

**PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2013**

Número de proyectos: 10 (Actualizado el viernes 24 de mayo de 2013 a las 12:45:46 horas)

**Sector ALCANIZ**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
AL	AP	CS ALCORISA	BLASCO CASORRAN MARTA	369	MEJORA DEL INDICADOR DE PACIENTES CON EPOC FUMADORES A QUIENES SE LES HA REALIZADO UNA ESPIROMETRIA
AL	AP	CS CALACEITE	BIMBELA SERRANO MARIA TERESA	181	PROGRAMACION DE LA CONSULTA DE A.P. PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE CRONICO. PROYECTO PILOTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	VILLALBA MIR ANA PILAR	2	MEJORA DEL MATERIAL Y MEDICACION EN LA UNIDAD MOVIL DEL CS MAS DE LAS MATAS
AL	HOSP	H ALCANIZ	ARENZANA GARCIA SARA	94	INFORMACION-RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO
AL	HOSP	H ALCANIZ	BLASCO GIL SILVIA	153	PIE DIABETICO: VALORACION Y TRATAMIENTO EN CONSULTA DE ENFERMERIA
AL	HOSP	H ALCANIZ	HEREDIA FERRER LOURDES	85	GUIA DE INTRODUCCION PARA PACIENTES ONCOLOGICOS
AL	HOSP	H ALCANIZ	LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL	175	DISMINUCION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LA PACIENTE QUIRURGICA EN GINECOLOGIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA DE HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	PEREZ VILLANUEVA MARIA DEL MAR	439	FORMACION DE LA COMISION DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCANIZ COMO PUNTO DE PARTIDA-APOYO A LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO
AL	HOSP	H ALCANIZ	REAL CORDERO ESPERANZA	87	GUIA DE ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS
AL	HOSP	H ALCANIZ	VICENTE LOPEZ BEATRIZ	479	IMPLANTACION DE LA BIOPSIA CORIAL COMO TECNICA INVASIVA DE DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

369

**MEJORA DEL INDICADOR DE PACIENTES CON EPOC FUMADORES A QUIENES SE LES HA REALIZADO UNA ESPIROMETRIA**

2. RESPONSABLE ..... MARTA BLASCO CASORRAN  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS ALCORISA  
· Localidad ..... ALCORISA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· BONDIA HERRERO MARIBEL. ENFERMERO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA  
· ADRIAN MONFORTE ESTRELLA. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA  
· SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los indicadores de contrato programa de 2012 referidos a `` PACIENTE EPOC CON ESPIRO`` Y `` PORCENTAJE DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO CON EPOC CON INTERVENCION SOBRE HÁBITO TABÁQUICO`` nuestros resultados están muy por debajo del Standar esperado , 12,96 y 29.17 respectivamente, teniendo en cuenta que somos un Equipo con acreditación ISO 9001.

La fuente es el resultado de la evaluación del contrato-programa a Diciembre-2012 remitido por la Dirección de Atención Primaria al Centro de Salud

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar los resultados de cobertura hasta el standar minimo esperado, en ambos indicadores teniendo en cuenta que la prevalencia estimada de EPOC en nuestra poblacion es del 25,7

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Sesiones formativas para el equipo:  
- Guia epoc del SALUD y GesEpoc ( C.Sanchez-Celaya )  
-Criterios diagnósticos en EPOC ( E.Adrian )  
- Abordaje del paciente con hábito tabaquico ( M.Bondia )  
-Registro en OMI ( M.Blasco )

Creación de una Agenda especifica un día a la semana , responsabilidad de M.Bondia, donde se derivará a los pacientes diagnosticados como EPOC, y a pacientes con hábito tabáquico mayores de 40 años sin diagnóstico de EPOC

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC en los que se haya realizado al menos una espirometría en los últimos dos años

-Porcentaje de pacientes en seguimiento por EPOC con intervención sobre el hábito tabáquico

-Porcentaje de pacientes fumadores mayores de 40 años en los que se haya realizado, al menos, una espirometría

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Mayo de 2013  
Finalización: Diciembre 2013

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO****VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 Mucho    |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 1 Nada     |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

## 1. TÍTULO

**PROGRAMACION DE LA CONSULTA DE A.P. PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE CRONICO. PROYECTO PILOTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BIMBELA SERRANO
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... CS CALACEITE
  - Localidad ..... CALACEITE
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALCÁINE PARICIO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
  - BERNUES VAZQUEZ LUIS. MEDICO/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. DEPARTAMENTO FISIATRIA Y ENFERMERIA
  - MILLAN GINER CLEMENTE. MEDICO/A. CS CALACEITE. MEDICINA DE FAMILIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial que se ha incrementado a lo largo de los años provocada por factores genéticos, socioeconómicos, psicológicos, hormonales, farmacológicos...aunque el estilo de vida y actividad física siguen siendo los elementos principales.

Según ciertos estudios, el 90,7% de los facultativos opinan en que la obesidad es una enfermedad en sí misma, el 71,9% la consideraba causa de muerte prevenible pero el 50,1% prefiere trabajar con otras patologías por considerar que estos pacientes son grandes comedores, sedentarios, que no llevan a cabo las pautas indicadas, no se preocupa por su salud y no asumen cambios en los estilos de vida a largo plazo. ¿Estos estereotipos podrían estar repercutiendo en el tratamiento y resultado del paciente obeso? Mediante el desarrollo de un programa piloto de control de peso se pretende contribuir a la optimización del tratamiento de la obesidad desde la consulta de Atención Primaria, coordinando la consulta de medicina y enfermería, sistematizando el diagnóstico, tratamiento, control y educación nutricional de este grupo de pacientes.

Así mismo, se tratará de fomentar la responsabilidad, el autocuidado y el autocontrol en cada paciente, evitando de este modo, actitudes de dependencia hacia el profesional sanitario que puedan favorecer consultas recurrentes e innecesarias durante años debido a sentimientos de culpabilidad o inseguridad una vez finalizado el tratamiento. Al concluir el programa, cada individuo tendrá conocimientos suficientes para el manejo de su control de peso. Durante el primer año acudirá libremente cada 6 meses con sus autoregistros a la consulta de enfermería y después anualmente a la consulta de medicina con sus autoregistros para petición de analítica y registro de la evolución del tratamiento. De este modo, se tratará de evitar la saturación permanente de la consulta de Atención Primaria, permitiendo la inclusión de nuevos pacientes, se podría ampliar la duración de cada consulta programa si fuera preciso e incluso desarrollar otros programas: HTA, Diabetes, Colesterol...el resto de la semana.

POBLACIÓN DIANA: 50 personas de 35 a 65 años en un Centro de Salud rural y sus cinco consultorios asociados de atención primaria con obesidad y riesgo cardiovascular en los próximos 10 años (Siendo 95% nivel de confianza)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Hombres y mujeres de 35 a 65 años con: IMC > 30Kg/m<sup>2</sup>; ICC > 0,8; Perímetro abdominal =94cm en varones y = 80cm en mujeres; Test de Framingham riesgo alto, medio y bajo, cuestionario "SF-36 versión española" = 50 y fase de contemplación del paciente a tratar, es decir, el paciente es consciente de su problema de salud y desea solucionarlo con los medios ofertados por el profesional. Todas las personas del estudio será preciso que presenten al menos uno de los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Alteración de la nutrición por exceso relacionada con el aporte calórico superior al gasto energético
- Alteración del patrón actividad-ejercicio relacionado con el sedentarismo.
- Alteración de la imagen corporal relacionada con trastorno alimentario y exceso de peso.
- Déficit de autoestima relacionado con afrontamiento individual ineficaz y sobrealimentación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Hombres y mujeres mayores de 65 años y niños y jóvenes de 0 a 34 años. Así mismo, aquellas personas de 35 a 65 años con IMC < 30Kg/ m<sup>2</sup> ; ICC < 0,8; Perímetro abdominal < 94cm en varones y < 80cm en mujeres; Test de Framingham sin riesgo; Cuestionario "cuestionario" SF-36 versión española < 50 y fase de pre-contemplación, es decir, el propio paciente no se ha planteado su obesidad, ni desea solucionarlo en un plazo de tiempo inferior a 3 meses. Tampoco serán tratadas aquellos individuos con tratamiento farmacológico por trastornos del estado de ánimo y afectivos (según clasificación DSM IV), trastornos tiroideos diagnosticados, ni aquellas personas tratadas con antidiabéticos orales o insulina, por afectar directamente a las necesidades de ingesta alimentaria de dichas personas.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conseguir una reducción de peso del 10% de la cifra inicial

- Mejoría de la autopercepción de la salud del propio paciente al finalizar el tratamiento
- Mayor responsabilidad, autocuidado y autocontrol de cada paciente sobre su propio tratamiento.
- Evitar actitudes de dependencia hacia el profesional sanitario que puedan favorecer consultas recurrentes e innecesarias durante años debido a sentimientos de culpabilidad o inseguridad una vez finalizado el tratamiento.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Diagnóstico de la colaboración del paciente obeso

2.- Planificación personalizada de régimen alimentario hipocalórico y actividad física partiendo de una encuesta previa de consumo semanal

3.- Consultas de control antropométrico: cálculo individualizado de la dieta a prescribir del metabolismo basal

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

181

**PROGRAMACION DE LA CONSULTA DE A.P. PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE CRONICO. PROYECTO PILOTO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD**

y gasto energético (Ej: Harris- Benedict) y una determinación de la composición corporal mediante Tanita, báscula, cinta métrica...

4.- Sesiones de educación alimentarias individuales, en las cuales se tratarán temas como: raciones intercambiables, alimentación equilibrada, distribución de los grupos de alimentos a lo largo del día y la semana, falsos mitos y creencias de la alimentación, comprensión del etiquetado de los productos, alimentos light...

5.- Enumeración y puntuación del 1 al 10 de recompensas esperadas tras alcanzar el objetivo propuesto por cada paciente.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicador de adhesión al proyecto: nº de personas que acuden a las revisiones/nº de personas citadas x 100

- % de peso reducido tras el programa de pérdida de peso

- % de abandonos del tratamiento

- % de pacientes que se no se sienten capaces de autocontrolar su peso al finalizar el tratamiento

- % de pacientes que controlan su peso regularmente en la farmacia o en su propio domicilio al finalizar el tratamiento

- % de mejoría de la autopercepción de la salud del propio paciente al finalizar el tratamiento

- Puntuación de la recompensa esperada al inicio y final del tratamiento así como clasificación nominal de dichas metas esperadas

- Tiempo medio dedicado en cada citación de la consulta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Detección pacientes con criterios de inclusión: Consulta Medicina Abril 2013

- Diagnóstico de la colaboración del paciente obeso, antropometría: Consulta Medicina Mayo 2013

- Autoregistro alimentario del propio paciente durante 1 semana: Mayo 2013

- Recogida, revisión y planificación del tto individual (gasto energético, dieta y actividad física): Consulta Enfermería Mayo 2013

- Entrega y explicación de dieta: Consulta Enfermería Junio 2013

- Control tratamiento cada 3 semanas y resolución de problemas planeados: Consulta Medicina/Enfermería Junio 2013- Abril 2014

- 3 Sesiones educación individual al finalizar tratamiento: Consulta Enfermería

- Altas por finalización de tratamiento o no evolución al concluir el tratamiento de 10 meses. Reevaluación de casos que deseen continuar acabado el plazo.

- Evaluación de los resultados obtenidos durante 11 meses del proyecto: Mayo 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Obesos

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO****VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho

2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. .... 4 Mucho

3. Mejorar utilización de recursos. .... 4 Mucho

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho

5. Atender expectativas de los profesionales. .... 4 Mucho

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

002

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL MATERIAL Y MEDICACION EN LA UNIDAD MOVIL DEL CS MAS DE LAS MATAS**

2. RESPONSABLE ..... ANA PILAR VILLALBA MIR

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS
- . Localidad ..... MAS DE LAS MATAS
- . Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- . Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . SALES ALBALATE ALBERTO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
- . GIL SALVADOR REBECA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
- . RIOS LAZARO MIGUEL. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA
- . RICO GASCON SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El centro de salud de Mas de las Matas, es un centro rural con importante dispersion entre sus municipios. Un aviso urgente puede suponer un desplazamiento de casi 30 minutos, supone llevar el material y medicacion en optimas condiciones.

Carece de garaje con lo cual aguanta temperaturas extremas.

En la actualidad , hay un exceso de material , desordenado en dos maletines rigidos rotos, varias cajas que carecen de ser practicas por completo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Optimizar y mejorar en la atencion al paciente que nos llama de urgencia. Ante un nuevo aviso llevar del material y medicacion disponible sin tener que volver al centro de salud a reponer material y sin problemas de caducidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Aplicacion del protocolo del sector Alcañiz que se realizó en comision tecnica en 2011, y adaptandolo a las necesidades rurales del cs mas de las matas .  
Resolucion de maletines . Preparacion de un maletin con toda la medicacion que pueda degradarse por la temperatura y guardandolo en la puerta de salida del centro junto al DEA. Preparacion de otro maletin con material que si soporta temperaturas y no se degrada al igual tiene un peso importante para movilizar. EJ. camilla de tijeras

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Con caracter semanal se revisará el material con los listados que se realizarán. Control de firma responsable.

Con caracter mensual se revisará el material con los listados .Control de caducidades . Control de firma responsable.

Compromiso de todo el equipo que material que se utiliza material que se repone

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comienzo: 1 Abril de 2013 hasta 30 de Septiembre 2013.

