

INDICE PROYECTOS CALATAYUD 2006

042_2006 “Mejora de control de los pacientes terminales durante la atención continuada” del CS de Morata de Jalón	Pág. 2 a 7
074_2006 “Programa de dotación adecuada en material sanitario y medicación de urgencia de los consultorios médicos. Protocolos para su óptima gestión y atención al paciente de urgencia (act-57” del CS de Illueca	Pág. 8 a 10
075_2006 “Iniciar y/o completar el calendario vacunal antitetánico de pacientes tratados en cirugía menor en el Centro de Salud de Illueca (act-58)	Pág. 11 a 13
014_2006 “Implantación de un programa de atención farmacéutica a pacientes de alta hospitalaria: programa infowin” del H. Ernest Lluch	Pág. 14 a 17
015_2006 “Valoración geriátrica integral del paciente mayor ingresado en un Servicio de Medicina Interna” del H. Ernest Lluch	Pág. 18 a 21
168_2006 “Evaluación de los cuidados de enfermería que se relacionan con una reducción de la incidencia de úlceras faciales en pacientes sometidos a ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE)” del H. Ernest Lluch	Pág. 22 a 27
169_2006 “Actualización y estandarización de protocolos y procedimientos de enfermería en Hospital Ernest Lluch”	Pág. 28 a 33
171_2006 “Cirugía menor en dermatología en el Sector de Salud de Calatayud” del H. Ernest Lluch	Pág. 34 a 39
173_2006 “Vía clínica de atención al paciente con cáncer cutáneo en el Sector de Salud de Calatayud” del H. Ernest Lluch	Pág. 40 a 44

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE CONTROL DE LOS PACIENTES TERMINALES
DURANTE LA ATENCIÓN CONTINUADA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos José Manuel Plana Puig

Profesión Médico Centro de trabajo Morata de Jalón

Correo electrónico: buzsan.mora.cala@salud.aragon.es

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Santiago Peña de Miguel	Médico	Morata de Jalón
Gonzalo Casañal Quintana	Médico	Idem
Álvaro Paz	Médico	idem
Aurita Auría Lamban	Médico	idem
M ^a Eugenia Delfa	Médico	idem
Rafael Florit Lluch	Médico	idem
Arturo Siles Rojas	Médico	idem
Lourdes Lapiedra Puig	Médico	idem
Raquel Marín Lázaro	DUE	idem
Ana Redrado Lacasa	DUE	idem
Lidia Samperiz Castanera	DUE	idem
Berta Sos Royo	DUE	idem
María Plana Turmo	DUE	Idem
Amalia Gabarda Vila	Admin	idem

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Se constata por observación que la comunicación entre los profesionales sanitarios con pacientes afectos de enfermedad terminal, y los profesionales que cubren la atención continuada, se realiza de forma oral no reglada. De la misma manera ocurre en sentido inverso.

De forma que no siempre aparece reflejadas en la historia clínica las actuaciones durante la atención continuada.

Con el sistema actual, no es fácil localizar los registros de atención continuada, para que consten en la historia clínica.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1º/ Que los profesionales de Atención Continuada cuenten con información precisa sobre los pacientes terminales.

- a) Antecedentes (familiares, personales y de la enfermedad actual)
- b) Tratamientos actuales y previsiones de rescate en caso de aparición de dolor u otras complicaciones.

2º/ Que los profesionales de Cabecera tengan información precisa, y que esta conste en la historia de las complicaciones aparecidas y del tratamiento prescrito.

3º/ Adaptación de los protocolos de atención a estos pacientes (dolor, ansiedad, etc.) a nuestra situación concreta,

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

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

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

Falta de historia clínica en el centro de salud de los pacientes de consultorios periféricos.

Pacientes habitualmente atendidos en su domicilio, en situación de ansiedad de los cuidadores, por lo que es fácil la pérdida de documentación entregada en el lugar.

Falta de un proceso específico, que garantice el traslado de la información de unos profesionales a otros y a la historia clínica.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1) Elaboración de un registro en el Centro de Salud, en el que consten los datos fundamentales de la historia clínica de los pacientes de consultorios periféricos.
- 2) De un proceso, que garantice que los profesionales de atención continuada conozcan rápidamente si un paciente esta incluido en esta cartera de servicio.
- 3) Otro proceso que garantice que la información de las actuaciones de los profesionales, sean conocidas por los otros profesionales implicados, y que consten en la historia clínica.
- 4) Puesta al día, actualización y adecuación a las peculiaridades de Centro de Salud, de los protocolos de actuación sobre estos enfermos.

Los responsables del proyecto son los mismos del encabezamiento.

9.- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Preveemos la elaboración de los procesos antes del 28/2/2006 y su puesta en funcionamiento durante el mes de marzo .

Realizar evaluación mensual de su seguimiento el primer año por parte del responsable y trimestral por todo el equipo.

Una vez implantado, evaluación por parte de todo el equipo anual, y por parte de responsables establecidos al efecto también anual, pero separada seis meses de la evaluación anterior.

Con lo que el proyecto tendrá evaluación de control semestral.

INDICADORES:

Proporción de pacientes terminales incluidos en el proceso sobre el total de estos.

