

Sector Aragón

Ámbito	Rg	Apellidos y Nombre	Título	Centro	Correo electrónico
AT.PRIMARIA	169	MARTINEZ FERRI, MARIA JOSE	PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ	CS ALCAÑIZ	
AT.PRIMARIA	301	TORRES PEREZ, ANTONIO MANUEL	PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA	CS ANDORRA	
AT.PRIMARIA	346	CHAMOCHO OLMOS, ELVIRA	PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA (TARAGONA)	CS CALANDA	
AT.PRIMARIA	103	CUCALON ARENAL, JOSE MANUEL	MODERNIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO EN ATENCION CONTINUADA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD	CS HIJAR	
AT.PRIMARIA	105	CUCALON ARENAL, JOSE MANUEL	MODERNIZACION DEL REGISTRO DE ASISTENCIA EN ATENCION CONTINUADA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. PROCESO DE INFORMATIZACION TOTAL	CS HIJAR	
AT.PRIMARIA	435	GORGOJO ITOIZ, MARIA DEL PUY	PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA	CS MUNIESA	
AT.ESPECIALIZ.	104	ALOS PUEYO, LUIS	IMPLANTACION DE LA VERSION EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS, EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	372	ARAGONES VILLANUEVA, MARIA CARMEN	SELECCION DE GRUPOS DE RIESGO DE DELIRIUM EN PACIENTES INGRESADOS. PROGRAMA DE FORMACION PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y EVALUACION DE RESULTADOS	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	7	CAMPO LOPEZ, CARLOS	IMPLANTAR LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LAS CESAREAS PRACTICADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	63	GUILLEN HERRERO, MARIA JESUS	IMPLANTACION DE LA EPISIOTOMIA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTOCIOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	44	GUTIERREZ SABIO, MARIA	FAVORECER EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL MADRES-HIJO EN EL AREA DE PARTOS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	452	NEGREDO QUINTANA, ISABEL	APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX: CITOLOGIA MAS DETECCION DE HPV EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	379	OLIVAN USIETO, JOSE ANTONIO	MEJORA DE LA COMUNICACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA DE NEUROLOGIA. MEJORA DE LA COMUNICACION PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	380	OLIVAN USIETO, JOSE ANTONIO	INSTAURACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO RADIOLOGICO (RMN CEREBRAL) DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	351	SAHAGUN PAREJA, JUAN	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACION DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	147	SEBASTIAN SANZ, MARIA ASUNCION	PROPORCIONAR INFORMACION A LAS GESTANTES A TERMINO QUE DAN A LUZ EN NUESTRO SERVICIO SOBRE LOS RECURSOS A SU DISPOSICION EN EL AREA DE PARTOS	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	194	SERRANO MISLATA, NIEVES	PREVENCION DE ERRORES RELACIONADOS CON EL USO DEL MEDICAMENTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	
AT.ESPECIALIZ.	359	VIDAL MESEGUER, ANA	PREVENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS NOSOCOMIALES EN PACIENTES TRATADOS CON OXIGENO-TERAPIA O AEROSOL-TERAPIA	HOSPITAL DE ALCAÑIZ	

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

169

### PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
- Profesión ..... ENFERMERIA
  - Centro ..... CS ALCAÑIZ
  - Servicio/Unidad .. ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ARANTZAZU GARCIA COLINAS-FARMACÉUTICA-SECTOR ALCAÑIZ-FARMACÉUTICA  
CARMEN BURGUES VALERO- ENFERMERA- CS ALCAÑIZ  
BEATRIZ ALTABA SANZ- ENFERMERA- CS ALCAÑIZ  
SONIA JUSTE ESPALLARGAS- ENFERMERA- CS ALCAÑIZ  
PILAR GIMENO BALLONGA-CS ALCAÑIZ- AUXILIAR DE ENFERMERÍA  
JOSE MARÍA TURON ALCAINE- MÉDICO- SECTOR ALCAÑIZ- COORDINADOR DE CALIDAD

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los carros de paradas del Centro de Salud, se utilizan en muy pocas ocasiones, pero dado que cuando se utilizan son en situaciones de urgencia, es necesario protocolizar su contenido y su mantenimiento, para que llegado el momento, este disponible todo lo necesario, minimizando la posibilidad de error. Así evitaremos que en situaciones de urgencia, nos falte medicación, o otros materiales, o que esté caducada, etc.. Para la detección del problema utilizamos la Técnica de Brainstorming, y su priorización y elección se realizó mediante la Técnica de Grupo Nominal

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la disponibilidad inmediata de los medicamentos, material y productos sanitarios relacionados con la reanimación cardiopulmonar en el Centro de Salud de Alcañiz, con el fin de mejorar en la seguridad del paciente, al aumentar la eficacia en el uso del carro de parada y de los maletines de urgencia.

Implicar a los profesionales en el control y mantenimiento del carro de paradas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración, diseño e implantación de un procedimiento operativo de Gestión de Material de Urgencias, que incluye:
1. Elaboración del listado de fármacos y fluidoterapia que deben contener el carro de paradas y los maletines de urgencias y el stock mínimo de cada uno de ellos, basándonos en los protocolos de emergencias actualizados.
  2. Elaboración de un listado de material fungible que deben contener los maletines y el carro de paradas.
  3. Actividades de mantenimiento diario del maletín de urgencias ( después de su uso y al comenzar la guardia).
  4. Auditora mensual del carro de paradas y de los maletines de urgencias.
  5. Registro de incidencias.
  6. Memoria anual de funcionamiento del procedimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de registros de auditorias mensuales \* 100/12. Estándar 100%.  
Número de revisiones con hallazgos de material caducado stock insuficiente \* 100/12

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará un control del carro, diario, en el que se controlarán los precintos del mismo. Estos deben estar intactos, si no lo estuvieran se crearía una incidencia y se procedería a su control y si fuera necesario su reposición.

Cronograma de actividades:

1. Actividades de revisión programada: febrero, marzo y abril 2010.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

169

**PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCANIZ**

2. Crear anexos de : material fungible, fármacos, fluidoterapia.. febrero, marzo y abril 2010.

3. Presentación del proyecto a los profesionales del Centro de Salud: médicos, residentes de medicina, enfermeras y auxiliares de enfermería; con un curso de formación sobre el control y mantenimiento del carro de paradas: junio y noviembre 2010.

4. Evaluación interna del proyecto: junio 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Dos maletines de urgencias .....	600 €
· Asistencia al Congreso SECA .....	600 €
· Precintos para el Carro de Paradas .....	100 €
Total .....	1.300 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

301

### PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MANUEL TORRES PEREZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JOSÉ MARÍA TURÓN ALCAINE- COORDINADOR DE CALIDAD DEL SECTOR DE ALCAÑIZ  
JUANA ASCENSIÓN MOJONERO ANTEQUERA- MÉDICO DE REFUERZO DEL C. S. DE ANDORRA-SECTOR ALCAÑIZ  
CRISTINA BETRÁN LACASTA- MÉDICO DE REFUERZO DEL C.S. DE ANDORRA- SECTOR ALCAÑIZ  
BEATRIZ RODRÍGUEZ- MÉDICO DE REFUERZO DEL C.S. DE ANDORRA- SECTOR DE ALCAÑIZ  
ISMAEL NUÑEZ LEÓN- DIPLOMADO DE ENFERMERÍA- REFUERZO DE ENFERMERÍA DEL C. S. DE ANDORRA- SECTOR ALCAÑIZ  
JOSÉ LUIS ÁLVAREZ FERNÁNDEZ- DIPLOMADO DE ENFERMERÍA- REFUERZO DE ENFERMERÍA DEL C. S. DE ANDORRA- SECTOR ALCAÑIZ  
PILAR BUSTOS HERNANDEZ- AUXILIAR DE ENFERMERÍA- C. S. DE ANDORRA- SECTOR ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los carros de paradas del Centro de Salud, se utilizan en muy pocas ocasiones, pero dado que cuando se utilizan son en situaciones de urgencias, es necesario protocolizar su contenido y su mantenimiento, para que llegado el momento, este disponible todo lo necesario, minimizando la posibilidad de error. Así evitaremos que en situaciones de urgencia, nos falte medicación, o otros materiales, o que esté caducada, etc..

Para la detección del problema utilizamos la técnica de Brainstorming, y su priorización y elección se realizó mediante la Técnica de grupo nominal

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Éste proyecto es nuevo y no es continuación de otra convocatoria anterior

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la disponibilidad inmediata de los medicamentos, material y productos sanitarios relacionados con la reanimación cardiopulmonar (RCP) en los Centros de Salud del Sector de Alcañiz con el fin de mejorar en la seguridad del paciente, al aumentar la eficacia en el uso del carro de parada.

Implicar a los profesionales en el control y mantenimiento del carro de paradas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración, diseño e implantación de un procedimiento operativo de

Gestión de Material de Urgencias, que incluye:

- Elaboración del listado de fármacos y fluidoterapia que deben contener el carro de paradas y los maletines de urgencias y el stock mínimo de cada uno de ellos, basándonos en los protocolos de emergencias actualizados.
- Elaboración de un listado de material fungible que deben contener los maletines y el carro de paradas.
- Actividades de mantenimiento diario del maletín de urgencias (después de su uso y al comenzar la guardia).
- Auditora mensual del carro de paradas y de los maletines de urgencias.
- Registro de incidencias.
- Memoria anual de funcionamiento del procedimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. • Número de registros de auditorias mensuales \* 100/12. Estándar 100%.

- Número de revisiones con hallazgos de material caducado stock insuficiente \* 100/12

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará un control del carro, diario, en el que se controlarán los precintos del mismo. Estos deben estar intactos, si no lo estuvieran se crearía incidencia y se procedería a su control y si fuera necesario su reposición.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

301

**PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA**

- Cronograma de actividades:
  - o Actividades de la revisión programada: febrero, marzo y abril 2010.
  - o Crear anexos de: material fungible, fármacos, fluidoterapia, febrero, marzo y abril 2010
  - o Evaluación interna del proyecto. Mayo y diciembre 2010.
  - a. Diseñar método de evaluación. Abril 2010
  - b. Presentación del proyecto a los profesionales del centro de salud, médicos, residentes en medicina, enfermeras y auxiliares de enfermería; con un curso en formación sobre el control y mantenimiento del carro de paradas. Junio y noviembre 2010
  - c. Evaluación interna del proyecto: junio 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

• Cuatro maletines para urgencias ... (1) .....	800 €
• Dos Ambu's con su reservorio .....	600 €
• Precintos para carro y maletines .....	100 €
• Aspirador portátil .....	500 €
• Curso SVB y SVA de reciclaje para un miembro ... (2) .....	450 €
• Curso de asistencia vital avanzada pediátrica (Cursos C.E.M.U.) .....	425 €
Total .....	2.875 €

11. OBSERVACIONES. (1) Cuatro maletines: 1 para urgencias pediátricas, 1 para urgencias traumatológicas, 1 para respiratorio y otro para circulatorio-urinario-digestivo

(2) Curso SVB y SVA de reciclaje para un miembro del equipo y éste se dedique, mediante sesiones clínicas, a reciclar al resto del equipo (cursos C.E.M.U.)

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

346

### PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA (TERUEL)

2. RESPONSABLE ..... ELVIRA CHAMOCHO OLMOS  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... CS CALANDA  
· Servicio/Unidad .. ENFERMERA DE ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ANA VILLABA MIR-MEDCIO-C.S. CALANDA  
JULIO GARCIA ARAEZ LOPEZ-MEDICO-CS. CALANDA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los centro de salud pequeños, los carros de RCP y los maletines de urgencias / emergencias, se suelen utilizar en contadas ocasiones lo que nos lleva a la necesidad de usar un protocolo de contenido y mantenimiento de los mismos ya que así podremos minimizar la posibilidad de errores, es decir, evitaríamos que cuando llegasen estas situaciones no nos falte medicación u otros materiales, o evitar caducidades., etc.  
Hemos utilizado la técnica de Brainstorming, mediante la técnica de grupo Nominal

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la disponibilidad inmediata de los fármacos, material y productos sanitarios relacionados con la RCP y de los maletines de urgencias en el centro de salud de Calanda, con todo ello, mejoraríamos la seguridad del paciente, aumentando la eficacia en el uso del carro de RCP y de los maletines de urgencias.  
Implicar al resto de los profesionales en el control y mantenimiento de los mismos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración, diseño e implantación de un proceso operativo de gestión de material de urgencias:  
1.- Elaboración de listado de fármacos y fluidoterapia que deben contener el carro de RCP y los maletines de urgencias domiciliarias y el stock mínimo de cada uno de ellos, basándonos en los protocolos de emergencias actualizados.  
2.- Elaboración de un listado de material fungible que deben tener los maletines y el carro de RCP.  
3.- Actividades de mantenimiento diario de maletín (después de su uso y al comenzar la guardia).  
4.- Auditoria mensual del carro de RCP y de los maletines de urgencias.  
5.- Registro de incidencias.  
&- Memoria anual de funcionamiento del procedimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° de registros de auditorias mensuales\* 100 / 12. Estándar 100%.  
N° DE REVISIONES CON HALLAZGOS DE MATERIAL CADUCADOS STOCK INSUFICIENTE \* 100/ 12

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará un control del carro, diario, en el que se controlarán los precintos del mismo. Estos deben estar intactos, si no lo estuvieran se cerraría una incidencia y se procedería a su control y si fuera necesario a su reposición.

#### CRONOGRAMA:

1.- Actividades de revisión programada: febrero, marzo y abril 2010  
2.- Crear anexos de: material fungible, fármacos, fluidoterapia. : febrero, marzo y abril 2010.  
3.- Presentación a los profesionales del centro de salud de Calanda: médicos y enfermeras (no hay otras categorías profesionales), con un curso de formación sobre control y mantenimiento del carro de RCP: junio y noviembre 2010.  
4.- Evaluación interna del proyecto: junio 2011

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

346

**PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA (TERUEL)**

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 1.- Carro de rcp ( completo) .....	1.600 €
· Dos maletines de urgencias, para avisos domiciliarios (médico y enfermera) .....	500 €
· Congreso Calidad .....	1.200 €
Total .....	3.300 €

11. OBSERVACIONES.

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

103

**MODERNIZACION DEL SISTEMA DE REGISTRO EN ATENCION CONTINUADA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD**

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

- Profesión ..... MEDICO
- Centro ..... CS HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUAN PEÑALVER-MEDICO DE FAMILIA-CS HIJAR  
JESUS ZUMETA-MEDICO DE FAMILIA-CS HIJAR  
JERONIMO ROLDAN-MEDICO DE FAMILIA-CS HIJAR  
ANTONIO MARTINEZ BARSELO-MEDICO DE FAMILIA-CS HIJAR  
AHMNEED MOUSA-MEDICO DE FAMILIA-CS HIJAR  
PILAR ROMEROMEDICO DE FAMILIA-CS HIJAR

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PASAR DE UTILIZAR EL METODO TRADICIONAL DE REGISTRO EN LOS LIBROS DE REGISTRO DE ACTIVIDAD EN ATENCION CONTINUADA AL SISTEMA OMI-AP INFORMATIZADO.  
ESTE CAMBIO SUPONE UNA INFORMATIZACION DE LOS DATOS, UN REGSITRO MAS ESPECIFICO Y COMPLETO, LA ENTREGA AL PACIENTE DE SU DOCUMENTO ACREDITATIVO DE ASITENCIA, AVISO A SU MEDICO DE FAMILIA Y AHORRO DE PAPEL (LIBROS)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. MEJORA DEL SISTEMA DE REGISTRO DE ACTIVIDAD EN ATENCION CONTINUADA, COPIA PARA EL PACIENTE, AVISO INFORMATICO PARA SU MEDICO DE FAMILIA, AHORRO DEL FORMATO PAPEL

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. EN EL PLAZO DE 1 AÑO EL REGSITROI DE ACTIVIDAD DE ATENCION CONTINUADA PASARÁ A SER TOTALMENTE INFORMATIZADO POR TODOS LOS FACULTATIVOS DEL CENTRO DE SALUD. ESTO SE CONSEGUIRA MEDIANTE SESIONES CLÍNICAS DE APRENDIZAJE DEL SISTEMA DE GESTION DE OMI Y REGSITRO DE ACTIVIDAD EN ATENCION CONTINUADA, EVALUACION MENSUAL HASTA LA TOTAL IMPLANTACION DEL PROCESO. COMIENZO A PARTOR DE MARZO DE 2010 Y FINALIZACION DEL PROCESO EN DICIEMBRE DE 2010. PARA ENTONCES EL 100% DE LAS ACTIVIDADES ATENCIADADS EN ATENCION CONTINUADA DEBEN REGSITRARSE EN SISTEMA OMI-AP

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE REGSITROS INFORMATIZADOS/N° DE RESGITROS EN EL SISTEMA TRADICIONAL(LIBRO)  
% DE REGSITROS ADECUADAMENTE INFORMATIZADOS/TOTAL DE REGISTROS INFORMATIZADOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. COMIENZO DLE PROGRAMA EN MARZO DE 2010 Y TERMINO Y EVALUACION EN DICIEMBRE DE 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 105

1. TÍTULO

**MODERNIZACION DEL REGISTRO DE ASISTENCIA EN ATENCION CONTINUADA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. PROCESO DE INFORMATIZACION TOTAL**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CUCALON ARENAL  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... CS HIJAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JESUS ZUMETA-MEDICO EAP  
ANTONIO MARTINEZ BARSELO-MEDICO EAP  
JUAN PEÑALVER-MEDICO EAP  
AHMED MOUSA-MEDICO EAP  
JERONIMO ROLDAN-MEDICO EAP  
ALFREDO PERCHES-MEDICO EAP  
PILAR ROMERO-MEDICO EAP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. TRAS LA IMPLANTACION DEFINITIVA EN EL CENTRO DE SALUD DEL SISTEMA DE REGISTRO OMI-AP SE HACE NECESARIO IR ABANDONANDO LOS SISTEMAS DE REGISTRO EN FORMATO TRADICIONAL COMO ES EL REGISTRO DE LA ASISTENCIA EN ATENCION CONTINUADA MEDIANTE LOS LIBROS DE REGISTRO. SE PRETENDE INFORMATIZAR COMPLETAMENTE ESTE REGISTRO MEDIANTE EL SISTEMA DE OMI-AP. SU IMPORTANCIA RADICA EN LA MEJOR GESTION DE DATOS, LA COPIA PARA EL PACIENTE, LA INFORMACION A LOS MEDICOS DE CABECERA Y EL AHORRO DE PAPEL

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. INFORMATIZAR EL 100% DE LOS REGISTROS DE ASISTENCIA EN ATENCION CONTINUADA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. AHORRO DE PAPEL. MEJOR GESTION DE LOS DATOS INFORMATIZADOS. MEJOR INFORMACION PARA EL PACIENTE. INFORMACION INMEDIATA A LOS MEDIOS DE CABECERA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. MEDIANTE VARIAS SESIONES CLINICAS SE CONSIGUE LA FORMACION NECESARIA PARA EL CAMBIO DEL MODELO TRADICIONAL DE REGISTRO DE ACTIVIDAD AL NUEVO SISTEMA DE INFORMATIZACION. EVALUAR LOS REGISTROS INFORMATIZADOS CON UNOS ESTANDARES DE CALIDAD : DATOS DEL PACIENTE. DATOS DEL MEDICO QUE ATIENDE. DIAGNOSTICO PRINCIPAL. MEDIDAS TERAPEUTICAS IMPLEMENTADAS. DERIVACION SI LA HUBIERA Y RECOMENDACIONES AL PACIENTE. ENTREGA DE COPIA AL PACIENTE. INFORMACION EN HISTORIA DEL PACIENTE

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. N° DE REGISTROS TOTALES/ N° DE REGISTROS INFORMATIZADOS  
N° DE REGISTROS INFORMATIZADOS TOTALES/ N° DE REGISTROS CON BUENA CALIDAD (COMPLETOS).  
N° DE REGISTROS TOTALES/ N° DE COPIAS AL PACIENTE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. COMIENZO DE LA ACTIVIDAD EN MARZO DE 2010 Y TERMINO DE LA ACTIVIDAD EN DICIEMBRE DE 2010. EVALUACIONES CADA 3 MESES

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· ESPIROMETRO PORTATIL ..... 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 - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 105

MODERNIZACION DEL REGISTRO DE ASISTEMNCIA EN ATENCION CONTINUADA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. PROCESO DE INFORMATIZACION TOTAL

Total ..... 1.000 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

435

**PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA**

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JOSE ANTONIO HERAS MANCHADO - MEDICO  
FRANCISCO JAVIER VILLARROYA VILLAGRASA - MEDICO  
JORGE FERREIRA PAESA - MEDICO  
ALEX VILLANUEVA CABRERA - DUE  
CARLOS TOMAS LIZANO - DUE  
BEGOÑA VIEJO VIDA- MEDICO  
ANA MARIA BELEN GONZALEZ ARA - MEDICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los carros de parada del centro de salud, se utilizan en muy pocas ocasiones, pero dado que cuando se utilizan son en situaciones de urgencias, es necesario protocolizar su contenido y su mantenimiento, para que llegado el momento, este disponible todo lo necesario, minimizando su posibilidad de error. Así evitaremos que en situaciones de urgencia, nos falte medicación, u otros materiales, o que este caducada, etc...  
Para la detección del problema utilizamos la tecnica de Brainstorming, y su priorización y elección se realizo mediante la Tecnica del grupo nominal

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. SOLO RELLENAR SI EL PROYECTO ES CONTINUACIÓN DE OTRO EN LA CONVOCATORIA ANTERIOR

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Garantizar la disponibilidad inmediata de los medicamentos, material y productos sanitarios relacionados con la reanimación cardiopulmonar en los Centros de Salud del Sector de Alcañiz con el fin de mejorar en la seguridad del paciente, al aumentar la eficacia en el uso del carro de parada.  
Implicar a los profesionales en el control y mantenimiento del carro de paradas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración, diseño e implantación de un procedimiento operativo de Gestión de material de urgencias que incluye:  
1. Elaboración del listado de fármacos y fluidoterapia que deben contener el carro de paradas y los maletines de urgencias y el stock mínimo de cada uno de ellos, basándonos en los protocolos de emergencias actualizados.  
2. Elaboración de un listado de material fungible que deben contener los maletines y el carro de paradas.  
3. Actividades de mantenimiento diario del material de urgencias (después de su uso y al comenzar la guardia)  
4. Auditoria mensual del carro y los maletines de urgencias  
5. Registro de incidencias  
6. Memoria anual de funcionamiento del procedimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de registros de auditorias mensuales\*100 /12. Estándar 100%  
Número de revisiones con hallazgos de material caducado stock insuficiente\*100/12

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará un control del carro, diario, en el que se controlarán los precintos del mismo. Estos deben estar intactos, si no lo estuvieran se crearía incidencia y se procedería a su control y si fuera necesario su reposición.

Cronograma de actividades:

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

435

**PROTOCOLO DE GESTION DEL MATERIAL DE URGENCIAS, EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA**

- a. Actividades de la revisión programada: febrero, marzo y abril 2010.
- b. Crear anexos de: material fungible, fármacos, fluidoterapia.. febrero, marzo y abril 2010
- c. Presentación del proyecto a los profesionales del centro de salud, médicos, residentes en medicina, enfermeras y auxiliares de enfermería; con un curso en formación sobre el control y mantenimiento del carro de paradas. Junio y noviembre 2010
- d. Evaluación interna del proyecto. Junio 2011

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

104

**IMPLANTACION DE LA VERSION EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS, EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... LUIS ALOS PUEYO  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. GINECOLOGIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALBERTO ALMEIDA HERRANZ-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
CARLOS CAMPO LOPEZ-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
PILAR GARCIA ENGUITA-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
JULIO DOMINGUEZ FUENTES-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
ISABEL NEGREDO QUINTANA-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el año 2009 en el Hospital de Alcañiz, se asistieron 450 partos de los que 69 fueron cesareas (15,33%), la indicación más frecuente fué la desproporción pélvico-cefálica/no progresión de parto (24 casos, 34,78%), seguida de la presentación podálica (22 casos, 31,88%), indicaciones que se han mantenido constantes en los últimos años. La tasa de cesareas en nuestro hospital se ha mantenido entre un 12,4% (año 2000) y el 15,33% (año 2009) con ligeros repuntes en los años 2004 y 2006 por cambios de protocolo. En la actualidad, la totalidad de las presentaciones podálicas se finalizan mediante intervención cesarea, realizándose ésta entre las 37-38 semanas de gestación. La versión externa es una maniobra obstétrica que intenta convertir una presentación podálica en una cefálica, más favorable de cara al parto. La tasa media de éxitos de esta maniobra es de alrededor del 65% (45-75%), siendo el factor más importante la experiencia de quien realiza la técnica. La versión se realiza entre las 37-38 semanas, momento en que la probabilidad de versión espontánea es reducida, siempre con la ayuda de un ecógrafo y la realización de un TNS tras la finalización de la técnica

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducción del 40%-50% de la tasa de cesareas por presentación podalica, lo que supondría disminuir entre un13% y un 15% del total de las cesareas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Realizar la versión externa a todas las gestantes en presentación podálica que tras ser informadas acepten la técnica, entre las semanas 37-38

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de éxitos con la maniobra  
Número de versiones que consiguen un parto vaginal en presentación cefálica

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010.  
Realización sistemática desde el día 1 de enero de la maniobra de versión externa, a todas las mujeres que tras ser informadas consientan en su realización

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- |  |       |
|--|-------|
| · Taburete de parto Dullstein .....                                | 918 € |
| · Cuerdas para tracción modelo Dullstein .....                     | 695 € |
| · Desplazamiento a centros para el aprendizaje de la técnica ..... | 600 € |

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 104

IMPLANTACION DE LA VERSION EXTERNA COMO MANIOBRA PARA REDUCIR LA TASA DE CESAREAS EN LAS PRESENTACIONES PODALICAS, EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Total ..... 2.213 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

**SELECCION DE GRUPOS DE RIESGO DE DELIRIUM EN PACIENTES INGRESADOS. PROGRAMA DE FORMACION PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y EVALUACION DE RESULTADOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN ARAGONES VILLANUEVA  
· Profesión ..... ENFERMERA  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARÍA CARMEN GARCÍA ARBIOL-HOSPITAL ALCAÑIZ- SUPERVISORA DUE 5 PLANTA  
PILAR SALESA ASPAS-HOSPITAL ALCAÑIZ-SUPERVISORA DUE 3 PLANTA  
ANA VIDAL MESEGUER-HOSPITAL ALCAÑIZ-SUPERVISORA DUE INFECCIÓN NOSOCOMIAL  
INMACULADA ALBESA BENAVENTE-HOSPITAL ALCAÑIZ-RESIDENTE MFYC  
LORENZA VALLEJO GERMOSEN-MIR MFYC-RESIDENTE MFYC  
MARÍA CARMEN FERRER BUJ  
JOSÉ ANTONIO OLIVÁN USIETO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-MÉDICO-SERVICIO NEUROLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el Servicio de Neurología tenemos la percepción de que el desarrollo de cuadros de delirium en pacientes hospitalizados es un problema relativamente frecuente que podría evitarse mediante la adopción de medidas individualizadas de prevención y tratamiento

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. Conocer la incidencia de delirium en nuestro hospital  
2. Disminuir la incidencia de delirium  
3. Mejorar el pronóstico de la enfermedad, calidad en la asistencia y duración de los ingresos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecimiento de protocolo específico de detección, atención y seguimiento, prestando especial atención a las medidas no farmacológicas. Este protocolo incluirá:  
- Inclusión en programa mediante cuestionario sistemático de factores de riesgo  
- Establecimiento de medidas de prevención, especialmente no farmacológicas a pacientes en riesgo  
- Tratamiento específico cuando se desarrolle  
- Actividades de seguimiento

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Registro de incidencia de delirium en planta  
- % de pacientes incluidos en programa que cumplen criterios de inclusión  
- Estancia media en hospital

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. . 1 mes: Explicación de los protocolos de inclusión y tratamiento.  
Entrenamiento en el uso de la documentación.  
2-6 meses: aplicación de los protocolos de inclusión y seguimiento y grado de satisfacción de los pacientes.  
6 mes: evaluación de las medidas aplicadas, grado de satisfacción por parte del personal administrador (enfermería), oportunidades de mejora y de instauración definitiva del programa

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

372

SELECCION DE GRUPOS DE RIESGO DE DELIRIUM EN PACIENTES INGRESADOS. PROGRAMA DE FORMACION PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y EVALUACION DE RESULTADOS

11. OBSERVACIONES.



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 007

**IMPLANTAR LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LAS CESAREAS PRACTICADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CAMPO LOPEZ  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALBERTO ALMEIDA HERRANZ-GINECÓLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
LUIS ALOS PUEYO-GINECÓLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
JULIO DOMINGUEZ FUENTES-GINECÓLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
PILAR GARCÍA ENGUITA-GINECÓLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
ISABEL NEGREDO QUINTANA-GINECÓLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La administración de antibióticos profilácticos a mujeres sometidas a cesárea reduce considerablemente la incidencia de episodios de fiebre, endometritis, infección de la herida, infección urinaria e infecciones postoperatorias graves. El riesgo relativo de endometritis con el uso de antibióticos es del 0.39, y el de infecciones de la herida 0.41. Tanto la ampicilina como las cefalosporinas de primera generación tienen un grado de eficacia similar. No parece haber beneficios adicionales al utilizar un agente de amplio espectro o un tratamiento de múltiples dosis. La mayoría de sociedades científicas recomiendan la administración de 2 g de cefazolina al pinzar el cordón (ó 600 mg de clindamicina en caso de alergia). En nuestro Servicio se administran 2 g de Amoxicilina-Clavulánico en la mayoría de las cesáreas programadas y en alguna de las que se hacen de urgencia. En los últimos 3 años hemos realizado 82, 93 y 69 cesáreas, sobre un total de 495, 532 y 450 partos, respectivamente (tasa de cesáreas 16.5, 17.4 y 15.3 %).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el número de infecciones postcesárea: endometritis puerperal, infección de la herida, infección urinaria e infecciones postoperatorias graves. Disminuir el coste de la asistencia sanitaria por cesárea, al disminuir el gasto derivado del tratamiento de las complicaciones infecciosas y los días de estancia hospitalaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Reuniones entre los miembros del Servicio de Ginecología. Presentación del protocolo de actuación y puesta en marcha del mismo.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de endometritis postcesárea después de la implantación de la profilaxis. Número de infecciones de herida quirúrgica postcesárea, después de la implantación de la profilaxis. Número de infecciones de orina postcesárea, después de la implantación de la profilaxis.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Febrero 2010, presentación del proyecto de mejora de la calidad. Reunión de los participantes en el proyecto para su puesta en marcha inmediata.

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· 2 g de Cefazolina iv x 64-86 cesáreas ... (ver observaciones) .....	332 €
· 600 mg de Clindamicina iv x 5-7 cesáreas ... (ver observaciones) .....	20 €
Total .....	352 €

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 007

**IMPLANTAR LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LAS CESAREAS PRACTICADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL SECTOR DE ALCANIZ**

11. OBSERVACIONES. 2 g de Cefazolina iv x 64-86 cesáreas esperadas para 2010 en pacientes sin alergia a penicilina  
600 mg de Clindamicina iv x 5-7 cesáreas esperadas para 2010 en pacientes con alergia a penicilina

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

063

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

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GUILLEN HERRERO  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. AREA DE PARTOS  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
Mº JESÚS MUÑOZ VALLESPÍN-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
ESPERANZA GARCÍA SALINAS-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
ASUNCIÓN SEBASTIÁN SANZ-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
JOSÉ IGNACIO MATUTE ALBO-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
MARIA PILAR ANDREU GISBERT-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. LA 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 RESTRINGIDO 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 47% DE EPISOTOMÍAS EN PARTOS EUTÓCICOS

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

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. - PROTOCOLIZAR EN QUÉ CASOS SE RECOMIENDA LA EPISIOTOMÍA  
- FAVORECER EL PARTO EN LA PSOTURA QUE LA MUJER ELIJA (SI NO ES PORTADORA DE ANALGESIA EPIDURAL)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. TODOS LOS INDICADORES ESTÁN REFERIDOS A PARTOS EUTÓCICOS:  
- N° DE NO-EPISIOTOMÍAS EN PARTOS EUTÓCICOS/N° DE PARTOS EUTÓCICOS  
- N° DE DESGARROS/N° DE NO-EPISOTOMÍAS  
- N° DE EPISIOTOMÍAS EN PRIMÍPARAS/N° DE PRIMÍPARAS  
- N° DE EPISIOTOMÍAS EN MULTÍPARAS/N° DE MULTÍPARAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - MARZO 2010: REUNIONES PERIÓDICAS DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA REALIZAR UN PROTOCOLO DE EPISOTOMÍA RESTRICITVA Y PUESTA EN CONOCIMIENTO AL RESTO DEL EQUIPO.

- A PARTIR DE MARZO 2010: APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE FORMA PROGRESIVA CONFORME LOS PROFESIONALES ADQUIERAN DESTREZAS Y HABILIDADES.

- A LO LARGO DEL AÑO NECESITARÍAMOS ACUDIR A CONGRESOS, CURSOS, O INVITAR A EXPERTOS PARA APRENDER NUEVAS TÉCNICAS DE PROTECCIÓN DEL PERINÉ, SUTURA DE DESGARROS Y CUIDADOS PERINEALES

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 - 2010

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 063

**IMPLANTACION DE LA EPISIOTOMIA SELECTIVA (NO RUTINARIA) EN LOS PARTOS EUTOCIOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

· CURSOS Y CONGRESOS .....	1.200 €
· DIETAS Y DESPLAZAMIENTOS DE EXPERTOS INVITADOS .....	800 €
Total .....	2.000 €

11. OBSERVACIONES. EN EL CAMPO "PROFESIÓN" HEMOS PUESTO "ENFERMERÍA" PORQUE NO ESTABA LA POSIBILIDAD DE "OTROS"

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

044

**FAVORECER EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL MADRES-HIJO EN EL AREA DE PARTOS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... MARIA GUTIERREZ SABIO  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. PARITORIO  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TERESA CASTILLO CARON-TCAE-HOSPITAL ALCAÑIZ  
MIGUELA MOLIAS QUEROL-TCAE-HOSPITAL ALCAÑIZ  
ANA NAVARRO SALESA-TCAE-HOSPITAL ALCAÑIZ  
MARIA GIMENEZ HERNANDEZ -TCAE-HOSPITAL ALCAÑIZ  
PILAR POLO SANCHEZ-TCAE-HOSPITAL ALCAÑIZ  
MARIA JOSE ANDRES PALLARES-TCAE-HOSPITAL ALCAÑIZ  
ENGRACIA ARIÑO BALFAGON-TCAE-HOSPITAL ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. PROMOVER Y FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL Y LA RELACION MATERNOFILIAL POR LOS GRANDES BENEFICIOS QUE APORTA PARA AMBOS:

-FAVORECE EL VINCULO AFECTIVO.  
-MEJORA EL CONTROL DE LA TERMORREGULACION DEL RECIEN NACIDO.  
-DISMINUYE EL ESTRES DEL NIÑO.  
-EVITA LA HIPOGLUCEMIA DEL NIÑO.  
-AUMENTA LA PROBABILIDAD DE EXITO DE LA LACTANCIA MATERNA.  
-EL NIÑO SE PONE EN CONTACTO CON LAS BACTERIAS PROPIAS DE LA MADRE.  
SE CONSIDERA QUE EL CONTACTO PIEL CON PIEL DEBE DURAR AL MENOS 70 MINUTOS.  
ESTA PRACTICA ESTA DENTRO DE LAS RECOMENDACIONES QUE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO HACE EN SU ESTRATEGIA DE PARTO NORMAL

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -FAVORECER EL VINCULO AFECTIVO.  
-DISMINUCION DEL RIESGO DE HIPOTERMIA NEONATAL.  
-FAVORECER EL INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION.  
-ELABORACION DE UNA PLANILLA DE RECOGIDA DE DATOS.  
-PRESENTACION DEL PROTOCOLO A TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE PARITORIO.  
-ELABORACION DE UN DIPTICO SOBRE LAS VENTAJAS DEL CONTACTO PRECOZ MADRE-HIJO QUE SE ENTREGARAN A LAS MUJERES EMBARAZADAS

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. -Nº DE MADRE-HIJO QUE INICIAN EL CONTACTO PIEL CON PIEL /Nº TOTAL DE PARTOS VAGINALES.  
-Nº MADRE-HIJO QUE INICIAN LA LACTANCIA MATERNA/ TOTAL DE PARTOS VAGINALES.  
- TIEMPO MEDIO DE CONTACTO PIEL CON PIEL

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. LA DURACION DEL PROYECTO ES UN CONTINUO QUE SE INICIA EN MARZO DEL 2010.  
- MARZO 2010: REUNIONES DE TCAE DE PARITORIO PARA ELABORAR UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL Y UNA PLANILLA PARA LA RECOGIDA DE DATOS PERTINENTES.



PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 452

1. TÍTULO

**APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX: CITOLOGIA MAS DETECCION DE HPV EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ**

2. RESPONSABLE ..... ISABEL NEGREDO QUINTANA  
· Profesión ..... MEDICO  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CARMEN BAÑOLAS TRIAS-ENFERMERA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
SARA ARENZANA GARCIA-ENFERMERA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
ALBERTO ALMEIDA HERRANZ-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
LUIS ALOS PUEYO-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
CARLOS CAMPO LOPEZ-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
JULIO DOMINGUEZ FUENTES-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
PLAR GARCIA ENGUIITA-GINECOLOGO-HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El cancer de cervix posee una prueba de cribado demostrada, la citologia. Esta prueba viene realizandose desde hace muchos años y en nuestro medio, a pesar de tratarse de un cribado oportunista, se realiza a mas de un 80% de la poblacion diana, alcanzandose el minimo para que estas pruebas tengan impacto sobre la disminucion de la enfermedad. Estas cifras se han conseguido gracias al trabajo de informacion que realizo hace varios años el Dr. Almeida con charlas tanto para profesionales de Atencion Primaria como para las mujeres de las diferentes zonas de influencia. Las mujeres que inician su cribado de cervix lo continuan de manera periodica segun se les indica en una tarjeta, siguiendo las recomendaciones de la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecologia), y que es enviada por correo tras revisar los resultados por las enfermeras de las consultas de Ginecologia del Hospital. En la actualidad se sabe que el cancer de cervix es una enfermedad de transmision sexual condicionada por la infeccion de virus del papiloma humano, en concreto por unos serotipos con alto riesgo oncogenico. La SEGO en sus protocolos recomienda incluir la deteccion del HPV junto con la citologia en mujeres a partir de los 35 años. Esto permite aumentar el intervalo de cribado con seguridad (a 5 años si ambas pruebas son negativas)por lo que es coste/efectivo. La prueba deteccion de HPV esta ya disponible y se realiza en el Servicio de Microbiologia de nuestro hospital por lo que creemos necesario empezar el nuevo protocolo y asi mejorar la atencion de nuestra poblacion. Para ello es necesario realizar de nuevo una campaña de informacion para profesionales y usuarias para dar a conocer los cambios. Ademas se podria aumentar la cobertura (si pudieramos alcanzar un cribado poblacional)y disminuir el numero de citologias innecesarias

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aplicar los protocolos recomendados por las sociedades medicas y que ya estan apoyados por evidencias cientificas. Aumentar la captacion poblacional y adhesion al programa de cribado de cancer de cuello uterino. Disminuir numero de citologias innecesarias. Potenciar la coordinacion entre Atencion Primaria y Atencion Especializada. Informar de los nuevos avances y nuevas estrategias a la poblacion femenina y aumentar su seguridad y confianza en nuestro sistema sanitario

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño de material informativo del nuevo protocolo. Informacion escrita y verbal a las usuarias. Sesiones divulgativas con los profesionales. Charlas a la poblacion femenina. Creacion de base de datos informatizada para seguimiento del programa

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 452

**APLICACION DE NUEVO PROTOCOLO DE CRIBADO DE CANCER DE CERVIX: CITOLOGIA MAS DETECCION DE HPV EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de citologias realizadas en el año 2010. Numero de las mismas que se adecuan al protocolo  
Numero de pruebas de deteccion de HPV en el 2010. Numero de tests incluidos en protocolo.  
Porcentaje de cobertura del programa de prevencion del cancer de cervix.  
Sesiones con profesionales y mujeres

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde enero de 2010 ya se ha empezado a tomar ambas pruebas a mujeres de 35 a 38 años.  
En los proximos meses y antes de Junio 2010 completar las sesiones informativas.  
Reevaluacion de los datos obtenidos hasta Diciembre de 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Material fungible de papeleria para charlas y cursos .....	200 €
· Cursos de formacion en patologia cervical .....	800 €
· Diseño e impresion de folletos .....	400 €
Total .....	1.400 €

11. OBSERVACIONES. Este proyecto puede realizarse gracias a la colaboracion de los servicios de Microbiologia y Anatomia Patologica del Hospital de Alcañiz. Dada la limitacion para incluir a todos los profesionales que participan en el trabajo en su apartado correspondiente se hacen constar aui:  
CARMEN NAVARRO PARDOS-MEDICO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
LUIS TORRES SOPENA-MEDICO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
JUAN SAHAGUN PAREJA-MEDICO DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
ALFONSO CAY-MEDICO DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
ISABEL MARQUENA-MEDICO DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
MARTA VILLARROYA-CITOTECNICA DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ



## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

379

**MEJORA DE LA COMUNICACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA DE NEUROLOGIA. MEJORA DE LA COMUNICACION PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS**

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEDRO BONO LAMARCA-CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ- MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COORDINADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA  
ENCARNA SÁNCHEZ PISA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-AUXILIAR NEUROLOGÍA  
VICTORIA VALENCIA SANZ-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL DE ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Mejora de la comunicación médico-paciente en la consulta de Neurología.  
Mejora de la comunicación primaria-especializada en el seguimiento de los pacientes neurológicos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo global es hacer más fácil y sobre todo más ágil el acceso a la atención neurológica. En cuanto a la comunicación primaria-especializada: la situación actual se basa en un sistema rígido e impersonal donde la comunicación se reduce a la exposición de motivos de consulta (primaria) prioridad de la atención (3 niveles: urgente, preferente y normal) y plan de seguimiento (especializada). La accesibilidad del paciente a la consulta de neurología se basa en un sistema de citas, por orden de prioridad, sin tener en cuenta situaciones especiales y muy específicas de este tipo de enfermos. Este programa pretende organizar y facilitar las rutas de acceso a la consulta neurológica

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Facilitar la comunicación médico de primaria - neurólogo: acceso telefónico o vía e-mail. Establecer reuniones de presencia física atención primaria-neurología, con periodicidad mensual (revisable) o vía telemática, una vez establecido el sistema de videoconferencias, para exposición de casos, dudas u oportunidades de mejora. Coordinación médico de primaria. Facilitar la comunicación paciente-neurólogo: acceso telefónico para la exposición de dudas o incidencias. Resolución de dudas o citación desde la consulta en consecuencia. Supervisión de visados y envío por correo. Renovación de material ortoprotésico y envío por correo. La auxiliar administrativa del centro y la auxiliar de neurología recogen la información telefónica: datos de filiación y teléfono de contacto, motivo de la consulta y datos básicos recogidos en un cuestionario breve. El neurólogo recibe la información y gracias al uso de una base de datos de enfermos atendidos en consulta, o tras la petición y estudio de la historia clínica, da una respuesta al problema o emplaza al paciente en una nueva cita

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de consultas telefónicas/ informáticas atendidas y grado de satisfacción. Primaria-Especializada. Número de consultas/casos en las reuniones mensuales Primaria-Especializada de las reuniones de presencia física. Número de consultas telefónicas atendidas y grado de satisfacción. Porcentaje de resolución telefónica y porcentaje de necesidad de nuevas consultas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Creación de base de datos para acceso rápido desde terminales informáticos: ya creada. Nota y reunión informativa con Atención Primaria. Creación de cuenta de correo para la comunicación Primaria-Neurología: cuenta institucional. Establecimiento de reuniones de presencia física.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

379

**MEJORA DE LA COMUNICACION MEDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA DE NEUROLOGIA. MEJORA DE LA COMUNICACION PRIMARIA-ESPECIALIZADA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS**

Instauración de tarjeta de citación con los datos básicos del equipo de atención y teléfono y horario de contacto.  
Creación de cuestionario breve de recogida de los datos telefónicos.  
Reevaluación del proceso a los 3 y 6 meses. Oportunidades de mejora

- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
- 11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 380

**INSTAURACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO RADIOLOGICO (RMN CEREBRAL) DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE**

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

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAURA BALLESTER MARCO-HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA-RESIDENTE DE NEUROLOGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico de la esclerosis múltiple y su seguimiento tiene una gran trascendencia emocional (paciente), repercusión en la calidad de vida (uso de fármacos de administración incómoda y con efectos secundarios) y administrativa (tratamientos caros). El papel de la RMN cerebral es clave en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. El neurólogo basa el estudio y progresión de la enfermedad en la repercusión clínica y en la aparición de nuevas lesiones desmielinizantes en la RMN. La localización de nuevas lesiones es difícil en muchas ocasiones debido a su tamaño, localización y fondo lesional.

Los neurorradiólogos y los neurólogos solo pueden establecer un adecuado protocolo de valoración en aquellos casos en los que las imágenes a compara, en distintos periodos de tiempo sean iguales o muy similares. Para esto es necesario que el aparato de obtención de datos y su procesamiento (protocolo de reposicionamiento) sean siempre los mismos.

En nuestro centro, al carecer de un servicio propio de RMN nos vemos obligados a recurrir a la realización de dichas pruebas en servicios concertados y, que por tanto, pueden cambiar según las circunstancias. La heterogeneidad de las imágenes hacen que el seguimiento lesional, y por tanto los diagnósticos y los pronósticos puedan no ser los adecuados

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Homogenización de las imágenes cerebrales de RMN en pacientes con esclerosis múltiple para obtener datos más fiables y mejorar los criterios diagnósticos y pronósticos en Esclerosis Múltiple

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer un centro de referencia, siempre el mismo, para la realización de RMN cerebral.

Establecer un protocolo radiológico de intervención en pacientes con esclerosis múltiple.

Establecer un protocolo específico de "reposicionamiento" para realizar estudios de comparación neurorradiológica fiables

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes con esclerosis múltiple, incluidos en el protocolo, con respecto a número total de pacientes con esclerosis múltiple atendidos en nuestro centro.

Estudio descriptivo (clínico y radiológico) de los pacientes incluidos en el protocolo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Establecer centro de referencia.

Establecer protocolo de Resonancia Magnética.

Establecer protocolo de "reposicionamiento".

Reevaluación y oportunidades de mejora a los 6 meses de instauración del protocolo

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

351

### DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACION DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS

#### 2. RESPONSABLE ..... JUAN SAHAGUN PAREJA

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

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

CARMEN NAVARRO PARDOS-MÉDICO-HOSPITAL ALCAÑIZ-MICROBIOLOGÍA  
LUÍS TORRES SOPENA-MÉDICO-HOSPITAL ALCAÑIZ-MICROBIOLOGÍA  
MANUEL ALBIAC ANDREU-MÉDICO-HOSPITAL ALCAÑIZ-CIRUGÍA  
FERNANDO MARTINEZ UBIETO-MÉDICO-HOSPITAL ALCAÑIZ-CIRUGÍA  
ANA VIDA MESEGUER-ENFERMERA-HOSPITAL ALCAÑIZ-PREVENTIVA  
SILVIA BLASCO GIL-ENFERMERA-HOSPITAL ALCAÑIZ-CIRUGÍA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En nuestro hospital, el estudio de prevalencia de infección nosocomial se realiza una vez al año mediante el EPINE. Sin embargo, no disponemos de datos específicos de la tasa de infección nosocomial en procedimientos concretos. Desde el Servicio de Microbiología se plantea, en colaboración con el Servicio de Cirugía, la necesidad de disponer de un sistema de información permanente de la tasa de infección nosocomial en dos procedimientos de cirugía limpia-contaminada que nos permita compararnos con las tasas de infección que informan desde otros hospitales

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Conocer datos reales de la incidencia de infección nosocomial en dos procedimientos de cirugía limpia-contaminada programada:

- Cirugía de colon
- Colectectomía

Utilizar los datos obtenidos con fines de mejora

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Registro continuo de las infecciones post-operatorias que se producen en las intervenciones referidas y cálculo de la tasa de incidencia de infección anual para estos dos procesos quirúrgicos.

Se considerará infección post-operatoria a las infecciones relacionadas con la intervención que ocurran en un plazo inferior a 31 días.

#### Fuente de datos:

- Resultados de Microbiología de los cultivos de las heridas quirúrgicas.
- Consulta de la historia clínica.
- Comunicación con médico y enfermera responsables del paciente.
- En los procedimientos con estancia inferior a 30 días el seguimiento post alta se realizará a través de:
  - o Registros de historia clínica en consultas externas.
  - o Registros de historia clínica en reingresos.
  - o Encuesta telefónica en caso de ausencia de los registros anteriores.

#### Método:

- Elaboración de listado de pacientes en los que se hayan realizado estas intervenciones.
- De entrada el estudio se realizará, al menos, con carácter trimestral.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 351

**DISEÑO E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACION DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

- La tasa de incidencia se comparará con la que reportan otros hospitales.
- Ante la detección de problemas significativos se actuará mediante análisis retrospectivo de los datos para implantar posteriormente medidas correctoras
  
- 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de pacientes intervenidos por cirugía programada de colon o colecistectomía con infección x 100/Total de pacientes intervenidos por cirugía programada de colon o colecistectomía.  
Esta tasa se evaluara mediante cortes trimestrales
  
- 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se realizará de forma continua
  
- 10. PREVISIÓN DE RECURSOS.
  - MATERIAL: 1 Tablet PC ..... 2.000 €
  - Total ..... 2.000 €
  
- 11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

147

**PROPORCIONAR INFORMACION A LAS GESTANTES A TERMINO QUE DAN A LUZ EN NUESTRO SERVICIO SOBRE LOS RECURSOS A SU DISPOSICION EN EL AREA DE PARTOS**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASUNCION SEBASTIAN SANZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PILAR ANDREU GISBERT-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO PARTOS  
ESPERANZA GARCIA SALINAS-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO PARTOS  
M<sup>a</sup>JESUS GUILLEN HERRERO-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO PARTOS  
JOSE IGNACIO MATUTE ALBO-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO PARTOS  
M<sup>a</sup>JESUS MUÑOZ VALLESPIN-MATRONA-HOSPITAL DE ALCAÑIZ-SERVICIO PARTOS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La información que se ofrece al usuario por parte de los profesionales aumenta la seguridad y la confianza en el sistema. Es un instrumento de poder en cuanto a la toma de decisiones proporcionando al usuario un mayor protagonismo en su proceso de salud.

Desde la Estrategia del Parto Normal del Ministerio de Sanidad recomiendan que "las gestantes y sus parejas dispongan de la información de la oferta de los servicios sanitarios donde se atiende el parto y que establezcan contacto con el equipo de profesionales...".

En nuestro servicio, las matronas, tenemos un primer contacto con las gestantes alrededor de la semana 37, momento en el cuál se les da cita para iniciar los tests basales. Será entonces cuando proporcionemos un pequeño dossier informativo más adelante será comentado)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 6.1 AUMENTAR LA SATISFACCION DE LA GESTANTE/PAREJA EN LO REFERENTE AL PARTO

6.2 DISMINUIR MIEDOS INFUNDADOS CON RESPECTO AL TRABAJO DE PARTO

6.3 AUMENTAR LA CONFIANZA HACIA EL EQUIPO OBSTETRICO

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

Se elaborará un dossier informativo que contenga, al menos, los siguientes puntos:

- 1.PRESENTACION DEL SERVICIO (Descripción física del mismo así como los profesionales que lo componen)
- 2.EXPLICACION DE CUÁNDO ACUDIR AL HOSPITAL (signos de parto, signos de alarma...etc)
- 3.EL INGRESO EN LA UNIDAD
- 4.RECURSOS A DISPOSICION DE LA GESTANTE EN EL TRABAJO DE PARTO
- 5.ALIVIO DEL DOLOR
- 6.EL PAPEL DE LA PAREJA
- 7.ACTUACION ANTE EL PARTO DE BAJO RIESGO
- 8.CONTACTO PIEL CON PIEL E INICIO PRECOZ DE LACTANCIA MATERNA
- 9.CUIDADOS BASICOS DEL PUERPERIO
- 10.ENCUESTA DE SATISFACCION A ENTREGAR AL ALTA

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 8.1 N° CARPETAS ENTREGADAS / N°PARTOS TOTALES

8.2 N° ENCUESTAS RECIBIDAS / N° CARPETAS ENTREGADAS

8.3 GRADO DE SATISFACCION DE LA MUJER (reflejado en la encuesta)

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud - 2010

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 147

1. TÍTULO

PROPORCIONAR INFORMACION A LAS GESTANTES A TERMINO QUE DAN A LUZ EN NUESTRO SERVICIO SOBRE LOS RECURSOS A SU DISPOSICION EN EL AREA DE PARTOS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. MARZO 2010: Creación de grupos de trabajo para elaborar los distintos apartados de la carpeta así como para la encuesta.  
MAYO 2010 : Comenzará la entrega de carpetas a las gestantes a término que acudan a citación de test basa  
En estas fechas se colocará un buzón para recogida de encuestas en la planta de puérperas.  
SEPTIEMBRE 2010: Primera evaluación del proyecto  
DICIEMBRE 2010: Evaluación final

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· IMPRESORA LASER COLOR .....	500 €
· DOS TONER .....	200 €
· 500 CARPETAS .....	500 €
· BUZON .....	20 €
· MATERIAL PAPELERIA .....	50 €
Total .....	1.270 €

11. OBSERVACIONES.

## 1. TÍTULO

### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

194

#### PREVENCIÓN DE ERRORES RELACIONADOS CON EL USO DEL MEDICAMENTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

##### 2. RESPONSABLE ..... NIEVES SERRANO MISLATA

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. FARMACIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

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

MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS-FARMACÉUTICA-DIRECCIÓN AP SECTOR ALCAÑIZ - SERVICIO FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA  
SARA ZAFORAS SÁNCHEZ - ENFERMERA - HOSPITAL DE ALCAÑIZ - TRAUMATOLOGÍA  
CARMEN ARAGONÉS VILLANUEVA - ENFERMERA - HOSPITAL DE ALCAÑIZ - SERVICIO DE FARMACIA  
JUAN HERNÁNDEZ COCERA - ENFERMERO - HOSPITAL DE ALCAÑIZ - SERVICIO DE FARMACIA  
MARÍA LAHOZ ROMEO - ENFERMERA - HOSPITAL DE ALCAÑIZ - SERVICIO DE FARMACIA  
ANA PILAR VIDAL MESEGUER - ENFERMERA - HOSPITAL DE ALCAÑIZ - SUPERVISORA DE CALIDAD  
JOSÉ MARÍA TURÓN ALCAINE - MÉDICO - DIRECCIÓN AP SECTOR ALCAÑIZ - RESPONSABLE CALIDAD SECTOR ALCAÑIZ

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En el momento actual nos encontramos en la fase final de la elaboración del proceso de hospitalización del Hospital de Alcañiz para el que se han registrado y/o elaborado procedimientos operativos, instrucciones técnicas y formatos. Uno de los documentos pendientes es un procedimiento de farmacia que garantice el uso seguro del medicamento en nuestro hospital. Aunque hasta ahora no ha existido un registro de notificación voluntaria de detección de incidentes relacionados con los medicamentos, de forma cualitativa, la impresión de las enfermeras que participan en el grupo de trabajo es que no es infrecuente la aparición de incidentes relacionados con determinados fármacos. A diferencia de otros hospitales del SALUD no disponemos de sistemas de prescripción electrónica ni nuestra estructura informática los podría soportar en este momento. En tanto esta estructura llega, nos planteamos la detección y prevención de errores de utilización de medicamentos mediante el diseño de un procedimiento específico

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

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Conocer cuales son los medicamentos que más frecuentemente están implicados en la aparición de eventos adversos en nuestro hospital.

- Diseñar un procedimiento operativo para facilitar el uso seguro de medicamentos, que incluya al menos las actividades de selección, prescripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos.
- Reducir los eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos en nuestro hospital.
- Conciliar la medicación del paciente en la transición entre niveles asistenciales (Atención Especializada y Atención Primaria)

##### 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño de sistema de notificación informática voluntaria de detección de incidentes relacionados con los medicamentos.

Evaluación cualitativa de los incidentes relacionados con medicamentos más frecuentes de nuestro hospital a cargo de grupo de trabajo: Brainstorming + Diagrama de Ishikawa

Diseño de procedimiento operativo mediante diagrama de flujo y análisis modal de fallos y errores a partir del listado que nos proporcione la evaluación cualitativa del grupo de trabajo:

- Relacionar causas- fallo-efecto del fallo-posibilidad de control
- Cálculos de índice de prioridad de riesgo
- Incorporación de estrategias de prevención de errores en el procedimiento y estrategias de control posibles



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 194

**PREVENCIÓN DE ERRORES RELACIONADOS CON EL USO DEL MEDICAMENTO EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Reducción de incidentes relacionados con los medicamentos más problemáticos a partir del sistema de notificación voluntaria.

Los que puedan resultar a partir del procedimiento operativo realizado una vez terminado su diseño

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Comenzaríamos una vez terminado el proceso de hospitalización (estimamos Junio 2010) para desarrollarlo completamente en Junio de 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Licencia de Software: Infowin .....	1.400 €
· dos impresoras de color .....	130 €
Total .....	1.530 €

11. OBSERVACIONES.

1. TÍTULO

**PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS NOSOCOMIALES EN PACIENTES TRATADOS CON OXIGENO-TERAPIA O AEROSOL-TERAPIA**

2. RESPONSABLE ..... ANA VIDAL MESEGUER  
· Profesión ..... ENFERMERIA  
· Centro ..... HOSPITAL DE ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. PREVENTIVA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CARMEN ARAGONES VILLANUEVA-ENFERMERA-HOSP ALCAÑIZ-TRAUMA  
MANUELA ALQUEZAR CIVERA-ENFERMERA-HOSP ALCAÑIZ-MED INTERNA  
SARA ZAFORAS SANCHEZ-ENFERMERA-HOSP ALCAÑIZ-TRAUMA  
JOSE ANGEL DELGADO PASCUAL-ENFERMERO-HOSP ALCAÑIZ-INTERNA  
MARIA LAHOZ ROMEO-ENFERMERA-HOSP ALCAÑIZ-INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se ha encontrado, en el último año, un aumento de la incidencia de infecciones respiratorias nosocomiales en el EPINE del Hospital de Alcañiz. Se han identificado como posibles causas la ausencia de un procedimiento escrito de oxígeno-terapia y aerosol-terapia que evite, entre otros, la aparición de potenciales problemas relacionados con su administración, y con la conservación y manejo de los equipos y accesorios por el propio paciente y/o su familia

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Reducir la incidencia de infecciones respiratorias nosocomiales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Diseño de unas instrucciones técnicas de oxígeno-terapia aerosol-terapia para su manejo en enfermería, e instrucciones para los pacientes.  
Diseño e implantación de un plan de mantenimiento de los compresores de aerosol-terapia según las especificaciones de los manuales técnicos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Verificación de la implantación y manejo de las instrucciones técnicas por parte del personal de enfermería.  
- Verificación del cumplimiento del mantenimiento de los equipos mediante unos registros.  
- Comparación de las tasas de infección respiratoria nosocomial antes y después de la implantación de este proyecto mediante el EPINE

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diseño Abril/Mayo 2010  
Aplicación Mayo 2010-2011  
Reevaluación Mayo 2011

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.  
· 10 Compresores para nebulización ..... 2.500 €  
· 20 soportes para compresor ..... 200 €  
Total ..... 2.700 €

11. OBSERVACIONES.