Revision semanal por el equipo MAC y EAC el sabado.

Revision mensual por un encargado de la caducidad.

Pasado el verano revision constructiva de los maletines y plan de mejora

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

## POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Todas las edades
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 4 Mucho    |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

094

## 1. TÍTULO

**INFORMACION-RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DEL CANCER DE CUELLO DE UTERO**

## 2. RESPONSABLE ..... SARA ARENZANA GARCIA

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H ALCAÑIZ
- Localidad ..... ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BAÑOLAS TRIAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- HERRERO CENTELLES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BOSQUE LUNA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GASION CARCELLER VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

## 4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cáncer de cervix es el cáncer que afecta a una zona genital femenina: el cuello

del útero, la parte del útero que conecta con la vagina. Cuando una mujer se infecta por ciertos tipos de VPH de alto riesgo y no elimina la infección, pueden aparecer células anormales en el cuello uterino.

Si no se descubren pronto y se tratan, pueden convertirse en lesiones precancerosas y después en cáncer.

A nivel mundial es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes.

La infección por el virus responsable no produce síntomas visibles y el cáncer de cuello puede tardar en desarrollarse alrededor de 15 años desde la aparición de las primeras lesiones precancerosas.

El cáncer de cuello de útero no es hereditario y siempre está causado por el virus del papiloma humano.

La citología puede detectar células anormales en el cuello del útero y la vacunación ayudar a prevenir la infección por los virus responsables de casi el 75% de los casos.

La combinación de la vacunación y cribado citológico maximiza la efectividad de la prevención del cáncer de cuello de útero.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Trataremos de despejar ciertas dudas o creencias equivocadas y reforzar la información en cuanto a la prevención del cáncer de cuello de útero en aquellas mujeres susceptibles de padecerlo. Dar respuesta a las preguntas más frecuentes como el contagio del virus del papiloma, la importancia de las revisiones citológicas en cualquier mujer a partir del tercer año de inicio de las relaciones sexuales, porque es necesario vacunarse además de realizarse las citologías, si es efectiva o no la vacuna... Informaremos sobre los principales factores de riesgo en el cáncer de cervix como son número parejas sexuales, inicio precoz de las relaciones, pareja sexual de riesgo, tabaquismo, historial de citologías positivas...

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El principal método de elección para la prevención del cáncer de cuello de útero sería dar información verbal en la sala de exploración en el tiempo que transcurre desde que el ginecólogo realiza la citología y toma el cultivo del virus del papiloma y posterior, en la misma consulta, si fuera necesario.

Como métodos alternativos utilizaríamos documentos con información escrita tipo tripticos o folletos informativos en las salitas de espera para que puedan ser leídos por usuarias y acompañantes.

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. INFORMACIÓN VERBAL Y DOCUMENTACIÓN ESCRITA

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. La duración del proyecto sería indefinida dado que las consultas de ginecología son en su gran medida consultas de prevención en las que se informa de forma constante a las mujeres sobre la prevención y el diagnóstico del cáncer de cuello de útero.

## 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. entre los 35 - 45 años
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho |



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

153

## 1. TÍTULO

**PIE DIABETICO: VALORACION Y TRATAMIENTO EN CONSULTA DE ENFERMERIA**

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL

- . Profesión ..... ENFERMERIA
- . Centro ..... H ALCAÑIZ
- . Localidad ..... ALCAÑIZ
- . Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- . Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . BOSQUE LUNA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CONSULTAS EXTERNAS
- . GASION CARCELLER VANESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CONSULTAS EXTERNAS
- . MINGUILLON ORTEGA PILAR. AUXILIAR DE ENFERMERIA. H ALCAÑIZ. CONSULTAS EXTERNAS
- . NEBOT COLON JOSE MANUEL. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El pie diabético es una de las complicaciones más importantes de la diabetes. La tasa de amputaciones de España es una de las más altas de la OCDE. Desde la consulta de úlceras se han identificado lagunas en la prevención de las lesiones del pie diabético que podrían solucionarse con una colaboración adecuada entre atención primaria y especializada. Se percibe que la evaluación de sospecha de enfermedad vascular periférica y pie de riesgo tiene un espacio de mejora importante en nuestro sector, sea por necesidades formativas o por problemas estructurales (doppler, monofilamentos...). Desde hace años, la consulta de enfermería de Cirugía del Hospital de Alcañiz desarrolla la exploración y tratamiento de las úlceras en nuestro sector en virtud de la disponibilidad de personal capacitado, actividad protocolizada, medios diagnósticos y acceso directo e inmediato a la consulta del cirujano. Esta consulta ha mejorado la accesibilidad (tiempo de espera) de estos pacientes sin merma de la calidad de la asistencia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la incidencia de ulceraciones de pie diabético (Fuente OMI AP y consulta de hospital)

- Incrementar la cobertura de exploración de pie diabético en la población de riesgo
- Incrementar el diagnóstico de pie de riesgo
- Incrementar los conocimientos de los pacientes en la prevención de lesiones
- Satisfacción de los pacientes

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Implicación de la consulta de enfermería de Cirugía del hospital de Alcañiz en la detección del pie de riesgo mediante:

- Evaluación del pie diabético de los pacientes controlados por endocrinología del hospital de Alcañiz
- Circuito de derivación con Atención Primaria sobre las dudas acerca de isquemia en pacientes asintomáticos y de riesgo (realización de ITB)
- Derivación directa de ulceraciones del pie desde Atención Primaria
- Ubicación del paciente en el servicio correspondiente (gestión de casos)
- Continuidad de cuidados con atención primaria

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº de pacientes diabéticos de la consulta de especializada con pie explorado x100/Nº de diabéticos atendidos en la consulta de especializada

- Nº de pacientes diabéticos con úlcera activa en el pie en el año en curso x 100/ Nº de pacientes diabéticos en el sector
- Nº de pacientes con úlcera cicatrizada en el año en curso x100/ Nº de pacientes derivados por úlcera de pie diabético
- Nº de pacientes derivados con ITB sospechoso de isquemia x 100/ Nº de pacientes asintomáticos derivados para exploración ITB

Fuente de datos: OMI-AP y registros específicos del Hospital

- Satisfacción del paciente con la atención recibida (encuesta de elaboración propia)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. : Comienzo en mayo de 2013, evaluación en Junio de 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Prevención y detección precoz del pie de riesgo. Accesibilidad a la consulta de cirugía

## POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Pacientes diabéticos remitidos
- .SEXO. Ambos sexos
- .TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. .... 3 Bastante
- 3. Mejorar utilización de recursos. .... 4 Mucho
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. .... 4 Mucho

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

085

**GUIA DE INTRODUCCION PARA PACIENTES ONCOLOGICOS**

2. RESPONSABLE ..... LOURDES HEREDIA FERRER

- Profesión ..... ENFERMERIA
- Centro ..... H ALCAÑIZ
- Localidad ..... ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Cuando un paciente va a comenzar con un tratamiento quimioterápico que tiene que ser administrado en la sala de tratamientos, recibe mucha información de manera verbal. Esta información va relacionada con el funcionamiento de la consulta/sala de tratamientos y con las recomendaciones que va a tener que llevar a cabo tras la administración del tratamiento.

Desde el Servicio de Oncología es frecuente observar que los pacientes, debido a la situación estresante vivida en el primer día de tratamiento, no asimilan la información verbal aportada por el personal. Esto se traduce en incidencias repetidas producidas por la inseguridad del paciente en una consulta con un funcionamiento distinto a las consultas estándar (por ejemplo, acudir a extracciones al laboratorio en lugar de a la consulta, espera de los familiares en el pasillo produciendo masificación y ruido en la sala), y un seguimiento mejorable de las recomendaciones post-tratamiento quimioterápico.

Por todo ello planteamos la posibilidad de dar la información tanto verbalmente como por escrito, para que el paciente en su casa pueda recurrir a ella si lo requiere.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que los pacientes sepan cómo funciona la consulta/sala de tratamientos, para que lleven un buen control y disminuir el nivel de ansiedad que pueda crear el desconocimiento del funcionamiento del servicio. Aumentar la confortabilidad de los pacientes y sus familiares.

Además de fomentar los cuidados y precauciones que tienen que tener en cuenta mientras están en tratamiento.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 7.1 Elaboración de un folleto informativo del circuito que se sigue desde que entra el paciente para la extracción de una analítica, hasta que es dado de alta en la unidad.

7.2. Adjuntar en el mismo folleto las recomendaciones generales tras la administración del tratamiento. También se incluye el número de teléfono de la unidad por si el paciente tiene alguna duda. Este folleto se le da al paciente antes de empezar con la quimioterapia (el primer día de tratamiento) para que lo lea y si tiene alguna duda nos la puede preguntar. Al finalizar el tratamiento, se le pregunta al paciente si lo ha entendido y se le vuelve a dar la información verbalmente.

7.3. Evaluación, el segundo día de tratamiento y sucesivos, si ha comprendido la información aportada.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes que cumplen el horario establecido en el folleto x100/ total de pacientes a quienes se les da el folleto.

Fuente de datos: registro del servicio de Oncología.

Encuesta de satisfacción sobre la información recibida.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Marzo 2013: creación de folleto informativo.

- Abril 2013: se comienza a repartir a los pacientes que empiecen con tratamiento.

- Abril 2013: evaluación de la efectividad del folleto sobre los pacientes a quienes se les ha comenzado a dar.

- Febrero 2014: reevaluación

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 Mucho    |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |



**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

175

**DISMINUCION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LA PACIENTE QUIRURGICA EN GINECOLOGIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA DE HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALOS PUEYO LUIS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
  - CAMPO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
  - VICENTE LOPEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
  - BERNAL CANTON MARTA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - ARENZANA GARCIA SARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La histerectomía es un procedimiento que consiste en la extracción quirúrgica del útero. Es el segundo tipo de cirugía mayor más común entre las mujeres en edad reproductiva (la más común es el parto por cesárea) y si englobamos todas las edades, es la cirugía más frecuentemente realizada en los servicios de ginecología.

Las histerectomías suponen casi el 50% de la actividad quirúrgica del Servicio de Ginecología.

La incidencia ha disminuido en los últimos años gracias al uso creciente de tratamientos conservadores tanto médicos como quirúrgicos (histeroscopia).

Habitualmente, la vía más usada para la realización de esta técnica, es la vía abdominal. Sin embargo, el objetivo de nuestro servicio es conseguir que al menos un 30% de las histerectomías que se practiquen en los próximos años se realicen vía laparoscópica.

La histerectomía es una cirugía mayor, y al igual que todas las cirugías mayores, conlleva ciertos riesgos.

La cirugía laparoscópica ofrece amplios beneficios respecto a la cirugía clásica abdominal. A destacar: el tiempo de hospitalización es más breve, con la consiguiente disminución de recursos económicos usados; la paciente puede reanudar su actividad laboral y cotidiana de forma más precoz; el riesgo de complicaciones (infección y pérdida sanguínea) es menor, por lo que se disminuye así mismo la tasa de reingresos; y por último y no por ello menos importante para la paciente, las incisiones practicadas son más pequeñas, más estéticas y es una intervención menos dolorosa, por lo que son cada vez más, las pacientes que demandan en nuestras consultas este tipo de técnica. En el momento actual, dos profesionales de nuestro servicio tienen la experiencia requerida según la curva de aprendizaje descrita en la bibliografía.

Por consiguiente, con la práctica de esta técnica, dentro de un contexto de la elaboración de una vía clínica, conseguiremos una clara mejoría en la eficiencia de este procedimiento, así como en la seguridad que ofreceremos a las pacientes que se sometan a esta cirugía.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.
- Conseguir que en 2 años, se realicen el 30% de las histerectomías practicadas en nuestro Servicio, usando la vía laparoscópica.
  - Disminución de la estancia hospitalaria de las pacientes a las que se les realice una histerectomía de 4 días de media a 2 días.
  - Disminución de la tasa de complicaciones intraoperatorias, en especial de infecciones y hemorragias.
  - Aumento del grado de satisfacción de las pacientes sometidas a dicha técnica.
  - Mejora de la calidad asistencial global ofertada.
  - Evaluación anual informatizada de nuestros resultados, realizando un estudio comparativo con años anteriores y entre las distintas patologías.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

- Entrenamiento en esta técnica mediante el uso de pelvitainer, disponible en el área quirúrgica de nuestro hospital.

- Uso de métodos audiovisuales de cirugía endoscópica, en las sesiones clínicas que periódicamente realiza el Servicio para el aprendizaje del procedimiento.
- Participación en cursos de formación específica de esta técnica, en centros con amplia experiencia en la misma.
- Elaboración de un protocolo específico para este tipo de cirugía que será remitido para su aprobación a la comisión de protocolos hospitalarios de nuestro hospital.

· Diseño de vía clínica con programación de tareas dentro de la evolución previsible de la intervención y establecimiento de criterios de salidas de vía.

· Evaluación pormenorizada, mediante la realización de una base de datos, de todos los casos en los que se lleva a cabo la intervención señalando entre otros: indicación, incidencias intraoperatorias, tiempo quirúrgico, tiempo de hospitalización, complicaciones postoperatorias y grado de satisfacción de la paciente.

· Revisión de las indicaciones de cada uno de los casos clínicos en los que se va a utilizar esta técnica para

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

175

**DISMINUCION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LA PACIENTE QUIRURGICA EN GINECOLOGIA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UNA VIA CLINICA DE HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

asegurar su correcta viabilidad.

- Preparación mediante cursos de formación al personal de enfermería que trabaja en quirófano, para la práctica de esta técnica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. · Estancia hospitalaria media en pacientes histerectomizadas

- Pacientes histerectomizadas con infección post-operatoria\*100/Total de pacientes histerectomizadas
- Pacientes histerectomizadas con hemorragias que requieren tratamiento específico\*100/Total de pacientes histerectomizadas.
- Pacientes histerectomizadas por vía laparoscópica que precisan intervención estándarx100/ Pacientes histerectomizadas por vía laparoscópica
- Aumento del grado de satisfacción de las pacientes sometidas a dicha técnica.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . . Fecha de inicio: Enero 2013

- Formación del personal del Servicio de Ginecología y de quirófano: De enero a julio del 2013.
- Creación de la base de datos: Junio 2013.
- Exposición de resultados: Diciembre 2013

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

439

**FORMACION DE LA COMISION DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ COMO PUNTO DE PARTIDA-APOYO A LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR PEREZ VILLANUEVA
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H ALCAÑIZ
  - Localidad ..... ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. URGENCIAS
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ALCAINE CHAURE FERNANDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
  - GARCIA GARCIA ALFREDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
  - SABADO SANZ PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
  - SERRET GASCON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
  - MORENO MORENO JUANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
  - ARNEDO IBAÑEZ ANA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
  - ROYO MOLES MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Entendemos por triaje la valoración clínica preliminar ordenando a los pacientes en función de su urgencia-gravedad antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa. Y también según la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEEUE) como recepción, acogida y clasificación (RAC).

Tras dos años de implantación y funcionamiento del SET (Sistema Español de Triage) en nuestro servicio y sin contar con él las 24 horas al día los 365 días del año, como sería lo indicado y observando que a pesar de su gran aceptación por parte de los profesionales surgen algunos problemas en la práctica diaria.

Con el ánimo de servir de enlace con los diferentes estamentos del servicio: directivos, profesionales y pacientes. Plantear un plan específico de seguimiento y su implementación.

Determinar la utilización de protocolos de actuación claros y consensuados con el personal.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Aplicando como objetivo primario del triaje estructurado, el gestionar la afluencia de los usuarios, con el fin de ser atendidos según la urgencia que presentan y no por el orden de llegada. El triaje mejora la asistencia de nuestro servicio, controlando el riesgo ante la espera de ser atendido, es decir mejora la seguridad clínica.

2. Proteger a los pacientes más urgentes y graves, cuando los recursos asistenciales se ven superados por la demanda.

3. Crear una estructura estable que apoye el proceso de triaje.

4. Promover y difundir el triaje como herramienta de trabajo en el servicio de urgencias.

5. Establecer una dinámica de grupo, que todo el personal crea en el proceso de triaje.

6. Que se respete el criterio del profesional que lo realiza y cuente con la Comisión como el soporte de apoyo.

7. Triage continuado los 365 días del año.

8. Apoyo médico al triaje para una mayor implicación y eficiencia que el triaje de enfermería aislado. Involucrar a los médicos e integrar en el triaje dinámicas multidisciplinares.

9. Favorecer el trabajo en equipo, multidisciplinar mejorando la comunicación y satisfacción de los profesionales.

10. Formación inicial y continuada específica en triaje, como uno de los pilares fundamentales e ineludibles, del personal que ha de llevar a cabo esta actividad. El otro pilar sería la experiencia profesional en el servicio de urgencias.

11. Instauración de un programa de evaluación de la calidad de la actividad del triaje.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Una vez formada la Comisión de Triage de Urgencias y aprobadas las reglas de funcionamiento se reunirá de manera ordinaria una vez al trimestre y con carácter urgente siempre que se requiera.

2. Se convocará con un orden del día y al finalizar se resumirán los puntos para trabajar hasta la siguiente convocatoria, nombrando un responsable para cada tarea.

3. Los miembros de la comisión deberían realizar una formación en profundidad sobre el Sistema Español de Triage para mejorar su rendimiento y aportaciones.

4. Antes de la implantación del triaje en nuestro servicio no se realizó un estudio preliminar, se debería recoger la información que nos proporciona el triaje en estos dos años de funcionamiento para conocer la casuística del servicio.

5. Para conseguir la mejora de la eficiencia que aporta el triaje, tenemos que evaluar y relacionar los niveles de urgencia ( que nos proporciona el triaje) con otras variables de actividad asistencial: el diagnóstico al alta, consumo de recursos y los índices de ingreso para realmente conocer la actividad y casuística.

6. Monitorización continua mediante la evaluación de indicadores de calidad del triaje.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. Disponer de un sistema de triaje es ya considerado como un Indicador de Calidad básico o relevante de riesgo-eficiencia para los Servicios de Urgencia.

2. Con el objetivo de monitorizar el funcionamiento del sistema de triaje, el SET define una serie de Indicadores de Calidad propios del sistema. Estos Indicadores de Calidad propuestos son:

- Índice de pacientes perdidos sin ser visitados por el médico.

- Tiempo que dura la realización del triaje.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

439

**FORMACION DE LA COMISION DE TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ COMO PUNTO DE PARTIDA-APOYO A LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO**

- Tiempo de espera para ser visitado.

El cumplimiento de los Indicadores de Calidad propuestos garantiza el buen funcionamiento del sistema de triaje y la seguridad de los pacientes.

3. Podemos monitorizar el funcionamiento del sistema mediante Indicadores de Calidad propios, que podremos plantear, si fuera necesario una vez analizados y evaluados los anteriores.

4. Analisis de comparación con estándares o benchmarking. Lo realizaremos mediante el registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos asistenciales de Urgencias (CMBDU) y todo ello relacionado con la distribución de los niveles de triaje.

5. Análisis de case-mix o casuística. Según propone el SET diversificado y en función de las áreas asistenciales en que sean visitados y tratados los pacientes.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Iniciar con el análisis de los dos años anteriores, tiempo que lleva el triaje implantado en nuestro servicio.

Evaluación trimestral de los indicadores de Calidad.

Memoria anual con análisis de la casuística y benchmarking.

11. OBSERVACIONES. Sería deseable ampliar la formación de los miembros de la comisión.

Establecer contacto con otras comisiones o grupos de trabajo similares.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aproximación al modelo EFQM

**POBLACIÓN DIANA**

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

**INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO****VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 4 Mucho    |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 4 Mucho    |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

087

## 1. TÍTULO

**GUIA DE ADMINISTRACION DE CITOSTATICOS**

2. RESPONSABLE ..... ESPERANZA REAL CORDERO

· Profesión ..... ENFERMERIA

· Centro ..... H ALCAÑIZ

· Localidad ..... ALCAÑIZ

· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA

· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· HEREDIA FERRER LOURDES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la sala de tratamientos/consulta de Oncología se administra una gran diversidad de tratamientos que difieren en la forma de administración dependiendo del esquema que se vaya a llevar a cabo.

Normalmente, en la sala de tratamientos está el mismo personal, pero cuando hay algún cambio y viene otra persona puede no saber la forma en la que se administra el ciclo.

Creemos necesario la creación de una herramienta fácil y accesible que aporta la información necesaria en relación al trabajo, disminuyendo la posibilidad de error y aumentando la calidad del servicio prestado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El personal sanitario pueda consultar la forma de administración de un tratamiento quimioterápico que vaya a ser administrado en la sala de tratamientos/consulta de Oncología. Disminuir el riesgo de equivocación a la hora de administrar el tratamiento

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Protocolarización de los esquemas de tratamiento.

• Creación de una hoja de Word con todos los esquemas de tratamiento.

• Elaboración de un buscador de los esquemas.

• Informar al personal sanitario de la existencia del buscador y su funcionamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. El personal sanitario administrará correctamente el tratamiento pudiéndose comprobar mirando la hoja de registro del tratamiento de cada paciente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1. Febrero 2013: protocolarización de los esquemas de tratamiento.

2. Marzo 2013: creación del buscador.

3. Marzo 2013: se pone a disposición del personal sanitario que acceda al ordenador de la sala de tratamientos.

4. Abril 2013: se comienza a poner en conocimiento del personal sanitario la existencia del buscador.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Adultos

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. .... 4 Mucho

2. Disminuir riesgos derivados de la atención. .... 4 Mucho

3. Mejorar utilización de recursos. .... 3 Bastante

4. Garantizar derechos de los usuarios (y &gt; satisfacción). ... 3 Bastante

5. Atender expectativas de los profesionales. .... 4 Mucho

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

479

## 1. TÍTULO

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

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VICENTE LOPEZ
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H ALCAÑIZ
  - Localidad ..... ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - ALOS PUEYO LUS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - CAMPO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - HERRERO CENTELLES MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

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. Solicitud de aprobación del servicio a Dirección Implantación de la biopsia corial como método invasivo de elección en el diagnóstico prenatal, elaborando previamente un protocolo para la realización del mismo. 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. - La de obtención de muestras adecuadas después de uno o dos intentos

- Evaluación cuantitativa y cualitativa de las muestras
- Diagnósticos Registro de las biopsias coriales realizadas
- Tasobtenidos 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.



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

479

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

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.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |