

INDICE PROYECTOS ZARAGOZA 3_2006

038_2006 “Mejora del manejo de caducidades de fármacos de urgencias” del CS de Sádaba	Pág. 2 a 6
099_2006 “Mejora de la gestión de residuos generados en el Centro de Salud: eliminación y reciclado” del CS de Tarazona	Pág. 7 a 10
112_2006 “Mejora de la efectividad clínica en el proceso de atención al paciente con hipertensión arterial (HTA) mediante la revisión y aplicación de una guía de práctica clínica. Monitorización de indicadores de resultados en este proceso en el marco de un proyecto gestión clínica” del CS Delicias Sur	Pág. 11 a 15
170_2006 “Proyecto de mejora de la organización de la sala de urgencias del Centro de Salud de Herrera de los Navarros”	Pág. 16 a 19
193_2006 “Diseño del proceso de gestión de la formación continuada” de la D. Atención Primaria del Sector Zaragoza 3	Pág. 20 a 26
065_2006 “Difusión del programa de atención al paciente crónico con dependencia en el Sector Zaragoza III” del H. Geriátrico San Jorge	Pág. 27 a 32
175_2006 “Programa de apoyo al cuidador del paciente con demencia” del H. Geriátrico San Jorge	Pág. 33 a 38
018_2006 “Contribución del equipo de enfermería a la mejora de la continuidad de cuidados en salud mental. Sector de Zaragoza III” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 39 a 42
059_2006 “Creación de un catálogo de productos de los materiales que se envían a la Central de Esterilización para esterilizar, con información del método adecuado de esterilización según las indicaciones del fabricante y sus características técnicas, en soporte informático y en papel” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 43 a 48
076_2006 “Adecuación de la protección radiológica a pacientes y profesionales sanitarios en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza”	Pág. 49 a 53
077_2006 “Certificación ISO 9001:2000 en la Central de Esterilización del HCU” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 54 a 57
078_2006 “Proyecto de mejora de Atención Hospitalaria al paciente con riesgo de desarrollar lesiones por presión” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 58 a 61
079_2006 “Elaboración de manuales de información y funcionamiento, unificado y protocolizado para las unidades de enfermería de hospitalización” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 62 a 65
080_2006 “Creación de una red estable y cualificada de revisores para la validación institucional de recomendaciones de práctica clínica en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Act-65)”	Pág. 66 a 70
081_2006 “Auditoría interna del desarrollo del programa de garantía de calidad del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico de Zaragoza”	Pág. 71 a 75
082_2006 “Mejora de la eficiencia en la prescripción ambulatoria realizada en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa”	Pág. 76 a 79
083_2006 “Mejora de la atención al paciente en tratamiento de radioterapia en la Unidad de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa”	Pág. 80 a 84
084_2006 “Mejora de la continuidad entre los diferentes niveles del Sector Zaragoza III” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 85 a 88
085_2006 “Control de calidad en el tratamiento de la fibrilación auricular en un Servicio de Urgencias hospitalario y su posterior seguimiento en los Centros de Salud” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 89 a 93
107_2006 “Mejora de la salud reproductiva en la población inmigrante: investigación y prevención de la mutilación genital femenina” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 94 a 98
109_2006 “Plan integral de actualización e información del procedimiento de vigilancia y control del sarmen en H.C.U.Lozano Blesa”	Pág. 99 a 102
120_2006 “Modificación de los hábitos nutricionales en mujeres diagnosticadas y tratadas de diabetes gestacional (DG): intervención educativa para una alimentación saludable en la paciente y su familia” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 103 a 108
126_2006 “Reducción del porcentaje de incomparecencias en primeras consultas. Detección, análisis y plan de actuación” del H.C.U.Lozano Blesa	Pág. 109 a 112

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE CAPACIDADES DE FÁRMACOS
DE URGENCIAS .

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

PILAR MARÍN MURILLO

Profesión

ENFERMERA

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

C.S. SÁDABA

Correo electrónico:

Cenfer.sada.zar3@salud.aragon.es.

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976667388

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
GLORIA MARTÍN GRACIA	MÉDICA	C.S. SÁDABA
ROSARIO LABORDA EZQUERRA	ENFERMERA	C.S. SÁDABA
ANGEL GONZÁLEZ PÉREZ	MÉDICO	"
FRANJILLO OTAL ARBIZU	MÉDICO	"
JESÚS PÉREZ PÉREZ	MÉDICO	"
ARTURO CHECA VILLA	MÉDICO	"
M ^{te} ANGELES HERRERO GIL	MÉDICA	"
TERESA PÉREZ GUZMÁN	ENFER.	"
AMPARO VERA GARCÉS	ENFER.	"
ROSANA PLATA BUENO	MÉDICA	"
M ^{te} CARMEN ALEGRE HUALDE	MÉDICA	"
ISABEL MARÍN PICARDO	ENFER.	"
RAGUEL CALONGE CORDAILLA	ENFER.	"

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

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 NÚMERO DE UNIDADES DE FÁRMACOS DE URGENCIA CADUCADOS QUE SE DESECHAN POR SU ESCASO USO Y REVISIÓN NO EFECTIVA.

ESTOS FÁRMACOS PROCEVEN TANTA DE LA VÍTRINA DE URGENCIAS Y MALETÍN DEL C.S. COMO DE LOS CONSULTARIOS LOCALES, DANDE LA FRECUENTACIÓN DE USO ES TODAVÍA MENOR.

GENERANDO DICHO PROBLEMA UN "MAL USO DE LOS 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

—

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- EVITAR QUE CADUQUEN LOS FÁRMACOS SELECCIONADOS, OPTIMIZANDO DE ESTA MANERA EL GASTO FARMACÉUTICO.
- A LA VEZ SE EVITARÍAN LOS PROBLEMAS QUE PODRÍA GENERAR EL USO POR ERROR DE UN FÁRMACO CADUCADO.
- SE ZMPLICARÍA A TODO EL E.A.P. EN LA REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN, UNIFICANDO CRITERIOS.

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%	20%
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	25%	15%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	40%
TOTAL	100%	

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- CONFECCIÓN DEL LISTADO DE LOS FÁRMACOS SELECCIONADOS
- REVISIÓN DE CADUCIDADES EN C.S., CONSULTARIOS LOCALES Y MALEÓN DE URGENCIAS.
- DEVOLUCIÓN DE MEDICACIÓN PRÓXIMA A CADUCAR AL H.C.U. Y LA CONSIGUIENTE SOLICITUD DE HOJA DE ZMPORTE.

* (VER ANEXO MÁS DETALLADO).

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

- CALCULO DEL ZMPORTE GENERADO POR LOS FÁRMACOS DEVUELTOS A H.C.U. EL 30/06/06 Y EL 30/12/06.
- CALCULO DEL PORCENTAJE QUE SUPONE DICHO ZMPORTE SOBRE EL GASTO TOTAL.
- EL 30/12/06 CALCULAR EL CUMPLIMIENTO DE REVISIONES:
$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ DE REVISIONES REALIZADAS}}{\text{N}^{\circ} \text{ DE REVISIONES PLANIFICADAS}}$$

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 01/01/2006 Fecha de finalización: 31/12/2006

Calendario.

- 05/01/2006 - 1ª REVISIÓN VITRINA - URGENCIAS
- 16/01/2006 - 1ª DEVOLUCIÓN A H.C.U.
EFECTUANDO CADA MES, LOS MISMOS DÍAS, LA MISMA OPERACIÓN.
- EL 30/06/06 - 1ª CORTE DE ZNDICADORES
- EL 30/12/06 - 2ª CORTE DE ZNDICADORES.

* ANEXO - AL PUNTO 8 - MÉTODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- CONFECCIÓN DEL LISTADO DE LOS FÁRMACOS SELECCIONADOS PARA CONTROL.
- ANTES DEL 30/12/05 SE REVISARÁN EN CADA CONSULTORIO LOCAL LAS MEDICACIONES INDICADAS, ANOTANDO SU FECHA DE CADUCIDAD. SE LLEVARÁN AL C.S. LAS MEDICACIONES QUE CADUQUEN ANTES DEL 30/06/06, DE ESTOS: 1

1 - LAS QUE CADUCAN ANTES DEL 30/04/06 SE DEPOSITARÁN EN UNA CAJA INSTALADA EN ALMACÉN, ANOTANDO EL NOMBRE Y FECHA DE CADUCIDAD CONFECCIONADA EN HOJA PARA TAL USO. (LOS FÁRMACOS DE ESTA CAJA SE DEVOLVERÁN A H.C.U, ANTES DEL 10/01/06, SIENDO LA RESPONSABLE DE ENFERMERÍA LA ENCARGADA DE ELLO).

2 - LAS QUE CADUQUEN ENTRE EL 30/04/06 Y 30/06/06 SE COLOCARÁN EN LA VÍTRINA DE URGENCIAS, REPETIENDO EL ORDEN DE CADUCIDAD.

A PARTIR DE ENERO DEL 2006 SE REVISARÁN A FINAL DE CADA MES LAS MEDICACIONES DE LOS CONSULTORIOS LOCALES SEGÚN EL CRITERIO ESTABLECIDO ANTERIORMENTE.

- EL DÍA 5 DE CADA MES EL MÉDICO Y ENFERMERA DE GUARDIA (INCLUIDOS FIN DE SEMANA Y FESTIVOS) REVISARÁN LA VÍTRINA DE URGENCIAS, RETIRANDO LA MEDICACIÓN QUE CADUQUE EN LOS SIGUIENTES 4 MESES Y SE DEPOSITARÁ EN LA CAJA DE DEVOLUCIÓN DE H.C.U. ANOTÁNDOLO EN EL REGISTRO.

EL PERSONAL QUE REALIZA ESTA REVISIÓN DEBERÁ FIRMAR EN LA HOJA CONFECCIONADA PARA TAL USO.

- DENTRO DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS YA ESTABLECIDAS PARA EL MALETÍN DE URGENCIAS SE AÑADE LA REVISIÓN DE CADUCIDADES COINCIDIENDO CON LA ÚLTIMA REVISIÓN QUE SE REALIZA CADA MES. SE RETIRARÁ LA MEDICACIÓN QUE CADUQUE EN LOS SIGUIENTES 4 MESES.

- LA COORDINADORA DE ENFERMERÍA REALIZARÁ LA DEVOLUCIÓN DE LA MEDICACIÓN DEPOSITADA EN CAJA, EL DÍA 10 DE CADA MES.

- SE SOLICITARÁ HOJA DE IMPORTE EN CADA DEVOLUCIÓN EFECTUADA AL H.C.U. O SE CALCULARÁ EN C.S EN JUNCIÓN PRECIOS SEGÚN EL PEDIDO.

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

Material/Servicios	Euros
DYMO LETRATAG XM	30
CINTAS PLÁSTICO PARA DYMO (5 colores) 5 U X 5 - 25 UNIDADES	125
PLASTIFICADORA TÉRMICA A4 EP9 760-52	80
FUNDAS PARA PLASTIFICAR A4-100 M.	25
DESTRUCTORA PAPEL P70CM FELLOWES (TRIO JUMBO)	80
Archivo Modular Lxpxa: 723 X 331 X 292 (3 udes)	$91'85 \times 3 = 275'5$
Archivo Modular (F10) Lxpxa: 680 X 371 X 303 (2 udes)	$104'9 \times 2 = 209'8$
Archivo Modular F5 (Flen) 2 (udes)	$54'69 \times 2 = 109'38$
Juego de Ruedas para archivo 3 udes	$7'3 \times 3 = 21'9$
Dispensador rollo papel para BOBINA SECUNDARIOS Tork Altura 377 mm ancho 240 profundidad 225 (2 udes)	$41'99 \times 2 = 83'98$
TOTAL	2 - 108 €

* Mesa auxiliar Mayo rentable en altura acero inoxidable.

