable de la intoxicación aguda.

INDICADOR nº 2.- El 061 dispone de un botiquín antidótico propio, para el tratamiento del paciente intoxicado.

INDICADOR nº 3.- El 061 dispone de sondas orogástricas de Faucher, para la realización de un lavado gástrico.

INDICADOR nº 4.- En el paciente asistido por una intoxicación por agentes cardiotóxicos, queda constancia documental de la práctica de un ECG.

INDICADOR nº 5.- El 061 dispone de un Protocolo de descontaminación digestiva precoz, en todos los pacientes afectados por una intoxicación medicamentosa aguda grave.

INDICADOR nº 6.- Se indica correctamente la diuresis forzada, en los pacientes afectados por una intoxicación aguda.

INDICADOR nº 7.- La administración de Carbón Activado, como método de descontaminación digestiva, no genera la broncoaspiración del mismo.

INDICADOR nº 8.- Se somete a oxigenoterapia precoz con $FiO_2 > 0.8$ + mascarilla reservorio (si no intubado) ó con FiO_2 de 1 (si intubado), a todo paciente presuntamente intoxicado por Monóxido de Carbono.

INDICADOR nº 9.- Se administra Flumazenilo a pacientes con una Glasgow < 12 ó a los que no han convulsionado previamente en el curso de la intoxicación.

INDICADOR nº 10.- Se administra Naloxona a pacientes que, presuntamente intoxicados, presentan un Glasgow < 12 .

INDICADOR nº 11.- El intervalo de tiempo entre la llamada y la primera asistencia medicalizada (soporte vital, uso de antídotos y descontaminación ocular, cutánea ó digestiva), será inferior a 30 mn en el ámbito urbano ó a 60 mn en el ámbito rural (siempre en función de los recursos disponibles).

INDICADOR nº 12.- La asistencia a un paciente en el que se sospecha desde el Centro Coordinador la existencia de una intoxicación aguda grave (inconsciente/Glasgow < 12 , convulsiones, dosis en niveles tóxicos), se sigue de la movilización de la UVI móvil y/ó del recurso medicalizado disponible más próximo al lugar del Incidente.

INDICADOR nº 13.- La asistencia a pacientes intoxicados por sustancias que condicionan elevada morbimortalidad (CNH, CO, sustancias cardiotóxicas, plaguicidas, etc), se sigue de una prealerta y traslado al hospital útil de referencia (departamento de toxicología y medicina legal).

INDICADOR nº 14.- Se cursa parte judicial en toda asistencia por intoxicación suicida, criminal, laboral, accidental, body packer y stuffer ó cualquier otra que condicione gravemente la vida del paciente.

INDICADOR nº 15.- Se atienden todas las quejas ó reclamaciones relacionadas con la asistencia de un paciente intoxicado.

INDICADOR nº 16.- La mortalidad prehospitalaria por intoxicación medicamentosa aguda, es menor del 1%.

INDICADOR nº 17.- La mortalidad prehospitalaria por intoxicación no medicamentosa aguda, es menor del 3%.

INDICADOR nº 18.- Se cumplimenta un "conjunto mínimo de datos" (CMD), en el informe asistencial del paciente intoxicado.

INDICADOR nº 19.- Se garantiza para el personal médico y de enfermería, la formación continuada en toxicología clínica.

INDICADOR nº 20.- Se potencia la publicación de los trabajos de investigación ó notas clínicas realizados por el personal asistencial.

10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de Abril de 2007

Fecha de finalización: 1 de Junio de 2009

Calendarlo:

1 de Abril a 1 de Julio de 2007:

a) Identificación de problemas y sus causas

Análisis descriptivo y retrospectivo de las variables recogidas en las asistencias prestadas entre el 1 de Marzo de 2000 y el 1 de Diciembre de 2006.

b) Planificación de cambios y acciones de mejora

- Desarrollo de los protocolos de actuación frente a la exposición de los tóxicos más frecuentes en Atención Primaria y selección de los Antídotos de interés en dicho ámbito asistencial.

- Selección del Conjunto Mínimo de Datos (Variables clinicoepidemiológicas), de interés en las Intoxicaciones Agudas Prehospitalarias.