Proporción de actuaciones sobre ellos que consten en la historia clínica, sobre el total que conste en el libro registro de urgencias.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 15/01/2006

Fecha de finalización: 15/10/2006

Calendario:

28/02/2006	Elaboración del proyecto
marzo 2006	Puesta en marcha.
Finales de mes	Evaluación periódica por parte de los responsables
15/10/2006	Evaluación por parte de todo el equipo y su implantación definitiva

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

Programa de dotación adecuada en material sanitario y medicación de urgencia de los consultorios médicos. Protocolos para su óptima gestión y atención al paciente de urgencia.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos -Iziar Alonso Urreta

Profesión - farmacéutica

Centro de trabajo - C.S. Illueca

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: febrero 2.005

Fecha de actualización: febrero 2.006

4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

- ◆ Cambia la responsable del proyecto porque consideramos que hacer rotar este cargo favorece la cohesión e implicación de cada uno de los componentes del grupo
- ◆ Se incluyen en el equipo Javier Navarro, médico y Eva Tobajas Señor, enfermera, ambos del Equipo del C.S. de Illueca
- ◆ Las fechas previstas para el proyecto de 2.005 se modifican para poder completar la elaboración de indicadores. Las variaciones incluyen:
 - enero de 2.006: recoger las encuestas finales pendientes para determinar los indicadores y realización de un nuevo análisis de situación sobre el que llevar acabo las actuaciones de este año 2.006.
 - Febrero-marzo 2.006: recopilación de información y realización de protocolos de atención al paciente de urgencia. Entrega de los mismos a los profesionales cuando estén preparados.
- ◆ Para la elaboración de los indicadores y ajustes del programa 2.006 se realizará una encuesta en noviembre.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- 1-Análisis de la situación y sus posibles causas con una encuesta inicial a los profesionales del C. S.
- 2-Planificación de las acciones de mejora desde los datos obtenidos proponiendo listados de dotación mínima de material sanitario y medicación de urgencia para los consultorios
- 3-Dotación de los consultorios acorde listado de dotación mínima de material y medicación
- 4-Domunicación de los cauces para la obtención de material y entrega del protocolo de gestión elaborado en el área
- 5-Verificación de la utilidad del proceso con una encuesta final a los profesionales, completada por una parte de ellos únicamente, con determinación parcial de indicadores y finalmente proposición de los ajustes necesarios al programa.

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- a- Obtención de datos reales sobre la situación inicial.
- b- Gestión adecuada de los recursos materiales disponibles
- c- Acceso a material de manera rápida por parte del profesional responsable (titular o sustituto)
- d- Atención de urgencia a los pacientes en los consultorios de mayor calidad
- e- Aumento de la confianza de los profesionales ante el abordaje de situaciones de urgencia en los consultorios
- f- Mejorar la imagen de seguridad ante los pacientes que acuden a los consultorios
- g- Reducción del tiempo dedicado a la dotación de urgencia de los consultorios por parte de los profesionales implicados al estar protocolizado
- h- Generación de una comunicación más fluida entre los distintos profesionales implicados al crearse cauces para ello
- i- Adquisición de habilidades y experiencia en programas de calidad por parte de los profesionales que intervienen en el programa.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

Enero de 2.006: recoger las encuestas finales pendientes para determinar los indicadores y realización de un nuevo análisis de situación sobre el que llevar acabo las actuaciones de este año. Recordatorio de la dotación mínima en material y medicamentos para los consultorios (con los ajustes que pudieran derivarse del análisis) junto con los cauces para su obtención

Febrero-marzo de 2.006: recopilación de información y realización de protocolos de atención al paciente de urgencia. Entrega de los mismos a los profesionales cuando estén preparados

Noviembre de 2.006: realización de encuesta de estado, elaboración de indicadores y ajustes.

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

- 1 - Dificultad para coordinar horarios de los componentes del equipo de mejora para realizar el trabajo propuesto
- 2 - El cambio de profesionales del Centro de Salud como consecuencia de los traslados de personal
- 3 - Falta de motivación de los profesionales para realizar la encuesta final dirigida a la elaboración de indicadores del programa, tras actualizar la dotación de sus consultorios
- 4 - Mayor complejidad de la esperada para reunir información y elaborar los protocolos de atención al paciente de urgencia

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Protocolos de atención al paciente de urgencia informatizados	
Formación en calidad para estímulo y aumento de conocimientos de los profesionales que intervienen en el programa	
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

Iniciar y/o completar el calendario vacunal antitetánico de pacientes tratados en cirugía menor en el Centro de Salud de Illueca.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos - Mercedes Gallel Urgel

Profesión - Enfermera

Centro de trabajo - C. S. Illueca

3.- FECHA DE INICIO Y DE ACTUALIZACIÓN

Fecha de inicio: febrero de 2.005

Fecha de actualización: febrero de 2.006

4.- AJUSTES RESPECTO AL PROYECTO PRESENTADO

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

Ninguna

5. ACTIVIDADES REALIZADAS HASTA EL MOMENTO

- ◆ Encuesta sobre la situación vacunal antitetánica a cada paciente que ha sido atendido en cirugía menor en el Centro de salud e información sobre la importancia de estar vacunado contra el tétanos.
- ◆ Inicio o completado de su pauta vacunal en caso necesario
- ◆ Entrega al paciente por escrito de las fechas y dosis administradas y las fechas de próximas dosis (tarjeta VAT)
- ◆ Registro por escrito tanto de las encuestas como de las medidas adoptadas

6. RESULTADOS CONSEGUIDOS HASTA EL MOMENTO

- ◆ Mayor grado de cumplimiento de la pauta vacunal antitetánica de los pacientes que acceden a los servicios del Centro y consecuentemente la prevención de posteriores problemas de salud.
- ◆ Incremento de la concienciación de la población respecto a la importancia de estar vacunado contra el tétanos.
- ◆ Aumento de la seguridad de las intervenciones de cirugía menor.
- ◆ Dotación a la actividad de cirugía menor de un valor añadido que complementa los servicios ofrecidos por el Centro de Salud.
- ◆ Adquisición de habilidades y experiencia en programas de calidad por parte de los profesionales que intervienen en el programa.

7. CALENDARIO DE ACCIONES PENDIENTES

- ◆ Enero a noviembre de 2.006: continuación del seguimiento a los pacientes.
- ◆ Diciembre de 2.006: recogida de datos, elaboración de indicadores, valoración y ajustes.

8. PROBLEMAS ENCONTRADOS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Ninguno reseñable.

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

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo
Formación en calidad para estímulo y aumento de conocimientos de los profesionales que interviene en el programa.	
TOTAL	Rellenar exclusivamente en caso de presentar a una convocatoria del Programa de Apoyo

Fecha y firma:

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Existen pacientes que al darles el alta hospitalaria son susceptibles de recibir una información especial acerca de su tratamiento para que puedan comprenderlo mejor y de esta forma aumentar su adherencia al tratamiento.

Estos pacientes serían los pacientes de mayor edad y politratados (en tratamiento con 5 o más fármacos simultáneamente) y que por ello puedan tener dificultades para la comprensión correcta de su tratamiento.

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

Realizar un informe que refleje los fármacos que el paciente va a llevar al alta hospitalaria y de esta forma aumentar la adherencia al tratamiento de los pacientes ancianos y polimedcados que se van de alta del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Implantar el programa informático infowin (farmacéutico) durante el año 2006 en una experiencia piloto, y si funciona continuar en años sucesivos.
Responsable: M^a Ángeles Allende Bandrés.

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

% de informes de alta = n° de informes de alta realizados *100/ n° total de altas

% de detección de errores de medicación= n° de errores detectados *100/ n° total de informes realizados

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: 1-1-2004

Fecha de finalización:31-12-2004

Calendario:

Enero: Implantación del programa informático y puesta en común de las directrices a seguir entre los Servicios clínicos y el Servicio de Farmacia.

Febrero: Comienzo de la actividad en colaboración con el Servicio de Medicina Interna.

Febrero-Marzo: Ir ampliando la utilización de este programa en los demás servicios del hospital.

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...

Una gran parte de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna son personas mayores, con pluripatología, además muchas de estas enfermedades son crónicas, como la insuficiencia cardiaca o broncopatía crónica, con un empeoramiento progresivo lo cual implica un deterioro en las capacidades de nuestros pacientes. Como consecuencia de la propia edad suelen presentar cierto grado de deterioro cognitivo, que puede ser desde ligero hasta grave, que unido a la pluripatología y polifarmacia, contribuye a la pérdida funcional. Tampoco debemos olvidar que la población de nuestro sector es básicamente rural, vive en núcleos pequeños, en ocasiones con poco apoyo familiar, con el problema social que todo ello genera. Por todo ello, para mejorar la calidad de la atención ofrecida a nuestro pacientes-usuarios proponemos un proyecto de mejora de la calidad basado en la valoración integral de los pacientes mayores ingresados en nuestro servicio de medicina interna, a través de instrumentos que valoran la comorbilidad, la situación de las actividades de la vida diaria, el nivel cognitivo y la presencia de síndromes geriátricos. La información así obtenida debe quedar reflejada en los informes de alta para que pueda llegar a otros niveles asistenciales, especialmente la atención primaria, para una mejor coordinación y atención entre niveles asistenciales. Si conocemos mejor las características de nuestra población podremos proporcionar una atención más adecuada a sus necesidades e identificar otras posibles áreas de mejora en las que desarrollar nuevas acciones en el futuro.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Obtener una valoración médica integral de los pacientes mayores de 75 años ingresados en nuestro servicio de medicina interna.
2. Detectar pacientes con riesgo o presencia de problemas geriátricos en los que llevar a cabo intervenciones más completas.
3. Mejorar la información geriátrica en los informes de alta.
4. Identificar nuevas áreas de intervención en la atención a los pacientes mayores.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Al ingreso de los pacientes en nuestro servicio se realizará una valoración de diferentes áreas por parte de los médicos internistas y enfermeras del servicio a través de los siguientes instrumentos (Ver anexo):

1. Capacidad funcional: Índice de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria.
2. Capacidad cognitiva:
Cuestionario de Pfeiffer, como test de cribado.
Mini mental state examination, como test de confirmación de deterioro cognitivo.
3. Valoración nutricional: determinación de albúmina, colesterol total y LDL y linfocitos.
4. Comorbilidad: Índice de Charlson.
5. Pronóstico: Índice de Walter.
6. Identificación de síndromes geriátricos: caídas, incontinencia, demencia, trastorno conductuales asociados a demencia, delirium, trastornos de la marcha, alteraciones sensoriales.

Los resultados obtenidos deben quedar reflejados en la historia clínica y ser incluidos en el informe de alta, siendo responsable de todo ello cada uno de los médicos internistas responsables de la atención del paciente y que forman el servicio de Medicina Interna del Hospital Ernest Lluch.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. Porcentaje de pacientes con valoración integral. Objetivo: > 75 %.
2. Porcentaje de áreas valoradas en cada paciente. Objetivo: > 75 %.
3. Porcentaje de informes de alta en pacientes mayores de 75 años con información geriátrica. Objetivo >75 %.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de enero de 2006	Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2006
-------------------------------------	--

Calendario:

Enero: divulgación del programa entre los médicos del servicio.

Febrero- diciembre: realización del proyecto.

Diciembre: recopilación de datos, evaluación de los resultados y revisión de lo conseguido.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE SE RELACIONAN CON UNA REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ULCERAS FACIALES EN PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE) DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Natalia Casanova Cartié

Profesión

Supervisora UCE

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

Hospital Ernest Lluch

Correo electrónico:

ncasanova@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 88 41 33

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
EVA PEREZ SANZ	DUE	Hospital Ernest Lluch
TERESA DEL VILLAR CRUZ	DUE	Hospital Ernest Lluch
JOSE ANTONIO GRASA LANAU	DUE	Hospital Ernest Lluch
RAQUEL VALLS GARCÍA	DUE	Hospital Ernest Lluch
ASUNCIÓN VALIENTE ROYUELA	DUE	Hospital Ernest Lluch
YOLANDA MENDIARA BERBIELA	DUE	Hospital Ernest Lluch
ANA BALLANO DE MIGUEL	DUE	Hospital Ernest Lluch

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 uso cada vez más frecuente de la Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI) como alternativa eficaz y de menor riesgo que la Ventilación Mecánica Invasiva para el tratamiento del fallo respiratorio agudo o la reagudización de la enfermedad obstructiva pulmonar, no está exento de la aparición de complicaciones, que afectan directamente a la calidad de vida del paciente, a la evolución del proceso patológico y a la eficiencia en la utilización de recursos. Muchas de estas complicaciones podrían prevenirse, o al menos limitarse, con unos cuidados de enfermería adecuados.

Una de las complicaciones prevenibles (Hibbs P.1987) (Waterlow J. 1996) más frecuentes por el uso de la VMNI son las úlceras faciales. En el mercado existen distintos tipos de mascarillas y apósitos, que se utilizan sin ningún criterio establecido, para la prevención de las úlceras faciales asociadas a la VMNI. La evaluación de los cuidados de enfermería (o la combinación de factores) que se asocian a una menor incidencia de esta complicación nos puede permitir una reducción importante de los riesgos para estos pacientes y una mayor eficiencia en el uso de recursos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

Los objetivos de este proyecto son:

- Analizar las medidas preventivas que se asocian a un mejor pronóstico en la aparición de úlceras faciales en pacientes sometidos a VMNI.
- Conocer las indicaciones y la tasa de utilización de la VMNI en nuestra Unidad
- Analizar las características epidemiológicas de la población susceptible de VMNI /sometida a VMNI en la UCE
- Analizar la incidencia de otras complicaciones asociadas al uso de VMNI en nuestra Unidad

Para ello nos pusimos en contacto con José Verdú Soriano (Profesor Titular de Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante y Miembro del Comité director del GNEAUPP) y con Pablo López Casanova (Coord. Unidad Interdisciplinar Heridas Crónicas. Departamento de Salud 20 de la Agencia valenciana de Salud) ambos interesados en investigar en los cuidados de enfermería asociados a la VMNI.

Decidimos comenzar un estudio de investigación conjunto entre el Hospital Ernest Lluch y el Hospital General Universitario de Elche, para conocer el estado actual de la incidencia de UPP en pacientes sometidos a VMNI y posteriormente poder implantar estrategias de prevención.

Para ello, hemos elaborado una hoja de recogida de datos para monitorizar la incidencia de UPP relacionadas con VMNI en ambos hospitales.

En Diciembre de 2005 dió comienzo la recogida de datos, que tendrá fin en el momento en el que dispongamos de un número estadísticamente significativo.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**Objetivo principal:**

- Analizar las medidas preventivas que se asocian a un mejor pronóstico en la aparición de úlceras faciales en pacientes sometidos a VMNI.

Objetivos secundarios:

- Conocer las indicaciones y la tasa de utilización de la VMNI en nuestra Unidad
- Analizar las características epidemiológicas de la población susceptible de VMNI /sometida a VMNI en la UCE
- Analizar la incidencia de otras complicaciones asociadas al uso de VMNI en nuestra Unidad

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%	50%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	25%	20%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	10%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Tipo de estudio: estudio observacional, prospectivo
- Actividades, responsables y cronograma:
 - o Seguimiento de los pacientes sometidos a VMNI en la Unidad de cuidados especiales del Hospital Ernest Lluch: características epidemiológicas, indicaciones, utilización, cuidados aplicados, aparición de complicaciones.....
 - Personal de enfermería UCE
 - o Análisis de los resultados
 - Grupo de mejora, Medicina Preventiva
 - o Establecer estrategia preventiva de cuidados de enfermería para la reducción de complicaciones
 - Grupo de mejora

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Evaluación:

- La recogida de datos se realizará en 2006 y la evaluación del proyecto se realizará en el primer trimestre de 2007
- Se realizará estudio descriptivo sobre las indicaciones, tasa de utilización, frecuencia de complicaciones, cuidados aplicados...
- Para el análisis de los cuidados asociados a una menor frecuencia de complicaciones ajustando por el resto de factores se realizará análisis multivariante

Indicadores:

- Motivos que justificaron la indicación
- Tasa de utilización:
 - o % de pacientes ingresados en UCE a los que se les aplicó la tecnología
 - o % de pacientes ingresados en UCE con fallo respiratorio agudo o la reagudización de una enfermedad obstructiva crónica a los que se aplicó VMNI
 - o % de pacientes a los que se les aplicó VMNI respecto al total de pacientes a los que se les aplicó ventilación mecánica
- % de complicaciones
- Tiempo hasta la aparición de las complicaciones
- Factores asociados a menores tasas de complicaciones
- Tolerancia al tratamiento
- Elaboración de un protocolo de cuidados de enfermería
- Elaboración protocolo de indicaciones, tiempo de utilización...de VMNI

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

- Recogida de datos: Durante 2006, hasta la adquisición de un número estadísticamente significativo
- Evaluación del proyecto: Junio y Diciembre 2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ACTUALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL ERNEST LLUCH

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

NATALIA CASANOVA CARTIÉ

Profesión

RESPONSABLE CALIDAD ENFERMERÍA

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

H.ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

Correo electrónico:

Ncasanova @salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 88 09 64

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
CRISTINA DE MARCO MURO	Supervisora Enfermería C	H.ERNEST LLUCH
M ^a PAZ SIMÓN APARICIO	Supervisora Enfermería B	H.ERNEST LLUCH
PILAR MORENO GARCÍA	Supervisora Enfermería A	H.ERNEST LLUCH
PILAR MORENO HERNÁNDEZ	Supervisora Radiología	H.ERNEST LLUCH
CARMEN PARDOS PASCUAL	Supervisora Laboratorio	H.ERNEST LLUCH
MANUELA BARANDA JEREZ	Supervisora Materno-Infantil	H.ERNEST LLUCH
VICTORIA SALVADOR I TENA	Supervisora Urgencias	H.ERNEST LLUCH
ROSA MARTINEZ GRACIA	Supervisora Obstetricia	H.ERNEST LLUCH
CRUZ ESTEBAN GUAJARDO	Supervisora Hemodiálisis	H.ERNEST LLUCH
CARMEN JIMÉNEZ IHUARBEN	Supervisora Quirófano	H.ERNEST LLUCH
ESPERANZA CLEMENTE SALA	Supervisora Preventiva	H.ERNEST LLUCH
TERESA SOLER GIMENO	Supervisora C.Externas	H.ERNEST LLUCH

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 variabilidad en la práctica clínica, entendida como diversidad no justificable por el conocimiento científico o la epidemiología de un problema de salud, sino que es reflejo de las idiosincrasias de los profesionales o del entorno sanitario, es una fuente importante de no-calidad. Esta diversidad inapropiada puede esconder, en algunos casos, un uso ineficiente de recursos, pero lo siempre representa es un problema de calidad asistencial.

La elaboración de planes de cuidados, protocolos o guías clínicas que establezcan un modelo óptimo de asistencia, nos va a permitir mejorar la calidad de la asistencia que prestamos. La estandarización cuidados basada en el desarrollo de planes de cuidados, protocolos, guías o recomendaciones, conduce a la necesidad crítica de evaluar científicamente y objetivamente los resultados de los cuidados de enfermería, sobre todo cuando se utilizan diferentes aproximaciones para un mismo problema de salud. El resultado de esta evaluación puede plasmarse finalmente en documentos que mejoren la atención, evitando diferencias basadas en criterios personales no suficientemente contrastados, que puedan producir resultados diferentes de salud para el paciente o variaciones injustificables en el coste.

La revisión, unificación, actualización y estandarización de los cuidados de enfermería que se prestan en el hospital, basándolos en la mejor evidencia científica disponible, va a redundar directamente en una mejora de la asistencia prestada al paciente. Además debe servir como elemento motivador para el personal de enfermería y debe suponer una herramienta que facilite la realización adecuada de los cuidados y la formación y la integración al trabajo del personal de nueva incorporación.

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 objetivo que nos planteamos con este proyecto de mejora fue la actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería del Hospital Ernest Lluch, la modernización de su formato, la unificación en todas las unidades y la creación de un acceso informático desde todas las unidades.

Para ello, recopilamos un total de 215 protocolos y procedimientos distintos, dispersos por el Hospital, detectando la gran variabilidad de información existente sobre un mismo protocolo en las distintas unidades de Enfermería.

Además, comprobamos que la mayoría de ellos fueron revisados por última vez en 1995 y que sólo un número mínimo cumplían los requisitos establecidos para la elaboración de protocolos como es el estar basados en la evidencia existente o simplemente recoger datos como fecha de actualización y bibliografía.

Este sondeo nos hizo decidir el abordaje de un número limitado de protocolos pero que sin embargo estuviesen bien elaborados, se ajustasen a la realidad de nuestro Sector de salud y fuesen conocidos por todo el personal de enfermería del Sector.

Decidimos comenzar por el protocolo de Úlceras por presión (UPP) y para ello formamos una Comisión en la que participan 5 enfermeras del Hospital y 3 de Atención

Primaria. La Comisión se reunió por primera vez en Abril de 2005 y su actividad ha sido la siguiente:

- Formar a los propios miembros de la Comisión en el tema de UPP a través de:
 - Sesiones impartidas por enfermeros expertos en el tema (Daniel Andrés Checa, profesor de Enfermería Geriátrica de la Universidad Cardenal Herrera-CEU-Valencia)
 - Asistencia al Congreso sobre "La práctica clínica en la preparación del lecho de la herida" (Bilbao, 1 Abril 2005)
 - Asistencia a la 4ª Escuela de verano del Grupo para el Estudio y Asesoramiento en UPP y heridas crónicas (GNEAUPP) en Mogro del 30 Junio al 2 de Julio de 2005
 - Asistencia al 2º Encuentro nacional de comisiones de UPP (Previsto para el 16-17 de Noviembre de 2005)
- Realizar el protocolo de UPP y la hoja de recogida de datos del seguimiento y evolución de las UPP: Finalizado en Septiembre de 2005
- Formar al mayor porcentaje posible de enfermeras y auxiliares de enfermería del sector, a través de varios talleres entre el 4 y el 20 de Octubre.
- Una vez conocido el protocolo por el personal de enfermería del Sector, ponerlo en funcionamiento en el Hospital en Noviembre de 2005.
- Poner en marcha el Alta de enfermería a pacientes con UPP en Noviembre de 2005. Este alta se realizará en soporte informático y como novedad incluirá el diagnóstico enfermero.
- Elaborar en plan de Cuidados de las UPP siguiendo el modelo de Virginia Henderson en Noviembre de 2005.
- Evaluación de la puesta en marcha del protocolo en Diciembre de 2005.

Otros objetivos que tiene la Comisión de UPP son:

- Hacer un corte de prevalencia de UPP en todos los centros asistenciales tanto de AP como de A.Especializada y las residencias de ancianos y centros sociosanitarios existentes en el Sector.
- Enviar nuestro protocolo de UPP al GNEAUPP para su validación por una entidad especializada externa a nosotros.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- ✓ Implicar a los profesionales de enfermería del hospital en la estandarización de cuidados de enfermería.
- ✓ Revisar, actualizar y unificar todos los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería existentes en el hospital Ernest LLuch.
- ✓ Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad.
- ✓ Establecer una estructura informática que permita el acceso a los protocolos, planes de cuidados, recomendaciones... en un formato electrónico desde cualquier unidad de enfermería del Hospital y su revisión y actualización periódica.
- ✓ Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- ✓ Creación de una Comisión de Registros de enfermería formada por enfermeras del Sector de Calatayud (tanto AP como AE) que lidere la formación de varios grupos de mejora encargados de abordar la actualización de varios protocolos o procedimientos en las distintas unidades y servicios: Responsable del proyecto
- ✓ Continuar con la unificación y actualización de los protocolos, planes de cuidados y recomendaciones de enfermería, de forma que se garantice la mejor atención en todas las Unidades, atendiendo a la mejor evidencia y a las mejores prestaciones posibles en nuestro hospital: grupo de mejora de enfermería
- ✓ Detectar posibles lagunas y desarrollar protocolos, planes de cuidados y recomendaciones basadas en la evidencia para los cuidados y actividades no estandarizados en la actualidad: grupo de mejora de enfermería
- ✓ Pasar todos los documentos a un formato electrónico que permita a corto-medio plazo colgarlos en la red para facilitar el acceso a cualquiera de ellos desde cualquier enfermería del Hospital y permitir su revisión y actualización periódica: unidad de calidad
- ✓ Definir indicadores que permitan la evaluación para la mejora continua de los aspectos más relevantes de los protocolos, planes...: unidad de calidad

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- Formación de la Comisión de Registros de enfermería
- Selección de los protocolos preferentes pendientes de actualizar y actualización de los mismos
- Implantación de los protocolos actualizados
- Evaluación

Indicadores:

- ✓ Número de protocolos, planes de cuidados... basados en la evidencia actualizados, unificados y disponibles en formato electrónico
- ✓ Porcentaje de protocolos que cumplen los criterios de calidad definidos

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

- Formación de la Comisión de Registros de enfermería: Febrero 2006
- Selección de los protocolos preferentes pendientes de actualizar y actualización de los mismos: Marzo-Junio 2006
- Implantación de los protocolos actualizados: Septiembre 2006
- Evaluación: Diciembre 2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“CIRUGIA MENOR EN DERMATOLOGIA EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA**

Profesión: **DERMATOLOGO**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): **SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD, HOSPITAL ERNEST LLUCH, SERVICIO DE DERMATOLOGIA.**

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

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976 88 09 84 – Ext. 25**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marisol Gracia	Jefe Grupo Admisión	Hospital Ernest Lluch
Federico de Lara Pasquín	Enfermero Dermatología	Hospital Ernest Lluch
José Miguel Celorrio	Coordinador de Calidad	Hospital Ernest Lluch
Lucía Tomás Aragonés	Psicóloga-Coordinadora	Hospital Ernest Lluch
Lucía Dieste Aisa	Médico	C.S. Illueca
José Codes López	Coordinador Medico	C.S. Calatayud Norte
Ángel Bes Franco	Coordinador Medico	C.S. Daroca
Rosario Val Lechuz	Medico	C.S. Alhama
Abdul Fatal Kouja	Medico	C.S. Ariza
José Manuel Plana	Coordinador Medico	C.S. Morata de Jalón
José Antonio Delgado	Medico	C.S. Villarroya de la Sierra
Maria Pilar	Medico	C.S. Sabiñan
Pablo de Lora Novillo	Coordinador Medico	C.S. Ateca
Jose Miguel Grima Barbero	Medico	C.S. Almunia de D ^a Godina
Miguel Hernandez	Coordinador Medico	C.S. Calatayud Sur

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Desde 1990 se vienen desarrollando en el Servicio de Dermatología del Hospital Ernest Lluch intervenciones quirúrgicas menores sobre tumores cutáneos y dermatosis. Así mismo, desde 1997 se viene desarrollando desde el Servicio de Dermatología formación en el área de Cirugía Menor dermatológica en el ámbito de Atención Primaria, dentro y fuera de nuestro actual Sector de Salud.

El hecho de que en el último trimestre del pasado año 2005 se finalizase la formación de Cirugía Menor en los tres Centros de Salud que no la habían concluido todavía - cerrándose de esta manera el círculo - nos motiva a reorganizar y regular esta actividad dentro del Sector de Salud.

Queremos desarrollar dos líneas diferenciadas:

1º La desarrollada en Atención Primaria, en la que definiremos de su competencia un total de 7 patologías o grupos patológicos a tratar: Fibromas blandos; Queratomas seborreicos; Verrugas vulgares; Nevus sin signos de alarma; Queratomas actínicos incipientes (menos de 6 meses de evolución), Queloides y/o cicatrices hipertroficadas y un grupo de varios (desonización y actividad en urgencias). Con un grupo de técnicas quirúrgicas definidas: Bisturí frío (biopsias incisionales o excisionales), Técnicas mixtas (BR+EDS), Técnicas de Electro cirugía (fulguración, electrotomía), Desonización, Sutura de heridas, etc.

2º La desarrollada en el Servicio de Dermatología del Hospital Ernest Lluch, en la que definiremos las restantes patologías no incluidas en el anterior y susceptibles de intervención con cualquiera de las técnicas quirúrgicas dermatológicas existentes y que estén disponibles en el Servicio de Dermatología. Dentro de estas se definirán un grupo de patologías concretas que serán incluidas en consulta de "Alta Resolución" y se incluirán en la agenda del Servicio citas específicas para ellas.

Para que el proyecto sea viable es necesario plantear un reciclaje continuo de las habilidades tanto propiamente dicho quirúrgicas como en las diagnósticas. Si además tenemos en cuenta la fluctuación de profesionales en los Centros de Salud con incorporación de profesionales sin capacitación en esta área específica, se ve clara la necesidad de instaurar cursos para adquisición de las habilidades a los que no las tengan y de actualización de las mismas para los que si las tengan, a lo largo del año.

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

- 1º Acercar la Cirugía Menor Dermatológica a todos los usuarios de nuestro Sector de Salud con criterios de calidad.
- 2º Mejorar la calidad de vida de los pacientes
- 3º Mejorar la percepción de calidad de la asistencia recibida por los pacientes.
- 4º Definir competencias para obtener una mejor utilización de los recursos disponibles.
- 5º Conseguir una mayor satisfacción de los profesionales en el desempeño de su tarea.
- 6º Conseguir una mayor agilidad en la asistencia especializada creando citas específicas de "alta resolución".
- 7º Motivar a los profesionales interesados en esta actividad.
- 7º En definitiva, una Gestión por Proceso más acorde a la nueva estructura de Sector.

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%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	15%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Se consensuarán responsabilidades durante el 1º trimestre, los criterios de inclusión de pacientes y se elaborarán los documentos de registro necesarios para controlar que la actividad se desarrolle adecuadamente.
- 2º Se confeccionará el Protocolo de actuación en Atención Primaria con definición de patologías a tratar y técnicas a utilizar.
- 3º Se confeccionará el Protocolo de actuación en el Servicio de Dermatología con definición de patologías a tratar y técnicas a utilizar. Así mismo se definirán las patologías a incluir como "Alta Resolución" y su proceso, con inclusión de citas específicas en la agenda para estos pacientes.
- 4º Se realizará un Curso de Cirugía Menor en Primaria en cada uno de los 2º-3º y 4º trimestres de 2006, de 18 horas de duración y para un máximo de 8 profesionales.
- 5º Se realizará la difusión adecuada del Proyecto a través del Grupo de Mejora que se reunirá un mínimo de 2 veces al año durante el año 2006 para informar de la evolución y en su caso corregir las desviaciones que se pudieran presentar.

6º Se dará difusión pública de los resultados en Congresos, reuniones y en su caso mediante publicación en revistas de impacto.

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

Protocolo en Atención Primaria

- 1º % de intervenciones ajustadas al protocolo.
- 2º % de correlación anatomopatológica correcta.
- 3º Número y categoría de los profesionales participantes en la actividad

Protocolo en el Servicio de Dermatología

- 1º % de intervenciones de "Alta Resolución".
- 2º % de citas de "Alta Resolución" disponibles en agenda utilizadas.
- 3º Grado de satisfacción del usuario.

Cursos de Cirugía Menor

- 1º % de Cursos realizados en relación con los previstos.
- 2º % de inscritos que superan el 80% de asistencia a los cursos.
- 3º % de inscritos que superan las pruebas previstas.
- 4º Datos de la encuesta de satisfacción de los cursos.

Difusión

- 1º Comunicaciones en Reuniones y Congresos.
- 2º Artículos remitidos para su publicación en revistas de impacto.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

Enero-Marzo 2006

Elaboración de criterios de inclusión de pacientes y de los Protocolos de actuación en Atención Primaria y Especializada. Confección de los documentos de registro necesarios para controlar que la actividad se desarrolle adecuadamente.

Abril-Junio 2006

Inclusión de pacientes Protocolo Primaria.
Inclusión de pacientes Protocolo Especializada.
Curso de Cirugía Menor en Primaria.

Abril-Diciembre 2006

Presentación de Comunicaciones en Reuniones y Congresos.
Remisión de artículos para su publicación en revistas de impacto.

Julio-Septiembre 2006

Inclusión de pacientes Protocolo Primaria.
Inclusión de pacientes Protocolo Especializada .
Curso de Cirugía Menor en Primaria.

Octubre-Diciembre 2006

Inclusión de pacientes Protocolo Primaria.
Inclusión de pacientes Protocolo Especializada.
Curso de Cirugía Menor en Primaria.

Trimestralmente se tabularan los datos obtenidos y se controlará la evolución del proyecto.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“VIA CLINICA DE ATENCION AL PACIENTE CON CANCER CUTANEO EN EL SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA**

Profesión: **DERMATOLOGO**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): **SECTOR DE SALUD DE CALATAYUD, HOSPITAL ERNEST LLUCH, SERVICIO DE DERMATOLOGIA.**

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

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976 88 09 84 – Ext. 25**

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Marisol Gracia	Jefe Grupo Admisión	Hospital Ernest Lluch
Federico de Lara Pasquín	Enfermero Dermatología	Hospital Ernest Lluch
José Miguel Celorrio	Coordinador de Calidad	Hospital Ernest Lluch
Lucía Tomás Aragonés	Psicóloga-Coordinadora	Hospital Ernest Lluch
Amadeo Fernandez	Jefe de Laboratorio	Hospital Ernest Lluch
Marisa Catalan	Jefe de Urgencias	Hospital Ernest Lluch
Carmelo Cebrian	Patólogo	Hospital Ernest Lluch
Susana Piqueras	Enfermera Urgencias	Hospital Ernest Lluch
	Farmacéutica	Hospital Ernest Lluch
Carmen Gimenez	Supervisora Quirofano	Hospital Ernest Lluch
Carmen Gascón	Médico	C.S. Illueca
José Codes López	Coordinador Medico	C.S. Calatayud Norte
Ángel Bes Franco	Coordinador Medico	C.S. Daroca
Rosario Val Lechuz	Medico	C.S. Alhama
Abdul Fatal Kouja	Medico	C.S. Ariza
José Manuel Plana	Coordinador Medico	C.S. Morata de Jalón
José Antonio Delgado	Medico	C.S. Villarroya de la Sierra

Claudio Ibarzo	Coordinador Medico	C.S. Sabiñan
Pablo de Lora Novillo	Coordinador Medico	C.S. Ateca
Francisco Aganzo	Medico	C.S. Almunia de D ^a Godina
Miguel Hernandez	Coordinador Medico	C.S. Calatayud Sur

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...

1º El cambio más o menos frecuente de Médicos en Atención Primaria hace que sea necesario un reciclaje en el uso de la Vía con periodicidad anual.

2º Al ser unipersonal la especialidad de Dermatología en nuestro Sector se observa que alrededor de los periodos vacacionales se produce un alargamiento de los tiempos propuestos en la vía como consecuencia de la despriorización de las citas DCC para priorizar C1 y contener la demora de primeras visitas.

3º La implantación de la encuesta de satisfacción que hasta el momento no se ha podido verificar parece que es importante.

4º Queda pendiente de conseguir la monitorización de los pacientes durante la intervención quirúrgica por falta de monitores.

5º El incremento de pacientes incluidos en la vía durante el año 2005, de persistir, haría necesario destinar más citas a la Vía, y más recursos quirúrgicos (días de quirófano) durante el año 2006 y siguientes.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

1º Constitución de un Equipo de Mejora para la Vía, multidisciplinar, dentro del Sector de Salud.

2º Elaboración de la Vía.

3º Puesta en funcionamiento de la Vía, tras consenso con las partes implicadas.

4º Identificación de citas específicas en la agenda de Dermatología para la Vía (DCC).

5º Instauración del acceso a la Vía como "detección temprana" desde Enfermería de Primaria.

6º En los tres primeros trimestres de 2005 se han incluido correctamente en la Vía un total de 255 pacientes, cantidad que supone un incremento sobre igual periodo del año 2004 del 46'55%, en el que se incluyeron correctamente 174 pacientes.

7º Se creó el Perfil 31 (P-31) para facilitar el proceso en el laboratorio de análisis clínicos.

8º Se extraen los resultados del P-31 directamente por nosotros de la Intralab.

9º Los 11 Centros de Salud que nos remiten pacientes han incluido pacientes en la Vía.

10º Emisión de informes de alta.

11º Control durante los 5 años siguientes del alta por Enfermería de Primaria.

12º % superiores al 85% de correlación anatomoclínica en los pacientes incluidos en la Vía.

13º % inferiores al 5% de pacientes incluidos incorrectamente en la Vía.

14º Disponer de ayudante quirúrgico para la realización de las intervenciones.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1º Mantener la Vía dentro de los indicadores previstos, gracias al reciclaje periódico de los usuarios de la Vía en el uso de la misma. (Anual).
- 2º Mantener los tiempos de la Vía, incluyendo en jornada extraordinaria, el número de citas DCC despriorizadas.
- 3º Implantar la encuesta de satisfacción de la Vía para conocer la opinión de los usuarios de la misma.
- 4º Monitorización de los pacientes en quirófano.
- 5º Difusión de los resultados obtenidos con la Vía y su comunicación en reuniones y congresos, así como su publicación en revistas de impacto.

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%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	15%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º Se desarrollarán en los diferentes Centros de Salud y en el propio Hospital Sesiones de capacitación en el uso de la Vía.
- 2º Se desarrollarán jornadas extraordinarias de tarde para priorizar las citas DCC despriorizadas al priorizar C1.
- 3º Se confeccionará la encuesta de satisfacción y se comenzará a utilizar.
- 4º Se monitorizará a los pacientes quirúrgicos tras la adquisición de los monitores.
- 5º El Equipo de Mejora realizará un mínimo de dos reuniones para valorar la evolución de los diferentes indicadores de la Vía y en su caso proponer las correcciones necesarias.
- 6º Se dará difusión pública de los resultados en Congresos, reuniones y en su caso mediante publicación en revistas de impacto.

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

- 1º % de pacientes mal incluidos en la Vía.
- 2º % de informes de alta.
- 3º % de pacientes controlados en Primaria tras el Informe de Alta.
- 4º Plazos de 1ª visita; Intervención y de Valoración AP.
- 5º Encuesta de satisfacción

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero 2006

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

Enero- febrero 2006

Evaluación de la Vía año 2005

Febrero 2006

Confección de la encuesta de satisfacción de la Vía.
Reunión del Equipo de Mejora

Marzo-Abril 2006

Realización de Sesiones sobre el uso de la Vía en cada uno de los 11 Centros de Salud y en el Hospital.

Enero-Diciembre 2006

Realización de Sesiones extraordinarias de tarde con pacientes DCC, de acuerdo a las despriorizaciones y a las necesidades generadas por la inclusión de pacientes.

Abril-Diciembre 2006

Presentación de Comunicaciones en reuniones y Congresos.
Remisión de artículos para su publicación en revistas de impacto.

Octubre 2006

Reunión del Equipo de Mejora

Trimestralmente se tabularan los datos obtenidos y se controlará la evolución del proyecto.