* Dispensador multiusos heiland 5 cajetines (4 udes) = $23'95 \times 4 = 95'8$
60 x 40 x (70-120 cms) → 199 €
60 x 13'3 x 16'4

* Dispensador multiusos 3 cajetines
60 x 19'7 x 24 4 udes = $37'95 \times 4 = 151'8$

* Dispensador celulosa (Henry Schein) (2 udes) = $5'59 \times 2 = 11'18$

* Cama auxiliar modular y rodable (Bobby 3) dim 43 x 43 x 74 = 75

15 ENE. 2005

13888

ENTRADA N.º 1106

14 de noviembre de 2005

BOA Número 135

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
 Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS GENERADOS EN EL CENTRO DE SALUD: ELIMINACIÓN Y RECICLADO

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

JOSE M. MONTIÑANO TORRES

Profesión

MEDICO

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

CENTRO SALUD TARRAGONA

Correo electrónico:

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976641285

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
LUIS GOMEZ ROYUELA	ENTERERO	C. SALUD TARRAGONA
LAURA MARTINEZ ESPINARES	MEDIO-PED.	
CARMEN CAMATS	MEDICO	
MARI MI BANO S	ENFERMERA	
CHARO CHUECA BAYONA	ENFERMERA	
JOSE MANUEL CORTES PEZUECO	MEDICO	

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

LOS RESIDUOS VENCIDOS EN EL CENTRO DE IMPORTAN-
TES POR SU VOLUMEN Y PELIGROSIDAD EN ALGUNOS
CASOS,

- ENCUESTAS PARA VALORACION DE LA SITUACION ACTUAL
- SISTEMAS ACTUALES DE GESTION
- DETERMINAR LOS TIPOS DE RESIDUOS EXISTENTES

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

- CONCIENCIAR A LOS PROFESIONALES DE LA IM-
PORTANCIA DEL PROBLEMA
- MOTIVAR, PARA MEJORAR LA GESTION DE LOS
RESIDUOS, A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO
- MEJORAR LOS SISTEMAS DE ELIMINACION Y RECI-
CLADO DE LOS RESIDUOS

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

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

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

16 ENE. 2006

13890

ENTRADA N.º 1/06

14 de noviembre de 2005

BOA Número 135

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- DETERMINAR DOS TIPOS DE RESIDUOS
- SESIONES INFORMATIVAS SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA, MECANISMOS ACTUALES DE GESTIÓN, TANTO EN EL CENTRO COMO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.
- ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE MEJORA.
- EVALUACION

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

- TRAS LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE MEJORA, A FINAL DEL AÑO EL EQUIPO DE MEJORA EVALUARÁ MEDIANTE ENCUESTA, LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LOS PROFESIONALES.
- NR DE RADIOGRAFÍAS QUE SE RECICLAN EN UN PERIODO CONCRETO
- NR DE UNIDADES DE MEDICACIÓN DEVUELTAS CADUCADAS EN RELACION CON LAS RECIBIDAS

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: DIC. 2006

Caleandario:

- FEBRERO 2006 - REUNION CON EXPERTO → RECICLA-DO DE RESIDUOS
- MARZO 2006 - REUNION PARA PLANTEAR LA SITUACION DEL CENTRO DE SALUD Y PROPUESTA DEL PLAN DE MEJORA
- SEPTIEMBRE - OCTUBRE - EVALUACION

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la **efectividad clínica** en el proceso de atención al paciente con **Hipertensión Arterial (HTA)** mediante la revisión y aplicación de una **guía de práctica clínica**. Monitorización de indicadores de resultados en este proceso en el marco de un proyecto **gestión clínica**.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos **CARMEN IZAGUIRRE ZUGAZAGA**

Profesión

MEDICA PEDIATRA DE EAP

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

CENTRO DE SALUD DELICIAS SUR

Correo electrónico:

carmiz@inicia.es ; cizaguirre@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976556000

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ANGEL ANTOÑANZAS LOMBARTE	Médico	C. S. DELICIAS SUR
JOSE LUIS CANTALAPIEDRA OBIS	Enfermero	C. S. DELICIAS SUR
M ^a CLEOFÉ CRESPO MAINAR	Enfermera	C. S. DELICIAS SUR
M ^a PILAR LACARTA VICIOSO	Enfermera	C. S. DELICIAS SUR
JOSE CARLOS PÉREZ VILLARROYA	Médico	C. S. DELICIAS SUR
M ^a PILAR OLIVEROS GONZALVO	Enfermera	C. S. DELICIAS SUR
AURORA VILLANOVA LANUZA	Administrativa	C. S. DELICIAS SUR

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La atuoevaluación mediante el modelo EFQM realizada en 2004 en el centro de salud Delicias Sur marcó una serie de líneas de mejora prioritarias para abordar en el equipo. La utilización de los resultados de la evaluación de la cartera de servicios para orientar las acciones de mejora fue una de las priorizadas.

En nuestro centro, el servicio de atención al paciente con HTA, con una cobertura alcanzada del 90 % de la teórica para la población atendida, es uno de los más importantes en cuanto al número de pacientes afectados y en cuanto al consumo de recursos. De modo que mejorar la efectividad clínica en la atención al paciente con HTA representa una importante línea de mejora.

Existen además dos elementos que refuerzan la elección de esta oportunidad de mejora: por una parte la posibilidad que se abre de poder obtener indicadores de resultados mediante el sistema de historia clínica informatizada y por otra el inicio en nuestro centro de un proyecto de gestión clínica pionero en el Sector.

La aplicación sistemática en el equipo una guía de práctica clínica (GPC) a este proceso de tanta magnitud nos va a permitir mejorar la efectividad clínica de la atención que será monitorizada mediante indicadores de resultados, contribuyendo a los objetivos del proyecto de gestión clínica que este año se inicia.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- **Revisión de la GPC** de atención al paciente con HTA
- **Diseminación de la GPC** de atención al paciente con HTA entre los profesionales del equipo
- Fijación de **objetivos de mejora** en el proceso de atención al paciente HTA especialmente en los aspectos de efectividad clínica de la intervención.
- Introducir **modificaciones en la organización** del proceso de atención que faciliten la consecución de los objetivos de mejora de la efectividad clínica,
- Utilización **coste-efectiva de los tratamientos** aplicados para la atención a los pacientes con HTA.
- Definición de **indicadores de resultados** que permitan evaluar de modo sistemático y continuo la efectividad clínica.
- **Motivación** de los profesionales en esta línea de mejora incluyendo **incentivos** para el logro de los objetivos propuestos en el contexto del proyecto de gestión clínica

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación de un **grupo de trabajo** de 2 médicos y 2 enfermeras para revisar y adaptar la GPC de atención al paciente con HTA
- Difusión de la GPC entre los profesionales del equipo, en **documento escrito** señalando los **objetivos de mejora** del proceso. Para ello se desarrollaran al menos 2 sesiones de equipo, una vez conocido el documento de objetivos. Estos objetivos se orientarán hacia:
 1. La adecuada organización y coordinación de la atención al paciente HTA en las unidades asistenciales médico / enfermera
 2. El logro de un adecuado control final de las cifras de presión arterial
 3. La disminución del riesgo cardiovascular (RCV) global
 4. La utilización coste-efectiva de los tratamientos
 5. La participación e implicación del paciente en su proceso –estilo de vida, dieta, tabaco, alcohol, ejercicio...-
- **Selección de indicadores** de resultados del proceso de atención y periodicidad de medida de los mismos.
- Realización de una **medida inicial** de los indicadores propuestos, **a los 6 meses y al año**, con al menos una sesión del equipo después de cada monitorización de indicadores.
- Definición de sistema de **incentivación individual** en función del alcance de los objetivos propuestos, medidos mediante los indicadores de resultados

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Se realizara al menos un corte inicial y otro final de los indicadores de resultados propuestos

- **65 %** de visitas de control en consulta de **enfermería**
- **Prevalencia** de HTA en cada unidad asistencial -médico / enfermera,
- Porcentaje de pacientes con cifras de **PA controlada** en cada unidad asistencial.
- Porcentaje de pacientes con **RCV alto medio y bajo** y grado de control en cada grupo.
- Porcentaje de pacientes con **tratamientos coste-efectivos** en cada unidad asistencial.
- Aplicación del **sistema de incentiviación** propuesto basado en el cumplimiento de los indicadores

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 de 2006	Fecha de finalización: Abril de 2007
--------------------------------	--------------------------------------

Calendario:

- Creación grupo de trabajo y revisión GPC Marzo-Abril 06
- Presentación en el equipo y selección de indicadores Mayo 06
- Primera medición de indicadores Mayo 06
- Segunda medición de indicadores Noviembre 06
- Tercera medición de indicadores Abril 07
- Definición de sistema de incentiviación Mayo 06

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>1 MAPA</u>	<u>3.000,00</u>
<u>1 TONOMETRO DE AIRE</u>	<u>500,00</u>

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Proyecto de mejora de la organización de la Sala de Urgencias del Centro de Salud de Herrera de los Navarros.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Miguel Díaz del Cuvillo.

Profesión: Médico.

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

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

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Francisco Jesús Dueñas Agulló	Médico	CS Herrera de los Navarros
María Eugenia García Alejandre	ATS/DUE	CS Herrera de los Navarros
C. Clara Puyol Martínez	Médico	CS Herrera de los Navarros
Miguel Díaz del Cuvillo	Médico	CS Herrera de los Navarros
Taha S Issa Assadi	Médico	CS Herrera de los Navarros
M. Jesús Ariza Navarro	ATS/DUE	CS Herrera de los Navarros
Aly El-Achwah Namro	ATS/DUE	CS Herrera de los Navarros
Ángel Leza Sola	Médico	CS Herrera de los Navarros
Jorge García Egea	Médico	CS Herrera de los Navarros
Alberto Pardos Cañardo	Médico	CS Herrera de los Navarros

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

4.1. "importancia y utilidad del proyecto"

A lo largo de 2005 se ha trabajado en un proceso de mejora de la organización interna cuyo lado práctico más destacado ha sido la actualización y mantenimiento de la sala de urgencias del centro. Para **consolidar esta experiencia** se plantea centrar el esfuerzo en continuar la capacitación y mantenimiento en relación a las urgencias.

4.2. "métodos de detección y priorización empleados"

- Reuniones precedentes del programa de mejora de la organización interna de 2005.

Solicitud de inclusión en el **Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)**

- Buzón de sugerencias durante varios meses.

5.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- El EAP de Herrera de los Navarros está preparado para atender adecuadamente las necesidades de salud urgentes de su población.
- Los miembros del equipo conocen y manejan con soltura los materiales de la Sala de Urgencias del CS Herrera así como de su mantenimiento.
- El mantenimiento de la sala y de formación se realiza de forma eficiente.

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

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

7.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA

7.1. Situación de partida y posibles causas:

A lo largo de 2005 se ha trabajado en un proceso de mejora de la organización interna cuyo lado práctico más destacado ha sido la actualización y mantenimiento de la sala de urgencias del centro. Para consolidar esta experiencia se plantea centrar el esfuerzo en continuar la capacitación y mantenimiento en relación a las urgencias.

7.2. Fuentes de información:

- Actas de reuniones precedentes.
- Informes de Facilitación realizados entre septiembre de 2004 y diciembre de 2005.
- Reuniones de Equipo.

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

8.1. Medidas previstas:

- Reuniones mensuales del Equipo para abordar las necesidades de formación en cuanto a urgencias.
- Cumplimentación rotatoria por los miembros del EAP de las distintas áreas de mantenimiento de la sala de urgencias (incluyendo almacén): Maletines, Oxigenoterapia, Monitores, Caducidades y Orden.
- Sesiones clínicas y formación continuada en urgencias extrahospitalarias.

8.2. Los responsables:

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

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

9.1. Cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto:

- Recogiendo las fichas de mantenimiento mensuales elaboradas durante el programa de 2005.
-
- La evaluación será cuatrimestral.

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

- Número de reuniones de equipo realizadas para Urgencias Extrahospitalarias.
- Número total de horas de reunión de equipo.
- Porcentaje medio de asistentes las reuniones sobre el total de los miembros del equipo.
- Porcentaje de "Fichas de mantenimiento mensuales" correctamente completadas.
- Descripción cualitativa de la situación al comienzo y al final de la intervención.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: enero de 2006

Fecha de finalización: diciembre de 2006

Calendario:

El Equipo se reunirá al menos un lunes al mes de 9.15 a 10.15.

Cronograma:

**Herrera. reparto provisional de tareas en sala de urgencias.
Enero a Diciembre de 2006.**

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

mes responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio EVA LUA CIÓN	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre EVALUA CIÓN
Paco	1		2		3			4		5		
Clara	2		3		4			5		1		
Miguel	3		4		5			1		2		
Taha	4		5		1			2		3		
Mará Jesús	5		1		2			3		4		
Ali		1		2			3		4		5	
Ángel		2		3			4		5		1	
Jorge		3		4			5		1		2	
Mª Eugenia		4		5			1		2		3	
Alberto		5		1			2		3		4	

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

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Formación	600 €
Material clínico y bibliografía	900 €
TOTAL	1500 €

Fecha y firma: 13 de enero de 2006

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En la evaluación de la Dirección de A.P. del año 2005 con el modelo EFQM en el Criterio 1d se advierte que no está sistematizada la certificación de actividades docentes. Esta es una de las áreas seleccionadas para la realización de proyectos de mejora de la dirección. (ver anexo)

Tras la realización de este proyecto sentimos la necesidad de completar la descripción del proceso "Gestión de la formación continuada "

Dicho proceso constaría (descripción provisional) de los siguientes subprocesos/procedimientos:

- Detección y priorización de necesidades formativas. Asignación a presupuesto.
- Asignación de responsable , elaboración y diseño de actividades formativas.
- Gestión de actividades a MAP /salud. Justificación.
- Realización de la actividad
- Evaluación de actividades docentes.
- Certificación
- Pago.
- Evaluación del programa formativo.

El marco de referencia inicial es el de la Dirección de Atención Primaria ampliable al Sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Definir responsabilidades (quién), describir los recursos necesarios y mejorar la eficiencia, describir la metodología y procedimientos, mejorar los tiempos de respuesta.

Con el diseño de este proceso se pretende:

Identificar las diferentes secuencias y sus interacciones.

Asegurar el control del proceso mediante el seguimiento, medición y análisis de los mismos.

Aplicar las acciones necesarias para conseguir los resultados planificados y la mejora continua.

También se quiere conseguir :

Detectar y eliminar las bolsas de ineficiencia (demoras, duplicidades, omisiones, etc.).

Actividades que no aportan valor (circuitos ineficaces, tiempos muertos, cuellos de botella, etc.).

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	40	20
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	10	20
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	45	10
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	5	50
TOTAL	100%	100 %

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1: Constitución del grupo del trabajo.
- 2: Realización del Mapa del proceso de nivel 1. Es decir la descripción de la totalidad del proceso de forma global; supone una visión global de las diferentes actividades que desarrolla el mismo en los distintos escenarios donde se propone su realización. Tiene especial importancia ya que consigue visualizar la amplitud real del proceso desde la entrada des cliente, los diferentes proveedores que intervienen) y las diferentes salidas en función de la resolución de las necesidades de los usuarios . Esta posibilidad de representación gráfica del proceso de forma global hace recomendable que este nivel 1 se dibuje de manera provisional en las primeras sesiones de trabajo de grupo, para que la descripción de entradas y salidas del proceso, así como su definición funcional, se visualicen claramente y estén, a su vez, en consonancia con la representación gráfica de las actividades del proceso.
- 3: Realización del Mapa del proceso de nivel 2. Representación de los subprocesos Una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el proceso (Nivel 1), el segundo paso consiste en profundizar un poco más en estos grupos de actividades. Se trata de responder a la pregunta ¿qué hacemos? pero más detalladamente que en el nivel 1. Se trataría en todo caso de representar las actividades con algo más de detalle y, a la vez, de forma sencilla para facilitar la comprensión del proceso.
- 4: Exploración de las expectativas de nuestros clientes, (profesores, usuarios y organización)
- 5: Análisis y descripción de cada uno de los procesos y sus procedimientos de actuación. Se seguirá para su desarrollo el esquema abajo descrito.
- 6: Presentación a los implicados.

1.- DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

Definición funcional

Definición del proceso a través de sus funciones.

Límite de entrada

Momento de salida del paciente del proceso.

Límite final

Momento de salida del paciente del proceso.

Límites marginales

Actividades que no se van a abordar aunque pertenecen al proceso asistencial.

Observaciones

Aspectos de interés por su dificultad, implicaciones para la continuidad de la asistencia del proceso, etc.

2.- DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS DEL PROCESO

Destinatarios:

Personas ó estructuras organizativas a las que va dirigido el proceso.

Expectativas:

Lo que esperan los destinatarios del Proceso.

Destinatario 1

Destinatarios 2

Destinatarios 3

Destinatario...

3.- OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Destinatario	Objetivos y Flujos de salida: Servicios concretos que se entregan a los destinatarios del proceso.	Características de calidad: Especificaciones ó cualidades que deben cumplir los servicios para satisfacer las necesidades y expectativas de los destinatarios.

4.- COMPONENTES DEL PROCESO: PROFESIONALES Y ACTIVIDADES

Profesionales que intervienen	Actividades	Criterios de calidad: especificaciones ó cualidades que deben cumplir las actividades del proceso.

5.- COMPONENTES DEL PROCESO: RECURSOS

Recursos: Elementos fijos de la organización que se emplean para poder desarrollar las actividades del proceso.	Características generales de los recursos/ requisitos: Se especificarán sólo cuando sea necesario para la definición general de proceso.
Personal	

Aparataje

Instrumental

Material Fungible

6.- COMPONENTES DEL PROCESO: UNIDADES DE SOPORTE

Unidades de soporte: Unidades que ofrecen al proceso operativo las entradas o recursos necesarios para la cumplimentación de sus objetivos	Entradas:

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.

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

Fecha de finalización: Octubre

Calendario:

Febrero-Marzo: Diseño mapa1 . Inicio Diseño. Definición de clientes.

Abril : Exploración de expectativas de alumnos, docentes, servicios centrales salud...

Mayo : Diseño subproceso 1-2

Junio: Diseño subproceso 2-3

Julio: Diseño subproceso 4-5

Septiembre: Diseño Evaluación.

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 Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes diseñado por el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno Aragón en colaboración con profesionales y sociedades científicas, tiene prevista su implantación progresiva desde el año 2006 al año 2009.

El Servicio Aragonés de Salud ha incluido entre sus objetivos estratégicos el desarrollo de procesos asistenciales integrados entre los que se encuentra el Programa citado.

Aunque su divulgación institucional se ha iniciado durante el año 2005, el propio programa, su cartera de servicios, los itinerarios propuestos, etc., requieren formación en su conocimiento en el circuito asistencial que podríamos denominar de proximidad.

El 7% de la población aragonesa se estima como dependiente (87.435 personas) y un 34% de los mayores de 65 años presentan algún grado de dependencia. Aproximadamente un 12% se puede considerar que presentan dependencia severa (11.000 personas) y sus necesidades sanitarias, de distinto grado de complejidad, requieren itinerarios específicos de atención que el Programa de Atención al Paciente Crónico Dependiente intenta adaptar a la situación individual.

La oportunidad de mejora planteada pretende la difusión y divulgación del Programa en el Sector III, de forma específica, en el ámbito de la Atención Primaria y con orientación multidisciplinar.

5 - RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejora del conocimiento de los profesionales de Atención Primaria del Programa de Atención al Paciente Crónico Dependiente:

- Tipo de pacientes
- Fases de la enfermedad
- Valoración del paciente
- Tipo de Cuidados
- Puerta de entrada, proveedores, itinerarios y flujos de pacientes
- Cartera de servicios
- Sistemas de Información

Potenciación de la cooperación entre profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada y Sociosanitaria en el ámbito del Sector III

- Desde la necesidad individual a la respuesta interdisciplinar
- Potenciar la continuidad de cuidados del paciente dependiente
- Acción interprofesional/diferentes niveles asistenciales
- Recursos sanitarios alternativos
- Herramientas de coordinación

Servir de punto de partida para extender el modelo de difusión adaptado.

- Otros sectores autonómicos

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>	20%
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	30%

Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	25%
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaboración de criterios uniformes de difusión del Programa por los componentes del Grupo de Mejora
- Elaboración de soporte documental para la exposición
- Trabajo cooperativo presencial en cada uno de los 22 Centros de Salud (CS) del Sector Zaragoza III con participación interactiva de todos los profesionales del Equipo de Atención Primaria (Médicos, D.E., Fisioterapeutas, Trabajador Social, etc.)
- Realizadas por un equipo interdisciplinar formado por un Médico Geriatra y un Diplomado en Enfermería y/o Fisioterapeuta
- Contacto con el Coordinador del CS, para decidir las fechas más adecuadas de acuerdo con sus días de formación continuada y previa información al Director Médico de Atención Primaria del Sector III.
- Horario previsto entre 15 h. Y 16.30 h., o aquel que más convenga al CS
- Identificación y cuantificación de la población diana susceptible de reunir criterios de inclusión y su relación con la cartera de servicios (Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados)
- Establecimiento de sistemas de comunicación directa bidireccional con respuesta ágil y rápida a las necesidades del paciente y su familia
-

9.-INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Al final de cada sesión se procederá a rellenar una encuesta.

Indicadores principales:

1. N° personas asistentes del CS*/Total del CS*
Estándar > 50%
2. N° personas satisfechas por la información recibida/Total de asistentes
Estándar > 75%
3. N° personas de acuerdo con el programa/Total de asistentes
Estándar > 75%

* Médicos, DE, Fisioterapeutas, Trabajadores Sociales

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: 4 Trimestre de 2006

Fecha de finalización: 4 Trimestre de 2007

Calendario:

4º Trimestre de 2006: Toma de contacto con Coordinadores de CS para decidir fechas, preparación documental, puesta de acuerdo y unificación de criterios del equipo (Geriatras, DE, Fisioterapeuta), adquisición del material necesario.

Inicio de sesiones itinerante con una frecuencia de 2 CS al mes.

1º Trimestre al 3º trimestre: desarrollo del programa en los diferentes CS

4º Trimestre de 2007: evaluación e informe final.

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...

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

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

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

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

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

Métodos de detección:

- Encuesta
- Entrevista personalizada

5.- RESULTADOS 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:

Del 1 de Marzo al 15 de junio de 2005, se realizó la encuesta de " Valoración de Sobrecarga del Cuidador" según la Escala de Zarit y Zarit con los siguientes resultados:

Nº de Encuestas entregadas : 62

Nº de Encuestas recibidas : 44

Nº de Encuestas que indican NO SOBRECARGA: 4 9,09%

Nº de Encuestas que indican SOBRECARGA LEVE: 5 11,36%

Nº de Encuestas que indican SOBRECARGA INTENSA: 35 79,55%

En vista de los resultados, nos reafirmamos en la necesidad de llevar adelante el proyecto, elaborando un Dptico informativo , ofertando una consulta de Enfermería con Atención personalizada , Atención telefónica y horario flexible en la que se proporciona:

- Información sobre la enfermedad y
- Formación sobre los cuidados necesarios

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Mejorar la Atención integral del paciente con deterioro cognitivo o demencia
- Prevenir en la medida de lo posible el Síndrome del Cuidador

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%	40%
<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

Puesta en marcha del proyecto, se ha delimitado:

- 1º. Disposición de local para la Atención personalizada: Martes de 11 a 14 horas (flexible y a demanda del cuidador, incluso en jornada de tardes)
- 2º. Disposición de teléfono inalámbrico directo con un horario de 9 a 14 horas de lunes a viernes.
- 3º. Disposición de información por escrito de cuidados susceptibles de ser necesarios por estos pacientes y sus cuidadores: alimentación, ubicación y entorno, eliminación, higiene, etc....
- 4º. Disposición sobre información de Asociaciones, implicadas en el Cuidado del anciano y sus cuidadores.
- 5º. Disposición de información de otros grupos de profesionales
- 6º. Se ha elaborado díptico informativo, que recoge la oferta de la puesta en marcha de este proyecto, abriendo a la población del Sector Zaragoza III la posibilidad de acceder a la misma.

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- Número de Consultas Telefónicas
- 2- Número de Consultas Presenciales
- 3- Encuesta de satisfacción
- 4- % de cuidadores satisfechos con el Proyecto.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1/01/06

Fecha de finalización:31/12/06

Calendario:

A lo largo del año 2006, se atenderán todas las demandas solicitadas tanto de forma telefónica como presencial.

Durante los meses de Noviembre y Diciembre se realizara la Encuesta de Satisfacción por vía telefónica, intentando dar facilidades al cuidador, dada la precariedad de tiempo del que dispone.

Durante todo el año se difundirá la Consulta en el Sector Zaragoza III y a partir del 2007 al resto de los Centros Urbanos de los diferentes Sectores de Zaragoza, dado que este Hospital aunque pertenece al Sector III, debido a sus peculiaridades , atiende a población del resto de los Sectores.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

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

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: LUIS BENEDÍ SANZ

Profesión: ENFERMERO ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL

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

Correo electrónico: hpsq@hcu-iblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-556400 ext. 2157

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

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

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

Vamos a utilizar una ficha epidemiológica diseñada para cuantificar los pacientes aquejados de Trastorno Mental Grave y las estancias que hacen a lo largo del año 2006 en la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Censo de pacientes con Trastorno Mental Grave, usuarios en el 2006 de la Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica de referencia en el Sector.

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

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

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Recogida sistemática de información de usuarios de Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica con TMG.

Reuniones de coordinación de los responsables del proyecto para análisis de los datos.

Intervención preliminar de preparación al alta.

Responsables: Enfermeras Supervisoras de las Unidades Corta Estancia Psiquiátrica.

PE

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

TOTAL DE PACIENTES REVISADOS SEGÚN CRITERIOS TMG/TOTAL PACIENTES INGRESADOS.

TOTAL PACIENTES TMG CON CITA AL ALTA/TOTAL PACIENTES CLASIFICADOS COMO TMG

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Continuación

Fecha de finalización:

Caleandario:

Abril 2006 primera coordinación y análisis de datos.

Septiembre 2006 segunda reunión y diseño de intervención preliminar de preparación al alta.

Diciembre 2006 sesión de trabajo de todos participantes, para evaluación general y publicación del trabajo realizado.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Creación de un catalogo de productos de los materiales que se envían a la Central de Esterilización para esterilizar, con información del método adecuado de esterilización según las indicaciones del fabricante y sus características técnicas, en soporte informático y en papel

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARMEN de MIGUEL ASCASO

Profesión

ENFERMERA

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

HCU L. BLESA. ESTERILIZACIÓN

Correo electrónico:

mpre-esteril@hcu-lblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 55 64 00 Ext. 3207

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Fuster	Enfermera	HCU ZARAGOZA
M ^a Victoria Mediano	Enfermera	HCU ZARAGOZA
Josefina Sancho	A.E.	HCU ZARAGOZA
Sagrario Ferrer	A.E.	HCU ZARAGOZA
Mari Vallejo	A.E.	HCU ZARAGOZA
Carmen Val	A.E.	HCU ZARAGOZA
Ana Vecino	Enfermera	HCU ZARAGOZA
Teresa Antoñanzas	Enfermera	HCU ZARAGOZA
J. Ignacio García Montero	Médico	HCU ZARAGOZA
Carlos Aibar	Médico	HCU ZARAGOZA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Importancia

Mejora en los procesos organizativos y asistenciales que inciden en el servicio prestado a los pacientes.

Adecuación del método de esterilización de los productos sanitarios esterilizados en el HCU, garantizando la seguridad en su uso a los pacientes.

Situación de partida

-Incremento de nuevos materiales cada vez más sofisticados que dificultan la elección del método de esterilización.

-Haber pasado del uso casi exclusivo de instrumental metálico, que se puede esterilizar en vapor, al aumento de materiales que no soportan altas temperaturas en su procesado .

-La aparición de nuevas tecnologías en los sistemas de esterilización.

-La dificultad en la elección del método de esterilización según la composición del material.

-Nuevas incorporaciones de personal a la Central de Esterilización y cambios organizativos en la gestión de recursos humanos.

Detección del problema

-Deterioro de material cuando se someten a un proceso de esterilización inadecuado.

-Dudas y consultas del personal acerca del método a seguir.

-Solicitud de esterilización de materiales sin las indicaciones del fabricante.

-Información insuficiente acerca del método de esterilización de los productos nuevos.

Utilidad del proyecto

-Evitar problemas de deterioro o de pérdida de las cualidades de los productos sanitarios nuevos , así como en los de uso habitual en los que se descubren incompatibilidades .

-Asegurar el método adecuado de esterilización según las recomendaciones del fabricante.

-Tener una guía de consulta para solventar dudas .

-Aumentar la eficiencia en la esterilización de materiales, disminuyendo el gasto por deterioro de material mal procesado.

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

- Creación de un catálogo de productos donde conste:
 - Inventario de los materiales que se reesterilizan*
 - Datos del método de esterilización*
 - Imagen fotográfica, para posibilitar su identificación visual*
 - Asociación de la imagen visual a su denominación*
 - Lugar donde se utiliza más frecuentemente*
- Reducción de errores en el proceso de esterilización.
- Resolución de dudas.
- Adecuación el sistema de esterilización según las recomendaciones del fabricante.
- Mantenimiento de las cualidades del material.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Inventariar y catalogar los materiales que ya se están esterilizando en la Central de Esterilización del HCU Lozano Blesa
- Clasificar los que precisen Ficha.
- Solicitar información sobre las recomendaciones del fabricante al servicio de procedencia.
- Realizar ficha del catalogo con:
 - Fotografía del material
 - Identificación y denominación
 - Recomendaciones del fabricante
 - Método de elección de esterilización
 - Codificación
 - Observaciones
- Apertura de un registro de material deteriorado debido a una esterilización no adecuada a su composición incluyendo las reclamaciones del servicio de origen y las detectadas por inspección directa en la C.E.

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

- Nº de artículos que se esterilizan en la actualidad
- Nº de artículos que precisan ficha
- Nº de solicitudes enviadas al servicio de procedencia
- Nº de respuestas con envío de información
- Nº de materiales deteriorados por error en el proceso
- Nº de reclamaciones por deterioro del material enviado a esterilizar

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: 2006

Fecha de finalización: 2007

Calendario:

Febrero 2006:

- Diseñar registro
- Inventariar artículos que se esterilizan
- Discriminar los que necesitan ficha
- Fotografiar materiales
- Solicitar información

Marzo – Junio, Septiembre - Diciembre 2006

- Fotografiar materiales
- Solicitar información

Anexo 2

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)*

- Recopilar información
- Enero - Febrero 2007
- Crear fichas informáticamente y en papel
 - Catalogar los materiales

<u>11.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Cámara digital con complementos. (tarjeta, cargador de batería, etc.)	<u>460</u>
Impresora multifuncion color	<u>300</u>
DVD grabador externo	<u>370</u>
Papel par impresión en color Din A4 (500 hojas)	<u>20</u>
Clasificador de pared (2 ud.)	<u>130</u>
Clasificador de sobremesa (3 ud.)	<u>240</u>
Fundas con pivotes (50 ud.)	<u>160</u>
TOTAL	1780

Fecha y firma:

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA A PACIENTES Y PROFESIONALES SANITARIOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

AURORA LAGUÍA MARTÍN

Profesión:

Técnico Superior PRL

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

HCU "Lozano Blesa" de Zaragoza.- Unidad Básica de Prevención de Riesgos Laborales.

Correo electrónico:

alaguia@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

Teléfono 976 768 894 – Extensión 2445

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Olga Frisas Clavero	Médico del Trabajo	H.C.U. "LOZANO BLESA"
Ana Vecino Soler	Coordinadora RR MM	H.C.U. "LOZANO BLESA"
Miguel Canellas Anoz	Jefe Servicio FyPR	H.C.U. "LOZANO BLESA"
Pedro Ruiz Manzano	Físico Adjunto	H.C.U. "LOZANO BLESA"
María Ángeles Rivas Ballarín	Físico Adjunto	H.C.U. "LOZANO BLESA"
Aurora Aguirre Collado	T.E.R.	H.C.U. "LOZANO BLESA"
Rosa Villalba Pellejero	T.E.R.	H.C.U. "LOZANO BLESA"
Elena Luengo Tolosa	T.E.R.	H.C.U. "LOZANO BLESA"
Josefina Gracia Rubio	T.E.R.	H.C.U. "LOZANO BLESA"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Importancia y utilidad:

Adequar la protección radiológica a los pacientes, así como optimizar las exploraciones radiológicas de modo que se minimice la dosis recibida.

Adecuación de los equipos de protección radiológica de los trabajadores.

Métodos de detección:

A raíz de la aparición del reglamento de protección sanitario R.D. 783/2001, adecuación del personal sanitario a las categorías definidas en el R.D. y verificación de los sistemas de protección.

Situación de partida:

Necesidad de conocimiento y de valoración de los equipos existentes y de su grado de conservación. Adequar a las diferentes necesidades según el grado de exposición

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

- Definición de artículos.
- Adequación del material de protección radiológica en función del riesgo asociado al puesto de trabajo.
- Establecimiento de procedimiento de valoración técnica del material existente y de la integridad de los equipos de protección, tanto a trabajadores como a pacientes.
- Procedimiento de aceptación del material de nueva adquisición.
- Adequación ergonómica de los EPIs.
- Diseño y elaboración de maniquí para realizar mediciones de atenuación de los delantales de protección radiológica.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Definir artículos.- Responsable: Ana Vecino.
- 2.- Inventario prendas.- Responsables: Aurora Laguía y Ana Vecino.
- 3.- Valoración radiológica EPIs existentes: Responsable: María Ángeles Rivas
- 4.- Valoración de necesidad de protección frente a exposición: Responsable: Pedro Ruiz
- 5.- Adecuación ergonómica: Responsables: Aurora Laguía y Olga Frisas.
- 6.- Formación de un grupo de trabajo.
- 7.- Establecimiento calendario revisiones periódicas: Responsable: María Ángeles Rivas
- 8.- Pruebas de aceptación radiológica: Responsable: Pedro Ruiz y María Ángeles.
- 9.- Pruebas aceptación ergonómica. Responsable: Aurora Laguía y Olga Frisas.
- 10.- Previsión de necesidades de adquisición. Responsable: Ana Vecino.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

- **Indicador 1:** % de equipos que pasen las pruebas de aceptación frente al total de los adquiridos: 80%
- **Indicador 2:** % de delantales encontrados no inventariados frente al volumen total: 10%.
- **Indicador 3:** % de delantales revisados anualmente de los existentes: 80%

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Marzo 2005

Fecha de finalización: Diciembre 2006

Calendario:

- Definición artículos: Marzo 2005
- Inventario prendas existentes, incorporando artículos de nueva adquisición y de forma continuada. Comienzo en septiembre 2005.
- Formación de equipo enero 2006.
- Revisiones trimestrales.
- Pruebas de aceptación radiológica y ergonómica a demanda, durante el año 2006

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<u>ORDENADOR PORTÁTIL (precio orientativo)</u>	<u>1.500,00</u>
<u>Prestaciones:</u>	
- 40-60 Gb disco duro.	
- 512 Mb memoria RAM.	
- 64 Mb tarjeta gráfica.	
- Monitor de 14-15 pulgadas.	
- Tarjeta de red sin cables – wifi.	
- Puerto USB versión 2.0.	
- Puerto para ratón PS2	
- Grabadora-regrabadora de DVD.	
- S-video (salida/entrada video)	
- Puerto de serie en placa base.	
<u>SERVICIO DE FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA</u>	
<u>IMPRESORA MULTIFUNCIONAL:</u>	<u>400,00</u>
- Impresora, fax, scanner.	
<u>SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES</u>	
TOTAL	1.900,00

Fecha y firma: Zaragoza a 16 de enero de 2006



Fdo.: Aurora Lagúa Martín
Responsable del Proyecto

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. - TÍTULO

CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000 EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HCU

2. - RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M^a Victoria Gumiel García

Profesión

Enfermera

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

HCU Lozano Blesa

Correo electrónico:

Denf-vgumiel@hcu-iblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 556400, ext 1160-1164

3. - OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Carmen de Miguel	Enfermera	HCU Lozano Blesa
M ^a José Rueda	Enfermera	HCU Lozano Blesa
Elena Roses	Enfermera	HCU Lozano Blesa
Ana Vecino Soler	Enfermera	HCU Lozano Blesa
Manuel Alonso	Ingeniero	HCU Lozano Blesa
Carlos Torcal	Informatico	HCU Lozano Blesa
Rosa Mareca	Medico	HCU Lozano Blesa
Teresa Antoñanzas	Enfermera	HCU Lozano Blesa
Florencio García	Medico	HCU Lozano Blesa
Ana Beltran	Gestión	HCU Lozano Blesa
Purificación Prieto	Medico	HCU Lozano Blesa

4. - PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Partiendo de la situación actual de la central de Esterilización del HCU, donde se realiza el control y registro manual de los procesos en ella realizados, evaluar y modificar aquellos procesos internos que no sigan los requisitos de la norma ISO.

Realización de los registros de la central utilizando un soporte informático.

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

- Diseño del mapa de procesos de la Central de Esterilización.
- Obtenención de la trazabilidad de dichos procesos mediante la informatización de la C.E.
- Inclusión en la Hª Cª del paciente del registro del material utilizado en la intervención procedente de la Central de Esterilización.
- Tratamiento con agua ultrapura para las lavadoras termodesinfectadoras y esterilizadores.
- Cumplir y certificar la Central en la ISO 9001:2000.

Lineas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	10
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	50
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	20
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	20
<i>TOTAL</i>	100 %

8. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Formación en Iso 9001:2000.
- Constitución de un grupo de trabajo con la participación de las tres direcciones, el servicio y la unidad de calidad.
- Adecuación estructural de la C.E.
- Revisión y adecuación de los recursos.
- Adecuación de la calidad de agua para tratamiento del material.
- Diseño del mapa de procesos.
- Informatización de los procesos de la C.E.
- Elaboración de manuales y protocolos.
- Elaboración de un Plan de Mantenimiento de la C.E.

9. - INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Existencia de la Comisión de Trabajo.
Mapa de procesos.
Nº de registros informatizados.

10. - DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Marzo 2006

Fecha de finalización: diciembre 2008

Calendario:

2006-Fase de preparación:

Designación del grupo de trabajo, financiación del Plan y establecimiento del cronograma.

Formación.

Mapa de procesos. Diagrama documental.

Registro informático de la trazabilidad.

Plan de Mantenimiento de la C.E. Obras de adecuación estructural de la central.

2007-Implantación:

Acciones correctoras.

Difusión general.

Solicitud de auditoría interna.

2008-Solicitud de la Certificación.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE CON RIESGO DE DESARROLLAR LESIONES POR PRESION

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Ana Vecino Soler:

Profesión: Enfermera

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

Correo electrónico:
Denf-material@hcu-iblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:
976.765700 ,ext 1107

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Teresa Cuello Arazo	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Gema Girón Jorcano	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Carmen Laita Zarca	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Cristina Marco Cebolla	Aux. enfermería	HCU "Lozano Blesa"
M ^a José Marco Navarro	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Fina Milián Omedas	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Alicia Torres Saiz	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Pilar Sánchez Martín	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Virginia Aznar Rico	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Candida Serna Porro	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
M ^a Victoria Gumiel García	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Prevenir la aparición de lesiones debidas a la presión mantenida en el paciente encamado, aplicando el plan de cuidados estandarizado para la prevención y el tratamiento de la Lesiones por Presión (LPP).

Tras los cortes de prevalencia realizados por la unidad de calidad del hospital, hemos comprobado que la instauración de medidas preventivas y la inversión en recursos materiales en dispositivos de alivio de presión han sido efectivas en aquellas unidades que siguen el protocolo y disponen de dichos medios.

Es necesario invertir mas recursos en formación para difundir el plan de cuidados, dar a conocer la existencia y el uso de los productos y aparatos de los que dispone el hospital.

Del mismo modo hay que incidir en la importancia de realizar una escala de valoración para prever el riesgo de que se produzcan estas lesiones y aplicar así las medidas correctoras oportunas.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

-Realización de un Plan de cuidados estandarizado, revisado y aprobado por la Comisión de Enfermería, la Comisión de infecciones y la Comisión de Dirección del centro.

-Realización de un póster para las unidades donde se informa las pautas a seguir en el tratamiento unificado de las LPP.

-Introducción del plan de cuidados en el aplicativo informativo GACELA.

-Disminución de la prevalencia de las LPP en las unidades donde se trabaja con dicho plan y han recibido formación respecto a la prevención de LPP.

-Existencia en el hospital de 8 colchones alternantes de alto riesgo /servicios especiales, y de 40 colchones alternantes alto riesgo/unidades enfermería .

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

-Disminución de la prevalencia de las lesiones por presión.

-Realizar un seguimiento del tratamiento que permita una continuidad de cuidados, transmitido a través del informe de continuidad de cuidados al alta medica.

-Personal formado y experto en la prevención de este efecto adverso.

Líneas de intervención	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	10
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	50
<i>Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos</i>	20
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	20
TOTAL	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Talleres formativos en prevención y tratamiento.

Dar la máxima difusión al plan .

Tener un control permanente y actualizado de todos los pacientes con riesgo de padecer LPP y aquellos que presenten lesiones con estadio III durante su permanencia en el centro independientemente del lugar donde se hayan producido las lesiones.

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Cortes semestrales de la prevalencia de las LPP.

Nº de pacientes que en su estancia se les ha tenido que tratar de una lesión estadio III.

Nº de pacientes con escala de Norton realizada.

Nº de pacientes con un Norton menor de 14 durante la estancia hospitalaria.

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 2003

Fecha de finalización:diciembre 2006

Caleandario:

- Un taller formativo al mes al personal asistencia de enfermería, programado a través de la Coordinadota de Formación.
- Taller formativo en el mes de Febrero a las supervisoras de unidades de enfermería de hospitalización.
- Cortes semanales de Norton inferiores a 14: mes de marzo a junio de 2006.
- Información de LPP estadio III y recogida de datos: marzo 2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Elaboración de Manuales de Información y Funcionamiento, Unificado y Protocolizado para las Unidades de Enfermería de Hospitalización

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

Teresa Antoñanzas Lombarte

Profesión:

Enfermera

Lugar de trabajo:

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Correo electrónico:

denf@hcu-lblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976.765700 1160/1164

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a José García Luxan	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
M ^a Victoria Gumiel García	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Carmen Hernandez Saluela	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Virginia Aznar Rico	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Cándida Serna Porro	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
M ^a Teresa Escribano Catalán	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Teresa Tejero	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
Luis Benedi	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"
M ^a Luisa Embid	Enfermera	HCU "Lozano Blesa"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

La elaboración de estos manuales tiene como objetivo, informar al personal de nueva incorporación y servir como herramienta de soporte, al personal que compone las Unidades de Enfermería.

Ser conocedores de la sistemática de trabajo de las Unidades y disponer de un documento de soporte, es de gran importancia en la atención a los pacientes ya que, permite mayor agilidad en la actuación y evita errores. a la vez que supone un respaldo para el personal y genera seguridad, tanto para las personas que están por primera vez en la Unidad, como para los que la integran habitualmente.

Las Unidades de Enfermería en estos momentos, gestionan los cuidados con apoyo de herramientas informáticas que es preciso sean bien conocidas por los profesionales. Estos manuales informaran sobre los procedimientos existentes así como de los diferentes Planes de Cuidados y también Estilo de Gestión de la Unidad, Sistemas de Comunicación y cualquier otra herramienta que permita gestionar con eficacia y eficiencia todos los cuidados y atención a pacientes y familiares, y en los que quedará recogidos los propios acuerdos de las Unidades y la gestión interna de las mismas.

Asimismo se incluirán las guías e informaciones precisas para la mejor comunicación con indicación sobre los cauces de comunicación formal.

Para ello se elaboraran manuales básicos que sirvan de guión a las Unidades para la creación de los manuales específicos de cada una de ellas.

Este primer manual básico se realizará por un grupo de trabajo coordinado desde la Dirección de Enfermería.

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

Con estos manuales, se espera:

- Dar respuesta a las necesidades expresadas por los profesionales de tener un soporte formativo que les oriente y permita a las personas que acuden por primera vez a una Unidad, a familiarizarse con el funcionamiento de la misma.
- Crear vías activas y de comunicación.
- Generar un "estilo" en las Unidades.

Lo que redundará indudablemente en un Atención al Paciente más segura

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

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**1ª Fase**

Formación de los dos grupos de trabajo, para guión y contenidos.

Formación del grupo de validación. (Serán los revisores del Manual Básico y de su adecuación.)

Definición de la estructura del manual

Creación del Manual Guía

Formación / identificación del grupo evaluador para posterior control y seguimiento de los manuales que se elaboren

INDICADORES

Nº de reuniones de los grupos

Elaboración del guión

Elaboración del Manual Básico

VALIDACIÓN

El grupo de estudio lo formarán tres supervisoras de la plantilla del HCU, que hasta entonces no hayan participado en el diseño del guión ni del Manual Básico.

Deberán realizar repaso detallado e independiente, es decir, por separado, de los contenidos y definiciones que posteriormente serán analizadas con el grupo de validación, para estudiar los posibles motivos de discrepancia.

2ª Fase

Creación del grupo de trabajo de la Unidad o Unidades si hay más de una que precise un Manual Específico pero con igual funcionamiento. Por ejemplo en el caso de una misma especialidad o Unidades con la misma supervisora o supervisor y con funcionamientos homólogos

INDICADORES

Nº de reuniones del grupo

Elaboración del Manuales Específicos de cada Unidad.

EVALUACIÓN

Revisión del Manual por el equipo de control

Edición del Manual en la Intranet del Hospital

3ª Fase**INDICADORES**

Nº de Manuales editados por Unidad.

Nº de procedimientos incorporados al manual.

Nº Revisiones por Unidad.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: 1 de febrero de 2006

Fecha de finalización: 31 diciembre 2007

Calestarario: 1ª Fase:

1ª FASE	GRUPO GUIA	REUNIONES	GRUPO CONTENIDOS	VALIDACIÓN	F, CIERRE
	01/02/06	Cada 15 días	01/04/06	01/11/06	31/12/06
2ª FASE	GRUPO UNIDAD	REUNIONES	REVISION	CIERRE	EDICIÓN
	01/01/07	Cada 15 días	01/10/07	01/11/07	01/12/07

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

ACTUALIZACIÓN

1.- TÍTULO

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

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Florencio García Latorre

Profesión

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

Hospital Clínico Universitario. Dirección Médica

Correo electrónico:

fgarcia@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765714

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Aibar Remón, Carlos	Médico	HCU
Altarribas Bolsa, Elena	DUE	HCU
Antoñanzas Lombarte, Teresa	DUE	HCU
Barrasa Villar, J Ignacio	Médico	HCU
Comet Cortés Pilar	DUE	HCU
García Montero, J Ignacio	Médico	HCU
Mareca Doñate, Rosa	Médico	HCU
Moreno, Pascual	Médico	HCU
Pérez Calvo, Juan Ignacio	Médico	HCU
Ramírez, Teresa	Médico	HCU
Vecino Soler, Ana	DUE	HCU
Carmen de Miguel Ascaso	DUE	HCU

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Este es un Proyecto que se viene desarrollando desde 2004 y su **Objetivo** sigue siendo el mismo: la creación de una red estable de revisores con formación en Medicina Basada en la Evidencia y evaluación de Guías de Práctica Clínica para coordinar y llevar a cabo todo el proceso de revisión crítica y validación de las Recomendaciones de Práctica Clínica del Hospital

La importancia y utilidad de este proyecto vienen marcadas por la incapacidad actual que tenemos para evaluar y dar el visto bueno institucional a las diferentes Recomendaciones de Práctica Clínica que elaboran los Servicios y Unidades asistenciales, que además suelen redactarse en muy diferentes formatos, de muy diferentes maneras y sin consultar con otros servicios a los que directa o indirectamente pueden estar afectando las decisiones propuestas en el protocolo

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

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

3. Elaboración del Reglamento de Funcionamiento Interno de la Comisión de revisores.

4. Elaboración de un "Manual para elaborar Recomendaciones de Práctica Clínica" para difundirlo entre los profesionales del Hospital, en el que se detallan las principales consideraciones que hay que tener en cuenta a la hora de redactar un documento con recomendaciones de práctica clínica.

5. Elaboración de un Procedimiento para Validar Recomendaciones de Práctica Clínica: procedimiento escrito para normalizar y estandarizar todos los circuitos y plazos durante el Proceso de revisión de las Recomendaciones

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

7.- Registro de Recomendaciones Clínicas existentes: Se ha elaborado una base

de datos y se han registrado todas las recomendaciones de práctica clínicas existentes en el hospital

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

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

- N° de revisores que forman parte de la red..... 59
- N° de RPC revisadas por la red de revisores..... 2
- N° de RPC validados por la red de revisores 0

Estos resultados cuantitativos son prácticamente los mismos que los del año pasado ya que el proyecto sufrió un largo parón durante 2005 causado principalmente por la marcha de la persona que coordinaba inicialmente el proyecto. No obstante, al margen de todos estos resultados cuantitativos, creemos que en el último trimestre de 2005 se han conseguido importantes logros con la constitución formal de la Comisión de Revisores, la elaboración del Manual para elaborar recomendaciones, del Procedimiento para la validación y con la reactivación y puesta en marcha de la primera experiencia piloto.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- Asegurar unos estándares de calidad formal, científico-técnica y organizativa en todas las RPC que se pongan en marcha en el hospital
- 2.- Formalizar e institucionalizar gradualmente las diferentes RPC que actualmente están disponibles en el hospital.
- 3.- Estandarizar actuaciones entre diferentes servicios o unidades asistenciales
- 4.- Disponer de un registro institucional de RPC.
- 5.- Estimular la actuación protocolizada de los profesionales del hospital mediante la difusión "on line" de los documentos aprobados por este sistema y aportando el aval y respaldo institucional a las decisiones que contengan.
- 6.- Garantizar los plazos de revisión de las RPC y facilitar la realización de audits clínicos en nuestro centro.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40 %
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	20%

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR	
Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables	
Para este nuevo año las actividades que se van a realizar para terminar de desarrollar el proyecto serán:	
Actividades	Responsabl
1.- Concluir las dos experiencias piloto	Comisión de Revisores
2.- Validar al menos 10 protocolos del HCU	Comisión de Revisores
3.- Difundir los protocolos validados entre los profesionales del HCU	Equipo del Proyecto
4.- Presentar la experiencia en algún congreso o reunión de resonancia nacional	Equipo del Proyecto
5.- Evaluación final del proyecto.	Equipo del Proyecto

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y señalar al menos dos indicadores que se van a utilizar
<ul style="list-style-type: none"> - Nº de RPC registrados en la base de datos - Nº de protocolos revisados por la red de revisores - Nº de RPC validados por la Comisión de Revisores. - Nº de protocolos/Guías de práctica aprobados en Comisión de Dirección.

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: 2003	Fecha de finalización: febrero de 2007
Calendario:	
Actividades	Fechas
1.- Concluir las dos experiencias piloto	febrero 2006
2.- Validar al menos 10 protocolos del HCU	febrero-diciembre 2006
3.- Difundir los protocolos validados entre los profesionales del HCU	febrero-diciembre 2006
4.- Presentar la experiencia en algún congreso o reunión de resonancia nacional	Octubre 2006 o de 2007
5.- Evaluación final del proyecto	febrero 2007

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“AUDITORÍA INTERNA DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

RAMÓN BELLOSTA FERRER

Profesión

MEDICO

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

HOSPITAL CLINICO SERVICIO ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Correo electrónico:

rbellosta@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976556400 2804

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Javier Valencia Julve	Médico	H. Clínico
Ricardo Escó Barón	Médico	H. Clínico
Arturo Munárriz Bermudo	DUE	H. Clínico
Carlos Martinez Casbas	TSRT	H Clínico
Rosa Joven Aguirre	Auxiliar Enfermería	H. Clínico
Consuelo Recaj Crespo	Administra- tivo	H. Clínico
Comisión Garantía Calidad en Radioterapia		H Clínico

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 el año 2000, el Servicio de Oncología Radioterápica del H. Clínico dispone de un programa de garantía de calidad en cumplimiento con lo establecido por el real Decreto 1566/1998, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia. Desde entonces se han desarrollado procedimientos ajustados a las normas ISO con la intención de avanzar hacia un proceso de certificación ISO 9001:2000 del Servicio de Oncología Radioterápica (OR).

En la actualidad el programa de Calidad de OR está muy desarrollado, documentado e incluso implantado, pero desconocemos el grado de conformidad con respecto a la norma ISO y cuáles son las principales modificaciones y líneas de actuación que deberíamos de emprender en este momento para alcanzar ese proceso de certificación. Por eso el equipo de OR y la Comisión de Calidad en Radioterapia ha considerado importante y prioritario contrastar ese grado de conformidad frente a la Norma ISO 9001:2000 mediante una auditoría externa para determinar cuáles son las principales lagunas del Programa y para orientarnos sobre los siguientes pasos a seguir.

La auditoría permitiría detectar defectos y posibles puntos de mejora, dentro del marco del programa de garantía de calidad en oncología radioterápica. El método de detección consistiría en:

- Una auditoría documental del sistema: manual de calidad, manual de procesos, manual de procedimientos, formatos y registros.
- Auditoría interna del sistema de gestión de calidad, con la información extraída de la auditoría documental.
- Elaboración del informe de auditoría, donde se recojan las necesidades del sistema de calidad respecto de la documentación y las necesidades del sistema respecto a su implantación y mantenimiento y las oportunidades de mejora que se observen

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1.- El resultado primario sería conocer la situación real del desarrollo e implantación de nuestro Programa de Garantía de Calidad,.
- 2.- Detectar posibles puntos sobre los que ejercer acciones de mejora de cara a obtener una Certificación de nuestro sistema de Gestión de la calidad de acuerdo con

la Norma ISO 9001:2000

3.- Implicar a todo el servicio en la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en Ontología Radioterápica

4.- Mejorar la atención y la calidad de los servicios prestados por el Servicio de Ontología Radioterápica a los pacientes

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	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%	25%
<i>Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado</i>	10%	25%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Realización de una auditoría documental del sistema: manual de calidad, manual de procesos, manual de procedimientos, formatos y registros.
- Realización de una auditoría interna del sistema de gestión de calidad, con la información extraída de la auditoría documental.
- Elaboración del informe de auditoría, donde se recojan las necesidades del sistema de calidad respecto de la documentación y las necesidades del sistema respecto a su implantación y mantenimiento y las oportunidades de mejora que se observen
- Puesta en marcha de acciones de mejora para ajustar el sistema de calidad a la Norma ISO 9001:2000
- Solicitud de auditoría de certificación

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1.- Existencia de un informe de auditoría por parte del equipo auditor, donde se haga constar:

- Resultados de la auditoría documental
- Resultados de la auditoría del sistema de gestión
- Oportunidades de mejora

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- 2.- Existencia de una Selección y priorización por parte de la Comisión de Garantía de Calidad en Radioterapia (reflejado en acta) de las acciones de mejora a poner en marcha, a partir del informe de auditoría.
- 3.- Existencia de un Seguimiento y Evaluación en la Comisión de Garantía de Calidad en Radioterapia (en acta) de las acciones de mejora seleccionadas.

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/2006	Fecha de finalización: Febrero 2007
Calendario:	
Realización de la auditoría del Sistema	febrero- abril 2006
Estudio de informe en Comisión de garantía de calidad	mayo-junio 2006
Priorización de acciones de mejora	mayo-junio 2006
Puesta en marcha de acciones de mejora	junio-diciembre 2006
Evaluación de implantación de acciones	enero-febrero 2007

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Importancia y utilidad del proyecto. La prescripción farmacológica ocupa una parte importante del gasto sanitario, y aunque existen diferentes alternativas comercializadas para el mismo principio activo o grupo terapéutico, en ocasiones las presentaciones más baratas se utilizan sólo de forma ocasional.

Métodos de detección y priorización empleados. Los informes de farmacia que recibimos periódicamente nos proporcionan información acerca de los fármacos y grupos terapéuticos más frecuentemente prescritos.

Posibles causas. La presión de la empresa farmacéutica empuja a prescribir en ocasiones lo último. A veces existe desconocimiento respecto al precio de las distintas alternativas dentro del mismo grupo terapéutico.

Fuentes de información. Informes de farmacia con la prescripción del año 2005 para intervenir sobre los 10 grupos farmacológicos más prescritos. Investigación de los precios de los fármacos de los grupos farmacológicos más prescritos en el año 2005. Informes de farmacia de la prescripción del año 2006 para evaluar el resultado de la intervención.

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

- Aumentar el uso de genéricos.
- Disminuir el gasto por receta prescrita desde el Servicio de Urgencias.
- Disminuir el uso de fármacos comercializados recientemente.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados	20%	
Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas	0%	
Garantizar los derechos y aumentar la satisfacción de nuestros clientes /usuarios / pacientes con los servicios recibidos	20%	
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	60%	
TOTAL	100%	

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Identificar los fármacos más prescritos durante 2005.
- 2- Investigar las alternativas a estos fármacos y sus precios.
- 3- Realizar sesiones clínicas con los facultativos que realizan la prescripción en urgencias para informarles.
- 4- Elaborar carteles con la información y colocarlos en los despachos médicos de urgencias.
- 5- Comparar la prescripción tras estas medidas mediante los informes de farmacia.
- 6- Difundir los resultados a los médicos de urgencias.

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- Realización de sesiones para informar de las alternativas. (SÍ-NO)
- 2- Realización y exposición de los carteles informativos con los grupos terapéuticos más utilizados y de las alternativas con su precio. (SÍ-NO)
- 3- % de prescripción de genéricos en 2005 y 2006.
- 4- Gasto por receta en 2005 y 2006.

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-2006

Fecha de finalización: Febrero-2007

Calendario:

- 1- Identificar los fármacos más prescritos durante 2005 e investigar las alternativas a estos fármacos y sus precios. (febrero 2006)
- 2- Realizar sesiones clínicas con los facultativos que realizan la prescripción en urgencias para informarles. (abril 2006)
- 3- Elaborar carteles con la información y colocarlos en los despachos médicos de urgencias. (abril 2006)
- 4- Comparar la prescripción tras estas medidas mediante los informes de farmacia. (Con la periodicidad de los informes de farmacia)
- 5- Difundir los resultados a los médicos de urgencias. (Periódicos, informe final febrero 2006)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la atención al paciente en tratamiento de radioterapia en la Unidad de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Arturo Munarriz Bermudo

Profesión

Enfermero

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

Hospital Clínico Universitario

Correo electrónico:

rdtp-supervisora@hcu-lblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 556400 2817

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Mercedes Lassa Cubero	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Peña Zarazaga Alfonso	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Magdalena Bartolome Bartolome	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Pedro Gimeno Bujeda	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Juana Maria Oliver Fernandez De Pierola	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Marina Aznar Montañes	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
M ^a Victoria Gumiel García	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Elena Altarribas Bolsa	Enfermera	Hospital Clínico Universitario

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

Uno de los objetivos estratégicos 2004-2007 del departamento de Salud es el de mejorar la atención de las personas satisfaciendo sus demandas, necesidades y expectativas. En esta línea y respondiendo a la demanda de los pacientes y profesionales del Servicio/Unidad de Oncología Radioterápica, así como, de la Comisión de Garantía de Calidad de Radioterapia, se decide implantar una Consulta de Enfermería para los pacientes atendidos en dicha unidad.

El Hospital Clínico atiende en el Servicio/Unidad de Radioterapia anualmente aproximadamente a 990 pacientes de Aragón, Soria y La Rioja a los que se les administra tratamiento con radioterapia en turnos de mañana, tarde y noche, en este tipo de tratamiento el paciente acude diariamente de forma ambulatoria, por un periodo variable de tiempo. La radioterapia puede ser administrada como tratamiento exclusivo o bien asociándose también, en algunos casos, a la quimioterapia.

Las características de estos pacientes y los posibles efectos secundarios del tratamiento (fatiga, cambios en la piel, pérdida de apetito, sexualidad, estética, etc.) hacen necesario ofertar de una forma sistemática cuidados, precauciones y seguimiento durante el tratamiento del paciente. Por esta razón, se decide poner en marcha una consulta de enfermería que oferte una atención "de primer día" en la que se ofrezca información y cuidados previos a la radioterapia, así como el apoyo que precise el paciente. Así mismo, una consulta "de seguimiento" en la que se detecten las necesidades de los pacientes durante el tratamiento y donde el paciente tendrá la ocasión de consultar las dudas o problemas que le surjan, y donde se le entregará, al finalizar el tratamiento, un informe que garantice la continuidad de cuidados. Con el mismo objetivo, dicha consulta de enfermería oferta un servicio de *Atención Telefónica* que facilita la información necesaria en cada momento, así como la continuidad de los cuidados que el paciente en tratamiento con radioterapia precisa.

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

- Disponer de una consulta de enfermería en el servicio/unidad de Radioterapia en turno de mañana/tarde y noche
- Ofertar una cartera de servicios de la Consulta de Enfermería de Oncología Radioterápica
- Garantizar a todos los pacientes tratados con radioterapia la valoración de sus necesidades y planificación de cuidados desde el inicio al final del tratamiento con radioterapia
- Asegurar que todos los pacientes reciben la información necesaria en relación a sus cuidados, según la localización y el tipo de tratamiento que se les va a realizar
- Favorecer la continuidad de cuidados entre Atención Primaria/Atención Especializada
- Definir y consensuar los indicadores de seguimiento de la actividad de la consulta de enfermería en Oncología Radioterápica

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	50%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	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%	10%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación de un grupo de mejora formado por profesionales del equipo de enfermería de la unidad de oncología radioterápica y unidad de calidad del HCU
- Planificación de la Consulta de Enfermería: reorganización de recursos humanos/materiales, contenido (gestión de cuidados), registros en historia clínica, etc.
- Formación en gestión de cuidados: valoración de necesidades, informe de continuidad de cuidados
- Elaboración y consenso entre el equipo multidisciplinar de las de "Hojas de información" a pacientes para los diferentes tratamientos que se realizan en oncología radioterápica
- Definición, consenso de indicadores y planificación de monitorización (Sistemas de información)

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Los resultados del proyecto se evaluarán a partir de los siguientes indicadores, que se calcularán con una periodicidad mensual.

- Nº de pacientes atendidos en consulta de enfermería de primer día
- Nº de pacientes atendidos en consulta de enfermería de seguimiento
- Nº de consultas telefónicas
- % de pacientes que al finalizar el tratamiento en Oncología Radioterápica figura el informe de continuidad de cuidados en la historia clínica

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Septiembre 2004

Fecha de finalización: Junio 2006

Calendario:

- Septiembre 2004: Detección de necesidades
- Septiembre 2004: Formación de un grupo de mejora
- Diciembre 2004: Planificación de la Consulta de Enfermería: reorganización de recursos humanos/materiales, contenido (gestión de cuidados), registros historia clínica, etc.
- Enero/marzo 2005: Formación en gestión de cuidados: valoración de necesidades. Elaboración y consenso entre el equipo multidisciplinar de las de "Hojas de información" a pacientes.
- Mayo /Diciembre 2005: Puesta en marcha de consulta de enfermería de primer día/segimiento y atención telefónica
Definición, consenso de indicadores y planificación de medición sistemática (Sistemas de información)
- Enero/Junio 2006: Puesta en marcha del Informe de Continuidad de cuidados y monitorización de indicadores

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Mejora de la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles del Sector Zaragoza III

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Elena Altarribas Bolsa

Profesión

Enfermera

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

Hospital Clínico Universitario

Correo electrónico:

denf-calidad@hcu-iblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 556400 1123

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Pilar Alcober	Enfermera	Hospital San Jorge
María Ramos	Enfermera	Hospital San Jorge
Armando Colomer	Enfermera	Salud Mental
Carmen Melendez	Enfermera	Salud Mental
Marta Calero	Enfermera	Atención Primaria
Concha Soro	Enfermera	Atención Primaria
Pilar Gragera	Enfermera	Atención Primaria
Teresa Antoñanzas	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Candida Serna	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Teresa Cuello	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Ana Vecino	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Marga Esteban	Enfermera	Hospital Clínico Universitario
Luis Benedí	Enfermera	Hospital Clínico Universitario

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En el ámbito anglosajón existen cada vez más evidencias disponibles sobre los beneficios de iniciativas conjuntas entre niveles asistenciales mediadas por enfermeras, que consiguen reducir el riesgo de institucionalización, el nº de reingresos, los costes sanitarios, o mejorar la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios. En nuestro país los marcos legales que establecen la coordinación asistencial por un lado es la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y por otro la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que, recoge como principio "la continuidad asistencial de los pacientes". En esta línea, el Sector Zaragoza III se plantea como línea de trabajo para desarrollar en el año 2005/2006 poner en marcha un sistema de comunicación entre las enfermeras de ambos niveles asistenciales, tanto en el momento del ingreso como en el del alta hospitalaria con el fin de garantizar la continuidad de cuidados en el Sector Zaragoza III.

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

- Disponer de una herramienta de comunicación, informe de continuidad de cuidados (ICC), al alta y al ingreso hospitalario consensuado por los diferentes niveles asistenciales.
- Definir los diferentes circuitos de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales
- Elaborar un sistema de registro informático del ICC par la obtención y explotación de los datos
- Difundir a través de la Intranet el ICC (Atención Primaria/Atención Especializada) que asegure la recepción de los informes y disminuir los tiempos de comunicación
- Realizar un programa de sesiones de formación que facilite la realización del ICC en los diferentes niveles asistenciales y de continuidad al proyecto de Gestión de Cuidados del Sector Zaragoza III
- Definir y consensuar para cada nivel asistencial los indicadores de evaluación (proceso y resultado) del proyecto y realizar monitorizaciones semestrales

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	30%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	40%

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<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

- Formación de un grupo de mejora integrado por profesionales del equipo de enfermería de atención primaria/salud mental/atención sociosanitaria/ atención especializada y por las Direcciones de Enfermería de los distintos niveles asistenciales del Sector Zaragoza III
- Elaboración de un Informe de Continuidad de Cuidados consensuado entre los diferentes niveles asistenciales
- Definición de los circuitos de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales
- Realización de un registro informático del ICC
- Difusión del proyecto al equipo de enfermería de cada nivel asistencial
- Planificación y realización de un programa de sesiones de formación que facilite la realización del ICC en cada centro de salud, unidad de enfermería de San Jorge, Salud Mental y Hospital Clínico
- Coordinación con el equipo de informática del HCU para la inclusión del ICC en la intranet
- Definición, consenso de indicadores y monitorización de los indicadores de evaluación del proyecto

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Los resultados del proyecto se evaluarán a partir de los siguientes indicadores, que se calcularán con una periodicidad semestral.

Hospital Clínico	% pacientes dados de alta con informe de continuidad de cuidados
	% de pacientes dados de alta con déficit de autocuidados (Índice de Barthel < 60)
	% de Centros a los que se les notifican las altas hospitalarias diariamente
Atención Primaria	Nº de pacientes derivados a HCU/SM/AP/Residencia/San Jorge con ICC
	Nº de pacientes con ICC recibidos de HCU/SM/AP/Residencia/San Jorge
	Días de demora en la atención tras derivación a Centros de Salud
Salud Mental	% pacientes dados de alta con informe de continuidad de cuidados
	% de pacientes con ICC recibidos de Centro de Salud Mental/Psiquiatría
Hospital San Jorge	% pacientes dados de alta con informe de continuidad de cuidados
	% de pacientes con ICC recibidos de HCU/SM/AP/Residencia/San Jorge

Anexo 2	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--

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: Mayo 2004	Fecha de finalización: Junio 2006
----------------------------	-----------------------------------

Calendario:

- Mayo 2004: Detección como línea de trabajo por las Direcciones de Enfermería.
- Junio 2004: Formación de un grupo de mejora.
- Junio 2004/Noviembre 2005: Elaboración de un Informe de Continuidad de Cuidados. Definición de los circuitos de comunicación. Realización de un registro informático del ICC. Definición, consenso de indicadores de los indicadores de evaluación del proyecto.
- Diciembre 2005: Difusión del proyecto al equipo de enfermería de cada nivel asistencial. Realización de un programa de sesiones de formación. Coordinación con el equipo de informática del HCU/Intranet.
- Enero/Diciembre 2006: Puesta en marcha del Informe de Continuidad de cuidados y monitorización de indicadores semestral.

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Presentación en congresos de ámbito nacional	900
Formación	3500
TOTAL	4400 €

Fecha y firma:
16 de Enero de 2006

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

“ Control de calidad en el tratamiento de la fibrilación auricular en un Servicio de Urgencias Hospitalario y su posterior seguimiento en los centros de salud.”

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: Joaquín Gómez Bitrián

Profesión: Médico Adjunto del Servicio de Urgencias

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

Correo electrónico: urge-rivas@hcu-iblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-556400 Extensión: 3954; 3915.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Gonzalo Rodrigo	Médico. Jefe de Sección.	Unidad de Arritmias. HCU
Miguel Rivas Jiménez	Médico Coordinador	S. Urgencias. HCU
Ana Belén Gil Berduque	Enfermera	S. Urgencias. HCU
Antonio Oto Negre	Médico de familia.	Centro Salud Cariñena
Maria Luisa Catalán Ladrón	Coordinador Médico	S. Urgencias. H. Calatayud
Pilar López Lahoz	MIR de M. Familia	HCU
Marta De Azúa Jiménez	MIR de M. Familia	HCU
Laura Lázaro García	MIR de M. Familia	HCU

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

- La fibrilación auricular es la arritmia más prevalente en los servicios de urgencias hospitalarios y en los centros de salud.
- El entramado terapéutico y seguimiento de los pacientes con fibrilación auricular es especialmente complejo, ya que se aúnan muy diversas posibilidades de tratamiento para el control del ritmo o la frecuencia ventricular y el tratamiento antiagregante o anticoagulante como profilaxis de eventos cardioembólicos.
- En estos momentos se hace necesario una valoración de la situación actual tanto de

protocolos como de guías de actuación para detectar los problemas y posibles tratamientos no correctos.

- Siempre es importante controlar desde todos los niveles la continuidad asistencial de las patologías más frecuentes y con mayor porcentaje de reagudizaciones y de ingresos hospitalarios. En el caso que nos ocupa los pacientes con fibrilación auricular tienen en un alto porcentaje de cardiopatía estructural y factores de riesgo vascular que van a ocasionar a lo largo de su vida distintas posibles complicaciones desde episodios sincopales, angor secundario, insuficiencia cardíaca, eventos tromboembólicos arteriales, etc., todas ellas posiblemente evitables con el correcto tratamiento y seguimiento en los distintos niveles asistenciales.
- Es evidente que la patología más frecuente y con mayor número de complicaciones requiere un perfecto conocimiento por parte de todos los profesionales sanitarios y una información adecuada a los pacientes que la padecen. Nosotros creemos que la fibrilación auricular cumple sobradamente estos requisitos por ser la arritmia más frecuente y la que genera mayor número de ingresos hospitalarios.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Uso racional de las Guías de actuación en estas situaciones.
2. Uso racional de la anticoagulación y farmacología de la fibrilación auricular.
3. Disminución del número de ingresos de pacientes con fibrilación auricular
4. Disminución del número de ictus en pacientes con fibrilación auricular.

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Estudio epidemiológico de la situación actual de la fibrilación auricular en el Servicios de Urgencias del Hospital Clínico y en el H. de Calatayud y en los centros

de atención primaria.

- Evaluación del seguimiento del Protocolo de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios del tratamiento antiarrítmico en los episodios de fibrilación auricular paroxístico de reciente inicio, existente en el Servicio de Urgencias.
- Aplicación del control de calidad en el tratamiento antiarrítmico para el control de la frecuencia cardíaca en pacientes con fibrilación auricular crónica y del tratamiento antiarrítmico para la prevención de nuevos episodios de fibrilación auricular paroxística.
- Estudio de las estrategias ante la fibrilación auricular, valorando número de ingresos, número de reagudizaciones, eventos cardioembólicos, efectos secundarios de fármacos.
- Creación de una base de datos de todos los pacientes con fibrilación auricular de nuestra área y en un futuro cercano la creación de una guía de actuación para todos los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales, para asegurar la continuidad asistencial adecuada.
- Puesta al día en la identificación de arritmias en médicos de los equipos de Atención Primaria del Area III.

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 fibrilación auricular a los que se aplica el protocolo.
2. Porcentaje de pacientes con fibrilación auricular en el Centro de Salud que toman anticoagulación y/o antiagregación plaquetaria.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

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

Fecha de inicio: Enero de 2006

Fecha de finalización: Febrero 2006

Caleandario:

- Realización de un estudio epidemiológico retrospectivo de los episodios de fibrilación auricular atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Área III.
(Duración: 2 meses)
- Elaboración de la "Guía para la atención del paciente con fibrilación auricular en los Servicios de Urgencias" a partir de una búsqueda de bibliografía con la metodología de la Medicina Basada en la Evidencia, y las distintas recomendaciones de las Guías Clínicas existentes en la actualidad.

- (Duración: 2 meses)
- Edición del material (folletos, trípticos).
(Duración: 1 mes)
 - Divulgación de la Guía entre los profesionales de los Servicios de Urgencias y los Centros de Atención Primaria.
(Duración: 2 meses)
 - Evaluación de la Calidad:
 1. Seleccionar una muestra de los destinatarios de las recomendaciones y comprobar, mediante encuesta, su conocimiento de la guía. (un mes).
 2. Medición a los 6 meses y al año de los dos indicadores fijados en el Centro de Salud y en los S. de Urgencias de ambos hospitales.
 - Realización de un primer estudio transversal en los Centros de Salud respecto a las pautas de antiagregación y anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular en los distintos centros de salud del área.
 - Realización de un curso sobre "Identificación de pacientes con arritmias" para médicos que trabajen en la Atención Primaria, por medio del envío de casos clínicos prácticos por Internet y la realización de un curso presencial con simulación de arritmias y de trazados electrocardiográficos.
(Duración: 4 meses)

11.-PREVISIÓN DE RECURSOS

	Pesetas
Material inventariable	
Simulador de arritmias	4.000 Euros
Material fungible	
Editar documentación (folletos, trípticos)	1.500 Euros
Viajes y dietas	
Reuniones del grupo de trabajo	600 Euros
Asistencia a reuniones científicas y de divulgación	2.000 Euros

Anexo 2

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de
Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)

Organización de cursos

1.500 Euros

Total

9.600

Fecha y firma:

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long vertical stroke, positioned over the signature line.

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

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

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

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

El proyecto de mejora en salud reproductiva de la población inmigrante de Zaragoza se ha desarrollado muy satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad 2002 y 2003. Los recursos asignados fueron suficientes para continuar los programas en 2004. Los talleres de control prenatal, planificación familiar y cuidados del recién nacido se desarrollan con periodicidad y se dispone del material necesario. Se ha elaborado un cuaderno de control del embarazo y asistencia al recién nacido en español y árabe que está pendiente de edición. Durante el año 2005 implementó el programa de prevención de mutilación genital con la realización de 39 entrevistas por mediadoras especializadas a mujeres que dieron a luz en el HCU procedentes de países donde esta práctica se realiza de forma habitual. Se trabajó también, aunque no se cumplieron todos los objetivos previstos por condicionantes externos, con las mujeres internas en la cárcel de Zuera.

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades del Sector III de Zaragoza donde se asiste a población inmigrante disponen del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido
2. Edición y distribución del cuaderno de planificación familiar.
3. Identificación de todas las mujeres con MGF que dan a luz en el HCU.
4. Estas mujeres y sus familias son informadas por mediadoras socioculturales de los efectos perjudiciales de la mutilación genital femenina. Se espera sensibilizarlas para que no se lo realicen a sus hijas.
5. Asociaciones de inmigrantes gambianas, senegalesas y árabes reciben talleres de control prenatal y planificación familiar.
6. Se dan charlas informativas al personal sanitario

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

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

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Distribución del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido en las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades donde se asiste a población inmigrante. Coordinación del equipo directivo del Clínico, el Servicio de Ginecología, el Servicio de Calidad y los Coordinadores de los Centros de Salud.
Mauricio Tajada Duaso. Ernesto Fabre.
2. Edición y distribución del cuaderno de planificación familiar.
Finalización del texto y dibujos del cuaderno.
Mauricio Tajada Duaso. Mediadoras y voluntarios de Médicos del Mundo.
3. Identificación de todas las mujeres con MGF que dan a luz en el HCU.
Folleto informativo de las características y tipos de MGF disponible en el cuerto de reanimación del recién nacido. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido.
Equipo de matronas del Clínico Universitario de Zaragoza
4. Entrevista personalizada por mediadoras ya formadas a estas familias para prevenir futuras mutilaciones
Mediadoras capacitadas en los programas anteriores.
5. Talleres de información de control prenatal y planificación familiar a asociaciones de inmigrantes
Mediadoras capacitadas en los programas anteriores.
6. Charlas informativas al personal sanitario.
Mauricio Tajada Duaso

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

1. **Cuadernos disponibles en las consultas, ambulatorios y centros de salud.**
2. Cuaderno de planificación familiar terminado
3. **Número exacto de mujeres con MGF que dan a luz en el Clínico en 2006-2007.**
4. **Número de entrevistas realizadas.**
5. Talleres de información realizados en asociaciones: gambianas, árabes,

Anexo 2	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2006)</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

senegalesas y otras comunidades que lo soliciten.
6. Charlas a residentes del Clínico, colectivo de matronas, médicos generales.

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: 2006	Fecha de finalización: 2007
Calendario: Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.	

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Plan Integral de Actualización e Información del Procedimiento de Vigilancia y Control del SARM en el HCU "Lozano Blesa".

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos: **CARLOS AIBAR REMÓN**

Profesión: *Médico, especialista MPSP*

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc): *Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"*

Correo electrónico: *caibar@unizar.es*

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Rosa Mareca Doñate	Médico	HCU Lozano Blesa
Manuela Félix Martín	DUE	HCU Lozano Blesa
Ignacio Barrasa Villar	Médico	HCU Lozano Blesa
Cristina Navarro Gistau	MIR	HCU Lozano Blesa
Silvia Castán Ruiz	MIR	HCU Lozano Blesa
Inés López	DUE	HCU Lozano Blesa
Verónica Gasco Castillo	DUE	HCU Lozano Blesa
Purificación Prieto	Médico	HCU Lozano Blesa

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

El Estafilococo Aureus es una bacteria que se encuentra en adultos sanos hasta en un 30% de los casos, en fosas nasales y piel. La aparición de SARM en hospitalizados tiene especial importancia por su potencial transmisión a otros pacientes y sus implicaciones en el tratamiento, así como trascendencia en los recursos hospitalarios, ya que se trata de enfermos que requieren aislamiento en habitaciones individuales.

Disponemos de unas normas de actuación ya establecidas ante un caso de SARM, pero existe falta de información en muchos casos lo que dificulta la implicación activa en el control y vigilancia de la infección.

El objetivo del proyecto es realizar un abordaje integral del SARM con una actualización del procedimiento sistematizado para la infección-colonización y canalizar la información transmitida al personal del hospital, pacientes y familiares, todo ello integrado en la gestión por procesos.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

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

6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Limitar la diseminación y epidemias hospitalarias de SARM.
2. Mejorar el seguimiento y control de los pacientes infectados/colonizados por SARM
3. Mejorar el grado de satisfacción entre pacientes, familiares y profesionales implicados a través de información exhaustiva y actualizada sobre la infección/colonización del SARM
4. Implicación multidisciplinar en el procedimiento de control y vigilancia del SARM.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
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%	25%
Aumentar la eficiencia en la utilización de recursos y su uso apropiado	10%	20%

TOTAL 100% : 100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1. Recopilación de la información de la situación del SARM en nuestro hospital y de las pautas a seguir en los casos de infección y colonización..... Todo el equipo del proyecto
- 2. Actualización del procedimiento que sistematice la recogida de datos, control y seguimiento de los pacientes infectados/colonizados por SARM Enfermería SMP
- 3. Elaboración del Proceso de seguimiento de los R. Mareca, C. Navarro
pacientes con SARM, según método IDEF O P. Prieto, I. Barrasa,
S. Castán
- 4. Difundir esta información a los diferentes Servicios del Hospital mediante una reunión informativa con cada uno de ellos Enfermería- MIR
- 4. Elaboración de material informativo para pacientes y familiares de pacientes infectados/ colonizados por SARM..... Enfermería SMP
- 5. Evaluación de indicadores de funcionamiento del proceso.....Todo el equipo del proyecto
- 6. Implantación de acciones de mejora del proceso si procede.....Todo el equipo del proyecto

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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

Añadir en nuestro registro de Control/Vigilancia del SARM, las variables relacionadas con el Proceso.

INDICADORES:	Actual	Deseado
1.- Existencia del Proceso del SARM	NO	SÍ
2.- Porcentaje de Servicios con Información- Actualización sobre SARM	-	100%
3.- Indicadores derivados del proceso a definir		

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 2006 | Fecha de finalización: Diciembre 2006

Caleandario:

- Febrero y Marzo 2006Actualización del procedimiento y elaboración del material informativo a pacientes y familiares
- Abril 2006.....Elaboración del Proceso
- Mayo 2006.....Puesta en marcha del Poceso
- Noviembre-Diciembre 2006.....Evaluación indicadores de funcionamiento

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO

Modificación de los hábitos nutricionales en mujeres diagnosticadas y tratadas de Diabetes Gestacional (DG): intervención educativa para una alimentación saludable en la paciente y en su familia.

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos Prof. E. Faure Nogueras
Dra. M.A. Sancho Serrano

Profesión Prof. E. Faure. Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición
Dra. M.A. Sancho. Médico Adjunto, Servicio de Endocrinología y Nutrición

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital y servicio, etc)
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Zaragoza

Correo electrónico: endh@hcu-lblesa.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976556400 extensión 2554.

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
M ^a Antonia Sancho Serrano	Médico Adj	H.C.U. "Lozano Blesa"
Margarita Díaz Muñoz-Alique	MIR 4 ^o año	H.C.U. "Lozano Blesa"
Laura Armengod Grao	MIR 3 ^o año	H.C.U. "Lozano Blesa"
Amaya Sainz de los Terreros	MIR 2 ^o año	H.C.U. "Lozano Blesa"
Blanca García García	MIR 1 ^o año	H.C.U. "Lozano Blesa"
Carmen García Novella	DUE- Diabetes	H.C.U. "Lozano Blesa"
M ^a Jesús Cañete Cruz	Administrativo	H.C.U. "Lozano Blesa"

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

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

En la asistencia a mujeres diagnosticadas de DG, en la consulta de Endocrinología:

a) El 30% de las pacientes manifiestan hábitos nutricionales poco saludables (consumo de pescado, verdura y fruta en menor cantidad de la recomendada por las Sociedades Científicas).

b) El grupo de mujeres de menos de 35 años tiene un índice de masa corporal 24.42, mientras que en las mujeres de más de 35 años es 25.97 (significación Mann-Whitney 0.015).

Es conocida la asociación de sobrepeso y obesidad con algunas costumbres alimenticias y estilo de vida sedentario.

Estas costumbres alimenticias pueden ser debidas a:

- a) Falta de información nutricional
- b) Desconocimiento de la importancia de la nutrición saludable
- c) Hábitos nutricionales adquiridos en la infancia

El método de detección del problema comentado es la realización de encuesta nutricional cualitativa y semicuantitativa, diaria y semanal, en la primera consulta médica en el Servicio de Endocrinología.

Debido a la alta motivación que tienen las pacientes para cumplir el tratamiento indicado durante la gestación, podría ser de gran utilidad para las pacientes, su familia y la Comunidad Sanitaria:

1º Iniciar educación nutricional durante la gestación, para corregir cambios en la forma de alimentarse

2º Facilitar pautas para mantener estos cambios.

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

Durante el periodo de asistencia médica a estas pacientes se imparte educación diabetológica en: alimentación, ejercicio físico, abandono del hábito tabáquico, autoanálisis y autoinyección de insulina.

Se esperan alcanzar los siguientes objetivos:

1. Desarrollo normal de la gestación

2. Correcta nutrición materna
3. Educación Sanitaria dietética básica de la paciente, para modificación de algunos hábitos nutricionales
4. Sería deseable que como resultado de los cambios de estilo de alimentación materna, se llegase a dieta saludable en toda la familia y prevención de obesidad en la infancia.

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

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

Líneas de intervención	Ejemplo	%
<i>Aumentar los beneficios derivados de la Atención o Servicios proporcionados</i>	30%	40%
<i>Disminuir los riesgos o problemas originados por las actuaciones realizadas</i>	35%	5%
<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%	35%
TOTAL	100%	100%

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1º **Encuesta nutricional** en la primera consulta médica, realizada por el médico responsable de esta consulta (Dra. M.A. Sancho y / o MIR Endocrinología)
- 2º Indicación de la **dieta adecuada** para la gestación, realizada por el médico responsable de esta consulta (Dra. M.A. Sancho y / o MIR Endocrinología)
- 3º Comentar los **hábitos** nutricionales que puedan **mejorar** (realizada por los médicos responsables de la consulta)
- 4º **Enseñar** a la paciente y su familia las características de la dieta prescrita (realizada por DUE – Educadora en Diabetes y / o MIR Endocrinología)
- 5º **Dar instrucciones** para el correcto cumplimiento de la dieta (realizada por DUE – Educadora en Diabetes y / o MIR Endocrinología)
- 6º **Entregar folletos** con la descripción de la dieta y las instrucciones de seguimiento (realizada por DUE – Educadora en Diabetes y / o MIR Endocrinología):
- 7º **Evaluación periódica** del seguimiento de la dieta (realizada por médicos responsables de la consulta)
- 8º **Recordatorio** de los cambios deseables. Se realizará en la última visita antes del parto y se entregarán **indicaciones por escrito** (médicos responsables de la consulta de Endocrinología).
- 9º **Encuesta nutricional** en la visita médica postparto que habitualmente se realiza para reclasificación de la Diabetes Mellitus (médico responsable y / o MIR Endocrinología).
- 10º **Identificación cambios favorables**

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. Análisis de los cambios nutricionales observados en los hábitos poco saludables.
2. Utilización de las pruebas estadísticas adecuadas a cada parámetro estudiado.
3. Valoración del índice de masa corporal y su tendencia hacia el índice de masa corporal normal.
4. **Indicadores:**
 - 4.1. Número de historias clínicas que registran dos encuestas nutricionales/ número pacientes que acuden a revisión postparto. x 100
Standard 80%
 - 4.2. Número de pacientes que modifican una o más costumbre nutricional poco saludable/número pacientes que acuden a revisión postparto. x 100.
Standard 10%
 - 4.3. Número de pacientes que mantienen índice de masa corporal normal / número de pacientes que asisten a la consulta de revisión postparto. x 100
Standard 50%

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 2006

Fecha de finalización: Julio 2007

Calendario:

Primera encuesta nutricional: II-06, III-06..... X-06

Segunda " " : VII-06, VIII-06.....II-07

Revisión historias clínicas: I-07V-07

Análisis de resultados: V-07, VI-07

Redacción de Memoria: VII-07

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Las demoras existentes en gran parte de las Consultas de Especializada obligan a optimizar los recursos existentes, buscando las fórmulas de gestión que permitan minimizar las bolsas de ineficiencia y rentabilizar al máximo las consultas disponibles. Previa a la ampliación de recursos se pretende la óptima utilización de los existentes.

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

1. Obtención de indicadores en las consultas de más demora
2. Disminución de incomparecencias, evitando la reprogramación posterior con el consiguiente consumo de recursos.

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

8.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

1. Detección de consultas con mayor demora.
2. Estimación de incomparecencia y sus motivos en esas consultas.
3. Planes de actuación para minimizar las incomparecencias

9.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. % de incomparecencias de 1ª consulta
2. distribución por motivos.

10.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio:01/03/2006

Fecha de finalización:31/12/2006

Calendario:

01/03/2006: selección de consultas con mayor demora, estimación de incomparecencias y sus motivos.

Segundo semestre de 2006: Definición y puesta en marcha de los correspondientes planes de actuación.

Según resultados posibilidad de aplicación a otras consultas y/o pruebas complementarias.