- Propuesta de 20 Indicadores de Calidad Asistencial, específicos para el 061 Aragón.

- El 1 de Julio/2007, se entregan a los equipos sanitarios domiciliarios y las UVIs móviles del 061 Aragón los Protocolos y las Variables asistenciales anteriormente citados, para iniciar su aplicación durante el procedimiento asistencial.

1 de Febrero/2009:

a) Determinación de la utilidad de las nuevas acciones de mejora

- Análisis descriptivo y retrospectivo de las intoxicaciones agudas prehospitalarias asistidas entre el 1 de Julio de 2007 y el 1 de Diciembre de 2008, tras la introducción de los nuevos Indicadores de Calidad.

b) Evidencias de mejora de calidad, respecto al Análisis de 2007.

1 de Junio de 2009:

a) Desarrollo de los resultados obtenidos.

b) Propuesta de organización de un Grupo de Trabajo en Intoxicaciones Agudas Prehospitalarias.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Asesoramiento y formación sobre metodología y herramientas necesarias en las actividades de mejora de calidad.	600
Dotación económica para asistencia a Cursos/Congresos, en los que estén interesados los componentes del Proyecto.	1000
TOTAL	1600

Fecha y firma:

En Zaragoza a 25 de Enero de 2007

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El 061 Aragón ha elaborado un sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a los requisitos que establece la norma UNE-EN-ISO 9001:2000.

La instrucción técnica IT070605 rev.04 de fecha 6 de Noviembre de 2006 hace referencia al control de pedidos y almacén de la UME (Unidades Móviles de Emergencia). En dicha IT se establece que cada unidad dispondrá de un stock de máximos y mínimos que garanticen el estado operativo de la UME durante al menos un mes.

Con el desarrollo de este proyecto se pretende garantizar que el stock disponible en la UME de Monzón sea compatible con este objetivo.

Como método de detección del problema se realiza una reunión de los miembros de la UME de Monzón y se propone a través de una lluvia de ideas una serie de ideas de mejora. De entre todas las ideas surgidas y mediante priorización a través del método de ponderación se ha elegido la presente como una de las 2 ha desarrollar.

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

- Adecuar el sistema de realización de pedidos de la UME de Monzón al sistema de Gestión de la Calidad del 061 Aragón de acuerdo a la instrucción técnica IT070605.
- Garantizar que el stock de fármacos y material fungible se adapte al mantenimiento del estado operativo de la UME de Monzón durante al menos un mes.
- Facilitar una herramienta informática al personal sanitario de la UME de Monzón para la realización del pedido mensual de material fungible y fármacos.

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%	30
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	15
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	40
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- A) Elaborar una base de datos informatizada con el stock máximo y mínimo tanto de fármacos como de material fungible donde se reflejen dichos stocks y el gasto diario producido por la actividad realizada en la UME de Monzón. Se designa a José A. Gallego para la elaboración de dicha base de datos.
- B) Identificar el material y la medicación que ha propuesta del personal sanitario de la UME de Monzón (de acuerdo a la guía farmacoterapéutica del 061 Aragón) se considera necesario para la realización de la actividad sanitaria de esta UME.
- C) Revisión de la base de datos informática para su posible mejora o modificación.
- D) Establecer contacto con los responsables de suministrar material y medicación a esta UME de manera que permita la modificación de la hoja de pedidos para incluirla en el Sistema de Gestión de la Calidad del 061 Aragón (IT070605)

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

- Introducción diaria en la base de datos , del material y fármacos empleados en la actividad diaria de la UME.
- Comprobación diaria del stock existente en la UME de monzón de forma que permita garantizar la realización de las actuaciones sanitarias de esta UME.
- El último martes de cada mes , realización del pedido de material fungible y fármacos de acuerdo a los datos existentes en la base de datos informática de la unidad
- Evaluación a los 6 meses del stock considerado máximo y mínimo para valorar si dicho stock precias ser modificado.
- Al menos cada 2 meses se realizará una reunión de equipo para valorar las posibles incidencias que se puedan producir en la realización de dicho proyecto.
- Durante el mes de Octubre y con carácter anual se procederá a la reevaluación completa del proyecto con el fin de valorar su vigencia y la posibilidad de introducción de mejoras.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio:01/02/2007

Fecha de finalización:01/04/2007

Calendario:

- Del 1 al 10 de Febrero de 2007: Diseño de la base de datos
- Del 11 al 26 de Febrero de 2007: Introducción de los registros correspondientes a los medicamentos y material existente en el almacén de la base de Monzón.
- 27 de Febrero: Realización del primer pedido de acuerdo a los registros de stock y consumo de material y fármacos que consten en la base de datos.
- 28 de febrero al 7 de Marzo: Establecer contacto con los responsables de los servicios proveedores a fin de estudiar la viabilidad del apartado 8D anteriormente descrito.
- Desde el 7 de Marzo se realizarán los controles y actividades señalados en el apartado correspondiente a la evaluación y seguimiento (Apartado 9)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO PARA EVITAR LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LAS UNIDADES MOVILES DE EMERGENCIA DEL 061 ARAGON

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos
Sergio Garcia Murillo

Profesión
DUE

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

Correo electrónico:
mugase@eresmas.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Jose Antonio Gallego Catalán	Médico	UME Monzón
Rafael Castro Salanova	Médico	UME Alcañiz
Eduardo Mir Ramos	DUE	UME Alcañiz

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 importancia de este proyecto radica en que la correcta puesta en práctica de las precauciones de aislamiento constituye una de las estrategias básicas para prevenir la transmisión de infecciones dentro del ámbito de las emergencias extrahospitalarias. Este proyecto pretende ser una herramienta útil que permita incorporar a nuestras prácticas de manera sistemática y sencilla

- el uso de las precauciones estándar en todos los pacientes atendidos
- el uso de precauciones específicas de aislamiento si se identifica o se sospecha una enfermedad infecciosa que ponga en peligro de contaminación al personal y al medio sanitario.

Como método de detección en una reunión con los miembros del equipo de mejora se ha concluido que este es un proyecto de calidad necesario y útil en las unidades de emergencias médicas ya que no existe ningún protocolo de precauciones de aislamiento ante enfermedades infecciosas, a excepción de la nota interior de la Gerencia del 061 "Protocolo de Actuación de los Profesionales Sanitarios ante un caso de Gripe Aviar" (1 de junio de 2006). Además complementa de manera adecuada el objetivo de prevención de la transmisión de infecciones que tiene el proyecto de limpieza y desinfección en emergencias

extrahospitalarias

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Elaboración de un protocolo de "Precauciones de Aislamiento para la Prevención de la Transmisión de Enfermedades infecciosas" que sea útil y de sencilla aplicación en las Unidades de Emergencias Médicas.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Revisión bibliográfica: Rafael Castro y Eduardo Mir
- Consulta a personal competente en la materia: Jose Antonio Gallego y Sergio Garcia
- Puesta en común de información: todos los miembros del equipo de mejora.
- Elaboración del documento final "Precauciones de Aislamiento para la Prevención de la Transmisión de Enfermedades Infecciosas: todos los miembros 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

Indicadores de calidad del proyecto:

- Información de bibliografía de los últimos 10 años
- Información de páginas web de instituciones públicas

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

Calendarario:

- Revisión bibliográfica y consulta a personal competente en la materia del 1 de Marzo al 30 de junio
- Elaboración del documento "PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO PARA EVITAR LA TRANSMISION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LAS UNIDADES MOVILES DE EMERGENCIA DEL 061 ARAGON" del 30 de junio al 31 de octubre.
- Presentación del documento a la Gerencia 061 Aragon con una serie de propuestas de mejora para que se pueda aplicar este proyecto a todas las UMEs del 061 Aragon. A lo largo del mes de noviembre.

11.-PREVISION DE RECURSOS

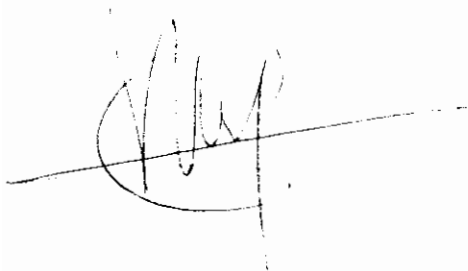
Material/Servicios

Euros

Debido a que el unico recurso que requiere la elaboracion de este proyecto es el tiempo de dedicacion de los participantes, prefeririamos invertir (si fuera posible) el apoyo economico que se nos pudiera conceder en formacion relacionada con las urgencias y emergencias.

Fecha y firma:

30 de enero de 2007



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

CONSENSO DE PAUTAS DE ACTUACIÓN ENTRE SUAP Y UME DE EJEJA.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos M^a MERCEDES NAVARRO AZNAREZ

Profesión DUE EMERGENCIAS

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc) UME EJEJA-061 ARAGON-

Correo electrónico umeejea@salud aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 677975

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANA BELEN MENDOZA BARQUIN	MEDICO	UME EJEJA-061 ARAGON-
ANA ELENA LADRERO LACIMA	DUE	UME EJEJA-061 ARAGON-
ANGELES PARAMIO ANDRES	MEDICO	UME EJEJA-061 ARAGON-
MARTA PALACIOS LASÉCA	DUE	UME EJEJA-061 ARAGON-
ROBERTO ANTÓN RAMAS	MEDICO	UME EJEJA-061 ARAGON-
JESÚS MATEO CLAVERIA	MEDICO	UME EJEJA-061 ARAGON-

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.

Debido a que la necesidad de recursos sanitarios (UME) en ocasiones coinciden en el tiempo, creemos que la importancia de este proyecto viene determinada por la necesidad de :

- ✓ Posibilidad asistencial de pacientes con determinadas patologías urgentes reincidentes y patologías de baja incidencia por parte del personal del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) siempre que la UME no se encuentre disponible, ya que cuentan con los recursos sanitarios para afrontar dicha patología.
- ✓ Unificar protocolos y guías de actuación clínica entre miembros de UME del 061 – Aragón y el SUAP de Ejea de los Caballeros
- ✓ Garantizar una atención sanitaria de calidad en las situaciones anteriormente mencionadas.

Los métodos de detección y priorización se han basado en técnicas de " brainstorming" entre los miembros del equipo y la utilización de informadores clave (serian los miembros del SUAP)

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- ✓ Proporcionar un aumento de la calidad asistencial de los pacientes al beneficiarse desde un primer momento de un determinado tratamiento sin necesidad de demoras.
- ✓ Unificar criterios de actuación entre el personal del SUAP y la UME de Ejea.
- ✓ Difusión y extensión del proyecto a otros centros de salud de nuestra zona de cobertura

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

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

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

8 - METODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ✓ Realizar una serie de pautas de actuación ante determinados pacientes con patologías poco frecuentes pero reincidentes y situaciones que debido a su escasa frecuencia sea más difícil su manejo.
- ✓ Elaborar algoritmos de actuación de rápida visualización.
- ✓ Confeccionar fichas individuales de consulta de pacientes con patologías 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. Número de protocolos o algoritmos elaborados.
- ✓ 2. Número de pacientes incluidos en registro.

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: Febrero 2008

Caleandario:

- ✓ 1-31 de Marzo .Comunicación al personal del SUAP de Ejea del proyecto a desarrollar , e intercambio de ideas. Recopilación de datos de pacientes con patologías frecuentes pero reincidentes.
- ✓ 1-30 de Abril. Realización de algoritmos ó pautas de actuación.
- ✓ 1 de Mayo–31 de Diciembre .Puesta en marcha.
- ✓ 1-31 de Enero .Estudio y análisis de resultados

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA**1. Importancia.**

La mejora de los procesos organizativos que inciden en servicio recibido por los pacientes, es una forma para la aproximación al modelo de excelencia EFQM.

2. Identificación del problema.

Hemos venido apreciando pérdida de información necesaria para evaluar calidad asistencial.

Para la evaluación de la calidad de los procesos asistenciales, necesitamos monitorizar distintos datos que se recogen en la bibliografía.

3. Análisis de las causas.

Esta falta de información es debida a diferentes causas, nos hemos centrado en las causas dependientes de organización interna y los déficits estructurales.

- Las hojas de recogida de datos no están actualizadas, faltan datos que otros servicios usan como indicadores de calidad.
- No existe informatización de estos datos para su proceso y valoración.
- No existe material informático para la introducción de estos datos t su almacenamiento.

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

- Aplicación de experiencias llevadas a cabo con éxito en otros centros del extranjero.
- Aproximación al modelo de excelencia (EFQM)
- Mejora de los procesos organizativos que inciden en servicio recibido por los pacientes.
- Oportunidad de mejora detectadas en la evaluación del contrato de gestión firmado.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Revisión de las hojas de registro de datos de otros servicios que realizan nuestra misma labor. Y conocer que indicadores utilizan para valorar la calidad de su asistencia. (Responsable: Iñigo Soteras Martínez, Gema Urzola)
2. **Discusión y elaboración de la Hoja de Registro actualizada de las actuaciones realizadas a los accidentados en montaña por la Unidad de Rescate en Montaña de 061 Aragón.** (Responsable: Miguel Bernabé Carlos, Gema Urzola)
3. **Informatización de los datos registrados.** (Responsable: Miguel Bernabé Carlos, Gema Urzola)

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

Elaboración de la Hoja de Registro: Se realizara una Hoja de registro provisional y se valorará por los médicos durante una semana. Indicador (acertada , no acertada). En caso que sea su valoración no acertada, se volverá a realizar una nueva reunión para discutir los motivos.

Informatización de los datos: Se realizara un programa informático provisional y se valorará por los médicos durante una semana. Indicador (acertada , no acertada). En caso que sea su valoración no acertada, se volverá a realizar una nueva reunión para discutir los motivos.

Monitorización:

% de Hojas de registro cumplimentadas. (100%)

% de nuevos ítems cumplimentados. (100%), (p.e. índice de gravedad (N.A.C.A), dificultad del terreno)

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero de 2007

Fecha de finalización: Diciembre de 2007

Revisión de las hojas de registro de otras unidades.(Enero-Febrero 2007)

Discusión y elaboración de la Hoja de Registro actualizada. (Marzo-Mayo 2007)

Informatización de la hoja de registro.(Junio 2007-Noviembre 2007)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Calidad Asistencial en el Infarto Agudo de Miocardio.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

INMACULADA MOLINA ESTRADA

Profesión

MÉDICO

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

061-ARAGÓN. UME-FRAGA

Correo electrónico:

imolinazgz@gmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

974 47 13 81

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
EVA Mª SEBASTIÁN ROMERO	MÉDICO	061-ARAGÓN
ANA CERDÁN SANZ	ENFERME RA	061-ARAGÓN
PILAR LAGUARTA COARASA	MÉDICO	061-ARAGÓN
CARMEN HERRANDO CUGOTA	ENFERME RA	061-ARAGÓN
AURELIO GARCIA LOBERA	MÉDICO	061-ARAGÓN
MANUEL ECHÁNIZ SERRANO	ENFERME RO	061-ARAGÓN
BELÉN CORTÉS GAYARRE	MÉDICO	061-ARAGÓN
ANA CASANOVA ROYO	ENFERME RA	061-ARAGÓN

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Nuestro objetivo es estudiar a los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Fraga que hayan sufrido en el pasado Infarto Agudo de Miocardio (código 410 del CIE-9), obtener su registro electrocardiográfico de base tras el evento cardiovascular, con el fin de llevarlo en la Unidad Móvil de Emergencias (UME) junto con otros datos de la historia clínica de estos pacientes (antecedentes, tratamiento,...), para poder compararlo en caso de ser atendidos por nuestra unidad por un episodio similar. Actualmente no existe ningún registro como el que deseamos llevar a cabo con este programa de calidad.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El poseer dicho registro informatizado en el momento de atender al paciente que consulta por dolor torácico o equivalente, resultaría muy útil y evitaría tratamientos y traslados innecesarios a centros hospitalarios. Todo ello contribuye a aumentar la satisfacción del paciente por recibir una atención integral, interdisciplinaria y continua, así como a disminuir el coste del proceso asistencial al evitar medidas terapéuticas y traslados innecesarios. Dicho estudio, una vez que se posea la infraestructura necesaria, podría hacerse extensivo al resto de pacientes de similares características del resto del Área 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%	25%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	25%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	30%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	20%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Tras establecer contacto con el Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Fraga, solicitaremos una autorización para poder revisar las Historias Clínicas de los pacientes sujeto de nuestro estudio. Les será enviada una carta a los pacientes, informándoles de nuestro proyecto y solicitando su consentimiento para participar en el estudio.

Tras revisar las historias, en aquellos en que se ratifique el diagnóstico de IAM comprobaremos que existe un registro ECG reciente (inferior a dos años). En caso de tenerlo lo adjuntaremos a nuestra base de datos, y en los casos en que no exista por la circunstancia que sea, les realizaremos uno que será igualmente incorporado.

Así mismo recogeremos los siguientes datos: nombre y apellidos del paciente, antecedentes personales, alergias medicamentosas, fecha del evento cardiovascular agudo, tratamientos, existencia o no de voluntades anticipadas.

Todo ello será informatizado y tratado con el programa adecuado, volcando dicha información a un ordenador portátil que llevaremos en el vehículo.

Haremos una copia de seguridad de dicha carpeta y la guardaremos según la ley de protección de datos.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Indicadores:

- a) % de pacientes con diagnóstico de IAM incluidos en nuestro registro que tengan realizado dicho electrocardiograma.
- b) Número de pacientes incluidos en el estudio que en el periodo de seguimiento hayan sido asistidos por nuestra unidad por el motivo dolor torácico o equivalente, y que se haya valorado la indicación de tratamiento fibrinolítico y/o indicación de traslado a un centro hospitalario basándonos en criterios clínicos y electrocardiográficos.
- c) % de pacientes satisfechos con el estudio.

Los indicadores seleccionados, se obtendrán y monitorizarán durante 4 meses. En el supuesto de que haya casos nuevos susceptibles de ser incluidos, el Coordinador del Centro de Salud de Fraga se lo comunicará a la coordinadora del programa.

Los indicadores del apartado a) se monitorizarán a los 4 meses del inicio.

Los indicadores de los apartados b) y c), se evaluarán un año más tarde.

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: Junio de 2008

Una vez dispongamos de la infraestructura necesaria se precederá de manera correlativa en el tiempo según el siguiente calendario:

- Redacción y envío de la carta al Coordinador del Centro de Salud de Fraga solicitando autorización para consultar sus Historias Clínicas. Redactar y enviar la carta a los pacientes. 1 mes
- Revisión de historias, comprobación de diagnósticos, recogida de datos clínicos y de filiación. 2 meses.
- Elaboración de la encuesta de satisfacción. 4 meses
- Citar a los pacientes y realizar los electrocardiogramas y la encuesta de satisfacción. 4 meses
- Tratamiento informatizado de los datos y registros obtenidos. 1 mes
- Evaluación de los indicadores. 1 mes

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...

Controlar el seguimiento de la adquisición de bienes: suministros, servicios y obras

Mejorar el control efectivo sobre los recursos utilizados.

Evaluación inicial y continuada.

La situación de partida es el inicio de la certificación ISO-9000

Las fuentes con que se pretende realizar el trabajo son el seguimiento de las incidencias y de las acciones correctivas llevadas a cabo.

También los informes de la actividad de los contratistas.

Seguimiento de los pliegos técnicos y de PCAP.

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

Información puntual y exacta del servicio real que nos dan los proveedores y contratistas.

Clasificación de los mismos en orden a la prioridad que se les ha otorgado.

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

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

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

- Responsable gestión económica:
 1. Seguimiento mensual de las incidencias, acciones correctivas de suministros.
 2. Informe mensual del cumplimiento de contratistas de su área de trabajo.

- Responsable de Farmacia:
 1. Seguimiento mensual de las incidencias, acciones correctivas de suministros

- Responsable Informática:
 1. Informe mensual del cumplimiento de contratistas de su área de trabajo.

- Jefes de Conductores
 1. Informe mensual del cumplimiento de contratistas de su área de trabajo.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Cuantificación incidencias
2. Clasificación por categorías de los proveedores (A,B,C,D).

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01/03/07

Fecha de finalización: 30/11/07

Calendario:

