

**PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD**  
**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011**

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:18 horas)

**Sector ALCANIZ**

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AL	AT.PRIMARIA	165	ALTABA SANZ, BEATRIZ	PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE ENFERMERIA EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE (CS ALCANIZ).	CS ALCANIZ	
AL	AT.PRIMARIA	153	MARTINEZ FERRI, MARIA JOSE	REDUCCION DEL NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS Y DE ENFERMERIA DE AP, EN EL CS ALCANIZ	CS ALCANIZ	
AL	AT.PRIMARIA	422	DOBATO LIEDANA, MARIA ANGELES	PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA	CS CALANDA	
AL	AT.PRIMARIA	652	ASTIER PEÑA, MARIA PILAR	MEJORA DEL REGISTRO DE DETERMINACIONES ANALITICAS DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CASPE	CS CASPE	
AL	AT.PRIMARIA	29	BLASCO AMENTO, MARIA PILAR	COMPETANDO EL CIRCUITO DE ANALITICAS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. UNA REVISION DE LA INFORMACION ELECTRONICA.	CS HIJAR	
AL	AT.PRIMARIA	17	CUCALON ARENAL, JOSE MANUEL	SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR, SECTOR ALCANIZ	CS HIJAR	
AL	AT.PRIMARIA	530	GORGOJO ITOIZ, MARIA DEL PUY	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE VACUNAS QUE ASEGURE QUE LAS MEDICIONES DE TEMPERATURA SE REALIZAN EN UN INTERVALO DE TIEMPO INFERIOR AL QUE INUTILIZARIA LA VACUNA MAS TERMOSENSIBLE EN EL PEOR DE LOS CASOS	CS MUNIESA	
AL	AT.ESPECIALIZ.	650	ARENZANA GARCIA, SARA	PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL EN MUJERES ENTRE 40-70 AÑOS EN ALCANIZ	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	489	ARRUFAT ANDREU, MARIA TERESA	IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO DE FORMACION DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACION	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	467	BLASCO GIL, SILVIA	PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION EN EL AMBITO HOSPITARIO: NECESIDAD DE MAS RECURSOS MATERIALES	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	426	CRUZ LOPEZ, ANA MARIA	GESTION POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCANIZ	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	562	DEL BUSTO, TERESA	CONSULTA DE ENFERMERIA NEUROLOGICA	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	48	GARCIA HERNANDEZ, ALEJANDRA	CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	85	GARCIA SALINAS, MARIA ESPERANZA	IMPLANTACION DE LA EPISIOTOMIA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTOCICOS, EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	399	GASCON POLO, PILAR	GESTION POR PROCESOS EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCANIZ	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	222	GUERRERO LALEONA, CARMELO	ANALGESIA NO FARMACOLOGICA EN LOS CUIDADOS DOLOROSOS DEL RECIEN NACIDO	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	146	HEREDIA FERRER, LOURDES	MEJORA EN EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON RESERVORIO EN LA POSTIMPLANTACION, DURANTE EL TRATAMIENTO Y EN EL MANTENIMIENTO POSTERIOR AL TRATAMIENTO	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	134	INFANTES MORALES, MARTA EUGENIA	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REGISTRO DE HOJAS DE INTERCONSULTA PARA OPTIMIZAR LA RESPUESTA DELSERVICIO	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	227	LAHOZ PASCUAL, MARIA ISABEL	DISMINUCION DE LA TASA DE CESAREAS EN LA GESTANTE CON CESAREA ANTERIOR	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	178	MARRON MOYA, SERVANDO EUGENIO	INTERVENCION PSICOLOGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	557	MUÑOZ FARJAS, ELENA	APRENDER ERRANDO	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	553	OLIVAN USIETO, JOSE ANTONIO	DIVULGACION DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACION EN ACV EN ATENCION PRIMARIA E INFORMACION A LA POBLACION	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	548	REMACHA SIENES, MARIA	IMPLANTACION DEL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO ESPONTANEO DE PRIMER TRIMESTRE COMO METODO DE ELECCION EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	AT.ESPECIALIZ.	25	TOMAS BLASCO, PILAR	INSTAURACION DE LA CITACION EN EL SERVICIO DE EXTRACCIONES DE LOS LABORATORIOS DEL	HOSPITAL DE ALCANIZ	

PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD  
PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2011

(Actualizado a fecha 11/09/2012 - 11:32:20 horas)

Sector ALCANIZ

Sector	Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
				HOSPITAL DE ALCANIZ		
AL	AT.ESPECIALIZ.	655	VICENTE LOPEZ, BEATRIZ	IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL COMO TECNICA INVASIVA DE DIAGNOSTICO PRENATAL DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS FETALES EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ	HOSPITAL DE ALCANIZ	
AL	OTROS ÁMBITOS	589	GARCIA COLINAS, MIREN ARANTZAZU	SEGURIDAD DEL PACIENTE. ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL GRADO DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR ALCANIZ	DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA	

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

165

**PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE ENFERMERIA EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE (CS ALCAÑIZ).**

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ALTABA SANZ

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LARA GARRIDO ANGELA. ENFERMERIA. CS ALCAÑIZ. AP
- BURGUES VALERO CARMEN. ENFERMERIA. CS ALCAÑIZ. AP
- GARIN GINES MARIA DOLORES. ENFERMERIA. CS ALCAÑIZ. AP
- PUERTO ALCON VICENTE. ENFERMEIA. CS ALCAÑIZ. AP
- TELLER ARANDA RAFAELA. ENFERMERIA. CS ALCAÑIZ. AP
- AGUD CARDONA MONICA. DIRECTORA DE ENFERMERIA. DIRECCION DE PRIMARIA. AP
- MARTINEZ FERRI MARIA JOSE. ENFERMERIA. CS ALCAÑIZ. AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El intercambio de conocimientos entre los miembros del equipo es de vital importancia, para mejorar en las actividades diarias de nuestro trabajo. Para ello, necesitamos de reuniones, programadas, que nos permitan dar información en cuanto a conocimientos, solucionar dudas, analizarlas...

Sin embargo en la actualidad, en el CS Alcañiz la frecuencia de realización de estas sesiones es escasa y sin programación, no está orientada en función de las necesidades de enfermería en el centro.

Se solicitará desde el Servicio de Formación Continuada la acreditación de las sesiones que cumplan con todos los puntos, que marca la " Solicitud de Presenciales" que marca el Salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un plan de formación en enfermería, que solucione las lagunas formativas identificadas mediante:

- los resultados de los indicadores del contrato de gestión,
- los incidentes de seguridad o de otro tipo del día a día
- las oportunidades de oferta formativa externa.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Análisis trimestral de indicadores e incidentes relacionados con enfermería mediante grupo de trabajo.

- Establecimiento de un plan de formación trimestral basado en las necesidades detectadas.
- Registro de asistencia
- Acreditación de las sesiones desde el Servicio de Formación Continuada, todas las que cumplan todos los puntos estipulados por el Servicio de Aseguramiento y Planificación.
- Difusión e implementación del plan

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todas las sesiones, se deberán:

- Evolución de los indicadores clínicos relacionados con enfermería en el contrato de gestión
- Encuestas de satisfacción con las actividades docentes realizadas. Número de sesiones realizadas en las que la satisfacción es superior al 90% de los asistentes.
- % de enfermeras/os que han recibido al menos 20 horas de formación al año, en sesiones clínicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde 1 de enero de 2011 hasta 31 de diciembre de 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 165

PROGRAMA DE GESTION DE SESIONES CLINICAS DE ENFERMERIA EN UN CENTRO DE SALUD DOCENTE (CS ALCAÑIZ).

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Ordenador portátil .....	1.500 €
· carpetas, pen... ..	500 €
Total .....	2.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

153

### REDUCCION DEL NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS Y DE ENFERMERIA DE AP, EN EL CS ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUTIERREZ FERNANDO TOMAS. MEDICO. CS ALCAÑIZ. AP
- SAENZ GUALLAR RAFAEL. MEDICO. CS ALCAÑIZ. AP
- LEBRON PATRICIO JENNY. MEDICO RESIDENTE. CS ALCAÑIZ. AP
- ALTABA SANZ BEATRIZ. ENFERMERA. CS ALCAÑIZ. AP
- LARA GARRIDO ANGELA. COORDINADORA DE ENFERMERIA. CS ALCAÑIZ. AP
- AGUD CARDONA MONICA. DIRECTORA DE ENFERMERIA. DIRECCION DE PRIMARIA. AP
- GARCIA TENORIO ANDRES. DIRECTOR MEDICO DE PRIMARIA. DIRECCION DE PRIMARIA. AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uno de los mayores problemas que se presentan en la actualidad en Atención Primaria es la accesibilidad a las consultas médicas en los Centros de Salud Urbanos. La atención médica y enfermera es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema sanitario. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolución orienta la demanda a otro nivel, va a descongestionar y disminuir la inadecuada utilización de la consulta médica, la de enfermería y la de urgencias. Con frecuencia, las agendas son ocupadas por pacientes con necesidades burocráticas o asistenciales que pueden solicitar cita con antelación, quedando muy reducido el tiempo de consultas, para pacientes enfermos agudos, que incrementan el uso de las Urgencias del CS o son atendidos en citas indemorables como urgentes fuera de hora cuando los profesionales están más cansados.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El que podamos monitorizar este servicio, nos dará información, sobre quien es el proveedor del servicio de salud y a quien debe acudir el usuario cuando necesite de un servicio en concreto. De esta forma el usuario obtendrá unos servicios, de forma rápida, sin demora..

El objetivo es incrementar la accesibilidad de las consultas médicas a demanda de Atención Primaria mediante la reducción de visitas de carácter administrativo o asistenciales previsibles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un círculo de calidad son distitas consultas urbanas/ semiurbanas del CS Alcañiz.

2. Analisis de tipología de las consultas que realizamos en AP, clasificandolas en Asistenciales/ administrativas y previsibles/ imprevisible, durante un mes.  
3. En función de la tipología establecer circuitos de asistencia con la finalidad de sacar de la consulta las actividades administrativas, y redirigir las asistenciales previsibles en función de las necesidades a la consulta adecuada ( incluyendo la consulta telefónica).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Visitas asistenciales previsibles/ total de visitas asistenciales.

- 2. Visitas asministrativas previsibles atendidas en consulta/ total de visitas administrativas.
- 3. Media de consultas del año ( comparación antes-después).
- 4. % de días con más de 35 consultas médicas a demanda, y 15 consultas enfermería a demanda.
- 5. % de días con agenda llena a las 08:00 de la mañana.
- 6. Número de urgencias atendidas en en CS Alcañiz.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde el abril del 2011 hasta noviembre del 2011.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

153

REDUCCION DEL NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS Y DE ENFERMERIA DE AP, EN EL CS ALCANIZ

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 422

1. TÍTULO

**PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... CS CALANDA
  - Servicio/Unidad .. CS CALANDA
  - Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ABIZANDA MARTINEZ ANA. ENFERMERIA. C.S. CALANDA.
  - BAQUERO DIONIS NATIVIDAD. ENFERMERIA. C.S. CALANDA.
  - CATALA HERNANDEZ MARISA. ENFERMERIA. C.S. CALANDA.
  - CHAMOCHO OLMOS ELVIRA. ENFERMERIA. C.S. CALANDA.
  - GAUTHIER ALFARO YOLANDA. ENFERMERIA. C.S. CALANDA.
  - LLORCA CAMARASA MIGUEL. ENFERMERIA. C.S. CALANDA.
  - GARCIA-ARAEZ LOPEZ JULIO. MEDICO. C.S. CALANDA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Actualmente, en nuestro centro de salud no se llevan a cabo actividades de verificación de la calidad de la esterilización del material quirúrgico, por lo que podemos comprometer la seguridad clínica. En el contexto de la implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 hemos elaborado un procedimiento de gestión del material quirúrgico que solucione este problema

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Asegurar la esterilización correcta del material quirúrgico
- Asegurar la trazabilidad del material quirúrgico
  - Disponer de material quirúrgico seguro, en buenas condiciones para el uso y adecuado para las indicaciones habituales en nuestro medio

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - El procedimiento ya está realizado.
- Inventario del material quirúrgico existente desechando el material no válido con reposición por material adecuado
  - Implementación del procedimiento que incluye:
    - o Establecimiento de "sets" quirúrgicos
    - o Marcaje del material de los sets quirúrgicos
    - o Valoración y registro de controles biológicos y químicos
    - o Control de caducidad de la esterilización

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con carácter mensual se medirán los siguientes indicadores
1. Los materiales que están empaquetados con termosellado serán revisados una vez al mes, comprobando que su cierre es adecuado.
  2. En los materiales empaquetados constará la fecha de esterilización.
  3. El material empaquetado disponible para utilizar deberá haber sido esterilizado hace menos de 6 meses.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Difusión: Abril de 2011
- Implementación Mayo 2011- Febrero 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- Material quirúrgico (para realización de 8 equipos ..... 1.350 €
  - Total ..... 1.350 €

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

422

**PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACION EN ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA**

11. OBSERVACIONES. El material quirurgico solicitado es:

- Pinzas de disección, 14 cm. Con dientes. 8 unidades
- Pinzas de disección, 14 cm. Sin dientes. 8 unidades
- Pinzas "Adson". Con dientes. 6 unidades
- Pinzas "Adson". Sin dientes. 6 unidades
- Portaagujas "Mayo", 14 cm. Estándar. 8 unidades
- Tijeras de "Mayo", 14 cm. Curva. 8 unidades
- Tijeras de "Mayo", 14 c.m. Recta. 9 unidades
- Tijeras para vendajes "Lister", 25 cm. 3 unidades
- Tijeras "Metzenbaum", 14 cm. Curvas. 2 unidades
- Pinzas hemostáticas "Mosquito" , 12,5 cm. Curvos. 8 unidades
- Pinzas hemostáticas "Mosquito", 12,5 cm. Rectos. 2 unidades
- "Pean". Sin dientes. 6 unidades
- Sonda acanalada. 1 unidades
- Estilite. 1 unidades
- Separador Send- Muller. 2 unidades
- Medios para etiquetar los equipos

OBSERVACIONES del SECTOR



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

652

### MEJORA DEL REGISTRO DE DETERMINACIONES ANALITICAS DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CASPE

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ASTIER PEÑA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS CASPE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PASCUAL GAVIN MARIA CARMEN. MEDICO. CS CASPE. CS CASPE
- GRACIA MORENO MERCEDES. ENFERMERIA. CS CASPE. CS CASPE
- MARTIN LOPEZ MARIA JESUS. AUXILIAR CLINICA. CS CASPE. CS CASPE
- EGEA VILLALTA EDUARDO. TECNICO DEL CAU. SECTOR ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ
- MORENO COLAS ANA BELEN. ADMINISTRATIVO. CS CASPE. CS CASPE

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. 1. CS Caspe tiene una tasa de extracciones por paciente de 79 extracciones/100 hab y año, una de las más elevadas del sector de Alcañiz.

2. El EAP ha analizado la situación y ha concluido que se solapan las extracciones solicitadas por especialistas y las extracciones vinculadas a planes personalizados d seguimiento de pacientes crónicos en el centro.

3. Los resultados de las analíticas solicitadas por especialistas no se vuelcan a la historia clínica OMI AP y por tanto, el médico de familia no las puede visualizar y tampoco quedan registradas en las variables que se evalúan de los diferentes planes personales (dislipemia, hta, diabetes mellitus entre otros).

4. La mayoría de las extracciones de sangre se realizan en el centro de salud de Caspe, bien sean solicitadas por especialistas o bien por los profesionales del EAP.

5. El laboratorio de análisis de las solicitudes analíticas es el mismo para los especialistas de Alcañiz y para el EAP, los laboratorios del Hospital de Alcañiz.

6. El laboratorio de Alcañiz vuelca resultados de las analíticas solicitadas por el EAP al OMI AP.

7. Proponemos analizar la posibilidad de generar peticiones en OMI de los volantes generados por especialistas con el fin de que los resultados analíticos se puedan volcar automáticamente a la HC de OMI AP y de esta forma se consiga reducir el número de extracciones de sangre que realizamos a nuestros pacientes con la finalidad de garantizar un buen control de sus problemas crónicos de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Revisar el circuito de solicitudes analíticas del EAP y de los especialistas de referencia para la población asignada al EAP de Caspe.

2. Identificar las acciones de registro necesarias para que la HC OMI AP genere las variables de determinaciones analíticas que permitan la recepción de los resultados analíticos de las solicitudes de especialistas.

3. Volcado de un número importante de determinaciones a OMI AP de solicitudes de especialistas de Alcañiz.

4. Reducción a largo plazo del número de analíticas solicitadas por el EAP de cara a llevar un buen registro y un buen control de los pacientes con patología crónica prevalente en la población del EAP de Caspe.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Analizar el circuito actual de envío y recepción de analíticas desde OMI AP al laboratorio del hospital de Alcañiz y envío de resultados desde el laboratorio al OMI AP de EAP de Caspe.

2. Identificar el método de marcaje, generación de nuevo registro u otras opciones que permitan garantizar el volcado de los resultados analíticos de los volantes de analítica solicitados por especialistas a pacientes del EAP de Caspe y que realizan su extracción en el propio centro de salud de Caspe.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 652

**MEJORA DEL REGISTRO DE DETERMINACIONES ANALITICAS DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE CASPE**

3. Contamos en el equipo con todas las personas que participan en el circuito: médicos y enfermeras solicitantes de analíticas, auxiliar de clinica que gestiona el proceso de extraccion y recepcion de datos y el informatico responsable del CAU del Sector de Alcañiz.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Número de analíticas generadas por paciente por parte del EAP a comienzo del estudio en un año.  
2. Número de analíticas generadas por paciente por parte de especialistas de ALcañiz en un año.  
3. Número de determinaciones de las analíticas generadas por parte de especialistas que se han podido volcar de forma automatica en el OMI AP en un año.  
La propuesta es comparar la situacion previa al proyecto con la final tras la realizacion del proyecto y estimar una disminucion en las analíticas del EAP entorno al 20 %.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril\_Mayo 2011: Descripcion inicial del volumen de extracciones.  
Junio\_Septiembre 2011: reuniones con informatica, laboratorio y EAP para identificar que determinaciones se podrían volcar y a través de que pasos dar en OMI AP.  
Octubre\_Febrero 2011\_2012: puesta en marcha del volcado automatico desde el laboratorio de Alcañiz al OMI AP de CS CASPE

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· ESCANER DE DOCUMENTOS CLINICOS Y PLACAS RX ..... 1.200 €  
Total ..... 1.200 €

11. OBSERVACIONES. LA COMPRA DE UN ESCANER REDUCIRIA EL TRABAJO DE ARCHIVO DE LOS PROFESIONALES DE ADMISION QUE PODRIAN COLABORAR EN LA GENERACION DE VOLANTES INTERNOS PARA CARGAR LAS VARIABLES ANALITICAS DE LOS VOLANTES DE ESPECIALIZADA.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 029

1. TÍTULO

COMPETANDO EL CIRCUITO DE ANALITICAS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. UNA REVISION DE LA INFORMACION ELECTRONICA.

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR BLASCO AMENTO

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... CS HIJAR
- Servicio/Unidad .. CS HIJAR
- Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CUCALON ARENAL JOSE MANUEL. MEDICO/A. CS HIJAR. MEDICINA DE ATENCION PRIMARIA
- VALERO SALAS JESUS. ENFERMERIA. CS HIJAR. ENFERMERIA
- ADELL PORTOLES PILAR. ENFERMERIA. CS HIJAR. ENFERMERIA
- LASALA MESEGUER ANTONIO. ENFERMERIA. CS HIJAR. ENFERMERIA
- CASAMIAN GUERRERO ASUNCION. ENFERMERIA. CS HIJAR. ENFERMERIA
- GASQUE CALAHORRA MARIAJOSE. ENFERMERIA. CS HIJAR. ENFERMERIA
- CALVO ALBAS MARIA ANGELES. ENFERMERIA. CS HIJAR. ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde que se genera una petición analítica hasta que se reciben los resultados por el peticionario hay un largo proceso en el que intervienen múltiples actores y procesos informáticos. Del adecuado manejo de este circuito depende en gran medida la eficacia del sistema y, por ende, la satisfacción de los profesionales. Desde que se implantó el sistema informático OMI-AP y la subsiguiente OMILAB muchos han sido los problemas y dificultades que se han ido salvando hasta completar de forma adecuado el circuito de análisis. Tras una reunión de equipo específica para abordar los problemas generados en esta materia, se detectan malas cumplimentaciones de los volantes en órdenes clínicas, nulas citaciones con PIC, multitud de analíticas del nivel hospitalario imposibles de cuantificar y registrar y pérdida de datos en los volcados de los resultados con gran gasto de papel e insatisfacción por los profesionales (tanto facultativos como enfermeras). Es imprescindible conocer los mecanismos adecuados de generación de peticiones, citaciones, extracción y obtención de resultados para conferir al sistema nuestra confianza. Nos proponemos una revisión a fondo de todos los procesos mediante la formación de los recursos humanos y seguimiento de los procesos hasta su resolución evaluando el circuito en cada ocasión (cada ciclo petición-resultados) proponiendo soluciones a los problemas encontrados. Creemos que una adecuada gestión de este proceso redundará en mayor confianza de los profesionales por el sistema empleado y permitirá un mejor clima laboral interprofesional.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conseguir un 95% de peticiones realizadas según el proceso de generación de la correspondiente orden clínica por los facultativos  
Conseguir que un 100% de las peticiones realizadas estén correctamente citadas con PIC a enfermería.  
Disminuir la NO Citación de las peticiones del segundo nivel mediante estrategias del propio Centro de Salud (asociar nuestra petición, citación en admisión....)  
Seguimiento del proceso de descarga de datos desde laboratorio de referencia.  
Registro de los datos obtenidos en OMI-LAB.  
Disminución del 75% del empleo de papel para remitir resultados desde laboratorio de referencia.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Formación de los facultativos y seguimiento de registro de peticiones: Dr. J. M. Cucalón.  
Seguimiento de citaciones tanto del primer nivel como del segundo nivel y comprobación de su idoneidad: Pilar Adell  
Seguimiento de Extracciones realizadas: Asunción Casamián.  
Descarga de datos en la base de datos general: Pilar Adell  
Comprobación de llegada de resultados a los facultativos: J.M. Cucalón  
Análisis de problemas y propuesta de soluciones. Equipo de mejora

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 029

**COMPETANDO EL CIRCUITO DE ANALITICAS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. UNA REVISION DE LA INFORMACION ELECTRONICA.**

Indicadores: J. M: Cucalón.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nª de peticiones por semana de los facultativos del centro/Nª de citaciones del centro  
Nª de peticiones de segundo nivel/nª de Citaciones  
Nª extracciones/Nª de Citaciones total  
Nº de extracciones/Nª resultados descargados en OMI-LAB.  
Nº de resultados en formato papel disminuidos al año

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo del cicuito de calidad en enero de 2011 y final del mismo en diciembre de 2011.  
Se realizaran dos cortes en mayo y octubre para valorar y evaluar los problemas y proponer soluciones. A lo largo del mes de enero y febrero se realizarán, 3 sesiones clínicas específicas sobre registro y generación de peticiones analíticas en OMI. Además se establecerán 2 reuniones de enfermería para valorar las extracciones y el envío de muestras así como la descarga de datos en la base de datos generales.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· FORMACIÓN .....	300 €
· MATERIAL ADMINISTRATIVO E INFORMÁTICO .....	300 €
Total .....	600 €

11. OBSERVACIONES. Contaremos con el asesoramiento de la Comisión de Calidad de nuestro Sector de Alcañis y con el laboratorio de refrencia del Hospital de Alcañiz.

OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 017

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR, SECTOR ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CUCALON ARENAL

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS HIJAR
- Servicio/Unidad .. CS HIJAR
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ JAVIER. MEDICO/A. CS HIJAR. PEDIATRIA
- MARTINEZ BARSELO ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. MEDICINA DE FAMILIA
- PERCHES FALCO ALFREDO. MEDICO/A. CS HIJAR. MEDICINA DE FAMILIA
- PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO. MEDICO/A. CS HIJAR. MEDICINA DE FAMILIA
- BLASCO PILAR. ENFERMERIA. CS HIJAR. ENFERMERIA
- ZUMETA FUSTERO JESUS. MEDICO/A. CS HIJAR. MEDICINA DE FAMILIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LOS MOVIMIENTOS POBLACIONALES DE LOS ULTIMOS HAN AÑOS HAN SUPUESTO UN CAMBIO EN EL TIPO DE USUARIO QUE ACUDE A LAS CONSULTAS DE NUESTRO CENTRO DE SALUD. POR TANTO:

- EXISTE UN DESCONOCIMIENTO DEL ESTADO INMUNITARIO DE LOS NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS QUE INMIGRAN A NUESTRA ZONA DE SALUD.
- EXISTE UN DESCONOCIMIENTO DEL ESTADO INMUNITARIO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL E INCLUSO MUJERES EMBARAZADAS QUE INMIGRAN A NUESTRA ZONA DE SALUD.
- EXISTE UN DESCONOCIMIENTO DEL ESTADO DE INMUNIZACIÓN ANTITÉTANICA DE LA POBLACIÓN ADULTA QUE INMIGRA A NUESTRA ZONA DE SALUD
- EXISTE UN CONTROL INSUFICIENTE DEL ESTADO VACUNAL DEL ADULTO (DI-TE-GRIPE) EN NUESTRA ZONA DE SALUD

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • EL 100% DE LOS NIÑOS CON NUEVA TIS SE REVISARÁ Y REGISTRARÁ SU ESTADO VACUNAL
- EN EL 100% DE LAS REVISIONES INFANTILES SE REGISTRARÁ EL ESTADO VACUNAL
  - REGISTRO DEL 100% DE VACUNACIÓN HB EN PERSONAS DE RIESGO
  - CONTROL DEL ESTADO VACUNAL DE LA RUBEOLA EN EL 100% DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL (cobertura por encima del 25%)
  - AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LA COBERTURA VACUNAL DE DIF-TE EN ADULTOS (comparativa año anterior por encima un 10%)
  - AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL DEL ADULTO EN RIESGO (comparativa año anterior por encima un 10)

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Mediante asistencia oportunística de la población se captarán los pacientes para valorar, mediante la aplicación de Planes personales de OMI-AP, el estado vacunal de cada paciente. Se revisarán los carnet de vacunaciones o certificados en inmigrantes y se completarán dichos planes personales. Cada Médico de cada cupo de la Zona básica supervisará durante el año del programa a toda la población que asista a consulta medica y revisará dicho plan personal y de Vacunaciones valorando los factores de riesgo personales para la administración de alguna vacuna (Hepatitis, Rubeola, Etc..). El pediatra revisará a toda la población infantil que asista por cualquier motivo a la consulta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • N° DE NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS CON ASIGNACIÓN DE CALENDARIO DE VACUNAS INFANTIL EN OMI-AP/N° TOTAL DE NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS CON TIS EN LA ZBS

- N° DE MUJERES EN EDAD FERTIL (15-45años) CAPTADAS CON REGISTRO EN OMI-AP DEL ESTADO INMUNITARIO DE LA RUBEOLA/N° TOTAL DE MUJERES EN EDAD FERTIL CAPTADAS (\*)

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 017

1. TÍTULO

**SEGUIMIENTO DEL CALENDARIO DE VACUNACION VIGENTE EN NUESTRA CC.AA. DE ARAGON EN LA POBLACION INFANTIL Y ADULTA DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR, SECTOR ALCAÑIZ**

- N° DE VACUNAS DE HB DE GRUPOS DE RIESGO REGISTRADAS EN OMI-AP/N° DE VACUNAS DE HB DE GRUPOS DE RIESGO SOLICITADAS A SANIDAD DE TERUEL.
- N° DE VACUNADOS DE DIF-TE EN ADULTO/N° DE ADULTOS
- N° VACUNADOS MAYORES DE 65 AÑOS DE GRIPE/N° DE PERSONAS DE MÁS DE 65 AÑOS.
- N° VACUNADOS EN MENORES DE 65 AÑOS DE GRIPE/N° DE MENORES DE 65 AÑOS.

(\*) EN CASO DE NO INMUNIZACION SE PROCEDERÁ SEGÚN PROTOCOLO DE VAC. DE RUEOLA Y EMBARAZO.

LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ MEDIANTE LA COMPROVACION DE LOS INDICADORES OBTENIDOS AL FINAL DEL AÑO 2011 Y SE REALIZARÁ UNA COMPARATIVA CON LOS DATOS DE CARTERA DE SERVICIOS DE 2010 EN LOS SERVICIOS DE VACUNACIÓN INFANTIL Y ADULTOS. EL SEGUIMIENTO SE REALIZARÁ AÑO A AÑO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FEBRERO DE 2011: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA A EL RESTO DEL EAP. MARZO DE 2011: SESIÓN CLÍNICA: "REGISTRO DE VACUNAS EN OMI-AP"

DESDE ENERO A DICIEMBRE DE 2011:

- REGISTRAR Y REVISAR LOS CALENDARIOS DE VACUNAS DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE NIÑO SANO DE 0 A 14 AÑOS Y LAS NUEVAS TIS INFANTILES
- REGISTRAR Y REVISAR EL ESTADO INMUNITARIO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL (15 A 45 AÑOS) CAPTADAS EN NUESTRA ZBS
- REGISTRAR Y REVISAR LA VACUNACIÓN DEL ADULTO (DIF-TE Y GRIPE)
- REGISTRAR Y REVISAR PERSONAS A RIESGO PARA LA HB Y SOLICITAR LAS VACUNAS NECESARIAS.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• FORMACION .....	400 €
• ADMINISTRATIVO-INFORMATICO .....	100 €
Total .....	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 530

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE VACUNAS QUE ASEGURE QUE LAS MEDICIONES DE TEMPERATURA SE REALIZAN EN UN INTERVALO DE TIEMPO INFERIOR AL QUE INUTILIZARIA LA VACUNA MAS TERMOSENSIBLE EN EL PEOR DE LOS CASOS

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL PUY GORGOJO ITOIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MUNIESA  
· Servicio/Unidad .. OBON  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· TOMAS LIZANO CARLOS. ENFERMERIA. C.S.MUNIESA. ALACON  
· GARCIA ALEJANDRE MARIA EUGENIA. ENFERMERIA. C.S.MUNIESA. MUNIESA  
· JIMENEZ PRADILLOS MARIA JOSE. ENFERMERIA. C.S. MUNIESA. MUNIESA  
· RUEDA PEREZ ANDRES. ENFERMERIA. C.S. MUNIESA. MUNIESA  
· HERAS MANCHADO JOSE ANTONIO. MEDICO. C.S. MUNIESA. ALACON  
· FERREIRA PAESA JORGE. MEDICO. C.S. MUNIESA. MUNIESA  
· DE MINGO USON MIGUEL ANGEL. MEDICO. C.S. MUNIESA. HUESA DEL COMUN

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Para garantizar la efectividad de los programas de vacunación es un punto clave garantizar que se mantiene la cadena del frío de las vacunas. Algunas vacunas dejan de estar estables en horas a temperatura ambiente, por lo que es preciso mantener un registro regular de la temperatura de las neveras que las albergan. Medición de los rangos de temperatura mediante un data logger que asegure que, en caso de no registrarse la temperatura en el período especificado por parte del personal, pueda verificarse a posteriori que las temperaturas han estado en rango. También se elaborará un registro de incidencias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Asegurar la correcta conservación de las vacunas y fármacos termosensibles en el centro de salud.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un procedimiento de gestión de vacunas que asegure que las mediciones de temperatura se realizan en un intervalo de tiempo inferior al que inutilizaría la vacuna más termosensible en el peor de los casos. Medición de los rangos de temperatura mediante un data logger que asegure que, en caso de no registrarse la temperatura en el período especificado por parte del personal, pueda verificarse a posteriori que las temperaturas han estado en rango. También se elaborará un registro de incidencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de días sin registro de temperatura en la nevera que alberga las vacunas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mayo- Julio 2011 Elaboración procedimiento  
- Agosto-Marzo 2012 Implementación

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Ordenador portátil ..... 500 €  
Total ..... 500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

650

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL EN MUJERES ENTRE 40-70 AÑOS EN ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... SARA ARENZANA GARCIA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ.
- HERRERO CENTELLES MARIA JESUS. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO OBSTETRICIA
- BAÑOLAS TRIAS CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO GINECOLOGIA
- BOSQUE LUNA PILAR. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. CONSULTAS EXTERNAS
- CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. CONSULTAS EXTERNAS
- CAMPO LOPEZ CARLOS. MEDICO GINECOLOGO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SEGUNDA PLANTA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Trastorno del deseo sexual hipoactivo que afecta en nuestra sociedad a un significativo porcentaje de mujeres especialmente durante y tras la menopausia (climaterio) con el consecuente cese de la sexualidad, que ocasiona alteraciones en la calidad de vida de muchas parejas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Establecer las herramientas necesarias para favorecer la salud sexual entre las parejas, abordando aspectos tan comunes como la convivencia, la relación de pareja, el sexo como actividad física y psíquica, la discrepancia en la apetencia sexual de hombres y de mujeres, el trabajo, la vida socio-familiar...

- Identificar problemas de salud y/o cambios que las mujeres en edades comprendidas entre los 40 a los 60 años experimentan en su intimidad sexual y genital, como penetración más dolorosa, menos lubricación por déficit de hormonas, disminución de la libido, atrofia, sequedad de la mucosa vaginal...

- Establecer formación a profesionales de enfermería de modo que una vez que se hayan adquirido los conocimientos se puedan desarrollar como programas de ayuda a mujeres en periodo de climaterio desde atención primaria, consultas de ginecología y planificación familiar...

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de encuestas a grupos de mujeres en periodo de climaterio que identifiquen un diagnóstico real de la disfunción sexual de las mujeres de nuestra población en el periodo seleccionado.

- Jornadas informativas, impartidas desde centros de salud, hospitales, asociaciones de mujeres... junto con ginecólogos, psicólogos, sexólogos, fisioterapeutas... que abarquen diferentes problemas en la sexualidad de las mujeres, ya sean de tipo social, como problemas en la comunicación y vida familiar, falta de interés sexual, depresión o de tipo sanitario, como incontinencia urinaria, dispareunia, patologías asociadas...

- Talleres del suelo pélvico.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuestas de autoevaluación del grado de satisfacción y conocimientos adquiridos a través de la formación y actividades realizadas, que se darán una vez finalizada la jornada y en un espacio de tiempo (alrededor de 2-3 meses) se enviarán a la consulta de ginecología en las que se visualizarán, determinando así el porcentaje de mujeres que evidencian beneficios tras el proyecto.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Preparación de las jornadas informativas junto con diferentes profesionales así como la distribución de las encuestas, hasta el mes de septiembre.

Realización de las jornadas a grupos de mujeres en periodo de climaterio entre octubre y noviembre.

Análisis de los resultados entre los meses de febrero, marzo y abril



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

650

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL EN MUJERES ENTRE 40-70 AÑOS EN ALCANIZ

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 489

**IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO DE FORMACION DE LAS CENTRALES DE ESTERILIZACION**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA ARRUFAT ANDREU  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  
· Sector ..... ALCÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· DE MIGUEL ASCASO CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO " LOZANO BLESA". QUIROFANO/ESTERILIZACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el contexto de las auditorías externas realizadas con motivo de la certificación en ISO 9001:2008 en las centrales de esterilización del SALUD se ha señalado reiteradamente la necesidad de realizar una evaluación de habilidades y conocimientos al personal de nueva incorporación junto con un registro de cualificación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. \_ Evaluar la cualificación del personal de nueva incorporación con criterios comunes en todas las centrales de esterilización de SALUD.

\_Registro informatizado con formato común.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. \_Modificación del procedimiento de formación de las centrales de esterilización.

\_ Elaboración por consenso de criterios de cualificación del personal de nueva incorporación a las centrales de esterilización del SALUD.

\_Creación de una base de datos, que registre estas evaluaciones, accesible a través de intranet y alojada en el servidor, que pueda ser utilizada por todas las centrales

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % centrales que mantienen registros de cualificación del personal de la central

-% de personal de nueva incorporación que tiene cumplimentado el registro de cualificación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Criterios: ya definidos

- Elaboración de software: Mayo-Junio 2011

- Implementación del procedimiento

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Elaboración de base de datos ..... 1.000 €  
Total ..... 1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

467

### PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: NECESIDAD DE MÁS RECURSOS MATERIALES

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. CEX DE CIRUGÍA
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LLORENS PALANCA DOLORES. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. DIRECCION DE ENFERMERIA
- VIDAL MESEGUER ANA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SUPERVISORA SERVICIO DE CALIDAD
- BOSQUE LUNA PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SUPERVISORA CONSULTAS EXTERNAS
- MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- TENA EJARQUE MARIA DOLORES. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- HINOJOSA BAGAN VANESA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 2008 en el Hospital de Alcañiz está implantado el Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión en Atención Hospitalaria común a todos los centros hospitalarios de la CCAA, como parte de la estrategia para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro centro.

La aparición de úlceras por presión, en adelante UPP, en pacientes hospitalizados, es una complicación frecuente en pacientes inmovilizados y con importantes repercusiones negativas que no sólo afectan al paciente, como ser bio-psico-social; si no que se ve afectado tanto el personal de enfermería como el propio sistema sanitario.

Los datos de prevalencia de UPP en Hospitales Comarcales, según el Tercer Estudio de Prevalencia de UPP del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras y Heridas Crónicas (GNEAUPP), se cifran en un 9,22+/-10,45%. Continúan siendo cifras elevadas teniendo en cuenta que el 95% de ellas son prevenibles.

La prevalencia de UPP en los hospitales es considerado un claro indicador de la calidad de los cuidados prestados. Teniendo en cuenta que la presión es el factor determinante en la aparición de estas lesiones, su correcto manejo forma parte fundamental del Protocolo de Prevención de UPP.

Si a esto añadimos los elevados costes que implica el tratamiento de estas lesiones, cifrado sobre los 435 millones de € al año en España, resulta más coste-efectiva la inversión en la prevención de las mismas, como ya indicaron Posnett y Torra i Bou en el estudio de costes que realizaron en el año 2001.

El Hospital de Alcañiz consta de 120 camas distribuidas en 4 plantas que albergan las diferentes unidades propias de un centro hospitalario de ámbito comarcal. Se dispone de un total de 17 Superficies Especiales Para el Manejo de la Presión (SEMP) dinámicas que se distribuyen por los diferentes servicios en función de las necesidades de cada uno y siguiendo la pauta de actuación prevista en nuestro Protocolo de Prevención de UPP. Según el cual, a todo paciente que ingresa en nuestro centro se le valorará en las primeras 24 horas tras el ingreso. Dicha valoración incluye la utilización de un Escala para la Valoración del Riesgo de UPP (EVRUPP), concretamente la Escala Norton Modificada (ENM). En función del resultado obtenido se llevará a cabo un plan de cuidados individualizado, el cuál incluye la asignación de una SEMP dinámica para los pacientes con un alto riesgo de UPP (ENM > o = 11-5)

Con fecha 29-Marzo-2011 se lleva a cabo la valoración del riesgo de UPP, mediante la utilización de la ENM, a todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, que se encuentra ubicado en la 5ª planta. Son valorados un total de 28 pacientes de los cuales 18 obtienen una puntuación entre 15-20 en la ENM, indicativo de riesgo bajo de sufrir UPP. Dos pacientes presentan un riesgo moderado, puntuación de 14-12 en la ENM, los cuales disponen de SEMP estática (colchón de latex). Y por último, 8 pacientes obtienen una puntuación entre 11-5, indicativo de un alto riesgo de sufrir UPP. Debido a la falta de SEMP dinámicas 3 de los pacientes con alto riesgo no disponen de ella. Lo que supondría que, aproximadamente, el 38% de pacientes de alto riesgo no disponen de una

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

467

### PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: NECESIDAD DE MÁS RECURSOS MATERIALES

SEMP dinámica. El 3er Estudio de Prevalencia de UPP del GNEAUPP cifra en un 31% los pacientes hospitalizados con UPP que no disponían de una SEMD.

En el año 2007 se llevó a cabo esta misma valoración en el mismo Servicio y entonces el 50% de los pacientes ingresados con alto riesgo de UPP no disponían de una SEMD dinámica. Tras la compra de material, y a tenor de los resultados de esta última valoración, las cifras han mejorado, de modo que con una nueva inversión podríamos alcanzar nuestro objetivo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de una mayor flota de SEMDs dinámicas para poder atender las necesidades de nuestros pacientes y cumplir, de este modo, con el compromiso adquirido en cuanto a la calidad de la atención prestada

- Disminuir el porcentaje de pacientes ingresados con un elevado riesgo de UPP, a los cuales no se les puede proporcionar una SEMD dinámica, como parte de las medidas preventivas que conforman nuestro Protocolo de Prevención de UPP.  
- Reducir las cifras de prevalencia de UPP en

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Para la correcta implantación del Protocolo de Prevención de Lesiones por Presión en Atención Hospitalaria, éste se dió a conocer a todo el personal de enfermería del Centro; así como la adaptación que se realizó del mismo a las necesidades de nuestro entorno y que se reparte en formato papel (20x12cm-tamaño bolsillo) al personal de nueva incorporación .

? Realización de talleres de reciclaje sobre medidas de prevención de UPP

? Realización de talleres de reciclaje sobre la correcta utilización de la EVRUPP- ENM, que permita proporcionar a cada paciente los cuidados más adecuados en función del riesgo de UPP, así como la correcta utilización y distribución de los recursos disponibles.

Responsables: Enfermera de la CEX de Cirugía, Supervisora del Servicio de Calidad

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se realizará una nueva valoración teniendo en cuenta los registros realizados en la historia del paciente de la puntuación obtenida en la ENM, la elección de la SEMD adecuada al mismo y su colocación o no en función de la disponibilidad de las mismas.

? % de pacientes valorados al ingreso mediante la ENM

? % de pacientes con un riesgo alto de UPP (ENM 5-11) y que disponen

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Iniciar la formación una vez se disponga del nuevo material, de manera que en los talleres pudieran darse a conocer las características de los productos adquiridos, así como las normas para su correcto uso, funcionamiento y distribución.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 426

**GESTION POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CRUZ LOPEZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ ARA ANA MARIA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
- AZUARA LAGUIA CARMEN. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
- BELENGUER CARRERAS LINA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
- CERDA GINER CLARA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
- PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
- LEIVA COMERAS ANA CARMEN. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
- SERRET GASCON LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la planificación estratégica de la calidad del Hospital de Alcañiz se incluye una línea de gestión por procesos, orientada a establecer, implementar y medir los procesos clave del hospital. El proceso Urgencias es uno de los procesos clave que hay que definir y gestionar.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Disminuir la variabilidad en la asistencia
- Mejorar el procedimiento de acogida al personal de nueva incorporación (incluido residentes)
  - Mejorar la coordinación dentro del servicio y con los servicios clientes
  - Gestionar el proceso mediante el registro y medición de indicadores e incidentes críticos.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Constitución del equipo de proceso con responsable de proceso
- Realización de ficha del proceso
  - Definición del proceso, subprocesos, procedimientos e instrucciones técnicas
  - Definición de indicadores
  - Creación de registro de incidencias
  - Gestión del proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Resultados encuesta de satisfacción a pacientes  
Resultados encuesta de satisfacción a clientes externos (plantas y Atención Primaria).  
Resto de indicadores a determinar

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Constitución de equipo Abril 2011
- Diseño del proceso Mayo-Diciembre 2011
  - Implementación 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- CAÑON PROYECTOR ..... 500 €
- PANTALLA PROYECCION ..... 200 €

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 426

**GESTION POR PROCESOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

· IMPRESORA MULTIFUNCION .....	200 €
· MESA REUNION DESPACHO .....	100 €
Total .....	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

562

CONSULTA DE ENFERMERIA NEUROLOGICA

2. RESPONSABLE ..... TERESA DEL BUSTO  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGÍA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NEUROLOGIA  
· SANCHEZ PISA ENCARNA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NEUROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Creación de una consulta en la que se atiendan problemas neurológicos de enfermería:  
Dieta, hábitos, prevención de factores de riesgo en ICTUS.  
Manejo de los inyectores y sus efectos secundarios en Esclerosis Múltiple.  
Estrategias de manejo no farmacológico en demencias y tx conductuales.  
Asesoramiento y apoyo de la enfermera en la enfermedad neurológica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Resolución de dudas habituales en el seguimiento de enfermos y enfermedades crónicas. Establecer hábitos saludables. Dieta. Ejercicio. Pautas de comportamiento. Acompañamiento al enfermo crónico y a sus familiares.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecimiento de una consulta semanal específica de enfermería neurológica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Números de visitas en consulta o de atenciones telefónicas.  
Grado de satisfacción de los usuarios.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Abril 2011 y seguimiento anual.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 048

1. TÍTULO

**CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRA GARCIA HERNANDEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHO VAL IGNACIO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. HEMATOLOGIA
- CANTIN BLAZQUEZ SONIA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. CIRUGIA GENERAL
- GARCIA BARRECHEGURREN ELENA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. TRAUMATOLOGIA
- VICENTE LAZARO ANDRES. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. UROLOGIA
- REMACHA SIENES MARIA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- CALDERON AGUIRRE PATRICIA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
- CIRIA GASPAR EVA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cada día es mayor el número de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y que están siendo tratados con algún fármaco anticoagulante o antiagregante. En el periodo perioperatorio es necesario conjugar los beneficios de esta terapia anticoagulante o antiagregante con el riesgo de hemorragia que se asocia al empleo de dichos fármacos. Por ello, es imprescindible el manejo adecuado de cada uno de estos fármacos, combinando tiempos de retirada previa a la cirugía y en determinados casos la sustitución adecuada por otro fármaco que pueda asegurar la hemostasia quirúrgica con una protección ideal frente a la trombosis arterial o venosa. Periódicamente se emiten recomendaciones desde las distintas sociedades científicas de las especialidades médicas y quirúrgicas. La variedad de dichas recomendaciones, no siempre concordantes, y la gran cantidad de tipos de cirugía dentro de cada especialidad quirúrgica de un hospital, origina que no haya un consenso real a la hora de afrontar el manejo perioperatorio de estos pacientes, lo que conlleva demoras en las intervenciones quirúrgicas y sesgos a la hora de plantear el manejo de estos pacientes. En nuestro hospital existen protocolos redactados hace tiempo que necesitan una actualización debido a los cambios que ha habido en las recomendaciones de las distintas sociedades, así como por la introducción de nuevos fármacos en el mercado. Estas variables hacen deseable el que, entre todos los servicios que podamos estar implicados (Anestesia, Hematología, Cirugía General, Traumatología, Urología y Ginecología y Obstetricia) lleguemos a un consenso plasmándolo en la elaboración de unos protocolos que recojan las especiales características de cada grupo de pacientes, tanto en cuanto a su riesgo trombótico como a su riesgo hemorrágico, y a su vez adecuarlo todo a los medios con los que contamos en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Revisar la bibliografía actual acerca del manejo perioperatorio de estos pacientes por los distintos servicios quirúrgicos.

- Realizar reuniones entre cada uno de los servicios quirúrgicos y los responsables del proyecto del servicio de Anestesia y Hematología, para poner materias en común, y plasmarlo todo ello en forma de protocolos consensuados, adecuando el "riesgo trombótico" del paciente así como el "riesgo hemorrágico" en función de las peculiaridades quirúrgicas de cada servicio. Estos protocolos considerarán tanto el manejo de fármacos anticoagulantes como antiagregantes.
- Incluir en dichos protocolos todas las recomendaciones de grado IA aportadas por la revisión de la bibliografía.
- Adaptar a nuestro centro las recomendaciones de grado distinto a IA en el manejo perioperatorio de los pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregante.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Realizar reuniones periódicas, a razón de dos mensuales entre Anestesia y Hematología y uno de los servicios quirúrgicos implicados (Ginecología, Cirugía, Traumatología y Urología). En cada uno de las dos reuniones habrá un servicio quirúrgico distinto, de forma que



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 048

### CONSENSO EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES Y/O ANTIAGREGANTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

cada dos meses se habrán reunido todos los servicios implicados en el proyecto.

- La revisión bibliográfica se llevará a cabo por todos los componentes del equipo de mejora .
- En la redacción de los distintos protocolos intervendrá un anestesista, un hematólogo y el quirúrgico de la especialidad correspondiente.
- Se redactará un protocolo para el paciente anticoagulado en : Cirugía general  
Ginecología y Obstetricia  
Traumatología  
Urología
- Se redactará un protocolo para el paciente antiagregado en : Cirugía general  
Ginecología y Obstetricia  
Traumatología  
Urología
- Los protocolos, una vez concluidos, se remitirán a la Dirección Medica para su difusión dentro del hospital.

#### 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicadores:

- Número de protocolos de manejo del paciente anticoagulado o antiagregado redactado/8 (8 es el total de protocolos que proyectamos realizar)x 100(%)
- Número de protocolos de manejo perioperatorio del paciente anticoagulado redactados/4 (4 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar)x100(%)
- Número de protocolos de manejo perioperatorio del paciente antiagregado redactados/4 (4 es el total de protocolos de este tipo que proyectamos realizar)x100(%)
- Número de reuniones interdisciplinarias realizadas/24 (24 es el resultado de 2x12 meses)x100(%)
- Desearíamos alcanzar el 85% en cada uno de los distintos indicadores

#### 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha de inicio del proyecto : 1/5 /2011

Fecha de finalización : 1/5/2012

Reuniones mensuales: mayo 2011 ginecología y cirugía, junio con traumatología y urología, julio con ginecología y cirugía, agosto con traumatología y urología, y así sucesivamente.

Si durante el periodo estival o vacacional en general no se pudiera realizar alguna de las reuniones, se pasaría al mes siguiente, sin sustituir la ya programada.

La revisión bibliográfica se llevaría a cabo durante toda la duración del proyecto.

La redacción de los protocolos se realizará en el último trimestre del proyecto, los cuales se remitirán a la Dirección Médica para su difusión dentro del hospital en mayo del 2012.

#### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

#### 11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

085

### IMPLANTACION DE LA EPISIOTOMIA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTOCICOS, EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA ESPERANZA GARCIA SALINAS

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. PARITORIO
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDREU GISBERT PILAR. MATRONA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PARITORIO
- BARRABES SANCHEZ MYRIAM. MATRONA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PARITORIO
- BALFAGON GOMEZ MARIACARMEN. MATRONA. HOSPITAL COMARCAL. PARITORIO
- GUILLEN HERRERO MARIAJESUS. MATRONA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PARITORIO
- SEBASTIAN SANZ ASUNCION. MATRONA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PARITORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. L evidencia científica recomienda la episiotomía selectiva , versus la episiotomía de rutina.

El uso de episiotomía selectiva está relacionado con:

- Menor morbilidad de traumatismos perineales posteriores, necesidad de sutura y complicaciones en la cicatrización.
- No existen diferencias en cuanto a traumatismos perineales graves, dolor, dispareunia o incontinencia urinaria. por lo que todas las autoridades en obstetricia ( OMS, SEGO, FAME) , así como el Ministerio de Sanidad y Consumo en su "Estrategia del parto normal" recomiendan el uso restrictivo de la episiotomía. La OMS reconoce que la episiotomía no es necesaria en más del 20% de los partos. Actualmente en Alcañiz estamos alrededor del 35% de episiotomías en partos eutócicos (después de poner en marcha el " Proyecto de mejora de la calidad" del año 2010 hemos observado que las episiotomías han descendido un 12

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. ABRIL 2010: Elaboración del protocolo de episiotomía restrictiva y difusión del mismo a matronas y ginecólogos.

MAYO-DICIEMBRE 2010: Implementación del protocolo

RESULTADOS:

Número de no episiotomías realizadas en partos eutócicos(PE) x 100/nº PE = 65,44%

Nº de desgarros en pacientes con PE a quienes no se realizó episiotomía x 100/nº de pacientes con PE en quien no se realizó episiotomía = 68,40%

Nº de pacientes primíparas (PP) con PE en las que no se realizó episiotomía x 100/nº  
PP con PE = 38,02%

Nº de pacientes múltiparas (PM) con PE en las que no se realizó episiotomía x 100/nº  
de PM con Pe = 78,45

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir el número de episiotomías en partos eutócicos.

- Disminuir el número y grado de los desgarros perineales.
- Aumentar el grado de satisfacción de la mujer con su parto

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Divulgar el protocolo de no episiotomías en partos eutócicos entre los nuevos miembros del equipo.

- Realizar el curso de "Periné femenino y movimiento" todos los miembros del equipo.
- Mostrar a todo el equipo de paritorio los avances realizados el año anterior.
- Favorecer el parto en la postura que la mujer elija ( si no es portadora de analgesia epidural

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

085

**IMPLANTACION DE LA EPISIOTOMIA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTOCICOS, EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Todos los indicadores están referidos a partos eutócicos:

- N° de no episiotomias en partos eutócicos/ N° de partos eutócicos.
- N° de desgarros/ N° d no episiotomías.
- N°e episiotomías en primíparas/ N° de primíparas.
- N° de episiotomíasen múltiparas / N° de múltiparas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. El inicio del proyecto se llevará a cabo desde Marzo 2011 . Se realizará una reunión con todo el equipo de matronas nuevo en la que sepondrá al día a todo el personal.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. Dado los buenos resultados del Proyecto de mejora de calidad aprobado en 2010, creemos que sería conveniente la continuidad de éste para mejorar los resultados.

OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

399

### GESTION POR PROCESOS EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... PILAR GASCON POLO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. QUIROFANO
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ABIZANDA MARTINEZ MARTA. ENFERMERIA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SERVICIO QUIROFANO
- ARRUFAT ANDREU MARIA TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SERVICIO QUIROFANO
- BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SERVICIO QUIROFANO
- GONZALEZ VAQUERO CARMEN. ENFERMERIA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SERVICIO QUIROFANO
- PEDROS SALVO MARIA TERESA. ENFERMERIA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SERVICIO QUIROFANO
- RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES. ENFERMERIA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SERVICIO QUIROFANO
- SAIZ GORMAIZ JOSE. ANESTESIOLOGO. HOSPITAL ALCAÑIZ. SERVICIO QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la planificación estratégica de la calidad del Hospital de Alcañiz se incluye una línea de gestión por procesos, orientada a establecer, implementar y medir los procesos clave del hospital. El proceso del bloque quirúrgico es uno de los procesos clave que hay que definir y gestionar. Al mismo tiempo se requiere aprovechar la oportunidad de mejora para introducir en el proceso la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Brindar una atención integral al paciente y cuidados de calidad.
- Disminuir la variabilidad en la asistencia.
  - Mejorar el procedimiento de acogida al personal de nueva incorporación.
  - Mejorar la coordinación dentro del servicio y con los servicios clientes.
  - Gestionar el proceso mediante el registro y medición de indicadores e incidentes críticos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Constitución del equipo de proceso con responsable de proceso

- Realización de ficha de proceso.
- Definición del proceso, subprocesos, procedimientos e instrucciones técnicas.
- Definición de indicadores
- Creación de registro de incidencias
- Gestión del proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % pacientes intervenidos en los que se ha valorado la lista de verificación de seguridad de la OMS.

- % de pacientes dados de alta de URPA con Aldrete mayor de 8
- % de pacientes dados de alta de URPA con EVA menor o igual a 3

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Constitución de equipo Abril 2011

- Diseño del proceso Mayo- Diciembre 2011

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

399

GESTION POR PROCESOS EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

-Implementación 2012

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· ORDENADOR SOBREMESA .....	480 €
· TABLET PC .....	569 €
· MICROSOFT OFFICE .....	629 €
Total .....	1.678 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

222

### ANALGESIA NO FARMACOLOGICA EN LOS CUIDADOS DOLOROSOS DEL RECIEN NACIDO

#### 2. RESPONSABLE ..... CARMELO GUERRERO LALEONA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ..... ALCANIZ

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

- OCHOA GOMEZ LAURA. PEDIATRA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PEDIATRIA
- GARCIA LORENTE CONCEPCION. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PEDIATRIA
- PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PEDIATRIA
- ROSSELLO SASTRE NURIA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PEDIATRIA
- ANDRES LOPEZ VANESA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PEDIATRIA
- TRALLERO GASCON NIEVES. AUXILIAR. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PEDIATRIA
- SALVO INGLES NATIVIDAD. AUXILIAR. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. PEDIATRIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual existe suficiente evidencia para afirmar que entre la 26-28 semanas de gestación el feto ha desarrollado los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para percibir el dolor y responder ante el mismo. A largo plazo, existe gran preocupación por el impacto que el dolor repetido o prolongado pueda tener en el desarrollo neurológico de recién nacidos. Existen estudios que muestran que los niños no tratados debidamente presentan dificultades en los procesos de aprendizaje, conducta, memoria, socialización, autorregulación y expresión de los sentimientos.

Las Intervenciones conductuales y ambientales que incrementan la actividad endógena inhibitoria de las vías de conducción descendentes, y distraen la atención saturando los transmisores sensitivos aferentes, disminuyen la conducción del dolor.

Los Métodos no farmacológicos: Medidas posturales (posición, contención y masaje), Succión no nutritiva (pacificadores), Lactancia ó leche materna y Succión nutritiva con solución de sacarosa al 24% se han mostrado útiles para disminuir el dolor y están apoyados por revisiones sistemáticas e incluidos en las

Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas en cuidados desde el nacimiento del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Nuestro hospital no tiene sistematizadas estas medidas en la actualidad, por lo que estos cuidados se usan de forma irregular: Por ello planteamos como objetivo mejorar la asistencia del R.N. con analgesia no farmacológica en procedimientos dolorosos usados diariamente en nuestro servicio: punción de talón, administración I.M. de vitamina K y vacuna de hepatitis B y punciones venosas debería ser una prioridad en las unidades de pediatría como parte de un protocolo más amplio del tratamiento del dolor.

#### Bibliografía:

1. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrosa para la analgesia en recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Shah PS, Aliwalas LL, Shah V. Lactancia o leche materna para los procedimientos dolorosos en neonatos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. M Fiol. El dolor en el recién nacido. De guardia en Neonatología: protocolos y procedimientos en el cuidado neonatal. Ergon. (2ª ed) 2008;41-45.
4. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. SANIDAD 2010. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la asistencia al Recién Nacido a través de poner en marcha un protocolo de analgesia en el RN normal y disminuir la ansiedad materna en los cuidados habituales del RN en aquellas practicas que conllevan dolor: punción de talón, administración I.M. de vitamina

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 222

**ANALGESIA NO FARMACOLOGICA EN LOS CUIDADOS DOLOROSOS DEL RECIEN NACIDO**

K y vacuna de hepatitis B y punciones venosas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Queremos poner en práctica las Recomendaciones a la atención en los Cuidados desde el Nacimiento (recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas) publicado por el Ministerio de Sanidad 2010.

1. Elaboración de protocolo local basado en la evidencia con los siguientes puntos: Indicaciones de la analgesia no farmacológica, Medidas posturales (posición, contención y masaje), Succión no nutritiva (pacificadores), Lactancia o leche materna y Succión nutritiva con solución de sacarosa al 24%
2. Difusión del protocolo. Elaboración de tabla de doble entrada con procesos dolorosos y medidas que se deben aplicar que deberá estar visible en los controles de enfermería. Sesiones clínicas, protocolo escrito...
3. Implementación del protocolo. Elaboración de registros específico de enfermería
4. Evaluación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % de niños recién nacidos con registro de analgesia no farmacológico correctamente cumplimentado  
- Satisfacción de las madres con la analgesia aplicada

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Marzo 2011: Elaboración del protocolo  
Abril- Octubre 2011: Actividades de difusión del protocolo  
Enero 2012 Evaluación del protocolo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Agua destilada .....	50 €
· 3 sobres de azúcar por cada 100 cc .....	50 €
· Papel y fotocopias para los registros .....	100 €
Total .....	200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 146

1. TÍTULO

**MEJORA EN EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON RESERVORIO EN LA POSTIMPLANTACION, DURANTE EL TRATAMIENTO Y EN EL MANTENIMIENTO POSTERIOR AL TRATAMIENTO**

2. RESPONSABLE ..... LOURDES HEREDIA FERRER

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ANDRES LOPEZ VANESA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGIA Y PEDIATRIA
- REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los pacientes que son candidatos a la colocación de un reservorio subcutáneo por el tratamiento al que vaya a ser sometido o por su mal acceso venoso periférico necesitan una información añadida a toda la que se le está proporcionando debido a su estado, y que en la mayoría de los casos es insuficiente debido a la ansiedad generada por la situación. El punto clave en este proceso son los cuidados post-implantación:

1. cuidados de la herida quirúrgica.
2. las precauciones que deben de tener los pacientes que llevan tratamiento en infusión continua en su domicilio.
3. los cuidados relacionados con el mantenimiento del reservorio una vez acabado el tratamiento.

Desde el servicio de oncología se observa ansiedad en el proceso de la colocación, poca capacidad de autocuidado en el periodo post-implantación, así como ansiedad y cierto desconcierto a la hora del mantenimiento del reservorio.

Analizando las causas de este problema consideramos las siguientes hipótesis:

- Cuando el paciente llega a la consulta de oncología, se les proporciona mucha información de su enfermedad y tratamientos que no es asimilada completamente.
- Desinformación ó desconocimiento de lo que es y para que sirve el reservorio subcutáneo.
- Poca capacidad de autocuidado post-implantación del reservorio subcutáneo, lo que conlleva aparición de complicaciones tales como infección.
- Las complicaciones que se pueden desencadenar en pacientes que llevan el tratamientos en infusión continua debido a la reducción de la movilidad.
- Tras acabar el tratamiento oncológico se presentan casos que no están realizando un buen mantenimiento del reservorio.

Por todo ello planteamos una iniciativa de mejora que tiene como objetivos:

- Disminución de la ansiedad pre-colocación.
- Fomentar el autocuidado del paciente con reservorio (tanto post-implantación como cuando están con tratamiento continuo)
- Incrementar el número de pacientes que realizan un mantenimiento correcto del reservorio tras finalizar el tratamiento.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Promoción del autocuidado con disminución de complicaciones tanto en la post-implantación como cuando se le está administrando tratamiento.

- Identificación de complicaciones. (infección, flebitis..)
- Realización de un correcto mantenimiento del reservorio (Heparinización cada 6-8 semanas).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de tríptico educativo como método de apoyo para pacientes susceptibles de implantación de reservorio que trate sobre lo que es un reservorio, los usos, la colocación y sus cuidados, cuidados en la administración y los signos de alarma y el mantenimiento.

2. Apoyo formativo, educativo y emocional en la consulta de oncología tanto en autocuidados como en identificación de complicaciones y en tratamiento continuo.

3. Encuesta telefónica a los pacientes portadores que ya están en fase de mantenimiento desde hace X años con la finalidad de conocer cuando fue la última vez que han heparinizado el reservorio.

4. Revisión de herida quirúrgica post-implantación para ver si los autocuidados son efectivos. Y retirada de puntos a los 7 o 21 días.



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 146

MEJORA EN EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON RESERVORIO EN LA POSTIMPLANTACION, DURANTE EL TRATAMIENTO Y EN EL MANTENIMIENTO POSTERIOR AL TRATAMIENTO

5. Establecimiento de cartilla de registro de heparinizaciones que quedará en poder de cada paciente para llevar un mejor control de su reservorio.
6. Reevaluación mediante encuesta telefónica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Pacientes encuestados que han heparinizado su reservorio hace menos de dos meses x100/ Total de pacientes portadores de reservorio.

Fuentes de datos: registro del servicio de oncología. Muestreo sistemático de 35 pacientes.

- Pacientes con reservorio colocado a partir del inicio del proyecto que presenta la cartilla de mantenimiento del reservorio correctamente cumplimentado x100/ Total de pacientes con reservorio colocado en 2011.

Fuentes de datos: evaluación de la cartilla de mantenimiento a los pacientes que acuden a la consulta de Oncología.

- Evaluación periódica de herida quirúrgica.

Fuentes de datos: criterios de la CDC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
  1. Evaluación inicial: Abril 2011.
  2. Elaboración de trípticos: Mayo 2011 (o cuando se provean los recursos).
  3. Evaluación post-implantación: a partir de Mayo 2011.
  4. Evaluación de complicaciones: Mayo 2011.
  5. Reevaluación Febrero 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.		
· TRIPTICO INFORMATIVO SOBRE EL RESERVORIO .....		250 €
· CARTILLA DE SEGUIMIENTO .....		250 €
	Total .....	500 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

134

### IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REGISTRO DE HOJAS DE INTERCONSULTA PARA OPTIMIZAR LA RESPUESTA DELSERVICIO

2. RESPONSABLE ..... MARTA EUGENIA INFANTES MORALES

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SAIZ GORMAZ JOSE. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE ANESTESIA
- NOURI ISSA EL DIB. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE ANESTESIA
- CIRIA GASPAR EVA MARIA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE ANESTESIA
- FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE ANESTESIA
- GARCIA HERNANDEZ ALEJANDRA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE ANESTESIA
- POLO PELLICENA MARCOS. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE ANESTESIA
- PATRICIA CALDERON. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE ANESTESIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro del registro del proceso de atención médica existen algunos tipos especiales de notas clínicas. Una de ellas son las hojas de interconsulta, que son escritas por médicos y van dirigidas a especialistas de otros servicios, no responsables de forma directa de la atención médica de ese paciente, en las cuales se realiza una consulta específica sobre un tratamiento, diagnóstico o problema.

El médico solicitante expone los antecedentes del paciente y la razón de la interconsulta, especificando la fecha de solicitud y la prioridad de contestación como urgente, preferente o normal. Si son urgentes deberán contener las horas de solicitud y de realización. Nuestro servicio recibe un importante número de hojas de interconsulta o colaboración, cuyos principales motivos suelen ser la necesidad de canalización de vías periféricas o centrales, la realización de valoraciones preoperatorias o el apoyo durante intubaciones o reanimaciones en otro lugar distinto al área quirúrgica. Muchas de estas hojas se reciben incorrectamente cumplimentadas, sin especificar el carácter de la petición o sin detallar resultados de pruebas necesarias para nuestra colaboración (por ejemplo coagulación en caso de solicitud de vía central o ECG, radiografía y analítica cursados si procede, en caso de preoperatorio), lo cual retrasa su realización y entorpece la contestación de otras hojas. Además en ocasiones no son cursadas de la forma correcta, al no estar marcado el carácter de la petición, lo cual hace que nos lleguen con retraso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Llevar un registro de las hojas de consulta, realizando una informatización de todas las hojas que se dirigen a nuestro servicio, para así contestarlas correctamente, dando prioridad a las realmente urgentes.  
- Recibir las hojas de interconsulta correctamente formuladas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un programa de registro de hojas de interconsulta.  
- Información al resto de servicios de la correcta cumplimentación de las hojas de interconsulta.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Comprobación de que todas las hojas recibidas son contestadas en función de la prioridad.  
- Comprobación de la correcta redacción de las hojas de interconsulta recibidas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Información y elaboración del programa informático: Junio 2011.  
- Evaluación del cumplimiento y eficacia del registro: Enero 2012.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 134

**IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE REGISTRO DE HOJAS DE INTERCONSULTA PARA OPTIMIZAR LA RESPUESTA DELSERVICIO**

· Programa informático .....	250 €
· Material informático (disco duro externo y PDA .....	750 €
Total .....	1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

227

### DISMINUCION DE LA TASA DE CESAREAS EN LA GESTANTE CON CESAREA ANTERIOR

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL LAHOZ PASCUAL
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALMEIDA HERRANZ ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ALOS PUEYO LUIS. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ANDREU GISBERT PILAR. MATRONA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. UNIDAD DE PARITORIO
- REMACHA SIENES MARIA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El parto vaginal tras una cesárea debe considerarse un método posible y seguro como vía de finalización de la gestación. Si bien, es conocido que en estas usuarias ni la cesárea programada ni el parto vaginal, están completamente exentos de riesgos. La usuaria con cesárea anterior presenta mayor probabilidad de finalizar en cesárea sus gestaciones posteriores, con el aumento de morbilidad maternafetal que conlleva, así como una reducción en las posibilidades de embarazo tras 2 cesáreas por el incremento considerable de los riesgos, especialmente de rotura uterina. En el Hospital de Alcañiz se finalizó el año 2010 con un número total de partos de 525. De las gestantes que presentaban como antecedente una cesárea anterior, el 44' 53% finalizaron nuevamente mediante cesárea. La inducción de parto en los casos de cesárea anterior y Test de Bishop desfavorable, mediante métodos farmacológicos, conlleva un riesgo importante tanto para la madre como para el feto. La utilización de la sonda de doble balón como método de maduración no farmacológico, si no simplemente a través de un mecanismo mecánico conlleva, buenos resultados, con una disminución importante de la tasa de cesáreas programadas cuya única indicación sea la cesárea anterior, minimizando los riesgos maternofetales

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Disminución de la tasa global de cesáreas del Hospital de Alcañiz, mediante la reducción de la tasa de cesáreas programadas, cuya única indicación sea cesárea anterior y Test de Bishop desfavorable.
- Aumento de la tasa de parto vaginal tras cesárea anterior.
  - Reducción de la morbilidad materna asociada a la práctica de la cesárea.
  - Reducción en los días de estancia hospitalaria en el puerperio inmediato.
  - Aumento en el grado de satisfacción y bienestar de la madre en los primeros días tras el nacimiento de su hijo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de un protocolo de actuación ante gestante con cesárea anterior. (DRA. LAHOZ).  
2. Selección de las gestantes con cesárea anterior candidatas a la aplicación del procedimiento de maduración cervical mecánico. (TODOS LOS COMPONENTES DEL EQUIPO).  
3. Valoración conjunta, médico-gestante, del método, así como de los beneficios y riesgos que conlleva. (TODOS LOS COMPONENTES DEL EQUIPO).  
4. Uso de la sonda de doble balón en las gestantes seleccionadas de forma programada.  
5. Evaluación de los resultados. (DRA. LAHOZ).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Se realizará un registro de las causas de cesárea programada, diferenciando en un apartado aquellas debidas

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 227

1. TÍTULO

**DISMINUCION DE LA TASA DE CESAREAS EN LA GESTANTE CON CESAREA ANTERIOR**

exclusivamente a cesárea anterior y Test de Bishop desfavorable.

- Se registrará la vía de parto de las maduraciones cervicales mediante el uso de sonda de doble balón.
- Se recogerán las posibles complicaciones derivadas de la técnica.
- Se valorará el grado de bienestar y satisfacción de la gestante tras el uso de la técnica.

Indicadores:

1. Porcentaje de cesárea anterior dentro del global de las cesáreas programadas realizadas en el Servicio.
2. Porcentaje de parto vaginal tras cesárea anterior.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.
- Primer trimestre 2011: Elaboración del protocolo. Unificación de criterios dentro del Servicio de Obstetricia.
  - Segundo y tercer trimestre 2011: Aplicación del método e inicio en la recogida de los resultados.
  - Cuarto trimestre 2011: Perfeccionamiento de la técnica y evaluación de los resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Material Informático (ordenador portátil .....	800 €
• Material de Oficina .....	100 €
Total .....	900 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

### INTERVENCION PSICOLOGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

2. RESPONSABLE ..... SERVANDO EUGENIO MARRON MOYA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD CLINICA DE DERMATOLOGIA
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TOMAS ARAGONES LUCIA. PSICOLOGA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. UNIDAD CLINICA DE DERMATOLOGIA
- RIOS RAFALES NOELIA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. UNIDAD CLINICA DE DERMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Todos los seres humanos tenemos algo en común: LA PIEL, que nos protege del medio donde nos desenvolvemos. La piel es el órgano de mayor tamaño en el cuerpo. En el ser humano representa un 15% de su peso. La piel cumple numerosas funciones. Constituye, ante todo, una barrera frente al mundo exterior, que nos defiende de agresiones ambientales térmicas y químicas, radiaciones y microorganismos. Nos impermeabiliza, amortigua los golpes, regula la temperatura corporal, permite sentir numerosas sensaciones y juega un papel esencial en la comunicación psico-social, (Koo J et al. 2001) la afectividad y el placer. El aspecto de la piel, especialmente a nivel facial, deviene fundamental para valorar en una persona la edad, el estado anímico y el carácter (Feldman S. 2000). Pero también en la piel se manifiestan enfermedades internas.

El paciente de dermatología, por las características de su patología - por lo general de lenta evolución y con tendencia a la cronificación - debe desarrollar rápidamente estrategias de adaptación y afrontamiento. La respuesta del paciente no va a depender solamente de variables médicas, sino también de las psicológicas y sociales, por lo que el equipo de enlace debe estar formado por médicos, psicólogos, y enfermeras.

Las causas de las enfermedades tienen como base la alteración del sistema inmunológico, y nada hace, por ejemplo, el dermatólogo con diagnosticar una dermatosis, dar algún medicamento, si no va a la causa del problema para corregirlo.

En la actualidad está ampliamente reconocida la participación de factores emocionales en diversas enfermedades dermatológicas. Los primeros estudios corresponden a Jacquet, Stokes, Wittkower, Russell y Obermayer que definen tipos específicos de personalidad. La enfermedad se puede presentar de forma tan ligera, que el afectado no la percibe. Pero puede ser tan severa que le causa impedimentos parecidos a una invalidez. En casos extremadamente graves incluso puede entrañar peligro de muerte.

Las enfermedades no ocurren aisladamente, sino que se sitúan en un contexto dado por las características biológicas, psicológicas y sociales de cada paciente. Esto quiere decir que no hay dos enfermedades iguales, porque cada persona, según sus características individuales (trabajo, historia familiar, rasgos de personalidad, etc.) (Wahl AK et al. 2006) va a vivenciar la enfermedad de un modo diferente. En algunos casos, los problemas de la vida obran como disparadores en la expresión clínica de las enfermedades cutáneas, y en otros, la aparición de la enfermedad es la que provoca, como consecuencia, una serie de problemas que se van expresar en el plano familiar y social.

El estrés es un potente factor que influye sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (frecuencia cardiaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular etc.), así como la actividad neuroendocrina y la competencia inmunológica (Sandín, en Buendía, 1993).

El impacto emocional que sobreviene a una enfermedad con las características de las afecciones dermatológicas es determinante en la adaptación del paciente a su nueva condición física y a las repercusiones psicológicas y sociales de esta. En esta medida, el paciente se ve obligado a experimentar síntomas físicos que se van instaurando paulatina y progresivamente generando diferentes reacciones, entre ellas una disminución de la energía física, un sufrimiento físico localizado, entre otros, además de lo cual debe sobrellevar fuertes emociones de ansiedad, estrés y depresión, temor a la soledad o a la invalidez, y necesidad de significación de la enfermedad, por nombrar algunos. En concreto, cada una de estas manifestaciones puede evocar en el paciente diferentes grados de malestar emocional (De Azua L, 1977).

El concepto de calidad de vida y, más en concreto, el de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se ha introducido como un factor importante a tener en cuenta en la práctica clínica hace tan solo unos pocos años.

La medición de la calidad de vida de los pacientes es -cada vez más- un importante parámetro utilizado por las Autoridades Sanitarias a la hora de planificar la asistencia sanitaria en general y dermatológica particular.

Estudios de calidad de vida realizados en pacientes con psoriasis revelan un impacto físico y emocional negativo sobre la calidad de vida similar al de

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

#### INTERVENCION PSICOLOGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

pacientes con cáncer, artritis y enfermedad cardiaca (Krueger et al. 2001).

Por ello, debido al gran impacto que las enfermedades cutáneas tienen sobre la calidad de vida de los pacientes con psoriasis, así como las personas de su entorno (Bhosle MJ. et al. 2006), entendemos que es nuestra obligación intentar transformar toda esta información subjetiva que nos relatan los pacientes en la clínica diaria en datos útiles, mensurables y objetivos.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por mecanismos inmunes que afecta entre el 2-5% de la población mundial (Schafer T. 2006) (Koo J. 1996). Se clasifica la severidad de la psoriasis en leve, moderada y grave (Katz KA. 2005).

El paradigma terapéutico actual se basa en la elección del tratamiento más eficaz y con el mayor perfil de seguridad para cada paciente en particular, a fin de brindarle - lo más rápidamente posible - una mejor calidad de vida.

El tratamiento de la psoriasis no es simple, puesto que el médico debe considerar muchos factores (Wahl AK. Et al. 2006). Si bien es posible blanquear a estos pacientes de sus lesiones, no se puede eliminar la predisposición hereditaria a este tipo de reacción. Por consiguiente, las recidivas son frecuentes. Muchas veces, los resultados

obtenidos por los tratamientos terminan siendo insatisfactorios no sólo por las características de la enfermedad, sino por las características psicológicas de los pacientes.

Para el tratamiento de la psoriasis disponemos de un amplio arsenal terapéutico que ha demostrado su eficacia:

- a. Fármacos tópicos (Kragballe K et al. 2006);
- b. Fármacos sistémicos tradicionales (Fairhurst DA et al. 2006); y
- c. Fármacos biológicos (Yamanuchi PS et al. 2005).

Estos fármacos han producido mejoría en la calidad de vida y en el impacto psico-social negativo presente en el paciente psoriásico (Feldman SR et al 2005) (Ortone JP, 2006) (Reich K et al. 2006) y han conseguido por término medio cifras de remisión de la enfermedad (PASI 75) del 70-80% (Anstey AV, et al. 2006) (Menter et al 2007) (Tyring S et al 2007) (Gordon KB et al 2006).

Pero, además del tratamiento farmacológico, debemos ofrecer un tratamiento holístico y atender al malestar emocional que le supone a la persona tener una enfermedad crónica.

Algunos de los factores psico-emocionales que influyen en el proceso terapéutico, son la personalidad de base del paciente y los antecedentes hereditarios de la psoriasis (Fortune DG. et al. 2005). Algunas de las variables que

modulan este proceso, son:

- a. El binomio localización de las lesiones - trabajo;
- b. La interacción del paciente con su medio laboral, social y con su familia, así como la relación médico-paciente;
- c. El esquema corporal;
- d. Las enfermedades concomitantes;
- e. La situación socioeconómica;
- f. La tendencia en algunos de la victimización;
- g. El conocimiento de la enfermedad y la fe en mitos y falsas creencias;
- h. El círculo vicioso ilusión/ desilusión;
- i. La baja tolerancia a la frustración; y/o
- j. El binomio comodidad/ resignación.

La psoriasis es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de la persona que la sufre. La aparición de la enfermedad produce, en mayor o menor medida, un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, lo que genera una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que denominamos situación estresante.

La tendencia al aislamiento para evitar el peligro de ser rechazado prevalece y como profesionales de la salud no debemos olvidar que el hecho de sentirse sano, eficiente y capacitado en todos los caminos de la vida es de gran importancia y es un derecho que merecemos todos. Estos pacientes también desean llevar una vida plena, desean ser aceptados, estar básicamente socialmente comprometidos y ser seres humanos activos.

Para ello, el presente trabajo procura complementar los tratamientos actuales con una intervención puntual de tipo grupal, intensa, activa, de corta duración y en el primer momento de la demanda.

Dentro de los diferentes tipos de abordaje grupal en Salud Mental, hemos elegido el enfoque psico-educativo (Skarpathiotakis et al. 2006). No podemos dejar de

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

### INTERVENCION PSICOLOGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

recordar que históricamente este enfoque se reconoce como el pionero en el desarrollo de las técnicas grupales, gracias a las experiencias de Pratt con tuberculosos y que pronto fue utilizado en otro tipo de patologías, incluso con diferentes posicionamientos teóricos. El objetivo básico de estos abordajes es ayudar a los pacientes a mejorar sus estrategias de manejo de los problemas reales que estén afectando a sus vidas en el momento actual (Yalom ID, 1986). Las técnicas específicas se centran en la divulgación de información en forma de clases, manuales, etc., además de orientaciones, ejercicios grupales, estrategias de resolución de problemas, tareas, etc.

Las Terapias Grupales aplicadas para enfermedades de origen dermatológico ofrecen al paciente ventajas (Milberg IL, 1963) como:

- a. El apoyo del resto de los componentes del grupo y del terapeuta;
- b. La reducción del aislamiento en el que viven muchos pacientes;
- c. La oportunidad de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales, así como la interacción entre las personas del grupo;
- d. Además, de que se consigue optimizar los recursos existentes y aporta beneficios evidentes al igual que lo hace en otras enfermedades medicas (Salas M, et al. 2003).

01. Abel ED, Moore US, Glathe JP. Psoriasis patient support group and self-care efficacy as an adjunct to day care center treatment. *Int J Dermatol*. 1990 Nov;29(9):640-3.
02. Anstey AV, Kragballe K. Retrospective assessment of PASI 50 and PASI 75 attainment with a calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment. *Int J Dermatol*. 2006 Aug;45(8):970-5.
03. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes*. 2006 Jun 6;4:35.
04. De Azua Docho L. [Dermato-psychosis and psycho-dermatosis (personality-related dermatology)] *Actas Dermosifiliogr*. 1977 Jan-Feb;68(12):1-16
05. Feldman, S. *El Yo-piel*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva (2000)
06. Feldman SR, Gordon KB, Bala M, Evans R, Li S, Dooley LT, Guzzo C, Patel K, Menter A, Gottlieb AB. Infliximab treatment results in significant improvement in the quality of life of patients with severe psoriasis: a double-blind placebo-controlled trial. *Br J Dermatol*. 2005 May;152(5):954-60
07. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin*. 2005 Oct;23(4):681-94.
08. Katz KA. Psoriasis Area and Severity Index 50 as an endpoint in psoriasis trials: an unconvincing proposal. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Sep;53(3):547-51
09. Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatol Clin*. 1996;14:485-96.
10. Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician*. 2001 Dec 1;64(11):1873-8.
11. Milberg IL. Group therapy in the treatment of some dermatoses. *Skin (Los Angeles)*. 1963 Oct;42:307-10.
12. Polenghi MM, Molinari E, Gala C, Guzzi R, Garutti C, Finzi AF. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1994;186:65-6
13. Reich K, Nestle FO, Papp K, Ortonne JP, Wu Y, Bala M, Evans R, Guzzo C, Li S, Dooley LT, Griffiths CE. Improvement in quality of life with infliximab induction and maintenance therapy in patients with moderate-to-severe psoriasis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*. 2006 Jun;154(6):1161-8.
14. Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, Surawy C, Warwitek H, Bulstrode C, Dawber R, Lane D. Why do doctors find some patients difficult to help?. *Q J Med*. 1994 Mar;87(3):187-93
15. Skarpathiotakis M, Fairlie C, Ryan S. Specialized education for patients with psoriasis: a patient survey on its value and effectiveness. *Dermatol Nurs*. 2006 Aug;18(4):358-61.
16. Sperber J, Shaw J, Bruce S. Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychother Psychosom*. 1989;51(3):135-41.

En la practica clínica diaria observamos porcentajes de remisión - medidos mediante PASI - menores de los que seria previsible observar en pacientes psoriásicos tratados con los fármacos de uso habitual. Observamos que las comorbilidades asociadas y el impacto psico-social negativo pueden influenciar esta menor respuesta terapéutica. Asi mismo hemos observado como en pacientes a los que se les asocia una intervención psicológica (grupo psico-educativo) se obtiene en ellos una mejor respuesta al tratamiento con mayores porcentajes de remisión medido mediante PASI.



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

### INTERVENCION PSICOLOGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

#### Hipotesis General:

En los pacientes psoriásicos la intervención psicológica (Grupo psico-educativo) unido al tratamiento farmacológico de uso habitual, mejorará en mayor medida los resultados clínicos y la calidad de vida de estos pacientes - en comparación con los que no reciben tratamiento psicológico.

#### Objetivo general:

Comparar la utilidad de una intervención psicológica en el control de los pacientes con psoriasis, con los que solo reciben tratamiento médico habitual, a través de los resultados clínicos.

#### Objetivos específicos:

1. Evaluar el grado de mejoría (medida mediante PASI) en ambos grupos de estudio en cuanto a la evolución clínica de la enfermedad, entendida como una mejoría en la severidad de la psoriasis.
2. Evaluar el grado de mejoría en la calidad de vida de estos pacientes, con una disminución del impacto psico-social de esta enfermedad.
3. Estudiar los factores que influyen en la evolución de la psoriasis en una cohorte de pacientes tratados con diferentes líneas terapéuticas, en condiciones de uso clínico habitual según su gravedad clínica.
4. Elaborar una herramienta de uso clínico para pacientes con psoriasis, a partir de los resultados obtenidos.

#### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. Resultados obtenidos hasta el momento:

- a) Puesta a punto de los instrumentos clínicos de medida a utilizar en el proyecto (PASI;BSA)
- b) Puesta a punto de los instrumentos psicológicos de medida a utilizar en el proyecto (HADS; PLSI;SF-36;DLQI).
- c) Diseño del formulario de recogida de datos socio demográficos (CRD)
- d) Elaboración del manual de intervención psicológica a utilizar en el proyecto

#### 2. Seguimiento de los indicadores del proyecto:

- a) Evaluación de la atención del formato grupal (sesiones: número, participantes, etc.)
  - a. Número de sesiones realizadas/previstas (PENDIENTE)
  - b. Número de participantes/previstos (PENDIENTE)
- b) Evaluación del equipo de mejora (Reuniones: número, participantes, acuerdos adoptados, etc.)
  - a. Número de reuniones realizadas/previstas 5/6
  - b. Número de participantes/previstos 29/35
- c) Niveles de ejecución del proyecto
  - a. III - Esta muy avanzado, se inicio el desarrollo de los grupos el día 25 de febrero de 2011

- #### 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1º Mantener y mejorar la atención de los aspectos psicológicos de los pacientes dermatológicos en nuestro Sector.
- 2º Alta participación de los profesionales implicados en el Proyecto (Médicos y enfermeras del ámbito , así como de los miembros del Equipo Directivo del Sector).
  - 3º Incrementar la calidad de la asistencia dermatológica prestada
  - 4º Mejorar la percepción de calidad percibida por los pacientes que atendemos
  - 5º Mejorar la resolución y la percepción de los trabajadores del Sector (médicos y enfermeras), mediante la formación y formación continuada que se realizará.
  - 6º Monitorizar el proceso, para continuar el proceso de mejora
  - 7º Difusión de las actividades y resultados obtenidos en: congresos, reuniones científicas, así como en publicaciones internacionales con impacto

En definitiva pretendemos obtener resultados de los pacientes que participen en el desarrollo del grupo de terapia, así como los obtenidos de los pacientes que integren el grupo de control de forma simultánea al desarrollo del grupo de terapia. De forma que podamos verificar la utilidad real del formato de grupo en el manejo clínico habitual del paciente con psoriasis.



Anexo

*Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011*

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

178

**INTERVENCION PSICOLOGICA EN FORMATO GRUPAL EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS**

OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

557

### APRENDER ERRANDO

2. RESPONSABLE ..... ELENA MUÑOZ FARJAS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGÍA
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LASSO OLAYO JESUS MARIA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Presentación de casos neurológicos donde no se ha actuado de acuerdo con el buen hacer médico para subsanar errores, habituales más que excepcionales, y mejorar la praxis médica.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejora de la praxis médica ante situaciones neurológicas habituales que pueden presentarse en atención primaria, urgencias u otras especialidades. Dirigido especialmente a médicos internos en formación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones mensuales con presentación de casos.

Los suscritos al programa reciben vía mail la información básica del caso.

Presentación, discusión y conclusiones de cada caso.

Corrección de errores.

Elaboración de un documento: CD o libro de casos para su publicación o difusión.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Asistencia a las reuniones.

Grado de satisfacción de los participantes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Reuniones mensuales desde marzo.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

553

**DIVULGACION DE LOS PROTOCOLOS DE ACTUACION EN ACV EN ATENCION PRIMARIA E INFORMACION A LA POBLACION**

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO OLIVAN USIETO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGÍA
- Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MUÑOZ FARJAS ELENA. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
- DEL BUSTO CABREJAS MARIA TERESA. DUE. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
- SANCHEZ PISA ENCARNACION. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NEUROLOGIA
- LASSO OLAYO JESUS MARIA. MEDICO INTERNISTA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
- SAENZ GUALLAR RAFAEL. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- BONO LAMARCA PEDRO. MEDICO. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
- TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA. DUE. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Divulgar mediante charlas y documentos oportunos la importancia del buen diagnóstico, medidas de derivación urgente, prevención primaria y secundaria y seguimiento clínico de los pacientes con ACV. Charlas dirigidas a médicos de Atención Primaria y Enfermería. Programas de educación a la población.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Divulgar la importancia del ACV. Establecer protocolos de prevención primaria y secundaria. Establecer las vías de detección precoz y derivación al centro de referencia. Formación de formadores: se trata de que los médicos y enfermeras de atención primaria cuenten con las herramientas precisas para solventar aquellas dudas y necesidades que puedan plantearse en pacientes en riesgo o afectados por una enfermedad cerebro vascular.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Charlas en los centros de Salud por parte de los neurólogos del hospital. Consensuar los protocolos de prevención primaria y secundaria y elaborar los documentos oportunos. Elaborar folletos y paneles divulgativos en los centros de salud.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuesta acerca del conocimiento de la enfermedad cerebrovascular en una muestra de la población atendida en Atención Primaria antes y después de la campaña divulgativa. Valoración de las charlas por los profesionales de Atención Primaria.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Próximos 6 meses: completar el programa de charlas en los centros de atención primaria y elaborar los documentos divulgativos.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

- |                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| · Reprografía y cartelería ..... | 200 € |
| Total .....                      | 200 € |

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

1. TÍTULO

**IMPLANTACION DEL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO ESPONTANEO DE PRIMER TRIMESTRE COMO METODO DE ELECCION EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... MARIA REMACHA SIENES
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
  - Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALMEIDA HERRANZ ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
  - ALOS PUEYO LUIS. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
  - DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
  - ROCA AQUILLUE MONTSERRAT. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
  - VICENTE LOPEZ BEATRIZ. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
  - LAHOZ PASCUAL ISABEL. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
  - PALOS AÑON LAURA. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El manejo del aborto de primer trimestre nos permite tres opciones: la evacuación quirúrgica, la actitud expectante y el tratamiento médico. La evidencia científica pone de manifiesto en varios metanálisis que la opción más adecuada es el tratamiento médico (misoprostol ).

En nuestro medio la evacuación quirúrgica se propone como método de elección.

En esta circunstancia se incluyen los abortos diferidos e incompletos de primer trimestre, urgencia ginecológica mas frecuente

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se pretende con este protocolo disminuir la tasa de legrado quirúrgico y con ello sus posibles complicaciones como perforación uterina, infecciones ...,el riesgo anestésico ,las posibles secuelas post legrado a largo plazo y los gastos que implica una cirugía. En cuanto a estancia hospitalaria se mantendría en 24 horas. En una fase posterior se podría plantear control ambulatorio aunque debido a la distribución poblacional que asume nuestro hospital esto sería algo mas complicado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implantación del legrado medico , excepto contraindicaciones del fármaco (como pacientes con asma o glaucoma) ,como método de elección ante abortos de primer trimestre y mantener el legrado quirúrgico como método de rescate.

Este cambio de manejo implica no solo un cambio medico sino también una forma de enfocar de forma integrada el aborto de primer trimestre ya que las pacientes precisaran un soporte medico y psicológico por parte de todo el equipo ( medicos,enfermeras,auxiliares de enfermeria).

En un inicio a las pacientes además de un consentimiento informado,se les dara una hoja informativa sobre el proceso.

Durante las primeras 24 horas la paciente precisara ingreso hospitalario y después según evolución.

Al ingreso:

- Via periférica y control de constantes
- Analítica (perfil preoperatorio) y grupo y Rh
- Control de sangrado y de expulsión de restos
- Dieta normal
- Analgesia ev : aines ev alternos con rescate de paracetamol y nolotil alterno.

El tratamiento es con misoprostrol comprimidos aplicación vaginal

-800 mcg (M .v) dosis inicial y control ecográfico a las 24 horas.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

548

**IMPLANTACION DEL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO ESPONTANEO DE PRIMER TRIMESTRE COMO METODO DE ELECCION EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ**

- Si endometrio > 20mm y/o saco intrauterino se realiza dosis de rescate de 800 mcg (M.v) y nueva valoración en 6 horas  
-Control ecografico en una semana si endometrio>20mm legrado uterino.  
Durante el ingreso las pacientes precisaran un adecuado soporte por parte del personal de la planta.  
Al alta se les facilitara un folleto de consejos y pautas a seguir anexo al informe habitual.  
Para promocionar la participacion del personal del servicio:

- Sesión conjunta con el personal de la planta y consultas sobre la aplicación del protocolo de aborto medico.
- Participacion en la sesión de duelo perinatal ( incluido en el programa de formación del hospital en mayo2011

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa absoluta de legrados y de legrados de rescate tras tratamiento medico.  
Registro de cada paciente en fichas ( con variables como : semanas de gestacion,duracion tratamiento,estancia hospitalaria , compliciones post tratamiento...)  
Cuestionario de satisfacción a las pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Sesión conjunta previo implantacion en Mayo 2011  
A partir de sesion, aplicacion del protocolo en abortos espontaneos de primer trimestre salvo contraindicación medica.Mayo 2011 hasta diciembre 2011.  
Enero 2012 : Valoración de resultados.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Lampara de luz fria de exploracion sobre estativo rodante .....	800 €
· Folletos informativos,encuestas y material papeleria .....	400 €
· Formacion y asistencia a congresos .....	1.000 €
Total .....	2.200 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR  
cartera servic

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 025

1. TÍTULO

**INSTAURACION DE LA CITACION EN EL SERVICIO DE EXTRACCIONES DE LOS LABORATORIOS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... PILAR TOMAS BLASCO  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. LABORATORIOS  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA  
· ORTIZ MILLAN PILAR. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. LABORATORIOS  
· ARIÑO BORRAZ ARANTXA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. LABORATORIOS  
· ABAS VILA VICTORIA. ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. LABORATORIOS  
· LOREN AGUILAR MARINA. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. LABORATORIOS  
· ABAD CATALAN PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. LABORATORIOS  
· MARTI MARCO MARIAJESUS. PERSONAL ADMINISTRATIVO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. LABORATORIOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. EL PROBLEMA DETECTADO, SURGE DEL AUMENTO DE LA ACTIVIDAD ANUAL EN EXTRACCIONES, INCREMENTADO POR UN LADO AL FUNCIONAMIENTO A DEMANDA DE ESTE SERVICIO, SIENDO QUE EL USUARIO ELIGE DÓNDE Y CUANDO SE REALIZA SU EXTRACCION ,INDEPENDIENTEMENTE SEA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA O DE A.PRIMARIA,CON LO CUAL LA ACTIVIDAD HAY DÍAS QUE SE REBASAN LAS 170 EXTRACCIONES, SIENDO LA MEDIA DEL AÑO 2010 DE 124 EXT/DIA LABORABLE, Y NUNCA PODEMOS SABER ASÍ CUANDO SE ACABA LA EXTRACCIÓN.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. SE QUIERE CONSEGUIR MEDIANTE LA CITACIÓN QUE EL FLUJO DE USUARIOS QUE ACUDEN A NUESTRO SERVICIO SEA CONSTANTE, ESTABLECIENDO UN FLUJO DIARIO DE 110 PACIENTES,PARA MEJOR ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL LABORATORIO Y REORGANIZACIÓN DE LA TAREA EN LA UNIDAD DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS PERIFÉRICAS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Por medio de una aplicación informática, aplicando el programa que posee el hospital para citar las consultas se puede adaptar la agenda de consultas a la cita de la extracción a razón de 10 pacientes/15 minutos. Las actividades que haremos será hacer una difusión del cambio a todas las consultas externas y centros de primaria de la zona de salud, explicandoles el procedimiento y ellos a su vez lo harán extensivo a los pacientes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Encuestas de satisfacción pacientes, trabajadores. Comparar el grado de satisfacción con el ejercicio del año pasado -Flujo de pacientes/ tiempo  
Las encuestas de satisfacción se podrán poner en funcionamiento en el plazo de 6 meses de haber cambiado el procedimiento. Si el flujo de pacientes es constante, verificarlo y ver que incidencias se han generado con la implantación del cambio

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Difusión de la mejora entre consultas externas y/o centros de salud-1 mes, acompañando de carteles en el hall del hospital y recomendaciones directas en la ventanilla de la secretaría de laboratorio.  
-Instauración de la aplicación informática,contratación de un auxiliar administrativo , adiestramiento de éste con el programa de la agenda, ubicación del administrativo así como comunicación entre administrativos laboratorio-advos cita - 1 mes

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· Material informatico y de comunicaciones ..... 1.000 €



Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 025

**INSTAURACION DE LA CITACION EN EL SERVICIO DE EXTRACCIONES DE LOS LABORATORIOS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Total ..... 1.000 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

655

**IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL COMO TECNICA INVASIVA DE DIAGNOSTICO PRENATAL DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS FETALES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

### 2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VICENTE LOPEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

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

- ALMEIDA HERRANZ ALBERTO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- ALOS PUEYO LUIS. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- LAHOZ PASCUAL ISABEL. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- CAMPO LOPEZ CARLOS. MEDICO. HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- HERRERO CENTELLES MARIA JESUS. ENFERMERA. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico prenatal tiene como finalidad diagnosticar con la mayor precocidad posible un defecto congénito o bien establecer la ausencia del mismo, ya que la confirmación de la normalidad contribuye a reducir la ansiedad materna durante el resto de la gestación. La detección de la trisomía 21 o Síndrome de Down ha sido uno de los objetivos prioritarios por tratarse de la aneuploidía más frecuente en recién nacidos vivos y la causa más frecuente de retardo mental severo. En la actualidad se observa un aumento de su prevalencia a causa, fundamentalmente, del incremento de la edad de las gestantes (aproximadamente 1.8%).

En nuestro medio, para seleccionar a la población de riesgo que se puede beneficiar de la realización de una técnica invasiva de diagnóstico prenatal se realiza el cribado combinado de aneuploidías fetales, el cual se puede aplicar entre las semanas 8 y 13 de gestación.

En aquellas gestantes con riesgo elevado, podemos ofrecer actualmente en el Hospital de Alcañiz la realización de una amniocentesis para confirmar el diagnóstico, aunque ésta es una técnica que no se puede practicar antes de la semana 15 de embarazo.

Por lo tanto, pueden transcurrir 2 semanas como mínimo entre el momento en que informamos a la gestante del riesgo que tiene y el día en que podemos practicarle una amniocentesis, con la consiguiente situación de ansiedad materna que se genera en la espera.

La biopsia corial es la técnica invasiva de elección cuando es necesario estudiar el cariotipo fetal antes de la semana 15 de gestación y se trata de una técnica que posee similar riesgo de pérdida de embarazo (1/100-150 procedimientos) y de éxito técnico que la amniocentesis (99%).

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con la puesta en marcha de la biopsia corial como técnica invasiva pretendemos poder dar un diagnóstico a los padres de forma más precoz, lo que permite tranquilizarlos pronto cuando el resultado es normal o interrumpir el embarazo de forma más temprana y segura en caso de anomalía fetal. Asimismo, se trata de una técnica que proporciona con gran rapidez los resultados (menor periodo de tiempo que con la amniocentesis) y que es superior a ésta para realizar análisis de ADN y estudios bioquímicos.

Por otro lado, la biopsia corial, a pesar de ser el método de elección cuando realizamos cribado combinado de primer trimestre, en nuestra comunidad autónoma no se ha generalizado todavía como técnica invasiva (lo que sí sucede en otras comunidades españolas).

Sólo el Hospital Miguel Servet de Zaragoza está comenzando actualmente a realizarla. Aragón no se puede quedar atrás en el diagnóstico prenatal.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implantación de la biopsia corial como método invasivo de elección en el diagnóstico prenatal, elaborando previamente un protocolo para la realización del mismo.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

655

### IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL COMO TECNICA INVASIVA DE DIAGNOSTICO PRENATAL DE ALTERACIONES CROMOSOMICAS FETALES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Se entregará a las pacientes subsidiarias de someterse a la técnica un folleto informativo además del documento de consentimiento informado.

Se valorará, junto con el ginecólogo, los beneficios y riesgos que conlleva en relación a la amniocentesis clásica.

La realización de la técnica será competencia de todos los Ginecólogos del Servicio con participación de personal de enfermería (una enfermera necesaria como ayuda en la realización de la prueba).

Método: se puede realizar por vía abdominal o transcervical, empleando agujas sencillas o dobles y diferentes sistemas de aspiración o tracción de las vellosidades coriales (presión negativa mediante jeringa o sistema de vacío, pinza-fórceps de biopsia).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Registro de las biopsias coriales realizadas
- Tasa de obtención de muestras adecuadas después de uno o dos intentos
  - Evaluación cuantitativa y cualitativa de las muestras
  - Diagnósticos obtenidos con la misma y resultado posterior de la gestación
  - Porcentaje de amniocentesis post-biopsia corial indicadas a causa de muestras inadecuadas
  - Complicaciones atribuibles a la técnica
  - Índice de pérdidas fetales post-procedimiento.

Se valorará la satisfacción de la gestante tras la realización de la prueba.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Implantación del protocolo a partir de Mayo de 2011 con recogida de datos desde ese momento hasta Diciembre del mismo año. Valoración de los primeros resultados en Enero de 2012.

#### 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Formación y asistencia a Centros para el aprendizaje de la técnica .....	1.000 €
· Material necesario para la realización de las biopsias .....	500 €
· Material informático y de oficina .....	500 €
Total .....	2.000 €

#### 11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR cartera servic

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

589

**SEGURIDAD DEL PACIENTE. ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL GRADO DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
  - Centro ..... DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA
  - Servicio/Unidad .. FARMACIA
  - Sector ..... ALCAÑIZ

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

- VALLES CELMA MARIA PILAR. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. DIRECCION ATENCION PRIMARIA. FARMACIA AP
- SERRANO MISLATA NIEVES. FARMACEUTICA. HOSPITAL ALCAÑIZ. FARMACIA
- PANZANO GRACIA EMMA. ENFERMERA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
- LAGUNA MARTINEZ CRISTINA. PSIQUIATRA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
- BARRERA FRANCES ANA. PSIQUIATRA. HOSPITAL ALCAÑIZ. SALUD MENTAL
- CALVO SARNAGO ANA ISABEL. PSIQUIATRA. HOSPITAL ALCAÑIZ. PSIQUIATRA
- CORTES MARIA PILAR. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. HOSPITAL ALCAÑIZ. FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En abril de 2010, como consecuencia de la aplicación de la Instrucción de 17 de febrero de 2010 del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón sobre adquisición y dispensación de Risperidona inyectable de liberación prolongada en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, comenzamos a adquirir dichas especialidades farmacéuticas directamente y a distribuir las a las unidades de salud mental y a los centros de salud, para su administración a los pacientes, su seguimiento clínico y control.

Desde entonces, en el servicio de farmacia de atención primaria hemos registrado los datos que considerábamos imprescindibles para el óptimo funcionamiento del circuito establecido. Analizando los datos recogidos, hemos observado varias oportunidades de mejora, y decidido priorizar en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico y sus consecuencias negativas clínicas y económicas se consideran por la OMS un problema de salud pública. Lo que se traduce también en un problema de seguridad.

### 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Puesto que la gestión de este circuito se centraliza en el servicio de farmacia de atención primaria, vamos a proponer una estrategia para:

- Aumentar la adherencia al tratamiento de estos pacientes a través del seguimiento farmacoterapéutico.
- Mejorar la seguridad de los pacientes desarrollando buenas prácticas entre el equipo multidisciplinar implicado (evitar duplicidades, etc).

### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Profesionales participantes:

- Enfermeros de los Equipos de Atención Primaria
- Servicio Farmacia Atención Primaria y Especializada
- Unidad de Salud Mental

#### Actividades:

- Difusión de la oportunidad de mejora detectada los profesionales sanitarios implicados. Farmacéuticas.
- Detección de los pacientes con problemas de adherencia. Farmacéutica AP.
- Establecimiento del canal de captación y notificación del incumplimiento del tratamiento. Todos.
- Análisis de los factores y causas de los problemas de adherencia. Equipo Mejora.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 589

SEGURIDAD DEL PACIENTE. ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL GRADO DE ADHERENCIA DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % pacientes con problemas de adherencia detectados/total pacientes en tratamiento  
- % pacientes con problemas de adherencia solucionados/total pacientes con problemas de adherencia detectados  
- % eventos adversos relevantes (duplicidades, errores administración dosis, etc) detectados y/o comunicados / total administraciones

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Marzo 2011 - Fin Diciembre 2011  
- Marzo - Abril 2011 Análisis datos, detección pacientes incumplidores y establecimiento canal comunicación  
- Mayo 2011 Probar y verificar la utilidad de las medidas propuestas y realizar, si procede, los ajustes necesarios  
- Junio - Noviembre 2011 Monitorizar el proceso  
- Diciembre 2011 Evaluación y Análisis de resultados

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material informático .....	1.500 €
· Asistencia a Congreso .....	600 €
Total .....	2.100 €

11. OBSERVACIONES. OBSERVACIONES del SECTOR