

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

**PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014**

Número de proyectos: 31 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	MERINO LABORDA JOAQUIN	33	ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES EN EL AMBITO RURAL DE ATENCION PRIMARIA
CA	AP	CS ARIZA	BERNAD HERNANDO SONIA	183	CONSOLIDACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA. MEJORANDO LA SATISFACCION DEL USUARIO
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARQUETA GIMENO MARIA ANGELES	291	INICIACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE MORATA DE JALON-SECTOR CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD	BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa	361	IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL AUTOCONTROL DE GLUCEMIA CAPILAR – CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE
CA	AP	DAP CALATAYUD	PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR	239	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD	SAINZ MONTANER MARIA NADELA	243	GESTIÓN Y CONTROL DE ALMACENES DE FUNGIBLES Y DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD EN EL SECTOR DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ARANDA LASSA JOSE MANUEL	161	PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR UROLOGICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	CASANOVA CARTIE NATALIA	208	EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE LAS TELEVISIONES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	DE LA FUENTE SANJUAN ANA	386	OPTIMIZACIÓN DE LAS EXTRACCIONES SANGUÍNEAS EN EL SECTOR DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA	113	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA APLICACION WEB (GESCAL) PARA LA GESTION DE LOS REGISTROS REQUERIDOS POR LA NORMA ISO 9001:2008 EN EL SECTOR DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	FARRER VELAZQUEZ MANUEL	389	MEJORA DE LA INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EMBARAZADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GALLEGO VELA SANTIAGO	391	HOMOGENEIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS DEL SERVICIO DE PEDIATRIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GARCIA GARCIA MARIA DEL CARMEN	392	MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE AMBULATORIO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	371	MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	JIMENEZ IHUARBEN CARMEN	455	TRAZABILIDAD DEL LAVADO DE LOS MATERIALES QUIRÚRGICOS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	LAMARCA BALLESTERO MARTA	467	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE VIAS CLINICAS PARA LAS ACTUACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL O HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH-CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	LOSFABLOS CALLAU FRANCISCO	1	MEJORAR EL RENDIMIENTO DIAGNOSTICO DE LAS PUNCIONES TIROIDEAS CON AGUJA FINA ECODIRIGIDAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	MARTINEZ DELGADO ROBERTO	71	PROTOCOLO CALIDAD DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE DEL TUMOR VESICAL SUPERFICIAL DE ALTO RIESGO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	MENES LANASPA JAVIER	398	MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PARTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	ORTIZ ENCISO MARTA	491	OPTIMIZACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO PARA CIRUGÍA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	REBOLLO GONZALEZ SARAI	245	USO DEL ACIDO TRANEXAMICO COMO HEMOSTATICO LOCAL EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	RIAGUAS ALMENARA ANA	211	PREVENCIÓN DE LA NEFROPATÍA POR CONTRASTE YODADO ADMINISTRADO EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SAEZ VALERO EDUARDO	377	PROTOCOLO DE DOLOR TORACICO DE BAJO RIESGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	294	IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA FRACTURA DE COLLES OSTEOPOROTICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SENCIANES CARO ROCIO	298	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL COMARCAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	SUAREZ BROTO MIGUEL ANGEL	147	ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	URDAZ HERNANDEZ MARTHA	302	PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	VALLEJO GUERRERO MARIA ASCENSION	209	MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	VICENTE ITURBE CRISTINA	394	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA, PREPARACIÓN Y DISPENSACION DE LA FARMACOTERAPIA INTRAVENOSA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH	YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD	288	CALIDAD ASISTENCIAL Y TIEMPOS DE ADMINISTRACION IV EN URGENCIAS, EN NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD( NAC)

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 31 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
CA	HOSP	HERNEST LLUCH	ZUIL MARTIN MARCOS	355	MEJORA DE LA GESTION EN LA PETICIÓN DE POLIGRAFÍAS HOSPITALARIAS A PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

033

## 1. TÍTULO

**ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES EN EL AMBITO RURAL DE ATENCION PRIMARIA**

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON  
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· DE LA OSA FONDON JUAN JOSE. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA  
· PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA  
· PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA. ENFERMERO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. NUESTRA ZONA DE ACTUACION ES UN AREA RURAL CON TRECE CONSULTORIOS LOCALES, Y CON CARACTERISTICAS POBLACIONALES DIFERENCIADAS.

SE HA DETECTADO AL ANALIZAR LAS HOJAS DE REGISTRO DE STOCK DE LOS DISTINTOS BOTIQUINES, UN EXCESO DE PRODUCTOS QUE DEBEN SER RETIRADOS POR CADUCIDAD SIN SER UTILIZADOS, EN ESPECIAL EN AQUELLOS CONSULTORIOS DE MENOR POBLACION. LA CAUSA ES QUE EXISTE UN UNICO STOCK QUE SE APLICA A TODOS LOS CONSULTORIOS INDEPENDIEMENTE DE SUS CARACTERISTICAS.

SE PLANTEA LA NECESIDAD DE ADECUAR EL STOCK DE BOTIQUIN A LAS NECESIDADES REALES LO QUE CONLLEVARIA UNA MEJOR GESTION DE LOS RECURSOS.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. ADECUAR MEDIANTE UN SISTEMA DE GESTION DE BOTIQUIN MAS EFICIENTE, LOS RECURSOS A LAS NECESIDADES REALES.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. CONOCER LA OPINION DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL MEJOR METODO DE GESTION (ALMACEN, MALETIN O COMBINADO)

2. REALIZAR GRUPO DE TRABAJO, QUE ANALICE Y DELIMITE LAS NECESIDADES REALES DE CADA CONSULTORIO, BASADO EN DATOS DE CONSUMO PREVIOS Y ELABORAR EL STOCK MINIMO DE CADA UNO DE ELLOS.

3. COMO RESPONSABLES SE DESIGNA A LOS CUATRO MIEMBROS DEL EQUIPO DE GESTION DE CALIDAD QUE SE REUNIRAN CON EL RESTO DE MIEMBROS DEL EQUIPO.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. NUMERO DE FARMACOS DESECHADOS POR CADUCIDAD EN CADA CONSULTORIO DE FORMA TRIMESTRAL.

PARA SU MONITORIZACION, SE DESARROLLARA UNA NUEVA HOJA DE REGISTRO COMPLEMENTARIA A LA EXISTENTE EN LA QUE DE FORMA NOMINAL Y NUMERICA SE RECOGERAN LOS FARMACOS DESECHADOS.

2. NUMERO DE INCIDENCIAS POR ROTURA DE STOCK EN CADA CONSULTORIO. MONITORIZACION CON HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. FECHA INICIO: 22 ABRIL 2014  
FECHA FINAL 30 ABRIL 2015

ABRIL-MAYO. ELABORACION DE ENCUESTA PARA CONOCER LAS PREFERENCIAS DE LOS PROFESIONALES Y DETECTAR OTRAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.

MAYO-JUNIO: ANALISIS DE DATOS

JULIO-OCTUBRE: REUNIONES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE GESTION DE CALIDAD CON LOS RESPONSABLES DE CADA CONSULTORIO PARA ANALIZAR CARACTERISTICAS PROPIAS.

NOVIEMBRE: ELABORACION DE NUEVOS STOCKS.

DICIEMBRE: IMPLANTACION DE LOS NUEVOS STOCKS.

HASTA ABRIL DE 2015, CONTROL MENSUAL DE DEVOLUCIONES POR CADUCIDAD Y ROTURAS DE STOCK.

DESDE ENTONCES MONITORIZACION TRIMESTRAL DE LOS DATOS

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

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

033

**ADECUACION DEL CONTENIDO DE LOS BOTIQUINES DE CONSULTORIOS LOCALES EN EL AMBITO RURAL DE ATENCION PRIMARIA**

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. ....                       | 4 Mucho    |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

183

## 1. TÍTULO

**CONSOLIDACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA. MEJORANDO LA SATISFACCION DEL USUARIO**

2. RESPONSABLE ..... SONIA BERNAD HERNANDO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... CS ARIZA
  - Localidad ..... ARIZA
  - Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- MATEO MORENO PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS ARIZA. ADMISION Y DOCUMENTACION
  - NEGREDO HERNANDEZ EVA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
  - RAMOS LOBERA JOSE LUIS. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
  - GOMEZ LLORENS CARMEN. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
  - BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
  - GIMENO CABELLO M PILAR. MEDICO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el año 2013 nos planteamos la reactivación del Consejo de Salud de Zona, para mejorar la comunicación entre los distintos estamentos sociales de la zona y el centro de salud y plantear estrategias comunes en la resolución de los problemas que pudieran surgir en la comunidad. Durante todo este tiempo se han mantenido reuniones primero informales y después ya constituido el Consejo de Salud de forma reglada según el Reglamento elaborado y aprobado, la aprobación de este Reglamento se retrasó más de lo previsto dado el apoyo que precisamos para la adaptación de algunos artículos de la normativa general a nuestra zona.

A pesar del interés mostrado inicialmente tanto por participantes comunitarios como por el personal del centro de salud hemos observado un descenso en la asistencia a dichas reuniones por lo que creemos que es necesario un nuevo impulso para consolidar dicho órgano de participación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. 1. ADAPTACION DE LA NORMATIVA GENERAL AL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA: ADAPTADO Y APROBADO POR EL SALUD.

2. APROBACION DEL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE SALUD DE ARIZA: APROBADO EN LA PRIMERA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD.

3. ELECCION DE LOS REPRESENTANTES DEL EAP QUE PARTICIPARAN EN EL CONSEJO DE FORMA FIJA: DÑA PILAR MATEO, DR RAMOS, DÑA EVA NEGREDO Y DRA BERNAD.

4. ENVIO DE CARTAS A LOS ALCALDES PARA CONVOCARLES A UNA REUNION SOBRE LA FORMACION DEL CONSEJO Y ELECCION DEL SISTEMA PARA NOMBRAR REPRESENTANTES DE DISTINTAS AREAS SOCIALES: CARTAS ENVIADAS Y REUNIÓN REALIZADA.

5. REALIZACION DE REUNION PARA CONSTITUCION DEL CONSEJO: REALIZADA.

6. CONVOCAR REUNIONES DEL CONSEJO DE SALUD AL MENOS CADA TRIMESTRE CON LA ASISTENCIA ROTATORIA DE OTROS MIEMBROS DEL EAP: LAS REUNIONES SE HAN REALIZADO PERO CON UN DESCENSO EN LA ASISTENCIA DE SUS MIEMBROS, HAY MIEMBROS QUE NO HAN ACUDIDO SALVO A LA REUNIÓN INICIAL Y NO HAN JUSTIFICADO SUS AUSENCIAS, NO TODOS LOS MIEMBROS DEL EAP HAN PARTICIPADO EN EL CONSEJO DE SALUD.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. 1. REALIZAR UNA REUNION DEL CONSEJO RECORDANDO EL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE SALUD DE ARIZA.

2. REALIZAR UN REUNION DEL CONSEJO DE SALUD DE ARIZA BUSCANDO CAUSAS DEL DESCENSO DE PARTICIPACION EN DICHO ORGANIZACION: HORARIOS DE REUNIONES, LUGAR DE REUNION, NECESIDAD DE REALIZAR CONVOCATORIAS CON MAYOR ANTELACION, PERDIDA DEL INTERES DE ALGUNOS MIEMBROS POR PARTICIPAR EN EL CONSEJO, DECEPCION CON LAS ESPECTATIVAS GENERADAS...

3. BUSQUEDA DE SOLUCIONES EN FUNCION DE LAS CAUSAS DETECTADAS.

4. PARTICIPACION DE OTROS MIEMBROS DEL EAP EN ALGUNA DE LAS REUNIONES DEL CONSEJO.

5. REPLANTEAMIENTO DE LA COMPOSICION DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DE SALUD SI ES NECESARIO.

6. REALIZACION DE AL MENOS UNA REUNION POR TRIMESTRE.

7. ELABORACION DEL ACTA DE DICHAS REUNIONES Y ENVIO A LOS MIEMBROS DEL CONSEJO.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. PARTICIPLE1. ABRIL DE 2014: REUNION DEL CONSEJO DE SALUD RECORDANDO EL REGLAMENTO DE DICHO ORGANIZACION. DRA. BERNAD

2. ABRIL DE 2014: REUNION DEL CONSEJO DE SALUD PARA BUSCAR CAUSAS DEL DESCENSO EN LA PARTICIPACION MEDIANTE UNA LLUVIA DE IDEAS. DRA BERNAD, DR RAMOS, DÑA EVA NEGREDOY DÑA PILAR MATEO.

3. JUNIO 2014: REUNION DEL CONSEJO DE SALUD PARA PROPONER SOLUCIONES EN FUNCION DE LAS CAUSAS DETECTADAS PARA LA BAJA PARTICIPACION. TECNICA DE GRUPO FOCAL. DRA BERNAD, DR RAMOS, DÑA EVA NEGREDOY DÑA PILAR MATEO.

4. JULIO 2014 - DICIEMBRE 2014: IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS ACORDADAS. DRA BERNAD, DR RAMOS, DÑA EVA NEGREDOY DÑA PILAR MATEO.

5. PARTICIPACION DE OTROS MIEMBROS DEL EAP EN AL MENOS UNA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD AL AÑO. DRA BERNAD, DR RAMOS, DÑA EVA NEGREDOY DÑA PILAR MATEO.

6. REALIZACION DE AL MENOS UNA REUNION DEL CONSEJO AL TRIMESTRE. DRA BERNAD, DR RAMOS, DÑA EVA NEGREDOY DÑA PILAR MATEO.

7. ELABORACION DEL ACTA DE DICHAS REUNIONES Y ENVIO A LOS MIEMBROS DEL CONSEJO. DRA BERNAD Y DÑA PILAR MATEO.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

183

**CONSOLIDACION DEL CONSEJO DE SALUD DE LA ZONA DE ARIZA. MEJORANDO LA SATISFACCION DEL USUARIO**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1. REALIZACION DE REUNION RECORDANDO EL REGLAMENTO DEL CONSEJO DE SALUD DE ARIZA Y LLUVIA DE IDEAS DE CAUSAS DEL DESCENSO EN LA PARTICIPACION: SI/ NO.  
2. PROPUESTA DE SOLUCIONES PARA AUMENTAR LA PARTICIPACION: SI/NO.  
3. IMPLEMENTACION DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS: SI/NO.  
4. PARTICIPACION DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EAP EN ALGUNA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD: VALIDO 80% DE LOS MIEMBROS.  
5. REALIZACION DE UNA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD AL TRIMESTRE: SI/NO.  
6. REDACCION DEL ACTA Y ENVIO A LOS MIEMBROS DEL CONSEJO: SI/ NO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO ABRIL DE 2014 FINALIZACION EN DICIEMBRE DE 2014.  
EVALUACION INTERMEDIA : OCTUBRE 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Participación comunitaria

## 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. ....            | 2 | Poco     |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 3 | Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 | Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 | Bastante |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

## 1. TÍTULO

**INICIACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE MORATA DE JALON-SECTOR CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARQUETA GIMENO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS MORATA DE JALON
- Localidad ..... MORATA DE JALON
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CASAÑAL QUINTANA GONZALO. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
- NAYA MATEU YOLANDA. MEDICO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
- MARIN LAZARO RAQUEL. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
- TEJEDOR SANJOSE MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
- SOS ROYO BERTA. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
- CEBOLLA POLA MARCOS. ENFERMERO/A. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA
- BAYONESTA BRUSEL MARIA JOSE. PERSONAL ADMINISTRATIVO. CS MORATA DE JALON. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Ante la propuesta por parte de la Dirección de Atención Primaria de Calatayud de adherirse al proyecto ISO 9001 para Equipos de Atención Primaria, el EAP de Morata de Jalón aceptó participar, después de un análisis de la situación a nivel de nuestro equipo.

Conscientes de todas las ventajas que tienen los equipos integrados en dicho proyecto a nivel de nuestro sector, mejor compromiso de los miembros del EAP, mejor comunicación interna y con la dirección, mejor gestión y control de almacenes de fungibles y de botiquines de medicamentos, un mejor control y gestión de mantenimiento de equipos e instalaciones y mejor cumplimiento de los indicadores del acuerdo de gestión, hemos empezado junto a la responsable de calidad de Atención primaria las actividades para la consecución de la norma ISO 9001 desde enero de 2014.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Elaborar el manual de acogida para facilitar a los nuevos profesionales fijos o eventuales toda la información sobre el equipo y sus actividades.

- Implicar a todos los miembros del equipo en el desarrollo de este proyecto, asignando a cada proceso un responsable.
- Capacitación del personal implicado en el proyecto mediante Sesiones formativas.
- Implementación de los procedimientos (almacenes y botiquines, urgencias, formación, CV, mantenimiento de equipos e instalaciones, admisión, esterilización, análisis de indicadores y objetivos) puesta en marcha de los registros requeridos por la norma.
- Auditoría interna.
- Revisión por la dirección.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración del Manual de Acogida.

- Asignar un responsable a cada proceso.
- Impartir sesiones formativas para capacitar a las personas implicadas en el proyecto, en las cuales se presentará la documentación del sistema elaborado a nivel I y II.
- Fijar el cronograma de implantación de cada procedimiento operativo y sus registros relacionados.
- Realizar la auditoría Interna para comprobar el grado de implantación de la norma ISO 9001 y para identificar oportunidades de mejora.
- Revisión por la dirección correspondiente al año 2014

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - La Auditoría interna verificará el grado de implantación de la norma ISO 9001 (Manual de acogida, implantación de registros, etc.).

- Nº incidencias registradas: > 80
- Nº de No conformidades abiertas y cerradas que tiene como origen las incidencias registradas.
- Nº de registros cumplimentados
- Revisión por la Dirección: evaluará el grado de implantación de la norma ISO 9001 al año de implantación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: enero 2014

Finalización: enero 2015

- Elaboración Manual de Acogida: marzo-abril 2011
- Talleres formativos: abril 2014 a mayo 2014 y de septiembre 2014 a diciembre 2014
- Implantación de procedimiento de gestión de almacenes y botiquines: abril a junio 2014
- Reuniones mensuales del EAP con el responsable de calidad en AP para coordinación del proyecto.
- Auditoría interna: abril- mayo 2014
- Revisión por la dirección: enero 2015

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

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

291

**INICIACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA CERTIFICACION ISO 9001 EN EL EAP DE MORATA DE JALON-SECTOR CALATAYUD**

.TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

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. ....	4	Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ...	3	Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ....	4	Mucho



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

361

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL AUTOCONTROL DE GLUCEMIA CAPILAR – CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE**

## 2. RESPONSABLE ..... WAFI BEN CHEIKH EL AAYUNI

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... DAP CALATAYUD
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- TORCAL CASADO MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- LABORDA HIGES FATIMA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- SANCHEZ REMACHA BLANCA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- FENERO ALLUE BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- PONCE LAZARO M JOSEFA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- GIL MOSTEO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- VALERO ARNAL DIANA. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud, se emitió una instrucción de 21 de mayo de 2013, por la que se regula la distribución, suministro y control del consumo de tiras reactivas para la medición de glucemia capilar (TRGC) en personas con diabetes, a los Equipos de Atención Primaria, todo ello conforme a los criterios establecidos en el "Protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar", que regula esta frecuencia según el tipo de paciente, el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.

En nuestro equipo hemos elaborado un proyecto de mejora para facilitar, monitorizar y evaluar la implantación de este protocolo.

La implantación de este protocolo es una buena oportunidad para la revisión de las indicaciones de todos los pacientes, la depuración de las fichas de los pacientes de tiras reactivas y la creación de una base de datos con información básica, a la espera de la instalación en OMI de un enlace a un programa informático específico para la gestión, control del suministro y consumo de las tiras reactivas para la medición de glucemia capilar.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Creación de la base de datos con los datos básicos de consumo de tiras (nombres y apellidos del pacientes, medico, tipo de diabetes, tipo de tiras, nº de tiras indicadas, fecha de indicación, fecha de recogida de tiras).
- Actualización de todas las prescripciones de TRGC al año de implementación del protocolo (finales mayo), excluyendo al pacientes mal controlado que consta que no realiza o no puede realizar autoanálisis.
  - La mejora del control y la dispensación de tiras reactivas.
  - La mejora el conocimiento de los pacientes diabéticos del valor del autocontrol.
  - El aumento de la satisfacción de los pacientes mediante la adecuación del autoanálisis a los objetivos terapéuticos.
  - La reducción del gasto farmacéutico al año de implementación del protocolo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Crear la base de datos con los datos básicos de consumo de tiras (nombres y apellidos del pacientes, medico, tipo de diabetes, tipo de tiras, nº de tiras indicadas, fecha de indicación, fecha de recogida de tiras), a partir de las fichas en soporte papel de cada paciente.
- Cada enfermera se encargará de revisar y actualizar los datos recogidos en la base de datos correspondiente a su cupo y emitirá una nueva prescripción manteniendo o cambiando el número de tiras correspondiente según las recomendaciones recogidas en el protocolo.
  - Se entregará a los pacientes un tríptico con información útil sobre el autoanálisis de la glucemia capilar.
  - Se realizará una encuesta a los pacientes para evaluar su satisfacción tras la implantación del protocolo.
  - Evaluación trimestral del gasto farmacéutico en TRGC.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Porcentaje de pacientes sin actualización de prescripción de TRGC: trimestral. (Se remitirá dicho datos a cada enfermera). Evolución continua hasta alcanzar el objetivo.

2- Nº Reuniones realizadas para analizar la evolución del porcentaje de pacientes sin actualización de prescripción de TRGC, del gasto farmacéutico en TRGC.

3- Reunión final para la evaluación de los resultados de la encuesta de satisfacción de los pacientes y del gasto en tiras. Octubre 2014.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: octubre 2013

Finalización: octubre 2014

- Crear la base de datos con los datos básicos de consumo de tiras: octubre 2013
- Cada enfermera se encargará de revisar y actualizar los datos recogidos en la base de datos: diciembre 2013- febrero 2014
- Se entregará a los pacientes un tríptico con información útil sobre el autoanálisis de la glucemia capilar: febrero 2014 - mayo 2014
- Se realizará una encuesta a los pacientes para evaluar su satisfacción tras la implantación del protocolo. Mayo 2014
- Puesta en marcha de acciones de mejora: febrero 2014- octubre 2014
- Evaluación del gasto farmacéutico: trimestral durante 2014.

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

361

**IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL AUTOCONTROL DE GLUCEMIA CAPILAR – CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE**

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. .

## POBLACIÓN DIANA

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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

239

**PROCESO DE ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR PASCUAL GUTIERREZ

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... DAP CALATAYUD
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CLEMENTE SALA ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ESTERILIZACION
- BUENO PASCUAL MARGARITA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- VICEN MONTESINOS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- BLAS GABARDA JESUS. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
- TORRIJO SOLANAS ROBERTO. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
- BERNAL GARCIA MARIA PILAR. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La esterilización del material sanitario requiere unos controles de calidad que validen y garanticen de manera continuada la eficacia del proceso y que deben ser implantados de forma sistemática en Atención Primaria.

En los Centros de Atención Primaria del sector de Calatayud, los profesionales responsables de la esterilización disponen de un procedimiento de esterilización, no obstante, no está actualizado. De otro lado, los registros de control de la calidad (físicos, químicos y biológicos) son distintos en los centros incluidos en el proyecto ISO 9001 y en los demás centros.

Conscientes de la importancia y la necesidad del control y la mejora continua del proceso de esterilización de material sanitario, la dirección de Atención Primaria y la Central de Esterilización del Sector de Calatayud, asumen el diseño del proceso de esterilización del material sanitario en atención primaria, asegurando de esta manera la seguridad del paciente y previniendo efectos adversos relacionados con este proceso.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Diseñar el proceso de esterilización y desinfección del material sanitario en atención primaria para todos los equipos según la norma ISO 9001.

- Disponer de un inventario de los autoclaves de todos los centros de salud.
- Informatizar el registro de control de la calidad de esterilización mejorando la comunicación entre la central de esterilización y los centros de Atención Primaria.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Diseñar el proceso de esterilización del material sanitario en los Centros de atención primaria (incluyendo las instrucciones de actuación ante el material que precisa desinfección y el material que precisa esterilización).

- Elaborar el inventario de los autoclaves de todos los centros de salud (centro de salud, nº de inventario, ubicación, marca, modelo, nº de series, estado)
- Impartir sesiones formativas al personal responsable de este proceso, en colaboración con el personal de la Central de Esterilización del Hospital de Calatayud.
- Homogeneizar e informatizar el registro de control de la calidad de esterilización en todos los centros de Atención Primaria.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de centros que implementan el proceso. Objetivo: = 90%

- Porcentaje de sesiones formativas realizadas: Objetivo: = 100%
- Porcentaje de controles semanales realizados por cada autoclaves : Objetivo: = 100%
- Porcentaje de ciclos con control biológico correctamente registrado. Objetivos: = 90

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realizar el inventario de los autoclaves : abril 2014.

- Definir el proceso: abril - junio
- Crear el registro informatizado de control de la calidad de esterilización: julio - agosto
- Sesiones formativas: septiembre
- Implementar proceso y sistema de registro: septiembre - diciembre
- Propuesta de nuevas acciones de mejora: junio a diciembre
- Evaluación: diciembre

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- 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. .... 3 Bastante
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. .... 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

239

**PROCESO DE ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE CALATAYUD**

- 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

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

243

**GESTIÓN Y CONTROL DE ALMACENES DE FUNGIBLES Y DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA NADEIA SAINZ MONTANER

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... DAP CALATAYUD
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UNIDAD TECNICA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- NEGREDO HERNANDEZ EVA. ENFERMERO/A. CS ARIZA. ATENCION PRIMARIA
- BUENO TABERNERO ANTONIO. ENFERMERO/A. CS ATECA. ATENCION PRIMARIA
- TORCAL CASADO MARIA ROSARIO. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD NORTE. ATENCION PRIMARIA
- SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. CS CALATAYUD SUR. ATENCION PRIMARIA
- HUERTAS BADOS MARIA LUISA. ENFERMERO/A. CS SAVIÑAN. ATENCION PRIMARIA
- PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. CS ILLUECA. ATENCION PRIMARIA
- PASCUAL GUTIERREZ MARIA FLOR. ENFERMERO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los Servicios de Farmacia de Atención Primaria de Aragón han trabajado en los últimos años en el desarrollo y elaboración del mapa de procesos de los "Servicios de Farmacia de Atención Primaria" y en el desarrollo específico de alguno de los procesos, para identificar oportunidades de mejora.

Dentro del mapa de procesos diseñado para los Servicios de Farmacia se identificaron varios procesos operativos, uno de ellos es el de "Gestión de los Medicamentos de los Botiquines de los Equipos de Atención Primaria", este proceso tiene una elevada repercusión sobre la atención prestada a los pacientes por los Equipos de Atención Primaria como garantía la seguridad y de calidad de los medicamentos disponibles en los equipos con la consiguiente satisfacción tanto por parte del personal facultativo y de enfermería como de los propios pacientes.

El desarrollo de este proceso permitirá mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos de urgencia en los equipos de atención primaria así como el estado de conservación y almacenamiento de éstos, prestando especial atención a los medicamentos termolábiles debido a la sensibilidad de los mismos a las condiciones de almacenamiento. Para garantizar la seguridad de la atención de los pacientes es necesario que se consideren y controlen los distintos puntos donde se pueden almacenar los medicamentos: almacén, sala de urgencias, maletín de urgencias, carro de paradas y consultorios locales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Implantación de los Procedimientos Operativos: "GESTIÓN DE LOS ALMACENES DE FUNGIBLES EN LOS CENTROS DE SALUD" y "CONTROL Y GESTIÓN DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD" elaborados dentro del proyecto de la ISO 9001, en los Centros de Salud no incluidos en dicho proyecto.

- Disminuir la variabilidad en la gestión de los medicamentos y los fungibles de los botiquines en los distintos equipos de atención primaria del Sector Calatayud.
- Garantizar la disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos de urgencia en óptimas condiciones de uso en el almacén como en la sala de urgencias, consultorios locales, maletín de urgencias y carro de paradas en los Equipos de Atención Primaria del Sector Calatayud.
- Fomentar la implicación de todos los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en la gestión de los medicamentos de urgencia.
- Mejorar la seguridad del paciente.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1º. Difusión de los procedimientos a los Equipos de Atención Primaria a través de los responsables del almacén de los mismos en el que se explique los puntos claves a controlar:

- Almacén
- Sala de urgencias
- Consultorios locales
- Carro de paradas
- Maletín de urgencias

En el marco de la reunión se distribuirán:

- ? Listados de existencias mínimas en carro de paradas y maletín de urgencias
- ? Calendario de actividades de control para el carro de paradas y maletín de urgencias
- ? Registros de control de caducidades para el almacén, sala de urgencias, consultorios y carro de paradas-maletín de urgencias
- ? Registros de control de condiciones de almacenamiento.
- ? Registro de control de temperaturas.

Responsables: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud) y Flor Pascual (Directora de Enfermería de AP del Sector Calatayud).

2º Implantación y desarrollo de los procedimientos en los EAP

Responsable: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud)

3º Recepción de los registros cumplimentados por los EAP a final de año.

Responsable: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud)

4º Evaluación de los resultados y propuestas de mejora a nivel de equipo y a nivel de sector.

Responsable: Nadeia Sainz Montaner (FAP Sector Calatayud)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

243

## 1. TÍTULO

**GESTIÓN Y CONTROL DE ALMACENES DE FUNGIBLES Y DE LOS BOTIQUINES DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS DE SALUD EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Nº de revisiones de caducidades al año por EAP: Estándar: 6  
Nº revisiones de stock en sala de urgencias al año por EAP: Estándar: 25  
Nº revisiones del carro de paradas por EAP: Estándar :7  
Nº de no-conformidades en el registro de temperatura de las neveras.  
% de EAP que cumplen el estándar de cada una de las revisiones preestablecidas. Estándar >60

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: ABRIL 2014

FINALIZACIÓN: DICIEMBRE 2014

- Indicar el calendario de las actividades previstas
- Difusión de los procedimientos en los centros de salud: abril-mayo
- Implantación y desarrollo de los procedimientos en los EAP: junio - septiembre
- Auditoría interna de almacenes y botiquines: noviembre
- Evaluación de los resultados y propuestas de mejora a nivel de equipo y a nivel de sector: diciembre

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. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 3 Bastante |
| 2. Disminuir 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

161

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR UROLOGICA**

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL ARANDA LASSA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MARTINEZ DELGADO ROBERTO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- LOZANO ENGUITA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Anualmente en el hospital Ernest Lluch se realizan aproximadamente 150 cirugías urológicas menores, preferentemente circuncisiones y vasectomías. Se trata de pacientes que son evaluados en consultas externas de urología y a los que se les hacen recomendaciones verbales preoperatorios, así como postoperatorias. Pero no siempre los pacientes hacen caso de las mismas, por olvido o desconocimiento de aspectos obvios, generando segundas consultas, acudiendo a los centros de urgencias innecesariamente...

Hemos entendido como una oportunidad de mejora la transcripción de las recomendaciones. Esta transcripción escrita evitaría al paciente ser valorado en Atención Especializada a las 24h de la cirugía, como venía haciéndose en algunos casos, pudiendo ser evaluado en la consulta de enfermería de Atención Primaria. También supone una buena herramienta para los pacientes de cara a conocer posibles efectos secundarios normales tras la intervención y las causas por las que sí se requeriría una valoración por parte de un facultativo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evitar consultas y desplazamientos innecesarios a Atención Especializada pudiendo ser evaluados en Atención Primaria en su lugar de origen. Las recomendaciones escritas permitirán una adecuada preparación preoperatoria (ayunas, rasurado...) y también postoperatoria respecto a analgesia, cuidados y síntomas que deben obligar a valoración médica. También con respecto a controles que demuestren la efectividad de la técnica como espermiograma post-vasectomía.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Se revisará la bibliografía existente y se elaborará un protocolo de recomendaciones por escrito en cirugía menor urológica. Este protocolo incluirá procedimientos como la circuncisión y la vasectomía. Dentro de ambos procesos se especificarán las medidas preoperatorias que debe adoptar el paciente de cara a la intervención como ayunas, ducha, rasurado... También se especificarán las medidas a tomar postoperatorias: Analgesia permitida, necesidad y tipo de curas en enfermería de atención primaria, necesidad de reposo sexual... y en el caso de la vasectomía, la indicación absoluta de continuar con medidas anticonceptivas hasta la realización de espermiograma de control para evitar embarazos no deseados.

A su vez se expondrán las diferentes complicaciones que deberían hacer acudir al paciente a un facultativo para valoración.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1- Valoración de porcentaje de pacientes con rasurado y ayunas

2- Porcentaje de pacientes que acuden a urgencias o consulta de urología durante los 15 días después de la cirugía comprobando si era causa justificada

3- En las vasectomías, con el control del espermiograma a los meses, valoración de las medidas planteadas y valoración del entendimiento y satisfacción por el paciente.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Diseño del protocolo de recomendaciones en Abril

Puesta en marcha de las recomendaciones el 1 de Mayo 2014

Recogida de datos durante 1 año

Si se requiriese se realizaría revisión semestral de los indicadores

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA

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

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Recomendaciones

OTRA PALABRA CLAVE 2. Cirugía menor urológica

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

161

**PROTOCOLO DE RECOMENDACIONES PRE Y POSTOPERATORIAS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MENOR UROLOGICA**

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

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



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

208

## 1. TÍTULO

**EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVES DE LAS TELEVISIONES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

2. RESPONSABLE ..... NATALIA CASANOVA CARTIE
- Profesión ..... ENFERMERO/A
  - Centro ..... H ERNEST LLUCH
  - Localidad ..... CALATAYUD
  - Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- ZAPATA LOPEZ BELEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
  - FERNANDEZ MOROS RAUL WENCESLAO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
  - AGUILAR UTRILLA BRAULIO. DIRECTOR DE GESTION. H ERNEST LLUCH. DIRECCION
  - VAZ RODRIGUEZ JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. HOSPITALIZACION
  - ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los medios audiovisuales son un recurso efectivo de transmisión del conocimiento y de educación para la salud. El aprendizaje de algunas técnicas, como por ejemplo la auto-administración de heparinas subcutáneas de bajo peso molecular, es mucho más sencillo utilizando vídeos que utilizando folletos informativos impresos. Dado que el Hospital Ernest Lluch dispone ya de un canal gratuito de televisión accesible para los pacientes y familiares desde todas las unidades de hospitalización, este proyecto pretende poner en marcha su uso para potenciar la información y la educación para la salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Creación del grupo de trabajo
- Gestiones técnicas con la empresa que gestiona el uso de las televisiones en el Hospital Ernest Lluch.
  - Elaboración de un vídeo sobre "Auto-administración de heparinas subcutáneas de bajo peso molecular"

Dado que la puesta en marcha del canal supone tener preparados varios vídeos para su reproducción automática, el objetivo en 2014 es elaborar varios vídeos para comenzar su proyección.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información ofrecida a los pacientes ingresados y a sus familiares.
- Impulsar la educación para la salud de los pacientes ingresados y de sus familiares.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Priorización del contenido a difundir: Grupo de trabajo
- Creación de varios subgrupos de profesionales especializados en los diferentes temas a difundir
  - Elaboración de vídeos de corta duración
  - Informar del proyecto a los usuarios, a través de carteles informativos en las habitaciones.
  - Difusión de los vídeos a través del canal interno de TV del Hospital Ernest Lluch.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe un programa de educación para la salud para emitir en formato de vídeo
- Existen carteles informativos en las habitaciones sobre la existencia del canal.
  - Existen al menos dos vídeos de educación para la salud disponibles para ser emitidos.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Priorización del contenido a difundir: Mayo 2014
- Creación de varios subgrupos de profesionales especializados en los diferentes temas a difundir: Mayo-Junio 2014
  - Elaboración de vídeos de corta duración: Junio-Diciembre 2014
  - Informar del proyecto a los usuarios, a través de carteles informativos en las habitaciones: Octubre 2014
  - Difusión de los vídeos a través del canal interno de TV del Hospital Ernest Lluch: Octubre-Diciembre 2014
  - Evaluación: Diciembre 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

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

## 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. ....            | 2 Poco  |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 2 Poco  |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

386

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACIÓN DE LAS EXTRACCIONES SANGUÍNEAS EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

## 2. RESPONSABLE ..... ANA DE LA FUENTE SANJUAN

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ESTEVE ALCALDE PATRICIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
- GARCIA GUTIERREZ ALMUDENA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANALISIS CLINICOS
- SISAMON MOLINERO MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO
- DELGADO PRADAS MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO
- FUNES NAVARRO ENMANUEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO
- CHUECA GRACIA MARTA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO
- ROY ANDALUZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. LABORATORIO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Los perfiles de extracciones sanguíneas varían en cada Centro hospitalario del Servicio Aragonés de Salud. Esta circunstancia, añadida a la alta movilidad del personal de enfermería, hace que en numerosas ocasiones el profesional encargado de las extracciones sanguíneas, tanto en Atención Primaria como en el Hospital Ernest Lluch, no esté familiarizado con los códigos adjudicados a cada perfil, no siendo infrecuente la repetición de analíticas por no ajustarse el perfil solicitado con los tubos extraídos. En otras ocasiones el error es por exceso, puesto que se extraen tubos que no son necesarios. La elaboración y divulgación del listado de perfiles de análisis clínicos, en un formato bolsillo y plastificado, hará más fácil el acceso a la información por parte de los profesionales implicados.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir el número de analíticas erróneamente extraídas  
- Disminuir la doble extracción por falta de muestras  
- Mejorar la comunicación entre le Servicio de Laboratorio del Hospital Ernest Lluch y los profesionales de enfermería que extraen muestras sanguíneas en el Sector de Calatayud

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de un listado de perfiles de análisis clínicos del Sector de Calatayud: Grupo de mejora  
- Difusión entre los profesionales implicados: Responsable del proyecto

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe un listado de perfiles de análisis clínicos del Sector de Calatayud, en formato bolsillo y plastificado  
- N° de analíticas extraídas que se ajustan al perfil solicitado según el listado

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de un listado de perfiles de análisis clínicos del Sector de Calatayud: Junio-Septiembre 2014  
- Difusión entre los profesionales implicados: Septiembre 2014  
- Evaluación del proyecto: Diciembre 2014

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

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- 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. .... 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

113

## 1. TÍTULO

**DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA APLICACION WEB (GESCAL) PARA LA GESTION DE LOS REGISTROS REQUERIDOS POR LA NORMA ISO 9001:2008 EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA DEZA IBAÑEZ
- Profesión ..... TECNICO/A DE INFORMATICA
  - Centro ..... H ERNEST LLUCH
  - Localidad ..... CALATAYUD
  - Servicio/Unidad .. INFORMATICA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL. TECNICO/A DE INFORMATICA. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
  - GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON. TECNICO/A DE INFORMATICA. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
  - SERRANO RODRIGUEZ RUBEN. TECNICO/A DE INFORMATICA. H ERNEST LLUCH. INFORMATICA
  - BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. UNIDAD TECNICA
  - LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE. MEDICO/A. DAP CALATAYUD. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. A nivel de nuestro Sector, nos hemos dotado desde el año 2010 de un programa informático (INVENTAP) que nos permitía gestionar un gran parte de los registros exigidos según la norma ISO 9001:2008 (inventario de equipos sanitarios y no sanitarios, actividad y mantenimiento de los mismos, datos relativos a mantenimiento preventivo, calibración y verificación de aparatos) y ha facilitado el proceso de obtención de informes de actividad y plan de mantenimiento, evitando una excesiva burocratización de ciertas actividades, que suponen un obstáculo para la correcta implantación del proyecto. Varias incidencias han sido registradas en los distintos centros sobre problemas y errores que genera dicho programa, lo que nos llevo a la adopción de acciones de mejora para garantizar la continuidad de dicha herramienta. El análisis conjunto realizado por la Dirección de Atención Primaria del Sector e integrantes del Servicio de informática del sector dio lugar a algunas de las acciones de mejora que se detallan en este proyecto.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Mejorar la cumplimentación de registros de mantenimiento de equipos e instalaciones y actividades de formación continuada en el EAP.

- Obtención de informes del estado del Plan de mantenimiento de equipos e instalaciones
- Incrementar el número de incidencias registradas en su momento.
- Mejorar el registro de las actividades de mantenimiento preventivo y de verificación internos y externos.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. • Diseño y puesta en marcha de una aplicación en entorno Web (GESCAL) a la que se accederá a través de la intranet del Sector, de uso restringido a los profesionales de los EAP integrado en el proyecto de la ISO 9001 en primera instancia ampliable a todos los equipos que se incorpora a dicho proyecto destinada al:

1. Registro de equipamientos e instalaciones susceptibles de mantenimiento preventivo y correctivo, calibración y verificación utilizados en los EAP cubiertos por el alcance de la certificación.
2. Registro de actividades de formación continuada en el EAP y de Curriculum de los profesionales.
3. Registro de incidencias y No conformidades.
4. Registro de Acciones correctivas y preventivas  
(Responsable: MARIA ELENA DEZA IBAÑEZ)

- Introducción y validación de los datos en GESCAL. (Responsables de calidad de cada EAP)
- Formación a los miembros de los EAP sobre esta herramienta para su correcta utilización. (Coordinador de calidad en AP.- Wafa Ben Cheikh El Aayuni).
- Monitorización y evaluación del proyecto con los resultados obtenidos a través de los indicadores diseñados.  
(Responsable: Wafa Ben Cheikh El Aayuni)

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. 1.- Utilización de la web por los profesionales

- Evolución mensual de entradas a la web: N° de visitas/ mes.

Fuente: Estadística de la web.

Estándar: Evolución creciente durante el primer año.

2.- Valoración de la utilidad de la web por los profesionales del EAP.

- Porcentaje de profesionales que la consideran de utilidad: n° de profesionales que la consideran bastante útil o muy útil/ n° total de profesionales que responden el cuestionario.

Fuente: Estadísticas del a web.

Estándar: 70%.

3.- Grado de implantación de los registros:

- Porcentaje de equipos (sanitarios y no sanitarios) registrados: N° de equipos registrados en la aplicación /total Equipos existentes en el centro\*.

Fuente: GESCAL

Estándar: 100%.

- Porcentaje de sesiones de formación continuada registradas: N° de sesiones registradas/ total de sesiones realizadas.

Estándar: 100%

- Porcentaje de Curriculums cumplimentados: N° de Curriculums cumplimentados / N° total de profesionales en cada en EAP.

Estándar: 100%

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

113

**DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UNA APLICACION WEB (GESCAL) PARA LA GESTION DE LOS REGISTROS REQUERIDOS POR LA NORMA ISO 9001:2008 EN EL SECTOR DE CALATAYUD**

- N° de incidencias registradas en su momento através del GESCAL.
- N° de Acciones correctivas y preventivas registradas através del GESCAL.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO: Enero 2014

FINALIZACIÓN: Diciembre 2014

- 1.- Diseño de la web. Enero a Septiembre de 2014
- 2.- Reunión EAP-DAP para diseño preliminar de la aplicación GESCAL. Febrero 2014.
- 3.- Formación a los EAPs sobre funcionamiento del GESCAL. Septiembre 2014.
- 3.- Introducción y validación de datos. Octubre de 2014.
- 6.- Implantación de acciones de mejora. De Octubre a Diciembre de 2014.
- 7.- Monitorización de indicadores. Meses Octubre y Diciembre.
- 8.- Evaluación del proyecto. Diciembre de 2014

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. Profesionales

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. ....                       | 4 | Mucho    |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 | Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 4 | Mucho    |

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

389

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EMBARAZADA**

2. RESPONSABLE ..... MANUEL FARRER VELAZQUEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· ALCOVER PEREZ JOSE LUIS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· LAMARCA BALLESTERO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· MARTINEZ GRACIA ROSA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El uso de una adecuada Cartilla sanitaria del embarazo, que incluya tanto el cronograma de seguimiento del embarazo, como la información básica personal de la embarazada y del feto, mejora la asistencia obstétrica y la satisfacción tanto de las gestantes como de los profesionales de los distintos niveles asistenciales que en cualquier momento del embarazo pueden atenderlas. Actualmente, la Cartilla sanitaria del embarazo de la que disponemos se encuentra obsoleta, por no reflejar los cambios recientes del Protocolo asistencial a la embarazadas de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO).

Es por eso, por lo que este proyecto pretende actualizar dicho documento y adaptarlo a las necesidades reales, para poder recoger una información completa.

De forma paralela, se elaborarán y colgarán en la intranet del Sector de Calatayud varios documentos con información ampliada sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La cartilla maternal cumple dos objetivos básicos:

I. Medio de soporte integrado de información para la embarazada

II. Historia clínica "portátil" que recoge datos clínicos básicos de la gestación, antecedentes familiares y personales, evolución de la gestación actual y resumen de las exploraciones complementarias realizadas (analíticas, ecografías, etc.)

Para su realización se ha partido de una maquetación básica, ya realizada, y está pendiente de las siguientes modificaciones:

- A partir del año 2013, se introduce el cribado combinado de cromosopatías del I y II trimestres en nuestro centro. Una vez establecido el circuito, éste tiene que ser reflejado en la cartilla materna tanto en el área informativa, consentimientos y área de datos clínicos, lo que supone modificaciones de la maquetación en curso.
- También a lo largo de 2013, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) introduce modificaciones en el protocolo de seguimiento de la gestación, fundamentalmente en el cribado de diabetes gestacionales, test de O'Sullivan en I trimestre y cribado de función tiroidea, que también deben ser reflejados en la cartilla y que, obviamente, también implica cambios informativos y de maquetación.
- La cartilla maternal también debe reflejar las conclusiones de la Comisión de Lactancia, fundamentalmente en los aspectos informativos y sobre donación de leche materna, programa "Tienes un don", también desarrollados a lo largo de 2013.
- En 2013, se solicitó a la Comisión Técnico Asistencial, la posibilidad de desarrollar un espacio en la WEB, preferentemente institucional, similar al que dispone la Comunidad de Castilla y León, de forma que mediante enlaces HTML en forma de códigos QR/Bidi lleven a las gestantes a páginas informativas y vídeos, con elementos informativos específicos de nuestra área. Este proyecto, que fue bien acogido por la citada comisión está todavía pendiente de respuesta.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la información proporcionada a la embarazada

- Mejorar la comunicación entre los profesionales implicados en los distintos niveles asistenciales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar e implementar una Cartilla sanitaria del embarazo para el Sector de Calatayud

- Elaborar y colgar en la intranet del Sector de Calatayud varios documentos con información ampliada sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras la implementación de la Cartilla sanitaria del embarazo, se procederá a evaluar el porcentaje de pacientes a las que se les ha entregado dicha cartilla.

Los indicadores a medir serán:

- Existe una Cartilla sanitaria del embarazo actualizada
- Porcentaje de embarazadas a las que se ha entregado
- Existen en la intranet del Sector de Calatayud varios documentos con información ampliada sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de una Cartilla sanitaria del embarazo: Mayo-Octubre 2014

- Implementación: Noviembre 2014

- Elaboración y acceso en la intranet del Sector de Calatayud de varios documentos con información ampliada

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

389

**MEJORA DE LA INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA EMBARAZADA**

sobre el seguimiento y cuidados del embarazo, parto, puerperio y lactancia: Mayo-Octubre 2014  
- Evaluación de la implementación: Febrero 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- 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. ....                     | 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 |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

391

**HOMOGENEIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES CLÍNICAS DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA**

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO GALLEGO VELA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. PEDIATRÍA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PARRA FORMENTO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRÍA
- GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRÍA
- RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRÍA
- ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. PEDIATRÍA
- MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD MATERNO INFANTIL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La diversidad de criterios en la atención al paciente pediátrico y la continua rotación de personal tanto médico como de enfermería en un hospital comarcal, hacen de especial importancia la existencia de protocolos de actuación que recojan la mejor evidencia disponible y que faciliten la toma de decisiones y la rapidez en la actuación.

La ausencia de estos protocolos, además de la variabilidad, genera falta de continuidad en las decisiones clínicas, dudas del personal de enfermería en la actuación inmediata y en la preparación del material necesario, y en algunas ocasiones reingresos evitables.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la variabilidad en la atención al paciente pediátrico

- Mejorar la continuidad en las decisiones clínicas
- Mejorar la atención de enfermería en los primeros minutos de actuación, hasta la llegada del Pediatra a la unidad, en situaciones de urgencia.
- Evitar reingresos

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Realización de los siguientes protocolos de actuación: Ictericia neonatal, Gastroenteritis aguda, Convulsiones, RCP pediátrica, RCP neonatal, Cateterismo umbilical, Punción lumbar y Bronquitis y bronquiolitis: Grupo de mejora

- Formación del personal de enfermería (DUEs y TCAEs) de la Unidad Materno Infantil en los diferentes temas expuestos: Grupo de trabajo en coordinación con Supervisora de Calidad del Hospital Ernest Lluch.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existen al menos 4 protocolos de actuación

- Se han realizado al menos 4 actividades formativas sobre los protocolos de actuación

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización de los protocolos de actuación: Mayo-Diciembre 2014

- Formación del personal de enfermería (DUEs y TCAEs) de la Unidad Materno Infantil en los diferentes temas expuestos: Mayo-Diciembre 2014. La formación se realizará en cuanto se vayan finalizando cada uno de los protocolos, previa solicitud de acreditación.

- Evaluación del proyecto: Enero 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Niños
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pediátricos

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

392

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE AMBULATORIO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN GARCIA GARCIA

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VICENTE ITURBE CRISTINA. FARMACEUTICO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA
- ARANDA PARDOS MARIA ARMANDINA. TCAE. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Desde el año 1982, en el que se inicia la dispensación de medicamentos directamente a pacientes hemofílicos, y sobre todo a partir de 1992 en el que se crea la figura de los medicamentos de uso hospitalario, los Servicios de Farmacia hospitalaria han ido incorporando cada vez más grupos de pacientes ambulatorios a los que dispensar medicamentos. Se entiende por paciente ambulatorio aquel que es atendido en el propio hospital o en el área hospitalaria pero que no genera estancia.

La dispensación ambulatoria desde los servicios de farmacia hospitalaria debe considerarse como de especial control, porque en ella se concentra el total de los pacientes de una determinada patología del área hospitalaria, se trata habitualmente de medicamentos muy costosos, con perfil de seguridad poco favorable y para patologías crónicas, es decir, que se tratará, en general, de tratamientos de larga duración cuya eficacia y seguridad debe ser monitorizada.

En los últimos años y con las recientes normativas, que han ampliado el número de medicamentos que pasan a dispensarse desde las farmacias de hospital, el número de pacientes ambulatorios se ha incrementado notablemente suponiendo una mayor carga asistencial al Servicio. Para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria global prestada a estos pacientes, se ha valorado el apoyo de la atención farmacéutica prestada con información por escrito del tratamiento prescrito y sus características específicas, haciendo uso de los distintos programas informáticos de apoyo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar la calidad de la atención farmacéutica prestada a los pacientes ambulatorios, haciendo que el paciente colabore de forma activa en su tratamiento y mejore la adherencia al mismo  
- Facilitar una adecuada monitorización de la eficacia y seguridad de las distintas terapias.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar prospectos de información al paciente de cada fármaco indicando cuestiones de interés para el paciente: cómo tomarlo, cuando, olvido de dosis, posibles efectos adversos y actuación ante ellos y cómo contactar en caso de duda o necesidad.

- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes
- Evaluar la eficacia y seguridad de las terapias

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Nº pacientes que han iniciado tratamiento que han recibido información escrita sobre el mismo

- Nº pacientes con cambio de tratamiento que han recibido información escrita sobre el mismo
- Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1º Elaboración de prospectos genéricos de información de los distintos fármacos: Mayo-Septiembre 2014

2º Entrega del prospecto elaborado individualizándolo a sus características e información verbal explicativa sobre el mismo al paciente: Septiembre-Noviembre

3º Realización de una encuesta de satisfacción a los pacientes: Diciembre 2014-Enero 2015

4º Evaluación de resultados: Febrero 2015

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

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. ....                     | 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

371

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO**

## 2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SAEZ AGUDO FELICIDAD. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CUIDADOS ESPECIALES
- DEL VILLAR CRUZ TERESA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CUIDADOS ESPECIALES
- ROMERO VISIEDO JOSE. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CUIDADOS ESPECIALES
- IÑIGUEZ PASTOR SUSANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CUIDADOS ESPECIALES
- TORRALBA TEJERO ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CUIDADOS ESPECIALES
- RINCON PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Durante el ingreso de pacientes con patologías agudas en estado semicrítico, como son la mayoría de los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) del Hospital Ernest Lluch, se precisan una serie de procedimientos y terapias para los cuales es de máxima utilidad la colocación de una vía venosa central multilumen de acceso periférico.

Estos procedimientos y terapias son: la administración de medicaciones endovenosas hipertónicas, soluciones incompatibles en perfusión continua que coinciden en el tiempo de administración, drogas vasoactivas, nutrición parenteral, hemoderivados, monitorización hemodinámica y/o PVC, terapias IV prolongadas, etc.

Además, este tipo de vías venosas reducen el número de punciones repetidas y por tanto el sufrimiento y estrés para el paciente, reducen el riesgo de infección, evitan fenómenos irritativos del endotelio como la flebitis y extravasación al canalizar vasos de mayor calibre. Por todo esto, hoy en día constituyen una alternativa al catéter de acceso periférico tipo Drum de una sola luz, cuyos usos son limitados e imposibilita algunos tratamientos y la monitorización hemodinámica.

La colocación de vías venosas centrales multilumen de acceso periférico es una técnica sencilla y accesible para realizar por el personal de enfermería, pero no está exenta de riesgos, por lo que precisa unas condiciones y un adiestramiento específico por parte del personal implicado.

Dado que no existe ninguna Guía acerca de la realización y cuidados de esta técnica en nuestro hospital, este proyecto pretende su elaboración y el adiestramiento necesario del personal implicado en nuestra unidad.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disponer de una Guía de actuación para enfermería que incluya el procedimiento de canalización, mantenimiento y retirada del catéter venoso central multilumen de acceso periférico. - Adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar esta técnica y mejorar así la calidad de la práctica asistencial.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de una guía de actuación en la canalización de catéter venoso central multilumen de acceso periférico, que recoja objetivo, indicaciones, población diana, preparación del personal y el paciente, descripción de la técnica, registro de enfermería, cuidados, mantenimiento y retirada, control de complicaciones, diagnósticos de enfermería: Grupo de trabajo

- Realización de Talleres teórico-prácticos para adquirir las habilidades necesarias en el desarrollo de esta técnica: FEAs de Anestesiología y Reanimación del grupo de trabajo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe una guía de actuación en la canalización de catéter venoso central multilumen de acceso periférico

- N° de profesionales de la UCE formados en la técnica

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de la Guía: Junio-Septiembre 2014

- Realización de Talleres teórico-prácticos: Octubre-Noviembre 2014

- Evaluación del proyecto: Diciembre 2014

## 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados 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. .... 4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

371

**MEJORA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO**

5. Atender expectativas de los profesionales. .... 3 Bastante

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

455

**TRAZABILIDAD DEL LAVADO DE LOS MATERIALES QUIRÚRGICOS**

2. RESPONSABLE ..... CARMEN JIMENEZ IHUARBEN

- . Profesión ..... ENFERMERO/A
- . Centro ..... H ERNEST LLUCH
- . Localidad ..... CALATAYUD
- . Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
- . Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. DIRECCION ENFERMERIA
- . CLEMENTE SALA ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA-ESTERILIZACION
- . BALLANO DE MIGUEL ANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. MEDICINA PREVENTIVA-ESTERILIZACION
- . MUÑOZ CASADO FELICIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- . MARTINEZ SANCHEZ PILAR. TCAE. H ERNEST LLUCH. ESTERILIZACION
- . OLIVAS AGUSTIN CONCHA. TCAE. H ERNEST LLUCH. QUIROFANO
- . ALCAÑIZ MORENO CARMEN. TCAE. H ERNEST LLUCH. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. . Conocer la metodología del lavado de los materiales quirúrgicos(qcos)que se utiliza en Qno.

. Implementar la trazabilidad informatizada del proceso de lavado en Qno como paso previo a los siguientes procesos aplicados a los materiales en la Central de Esterilización.

. Facilitar el envío de materiales a esterilizar identificándolos con una etiqueta de trazabilidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. La trazabilidad de los materiales en la CE se inicia desde el proceso de recepción, sin la información completa sobre el tratamiento del lavado aplicado en Quirófano.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. . Conocer el tratamiento de lavado que se aplica a los materiales quirúrgicos, los productos que se utilizan y la eficacia del lavado a través de los dispositivos que lo permitan (registros de lavadoras, manuales del fabricante..).

. Informatizar los registros incluyendo e módulo de lavado en el programa de trazabilidad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. . Constituir un grupo de mejora con personal de Quirófano y la CE

. Disponer de una base de datos en el programa de trazabilidad para registrar los materiales sueltos y agrupados.

. Actualizar el listado de los materiales quirúrgicos.

. Disponer en el Quirófano de una aplicación o módulo informático (preferentemente) para los registros de lavado, con el mismo servidor y programa de trazabilidad que el de la CE.

. Disponer en el Área Qca. de un ordenador, impresora cebra y etiquetas en quirófano para estandarizar el etiquetado de los materiales que se envían a la CE.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. EVALUACIÓN:

. Se ha constituido el grupo de mejora.

. Las reuniones se han documentado con actas.

. Se ha actualizado el listado-inventario de los materiales quirúrgicos.

. Se conocen los productos utilizados en el lavado de materiales.

. En la CE se dispone de los controles de lavado (de los dispositivos que lo permiten).

. Se ha adquirido un módulo o aplicación para informatizar el proceso.

. Se ha realizado la formación del personal del Qno-CE para manejar el módulo de lavado y el programa de trazabilidad.

EVALUACIÓN INDICADORES:

Nº DE PERSONAL DESIGNADO QNO-CE FORMADAS EN TRAZABILIDAD X 100

Nº DE PERSONAL DE QNO-ESTERILIZACIÓN

-----  
Nº DE MATERIALES DE LOS SSQQ REGISTRADOS EN LA BASE DE DATOS DEL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD O APLICACIÓN DE LAVADO X 100

Nº DE MATERIALES QCOS. ESTERILIZADOS EN EL MISMO PERIODO.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 2014:

. ABRIL : CONSTITUCIÓN DEL GRUPO DE MEJORA

. JUNIO : ACTUALIZACIÓN DE MATERIALES QCOS. (LISTADOS Y REGISTROS DEL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD). DISPONIBILIDAD DE LOS REGISTROS, OTROS CONTROLES DEL LAVADO DE MATERIALES, Y PRODUCTOS DE LAVADO.

. HASTA EL 31-12-2014 VALORACIÓN DE PRESUPUESTOS DE LA INSTALACIÓN Y COMPONENTES DEL EQUIPO Y SOPORTE INFORMÁTICO. 2015:

PRIMER SEMESTRE :

. INSTALACIÓN DEL EQUIPO, PROGRAMA (EN RED CON LA CE) O APLICACIÓN INFORMÁTICA.

. IMPLEMENTACIÓN DEL CONTROL DE LAVADO DE MATERIALES QCOS. EN QUIRÓFANO Y EN LA CE.

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

POBLACIÓN DIANA

- . EDAD. Todas las edades
- . SEXO. Ambos sexos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

455

**TRAZABILIDAD DEL LAVADO DE LOS MATERIALES QUIRÚRGICOS**

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. MEJORA DE LA TRAZABILIDAD DE LOS MATERIALES QCOS.

OTRA PALABRA CLAVE 2. MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS.

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

467

**ELABORACION E IMPLEMENTACION DE VIAS CLINICAS PARA LAS ACTUACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL O HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH-CALATAYUD**

2. RESPONSABLE ..... MARTA LAMARCA BALLESTERO
- Profesión ..... MEDICO/A
  - Centro ..... H ERNEST LLUCH
  - Localidad ..... CALATAYUD
  - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- FARRER VELAZQUEZ MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - GIL LAFUENTE OSCAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - GONZALEZ MARQUETA MAXIMO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - PARIS BOJ VIRGINIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
  - MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Tanto la histerectomía vaginal como la histerectomía abdominal son intervenciones quirúrgicas muy frecuentes en el Servicio de Ginecología. Se trata de dos intervenciones muy protocolizadas en su ejecución técnica, y que se practican habitualmente bajo la indicación de patología benigna en pacientes, por lo demás, sanas.

Actualmente el Servicio de Ginecología no dispone de una vía clínica o protocolo de actuación en la evolución postoperatoria de las pacientes intervenidas, en lo que se refiere a la estancia media hospitalaria, cuándo y qué pruebas complementarias deben realizarse en el postoperatorio, el manejo del sondaje vesical, el inicio de la tolerancia oral... de manera que la atención no es homogénea entre todos los facultativos, existiendo variabilidad en la estancia media y en las actuaciones realizadas.

La elaboración de vías clínicas de actuación para las pacientes sometidas a estas dos intervenciones permitiría estandarizar el cuidado postoperatorio y, salvo en caso de complicaciones, homogeneizar la asistencia postquirúrgica y disminuir la estancia media hospitalaria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Homogeneizar la atención en el cuidado postoperatorio de las pacientes a las que se realice una histerectomía abdominal o vaginal en su evolución postquirúrgica.

- Reducir su estancia media hospitalaria.
- Reducir los costes derivados de la atención a estas pacientes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de las vías clínicas para los cuidados postquirúrgicos de estas pacientes por parte de los facultativos del Servicio de Ginecología y en colaboración con el personal de hospitalización.

- Presentación de las vías clínicas de atención postoperatoria de histerectomía vaginal y de histerectomía abdominal a todos los facultativos y personal de hospitalización que atienden a las pacientes ingresadas en planta de ginecología en su postoperatorio.
- Elaboración de una base de datos para el seguimiento de las actividades y pruebas realizadas y la duración de la estancia media para estas intervenciones quirúrgicas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe una vía clínica para la histerectomía vaginal

- Existe una vía clínica para la histerectomía abdominal
- Número de pacientes intervenidas de histerectomía vaginal/abdominal a las que se ha aplicado correctamente la vía clínica
- Estancia media hospitalaria para la histerectomía abdominal
- Estancia media hospitalaria para la histerectomía vaginal

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elaboración de la vía clínica para la histerectomía abdominal: Mayo de 2014. Elaboración de la vía clínica para la histerectomía vaginal: Mayo de 2014. Presentación de las vías clínicas para su implementación: Junio de 2014. Implementación de las vías clínicas: Junio de 2014. Recogida de datos de las pacientes intervenidas: entre Junio de 2014 y Noviembre de 2014. Elaboración de una memoria del proyecto de mejora: Diciembre de 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Hospitalizados en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

467

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE VIAS CLINICAS PARA LAS ACTUACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA VAGINAL O HISTERECTOMIA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH-CALATAYUD

### 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

001

**MEJORAR EL RENDIMIENTO DIAGNOSTICO DE LAS PUNCIONES TIROIDEAS CON AGUJA FINA ECODIRIGIDAS**

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO LOSFABLOS CALLAU  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· TORNOS HERNANDEZ MARIA PEÑA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· ELENA MONEVA MARIA PILAR. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANATOMIA PATOLOGICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El rendimiento diagnóstico de las punciones con aguja fina del tiroides guiadas por ecografía en nuestro centro es extraordinariamente bajo (inferior al 20%). En otros centros en el que el rendimiento era bajo (se considera bajo si es inferior al 70%) se ha visto que si en el momento de realizar la punción están presentes radiólogo y anatomopatólogo, el rendimiento mejora de forma sensible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. El rendimiento diagnóstico en los últimos 4 años es inferior al 20%, algún año no alcanza el 10% lo cual lleva a que se realicen menos pruebas de la indicadas y se deban tomar decisiones en función de criterios clínicos y no histológicos con lo cual aumenta la incertidumbre y la posibilidad de error: remitir a cirugía demasiadas lesiones benignas y no remitir a cirugía algunas lesiones malignas. Se ha intentado solucionar el problema mediante reuniones a dos bandas endocrino-anatomía patológica, endocrino-radiología, radiología-anatomía patológica y en radiología mediante la asignación y especialización de algún radiólogo y su formación más específica pero no ha habido mejoras.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Esperamos conseguir de esta forma una mejora en el rendimiento al menos para alcanzar el rendimiento de otros centros de esta región ( que está en sólo un 50-60%) .

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Cuando se solicite una punción guiada por ecografía se intentará la presencia conjunta del radiólogo y del anatomo-patólogo para que este evalúe in situ la calidad de la muestra

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Se va a evaluar el rendimiento diagnóstico de las punciones que se puedan hacer mediante la presencia del patólogo y las que por dificultades de citación sea imposible realizar conjuntamente. Se evaluará también el rendimiento global. Si los resultados mejoran con la punción conjunta se intentará crear un modo estructurado de citación para que se realice siempre punción guiada con ecografía en presencia del patólogo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Se iniciará en el segundo trimestre del presente año. Si los resultados son buenos en el último trimestre de 2014 o primero de 2015 se habrá establecido la vía clínica de realización de punción guiada por eco conjuntamente con anatomía patológica. Si los resultados no mejoran habrá que evaluar otras opciones.

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

**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. ....                     | 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). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

071

**PROTOCOLO CALIDAD DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE DEL TUMOR VESICAL SUPERFICIAL DE ALTO RIESGO****2. RESPONSABLE** ..... ROBERTO MARTINEZ DELGADO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ..... CALATAYUD

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

- ARANDA LASSA JOSE MANUEL. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- PEREZ BERASATEGUI OSCAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS
- PAESA MURCIANO PEÑA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El tumor vesical es una de la patologías más frecuentes en la consulta de urología y la que más coste genera por la cantidad de pruebas diagnosticas y reintervenciones que se producen en su seguimiento. Una de las pocas armas con las que cuenta el urólogo de cara a la prevención de recidivas, es un buen protocolo de seguimiento. Este protocolo incluye una serie de pruebas diagnosticas de control e inmunoterapia en forma de instilaciones de BCG (Bacilo de Calmet Garin).

El tumor vesical superficial de alto riesgo supone una amenaza para la vida misma del paciente dadas las altas tasas tanto de recidiva como de progresión a un estadio mas avanzado. La recidiva supone para el paciente por un lado la necesidad de una nueva intervención quirúrgica con el riesgo y coste que ello conlleva y por otro lado a la administración le supone un gasto económico, aumento de listas de espera, mayor consumo de los recursos sanitarios etc. La progresión a un estadio más avanzado supone en el mejor de los casos la necesidad de realizar una Cistectomía Radical, intervención compleja, con elevadas tasas de complicaciones y mortalidad perioperatoria no desdeñable 3%. Además esta supone un elevado gasto sanitario en sí mismo. Y en el caso de los pacientes en los que esta cistectomía no pueda realizarse la enfermedad supone la muerte del paciente por esta enfermedad, con una elevada tasa de complicaciones, reingreso, mala calida.

Las guías clínicas de la asociación europea de urología (EAU) recomiendan un protocolo de seguimiento con las diferentes pruebas diagnósticas e instilaciones a realizar según el tipo de tumor resecaado. Este protocolo se basa en estudios científicos con gran evidencia, siendo una referencia para todos los urólogos del continente encontrándose ampliamente extendido su uso.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.** El Servicio de Urología del Hospital de Calatayud ya cuenta con un protocolo de estas características elaborado hace años pero que requiere una actualización acorde a las nuevas evidencias publicadas. Este protocolo ha sido aplicado en la mayoría de pacientes pero ha quedado desactualizado y actualmente resulta poco ágil y poco intuitiva su aplicación practica.

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** El tratamiento con inmunoterapia ofrece unas ventajas evidentes pero la forma de aplicarlo está en constante controversia y cambio. Así existe controversia tanto en las dosis de BCG como en el plan de instilaciones a seguir y esto conlleva un cambio frecuente de las recomendaciones que se plantean en las diferentes guías clínicas. Por tanto nuestro objetivo es revisar las guías clínicas de más relevancia internacional y adecuarlas a la idiosincrasia de nuestro centro y de nuestra población para ofrecerle la asistencia sanitaria de mejor calidad.

Por un lado se espera reducir la tasa de recidivas. Esto supone un mejor control de la enfermedad, una mejoría de la calidad de vida del paciente y un ahorro económico a medio y largo plazo en cuanto a costes económicos directos como a consumo de recursos sanitarios.

Por otro lado se espera reducir la tasa de progresión. Esto supone un aumento de la supervivencia de estos enfermos, una mejora de calidad de vida y un ahorro económico directo y de recursos sanitarios.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se realizará un exhaustivo análisis de las guías clínicas europeas sobre tumores vesicales así como de otros estudios al respecto por parte de los urólogos incluidos en el grupo de trabajo.

Se creará un protocolo de seguimiento para los tumores vesicales de alto riesgo donde se incluirán las pruebas necesarias en cada momento del seguimiento, así como el plan de tratamiento y las dosis de BCG a administrar

El protocolo final se adaptará a nuestro centro y a las características de la población sobre la que trabajamos así como podrá individualizarse a cada paciente según su comorbilidad.

Se imprimirán los protocolos y se pondrán en marcha de rutina el primer día que se valore al paciente en la consulta con la anatomía patológica. En este aspecto nuestros enfermeros de consultas Oscar Pérez y Peña Paesa tendrán un papel relevante.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1- Se evaluarán todos los pacientes con el diagnóstico de tumor vesical de alto riesgo. Se comprobará su inclusión dentro del protocolo.

2- Se evaluarán los pacientes incluidos en el protocolo correspondan con las indicaciones de inclusión en el mismo.

3- Se evaluará el correcto cumplimiento de las pruebas a solicitar y el correcto cumplimiento de numero y



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

071

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO CALIDAD DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE DEL TUMOR VESICAL SUPERFICIAL DE ALTO RIESGO**

fecha de las dosis de BCG.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo: Revisión de bibliografía y estudios.

Junio: Elaboración del protocolo de seguimiento de los tumores vesicales superficiales de alto riesgo.

Julio: Instauración del protocolo de manera oficial.

Recogida de datos durante 1 año.

11. OBSERVACIONES. Una vez finalizados los protocolos de tratamiento y seguimiento de los tumores vesicales superficiales, como primer paso, se espera elaborar de igual manera protocolos de tratamiento y seguimiento de los tumores vesicales musculoinvasivos hasta ahora inexistentes en nuestro centro. Estos pueden resultar de gran interés clínico así como pueden aportar un extraordinario recurso en nuestro ejercicio profesional.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. tumor vesical

OTRA PALABRA CLAVE 2. BCG

## 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). ...	3 Bastante
5. Atender expectativas de los profesionales. ....	3 Bastante

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

398

**MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PARTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

2. RESPONSABLE ..... JAVIER MENES LANASPA

- Profesión ..... MATRONA
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PICOT CASTRO MIGUEL. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- EGEA GONZALEZ ELENA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- MARTINEZ GRACIA ROSA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GUTIERREZ ROYO RAQUEL. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- DURAN ALGAS LORENA. MATRONA. H ERNEST LLUCH. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CASANOVA CARTIE NATALIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La ausencia de protocolos consensuados por los profesionales que atienden los partos en el Hospital Ernest Lluch hace que exista una gran variabilidad en la atención prestada. La elaboración de estos protocolos mejorará la calidad, la eficacia y la rapidez en la atención a estas pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la variabilidad en la atención al parto  
- Mejorar la información a las embarazadas sobre la asistencia a recibir en el proceso del parto  
- Facilitar la incorporación de nuevos profesionales

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaborar un protocolo de actuación en el Parto normal: Grupo de trabajo

- Elaborar un protocolo de actuación en la rotura prematura de membranas: Grupo de trabajo

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de mujeres atendidas por parto normal a las que se ha aplicado correctamente el protocolo

- Número de mujeres atendidas por rotura prematura de membranas a las que se ha aplicado correctamente el protocolo

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaborar un protocolo de actuación en el Parto normal: Mayo-Septiembre 2014

- Aplicación del protocolo de actuación en el Parto normal: Octubre 2014

- Elaborar un protocolo de actuación en la rotura prematura de membranas: Septiembre-Noviembre 2014

- Aplicación del protocolo de actuación en la rotura prematura de membranas: Noviembre 2014

- Evaluación de la aplicación de los protocolos: Enero-Febrero 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- 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. ....                     | 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 |

## 1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

491

**OPTIMIZACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO PARA CIRUGÍA PROGRAMADA**

2. RESPONSABLE ..... MARTA ORTIZ ENCISO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... CALATAYUD
3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION  
· CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION  
· FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION  
· RINCON PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION  
· GROS ASPIROZ SARA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· REBOLLO GONZALEZ SARAI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Elaborar un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad del paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.
5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio  
- Alivio de la sobrecarga de los servicios de Radiología, Cardiología y Laboratorio, disminuyendo la lista de espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.  
- Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.
7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración del protocolo por los miembros del Servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente y tipo de cirugía programada no urgente.  
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.  
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - % disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, ECG y laboratorio.  
- % disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2014 a Mayo 2015.
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. Población general
- INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO
- VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:
- |  |            |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. ....                     | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. ....            | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 4 Mucho    |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

245

**USO DEL ACIDO TRANEXAMICO COMO HEMOSTATICO LOCAL EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA**

2. RESPONSABLE ..... SARAI REBOLLO GONZALEZ

- . Profesión ..... MEDICO/A
- . Centro ..... H ERNEST LLUCH
- . Localidad ..... CALATAYUD
- . Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- . Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- . GROS ASPIROZ SARA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- . GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- . CARNICERO GIMENO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- . ORTIZ ENCISO MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- . CORTES FRANCO MARIA TRINIDAD. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- . FRANCO HERNANDEZ JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION
- . RINCON PEREZ ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Eficacia del acido tranexámico utilizado por via intraarticular en pacientes a los que se les ha colocado una protesis total de rodilla, como medida de ahorro de sangre.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En un estudio realizado por Wong J et al, denominado Topical Application of tranexamic acid reduces postoperative blood loss in total knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2010 Nov 3; 92 (15) se obtiene una reducción del sangrado postoperatorio (20-25%) y una mejor cifra de hemoglobina postoperatoria (16%), sin aumentar el riesgo de trombosis venosa profunda o tromboembolismo (comprobado con eco-doppler). Se determina el nivel de ácido tranexámico en sangre a la hora de su aplicación observándose una mínima absorción del mismo.  
En el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza se viene utilizando el acido tranexamico via intraarticular en artroplastia de rodilla desde hace varios años, consiguiendo una disminución del sangrado postoperatorio asi como la necesidad de utilizar hemoderivados.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Menor sangrado postoperatorio, mejores cifras de hemoglobina postoperatoria, menor necesidad de uso de hemoderivados.

- No aumento de riesgo de complicaciones (trombosis venosa profunda o tromboembolismo).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Uso de ácido tranexámico en isquemia a dosis de 3gr a traves de los drenajes, inmediatamente posterior al cierre de la herida, repartidos de la siguiente forma: 2gr a traves del/los drenajes intraarticulares y 1gr a través del drenaje subcutáneo. Los drenajes deben estar cerrados, se coloca el vendaje compresivo y se retira la isquemia. Pasada media hora de la introducción del fármaco, se procede a abrir los drenajes con presión negativa.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de pacientes transfundidos

- Sangrado en cc.
- Valor de hemoglobina postoperatoria a las 24horas.
- Número de complicaciones(TVP/TEP).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde Mayo de 2014 a Mayo de 2015.

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

POBLACIÓN DIANA

- .EDAD. Ancianos
- .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. ....            | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. ....                       | 4 Mucho    |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

211

**PREVENCIÓN DE LA NEFROPATÍA POR CONTRASTE YODADO ADMINISTRADO EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

2. RESPONSABLE ..... ANA RIAGUAS ALMENARA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· SAEZ VALERO EDUARDO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO  
· LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO  
· ABAD TUDELA MARIA DEL CORO. MEDICO/A. CS ALHAMA DE ARAGON. ATENCION PRIMARIA  
· ETAABOUDI SAMIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. NEFROLOGIA  
· GIMENO DOÑAGUEDA VANESSA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO  
· LORENTE GRIMA SUSANA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las pruebas radiológicas que requieren contraste yodado intravenoso en el Hospital Ernest Lluch, la tomografía axial computarizada (TC) y la urografía intravenosa, son cada vez más demandadas en nuestro medio y están dirigidas a una población mayoritariamente envejecida, con alto riesgo de nefropatía postcontraste.

Desde el Servicio de Radiología hemos detectado que hay pacientes que acuden a la realización de la prueba con contraste, sin haber tomado las medidas preventivas por ausencia de indicación del médico peticionario de la prueba.

Otras veces son los propios médicos, sobre todo en Atención Primaria, los que requieren una mayor información sobre la aplicación de estas medidas, con desconocimiento o dudas sobre las mismas.

Es por ello necesario instaurar y difundir oficialmente un protocolo de prevención de nefropatía postcontraste, en todos pacientes que vayan a ser sometidos a pruebas radiológicas con contraste, pero sobre todo, en aquellos pacientes con alto riesgo de desarrollo de la misma, ya sean ambulatorios o ingresados, para evitar efectos indeseables tras la realización de estas pruebas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evitar o reducir la nefropatía secundaria a la administración de contraste yodado intravenoso.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Establecer un protocolo de prevención para evitar casos de nefropatía postcontraste, para pacientes tanto ambulatorios como ingresados. Establecer factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de nefropatía y corregir aquellos factores que sean modificables (como la toma de fármacos nefrotóxicos). Adoptar medidas preventivas antes y después de la exploración, en todos los pacientes a los que se les administra contraste intravenoso. Difundir el protocolo en el Sector de Calatayud

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe un Protocolo para la prevención de la nefropatía por contraste yodado  
- Porcentaje de pacientes sometidos a pruebas diagnósticas con contraste a los que se ha aplicado correctamente el protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Formación del grupo de trabajo: Abril 2014  
- Elaboración del Protocolo para la prevención de la nefropatía por contraste yodado: Mayo-Octubre 2014  
- Difusión del Protocolo: Octubre-Noviembre 2014  
- Evaluación: Mayo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## 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. ....                     | 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

377

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE DOLOR TORACICO DE BAJO RIESGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

## 2. RESPONSABLE ..... EDUARDO SAEZ VALERO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- RIAGUAS ALMENARA ANA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
- LARDIES NAVARRO JOSE ANTONIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. RADIODIAGNOSTICO
- SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- GIMENO GARZA JAIME. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. CARDIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El dolor torácico en Urgencias supone un reto asistencial. A pesar de los avances en el diagnóstico clínico, todavía existen muchos pacientes con dolor torácico atípico que son hospitalizados de manera innecesaria y pacientes dados de alta erróneamente. Ante la situación clínica concreta de pacientes con dolor torácico, electrocardiograma (ECG) inicial normal o no diagnóstico y biomarcadores cardíacos normales, la tomografía computarizada multicorte (TCMC) ha demostrado ser una técnica que puede ayudar a descartar las patologías de mayor morbimortalidad y establecer la causa del dolor. Como ejemplo, Savino et al, demostraron que en pacientes con dolor torácico, la TCMC cardiotorácica permitía disminuir los costes asistenciales en los Servicios de Urgencias y acortar los días de hospitalización (Radiol Med. 2006;111:481-96). Además, otros estudios como el ensayo multicéntrico que se conoció como ROMICAT II (Rule Out Myocardial Infarction Using Computer Assisted Tomography II) concluye el incorporar una TCMC en la estrategia de triaje mejoró la eficiencia en la toma de decisiones clínicas.

Ante el anuncio de la próxima incorporación de una TCMC para el Hospital Ernest Lluch de Calatayud, se abren nuevas posibilidades diagnósticas para el dolor torácico. No obstante, es necesario analizar la manera de integrar este nuevo recurso tecnológico en base a las características propias del hospital, con guardias localizadas de radiología.

Por esto, es fundamental una coordinación adecuada entre el Servicio de Urgencias y el Servicio de Radiología, así como con Cardiología.

Además, ante la imposibilidad de realizar ergometría de esfuerzo urgente en un hospital comarcal, la TCMC tiene mayor importancia, si cabe, en el estudio del dolor torácico urgente.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejorar el proceso asistencial en la atención a los pacientes con dolor torácico agudo, especialmente en los casos de bajo riesgo.

- Disminuir el tiempo de observación hospitalaria en los pacientes con dolor torácico agudo de bajo riesgo.
- Mejorar el proceso de coordinación entre el Servicio de Urgencias y el Servicio de Radiodiagnóstico en la evaluación del dolor torácico agudo.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración conjunta de los Servicios de Radiología, Urgencias y Cardiología de un protocolo de actuación para el dolor torácico agudo de bajo riesgo.

- Realización de sesiones clínicas formativas.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe un protocolo de actuación para el dolor torácico agudo de bajo riesgo en el Servicio de Urgencias

- Número de pacientes diagnosticados en el Servicio de Urgencias con dolor torácico de bajo riesgo a los que se ha aplicado correctamente el protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Recogida de datos de los pacientes con dolor torácico de bajo riesgo del último año, con tiempo de espera hospitalaria (Junio-Agosto 2014).

- Elaboración del protocolo (Junio-Septiembre 2014)
- Sesiones clínicas de mejora de coordinación (Octubre 2014).
- Aplicación del protocolo (Noviembre 2014- Abril 2015).
- Análisis preliminar de los datos y valoración de los indicadores (Mayo -Junio2015)

## 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## 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

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

377

**PROTOCOLO DE DOLOR TORACICO DE BAJO RIESGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

- 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

294

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA FRACTURA DE COLLES OSTEOPOROTICA**

## 2. RESPONSABLE ..... RAQUEL SANJUAN DOMINGO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- URDAZ HERNANDEZ MARTHA. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
- SENCIANES CARO ROCIO. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE URGENCIAS
- CASTAN RUIZ SILVIA. MEDICO/A. UNIDAD DOCENTE MF Y C Z3. UNIDAD DOCENTE SECTOR III Y CALATAYUD
- GOMEZ VALLEJO JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- EZQUERRA HERRANDO LAURA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- GROS ASPIROZ SARA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- REBOLLO GONZALEZ SARAI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La fractura de Colles o fractura distal del antebrazo es una de las fracturas más frecuentes en las mujeres mayores de 45 años, y se ha calculado que una mujer a partir de los 50 años tiene durante sus años de vida restante un 16% de riesgo de presentar una fractura de este tipo. Junto a la fractura vertebral y femoral, la fractura de Colles está considerada como una de las clásicas fracturas osteoporóticas.

Algunos estudios, uno de ellos realizado en España, han puesto de manifiesto que las pacientes con el antecedente de una fractura de Colles posmenopáusica tienen una masa ósea lumbar y femoral disminuida. Por ello, dentro de las estrategias de prevención de la osteoporosis se puede considerar esta fractura como un marcador para identificar precozmente a un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de nuevas fracturas.

La osteoporosis se define como: "una alteración esquelética caracterizada por una resistencia ósea comprometida que predispone a la persona a un riesgo aumentado de fractura. La resistencia ósea refleja la integración de dos características principales: densidad ósea y calidad". Finalmente, y como elemento integrador, se aceptan como fracturas osteoporóticas las que cumplan con algunos de estos requisitos no excluyentes: a) baja densidad mineral ósea (DMO) en el sitio de la fractura; b) incidencia aumentada después de los 50 años, y c) que sean desencadenadas por un traumatismo mínimo. Así pues, se ve que la fractura de Colles cumple característicamente con las tres condiciones y por lo tanto se considera una fractura osteoporótica.

En el año 2012 se revisaron las pacientes que fueron atendidas en el servicio de Urgencias de nuestro hospital (109 pacientes) con este tipo de fractura, cuya media de edad fue de 70.08 años (DS 13.463) y el 70.64% eran mujeres. El 19.3% estaba diagnosticada de osteoporosis, de las cuáles el 80.95% se encontraba en tratamiento previo para la osteoporosis (15 pacientes con calcio/vitamina D, de los cuáles en seis estaba asociado con un antirresortivo, y dos solo con antirresortivo); después de la fractura solo 5 pacientes fueron diagnosticadas de osteoporosis de novo y a 3 se le instauró tratamiento (a todas calcio/vitamina D, y solo a una de ellas se le asoció ácido ibandronico). Respecto a las fracturas previas de carácter osteoporótico, 6 pacientes habían tenido una (5.50%), cinco pacientes habían sufrido una fractura de colles y una paciente una fractura de cadera; Y después de la fractura, 5 pacientes (4.58%) presentaron una nueva fractura osteoporótica.

Así pues desde el punto de vista preventivo para evitar otras fracturas de carácter osteoporótico, ya que solo se diagnóstico de novo a un 5% de osteoporosis de las pacientes atendidas con una fractura de Colles y sólo se instauró tratamiento con antirresortivos a un 3% de las pacientes, consideramos necesario el correcto conocimiento de este síndrome y el tratamiento antirresortivo que debe instaurarse, para evitar otro tipo de fracturas y así disminuir la morbi-mortalidad que puede conllevar otro tipo de fracturas osteoporóticas, como una fractura de cadera, así como el gasto sanitario.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

- 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Descartar fractura de Colles por fragilidad en el 90% de los casos.
- Adecuar el tratamiento para la prevención secundaria en el 80% de los casos.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Implementación de la GPC sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad:

- Revisión de bibliografía
- Elaboración junto con el servicio de Traumatología de un Protocolo de adecuación de tratamiento preventivo
- Sesiones clínicas formativas conjuntas con el servicio de Traumatología

## 8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Elaboración de protocolo (sí/no)

- Número de sesiones formativas y de difusión del protocolo
- Porcentaje de pacientes con fractura de Colles con diagnóstico (fragilidad) según protocolo: 90%
- Porcentaje de pacientes con fx colles con adecuación de tratamiento según protocolo: 80%
- Porcentaje de pacientes tratados en los que se ha evaluado la eficacia terapéutica según protocolo: 90%

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión bibliografía (junio 2014)

- Elaboración de protocolos y sesiones clínicas junto con el servicio de traumatología en el primer mes del proyecto ( junio 2014)
- Periodo de implantación en los dos meses siguientes ( julio-agosto 2014)
- Inclusión de pacientes durante un año ( septiembre 2014-septiembre 2015)
- Análisis de los resultados obtenidos posteriormente



1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

294

**IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA FRACTURA DE COLLES OSTEOPOROTICA**

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

OTRA PALABRA CLAVE 1. Fractures Bone

OTRA PALABRA CLAVE 2. Emergency Service

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

298

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

## 2. RESPONSABLE ..... ROCIO SENCIANES CARO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANJUAN DOMINGO RAQUEL. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- ARANGUREN GARCIA PATXI. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO DIGESTIVO
- VILLAVERDE ROYO MARIA VICTORIA. MEDICO/A. DIRECCION GERENCIA SALUD. ATENCION PRIMARIA
- VALLEJO RODRIGUEZ MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO MEDICINA INTERNA
- YAÑEZ RODRIGUEZ FELICIDAD. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- SALVADOR TENA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- RODRIGO PEREZ MARIA DEL MAR. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Se considera hemorragia digestiva alta (HDA) a toda pérdida de sangre que se origina en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz proceda del tubo digestivo, su etiología es múltiple y puede aparecer como complicación de enfermedades sistémicas y digestivas, siendo potencialmente grave. La clínica suele ser la mayoría de las veces a través de hematemesis o melenas. Constituye una enfermedad muy frecuente en los Servicios de Urgencias, con una tasa de mortalidad entre el 5-10%.

La Hemorragia Digestiva Alta es una patología con una elevada morbi-mortalidad, por ello es de vital importancia reconocerla y especialmente distinguir la que puede haber sido secundaria a varices esofágicas. La prioridad debe ser conseguir la estabilización del paciente y después la valoración de la realización de una gastroscopia para localizar el punto sangrante y si fuese preciso la colocación de TIPS, o realizar una cirugía si estuviese indicado. En el año 2013 fueron dados de alta de nuestro sistema informático PCH con el diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta a 40 pacientes. En nuestro hospital no hay endoscopista de guardia, por lo que los pacientes que requieran una gastroscopia urgente fuera del horario laboral ordinario se deben trasladar a nuestro hospital de referencia para la realización de la misma; de los pacientes atendidos el año pasado un 35% precisaron de traslado urgente en UVI móvil a hospital de referencia para realización de la misma.

Es por este motivo por lo que consideramos de vital importancia desarrollar un protocolo de actuación y tratamiento que se debe instaurar ante una HDA; así como reconocer a aquellos pacientes que precisen de traslado a hospital de referencia para realización de una gastroscopia.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Reconocer al paciente grave lo antes posible, e iniciar lo antes posible el tratamiento ( inhibidores de la bomba de protones, fluidoterapia, canalización de vías periféricas, transfusión sanguínea..)

- Realización de un protocolo para el manejo óptimo de estos pacientes
- Identificación del factor desencadenante ( toma previa de AAS, Aines, corticoides..) así como toma previa de inhibidores de la bomba de protones.
- Identificación precoz de la hemorragia digestiva secundaria a varices esofágicas
- Si la asistencia ocurriese en horario laboral ordinario ( de lunes a viernes de 8.00 horas a 15.00 horas ) ponernos en contacto cuanto antes con servicio de Digestivo para realización de gastroscopia; y si ocurriese fuera de este horario disminuir el tiempo de traslado a hospital de referencia para realización de la misma
- Disminuir la morbimortalidad de esta patología
- Reconocer a aquellos pacientes que sean subsidiarios de transfusión sanguínea lo antes posible

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Aplicación de protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia científica

- Sesiones clínicas formativas junto con el servicio de Digestivo
- Elaboración junto con el servicio de Digestivo de un protocolo para el manejo de estos pacientes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización de un protocolo ( si/no)

- Número de sesiones formativas y de difusión del protocolo
- Instauración de bomba de inhibidores de protones: 90%
- Instauración de fluidoterapia: 90%
- Transfusión de concentrado de hematíes en casos indicados : 90%
- Identificación de factor desencadenante: 70%
- Realización de gastroscopias en nuestro hospital en horario ordinario: 70%
- Gastroscopia normal o patológica ( clasificación de Forrest)
- Traslados a hospital de referencia para realización de gastroscopias
- Exitus

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de protocolos y sesiones clínicas junto con el servicio de digestivo en el primer mes del proyecto ( junio 2014)

- Periodo de implantación en los dos meses siguientes ( julio-agosto 2014)
- Inclusión de pacientes durante un año ( septiembre 2014-septiembre 2015)

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

298

## 1. TÍTULO

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

- Análisis de los resultados obtenidos posteriormente

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. Profesionales

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Hemorragia digestiva

OTRA PALABRA CLAVE 2. Inhibidor de la bomba de protones; Tratamiento endoscópico

## 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

147

**ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO****2. RESPONSABLE** ..... MIGUEL ANGEL SUAREZ BROTO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. UROLOGIA
- Sector ..... CALATAYUD

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

- LOZANO ENGUITA JESUS. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. UROLOGIA
- PEREZ BERASATEGUI OSCAR. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS
- PAESA MURCIANO PEÑA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. CONSULTAS EXTERNAS

**4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.** El tumor vesical es una de las patologías más frecuentes en la consulta de urología y una de las que más coste genera por la cantidad de pruebas diagnosticas y reintervenciones que se producen en su seguimiento. Una de las pocas armas con las que cuenta el urólogo de cara a la prevención de recidivas, es un buen protocolo de seguimiento. Este protocolo incluiría una serie de pruebas diagnosticas de control (ecografías, cistoscopias, citologías, analíticas...) e instilaciones de mitomicina C (quimioterápico endovesical).

El tumor vesical de riesgo moderado es el que más frecuentemente se diagnóstica y abarcaría diferentes estadios TNM (TaG2, T1G1, T1G2...). Sus dos principales características es su tendencia a recidivar y en algunos casos a progresar a estadios más avanzados (tumores de alto riesgo y tumores musculoinvasivos). Con las instilaciones de Mitomicina C y las pruebas diagnosticas para una detección precoz, se intentan disminuir ambas.

Las guías clínicas de la asociación europea de urología (EAU) recomiendan un protocolo de seguimiento según el tipo de tumor reseccionado. Este protocolo se basa en estudios científicos con gran evidencia, siendo una referencia para todos los urólogos del continente encontrándose ampliamente extendido su uso.

El Servicio de Urología del Hospital de Calatayud ya cuenta con un protocolo de estas características pero que requiere una actualización acorde a las nuevas evidencias publicadas.

**5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.**

**6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.** Se espera diagnosticar antes las recidivas, minimizando en la medida de lo posible la progresión tumoral a tumor vesical de alto riesgo o musculoinvasivo, que conllevaría probablemente una cistectomía radical posterior. La cistectomía es una cirugía muy agresiva que genera un importante impacto en el paciente al necesitar una derivación urinaria. Aparte tiene una mortalidad perioperatoria no desdeñable de un 3% y supone un consumo de recursos muy importante a lo largo del ingreso.

Se espera disminuir los costes generados por esta patología, consiguiendo una disminución de las recidivas y un diagnóstico precoz de éstas, disminuyendo costes referidos a consultas en urgencias, procedimientos quirúrgicos...etc. Asimismo se espera administrar las correctas dosis de mitomicina C. Ni más ni menos, de las que aboga la EAU basada en metanálisis de primer nivel.

Se espera ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad, basada en los últimos estudios a nivel internacional mejorando a corto y largo plazo su calidad de vida.

**7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.** Se realizará un exhaustivo análisis de la guía clínica europea sobre tumores vesicales así como de otros estudios al respecto por parte de los urólogos incluidos en el grupo de trabajo.

Se creará un protocolo de seguimiento para los tumores vesicales de moderado riesgo donde se incluirán las pruebas necesarias en cada momento del seguimiento, así como de las dosis de mitomicina C requeridas.

El protocolo final se adaptará a nuestro centro y a las características de la población que atendemos y podrá individualizarse a cada paciente según su comorbilidad.

Se imprimirán los protocolos y se pondrán en marcha de rutina el primer día que se valore al paciente en la consulta con la anatomía patológica. En este aspecto nuestros enfermeros de consultas Oscar Pérez y Peña Paesa tendrán un papel relevante. En la hoja del protocolo se pondrán los datos identificativos del paciente. Fecha de la cirugía, características del tumor y resultado de la anatomía patológica. Gracias al protocolo sabremos en que fechas hay que administrar la mitomicina C y qué pruebas y cuándo hay que solicitarlas, a lo largo del seguimiento.

**8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.** 1- Se evaluarán todos los pacientes con el diagnóstico de tumor vesical de moderado riesgo. Se comprobará su inclusión dentro del protocolo.

2- Se evaluará que los pacientes incluidos en el protocolo correspondan con las indicaciones de inclusión del mismo para evitar sobretratamientos.

3- Se evaluará el correcto cumplimiento de las pruebas a solicitar y el correcto cumplimiento de número y

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

147

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO E INSTILACIONES DE MITOMICINA C DE LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO MODERADO**

fecha de las dosis de Mitomicina C.

## 9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Calendario:

Mayo : Revisión de bibliografía y estudios

Junio: Elaboración del protocolo de seguimiento de los tumores vesicales superficiales de moderado riesgo

Julio: Instauración del protocolo de manera oficial

Recogida de datos durante 1 año.

## 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

## POBLACIÓN DIANA

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

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Tumor vesical

OTRA PALABRA CLAVE 2. Mitomicina C

## 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. ....                       | 4 | Mucho    |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 | Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 | Bastante |

**1. TÍTULO**

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL**

2. RESPONSABLE ..... MARTHA URDAZ HERNANDEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- PALACIN LARROY MARTA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO NEUROLOGIA ( MEDICINA INTERNA)
- VILORIA ALEBESQUE ALEJANDRO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. SERVICIO NEUROLOGIA ( MEDICINA INTERNA)
- RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS
- MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO DE URGENCIA HOSPITALARIA. H ERNEST LLUCH. SERVICIO URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El traumatismo craneoencefálico representa una de las principales causas de mortalidad y de discapacidad. Es la principal causa de muerte en población pediátrica y adultos jóvenes. La mortalidad se sitúa en torno al 20%-30%.

En el año 2013 se atendieron a 209 pacientes con traumatismo craneal que representa alrededor de un 1% de todos los pacientes atendidos en el año anterior en nuestro servicio de Urgencias; de los cuáles el 40.19% permanecieron en Hospital de Día para control evolutivo, finalmente fueron dados de alta el 90.43% de los pacientes, ingresaron un 2.87% y precisaron de traslado a Hospital de referencia para valoración por Neurocirugía un 6.70% de los pacientes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Reconocer al paciente grave lo antes posible

- Dividir al traumatismo craneoencefálico en leve, moderado y grave
- Evaluación del nivel de Glasgow tanto en la exploración inicial del paciente, como en las consecutivas, y en el momento del alta hospitalaria
- Reconocer al paciente con tratamiento previo con anticoagulantes o antiagregantes
- Reconocer a aquellos pacientes que se les debe realizar un TAC craneal
- Seleccionar a los pacientes que precisen de una observación en Hospital de Día
- Realización de un protocolo para el correcto manejo de estos pacientes
- Realizar un correcto informe de de urgencias al alta que favorezca una correcta comprensión por parte del paciente así como cuales son los síntomas por los que debe volver a acudir a Urgencias para una nueva valoración

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Aplicación de protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia científica

- Sesiones clínicas formativas al resto de adjuntos del servicio de urgencias, así como a los residentes que realizan guardias en nuestro servicio
- Elaboración de un protocolo para el manejo de estos pacientes
- Elaboración de una hoja de recomendaciones al alta

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Realización de TAC ( si/no)

- Entrega de recomendaciones al alta de protocolo de Traumatismo craneal: 80%
- Determinación de Glasgow al inicio de la valoración, en las sucesivas valoraciones y al alta hospitalaria: 80%
- Pacientes que requieran estancia en Hospital de Día para control evolutivo
- Clasificación del trauma craneal en leve, moderado y grave: 80%
- Ingresos hospitalarios
- Traslado a Hospital de referencias para valoración por Neurocirugía
- Exitus
- Valoración de reingreso en el servicio de Urgencias, en un periodo igual o menor de 48 horas, por la misma patología

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Elaboración de protocolos y sesiones clínicas en el primer mes del proyecto junto con el servicio de Neurología ( junio 2014)

- Periodo de implantación en los dos meses siguientes ( julio-agosto 2014)
- Inclusión de pacientes durante un año ( septiembre 2014-septiembre 2015)
- Análisis de los resultados obtenidos posteriormente

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. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

302

**PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN UN HOSPITAL COMARCAL**

OTRA PALABRA CLAVE 1. Traumatismo craneal

OTRA PALABRA CLAVE 2. Emergency Service

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

209

**MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO**

2. RESPONSABLE ..... MARIA ASCENSION VALLEJO GUERRERO

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
- Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BLANCAS COSTEA ANA MARIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
- CABRERIZO MARTINEZ MARIA JOSE. TCAE. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
- BERNAL TORRES BEGOÑA. TCAE. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA
- JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA MEDICA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El diagnóstico de enfermedades oncológicas supone para el paciente, además de los signos y síntomas propios de su enfermedad, una carga emocional potenciada por el miedo a lo desconocido, a la incertidumbre, etc, que puede reducirse estableciendo sistemáticas de trabajo que faciliten la información dada al paciente.

El Hospital de Día Oncológico es un lugar idóneo para facilitar dicha información.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. A través de la elaboración y difusión en el Hospital Ernest Lluch de una Guía de recomendaciones de enfermería al paciente oncológico, pretendemos ayudar a afrontar y aliviar los posibles síntomas de la enfermedad.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Elaboración de una Guía de recomendaciones de enfermería al paciente oncológico: Grupo de trabajo  
- Entrega de la Guía a todo paciente oncológico, en la primera visita al Hospital de Día Oncológico, para iniciar tratamiento tras diagnóstico de la enfermedad: DUES del Hospital de Día Oncológico

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Existe una Guía de recomendaciones de enfermería al paciente oncológico

- N° de pacientes que reciben la Guía en la primera visita a Hospital de Día Oncológico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Realización de la Guía: Abril de 2014

- Difusión de la Guía: A partir de Mayo de 2014

- Evaluación de proyecto: Diciembre 2014

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

## 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. .... 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. .... 3 Bastante



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

394

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA, PREPARACIÓN Y DISPENSACION DE LA FARMACOTERAPIA INTRAVENOSA DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA**

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA VICENTE ITURBE  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
· GARCIA GARCIA MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA  
· JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA  
· CABRERIZO MARTINEZ MARIA JOSE. TCAE. H ERNEST LLUCH. ONCOLOGIA  
· ARANDA PARDOS MARIA ARMANDINA. TCAE. H ERNEST LLUCH. FARMACIA HOSPITALARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Institute for Safe Medication Practices (ISMP) califica a los agentes citostáticos y citotóxicos, tanto orales como parenterales, de "medicamentos de altos riesgo", es decir, que cuando no se utilizan correctamente presentan una elevada probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

Los errores de medicación pueden producirse en cualquiera de las fases de la cadena farmacoterapéutica. Entre las recomendaciones propuestas por diversas sociedades e instituciones (NIH Clinical Center, ASHP, ASCO, ONS y fundación GEDEFO) para la prevención de errores de medicación en quimioterapia antineoplásica está la gestión informática del proceso farmacoterapéutico. En nuestro medio de trabajo todo este proceso es manual, desde la prescripción facultativa del ciclo quimioterápico que llega al servicio de Farmacia, a los procesos de validación, elaboración (cálculo del volumen de fármaco a añadir al suero, volumen y tipo de diluyente a utilizar, estabilidad de la mezcla y conservación de la misma), etiquetado y dispensación (gestión de salidas de productos utilizados), según un protocolo establecido.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar la seguridad del paciente oncológico en tratamiento con quimioterapia antineoplásica.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Informatización del proceso de validación farmacéutica, preparación y dispensación de quimioterapia antineoplásica.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - N° de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico activo informatizados en el Servicio de Farmacia  
- N° de pacientes onco-hematológicos en tratamiento quimioterápico activo informatizados en el Servicio de Farmacia

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. 1°. Adecuación de la base de datos de medicamentos del programa informático Farmatools (Farmacéutica/DUE farmacia)  
2°. Definición de protocolos quimioterápicos con el Servicio de oncología (Farmacéutica)  
3°. Introducción de dichos protocolos en programa informático (Farmacéutica/DUE farmacia)  
4°. Introducción de los pacientes en tratamiento y los que inicien en el programa informático  
5°. Inicio de la actividad: tanto las TCAEs como DUE de Farmacia utilizarán diariamente el aplicativo informático para su trabajo habitual.  
6°. Evaluación del proyecto: Diciembre 2014

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

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

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

288

## 1. TÍTULO

**CALIDAD ASISTENCIAL Y TIEMPOS DE ADMINISTRACION IV EN URGENCIAS, EN NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)**

## 2. RESPONSABLE ..... FELICIDAD YAÑEZ RODRIGUEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- MONTESA LOU CRISTINA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MUÑOZ JACOBO SERGIO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MUÑOZ CIFUENTES PABLO. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- GARCIA AREVALO LAURA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- MOLINERO ARANDA ESTER. MEDICO/A. CS DAROCA. URGENCIAS
- RECIO JIMENEZ JOSE ENRIQUE. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- SALVADOR TENA VICTORIA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS
- CATALAN LADRON MARIA LUISA. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La medicion de los tiempos de administracion de antibioticoterapia iv en el proceso de la Neumonia adquirida en la comunidad ( NAC) es un indicador de calidad en los servicios de Urgencias.

El diagnostico y tratamiento de la NAC en tiempos permite una disminucion de la morbimortalidad y disminucion de su estancia media hospitalaria, en el caso de precisar ingreso versus observación o control domiciliario. La monitorización del proceso se realiza a traves de la base de datos de la historia informatizada en Urgencias ( programa PCH).

En las guías de practica clinica de la sociedad científica Semes , se considera un tiempo de 6h maximo para la instauracion del tratamiento iv bajo sospecha diagnostica de NAC.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. En nuestro servicio de urgencias , tras la implantacion del programa de historia clinica PCH, hemos implantado un protocolo de diagnostico y tratamiento de la neumonia adquirida en la comunidad.

El protocolo ha sido aceptado por la comisi3n de calidad de nuestro hospital en 2011 y evaluado en 2011 y 2012 con resultados optimos de adecuacion segun las GPC de la sociedad cientifica SEMES.

El proyecto ha sido monitorizado en 2011, 2012 y 2013, obteniendo resultados de adecuacion optimos superiores al 80 porciento.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Los resultados que pretendemos medir son los tiempos de instauracion antibioticoterapia iv con sospecha de NAC desde la llegada a urgencias del paciente.

## 7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Coordinaci3n del proyecto( F.Yañez Rodríguez)

-Tarea de difusi3n por medicos adjuntos tutores y colaboradores docentes a todos los residentes Y todo el personal de enfermería de urgencias de Calatayud del protocolo NAC-SEMES, a traves de sesi3n hospitalaria, difusi3n intranet hospitalaria, sesiones clinicas y tutorizaci3n en las guardias.

-estudio multidisciplinar del indicador principal a traves de analisis estadistico con base de datos PCH, con enfoque docente a MIR y enfermería.

-Presentaci3n de datos en el caso de aprobaci3n del proyecto al servicio aragonés de la Salud y sociedades cientificas implicadas en la calidad asistencial.

8. INDICADORES, EVALUACI3N Y SEGUIMIENTO. indicador principal: tiempos de administracion de antibiotico adecuado iv en el caso de Neumonia adquirida en la comunidad en urgencias.

indicador secundario : adecuacion de antibioticoterapia iv segun protocolos ya implantados, aprobados , y evaluados anteriormente.

9. DURACI3N Y CALENDARIO PREVISTOS. Desde la aprobaci3n del proyecto con 1, 3 y 6 meses de seguimiento(2º semestre de 2014).

## 11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestió n por procesos

## POBLACI3N DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACI3N O PACIENTES. Servicio de Urgencias en general

## INFORMACI3N COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. indicador de calidad en urgencias

OTRA PALABRA CLAVE 2. neumonia adquirida en la comunidad en urgencias

## VALORACI3N DEL PROYECTO EN RELACI3N A:

1. Mejorar resultados de la atenci3n. .... 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atenci3n. .... 4 Mucho
3. Mejorar utilizaci3n de recursos. .... 4 Mucho

1. TÍTULO

**CALIDAD ASISTENCIAL Y TIEMPOS DE ADMINISTRACION IV EN URGENCIAS, EN NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD( NAC)**

- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. .... 4 Mucho

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

355

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA GESTION EN LA PETICIÓN DE POLIGRAFÍAS HOSPITALARIAS A PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

## 2. RESPONSABLE ..... MARCOS ZUIL MARTIN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H ERNEST LLUCH
- Localidad ..... CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ..... CALATAYUD

## 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ HERNANDO MERCEDES. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD NEUMOLOGIA
- SANCHO MUÑOZ ELENA. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD ENDOSCOPIAS
- HYPOLITE NINON. MEDICO/A. H ERNEST LLUCH. Sº. URGENCIAS
- MARTINEZ TOMEY CARMEN. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. UNIDAD DE ENDOSCOPIAS
- ANDRES RUBIO JOSE ANTONIO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SUPERVISION DE ENFERMERIA
- SAN MIGUEL VICIOSO ROSARIO. ENFERMERO/A. H ERNEST LLUCH. SUPERVISION DE ENFERMERIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Por la elevada prevalencia del Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño (SAHS), la amplia carga asistencial ambulatoria, las características geográficas de este área rural y la presencia de un único Facultativo Especialista de Área (FEA) de Neumología en el Área de Calatayud, urge analizar vías alternativas de atención ambulatoria a este grupo de pacientes.

Se pretende plantear, tras estudios previos, una manera más ágil de atención ambulatoria a pacientes con sospecha de SAHS remitidos directamente desde Atención Primaria (AP).

Tradicionalmente, cada paciente con sospecha de SAHS era remitido a la Consulta Ambulatoria de Neumología, desde donde se le solicitaba el estudio poligráfico, tras el cual era atendido nuevamente en la Consulta, a partir de donde era remitido nuevamente a su Médico de AP (MAP) con el resultado de la prueba. Por tanto, el paciente era atendido en 4 ocasiones por facultativos y permanecía ingresado una noche para el estudio poligráfico. Ello representa 5 salidas domiciliarias del paciente para solventar asuntos relacionados con una sola prueba.

En estudios previos realizados en nuestra Unidad de Neumología (año 2012), se comprobó que aquellos pacientes remitidos para estudio poligráfico hospitalario por sospecha de SAHS con Test de Somnolencia (T. Epworth) patológico, presentaban un Índice de Apneas Hipopneas (IAH) severo en el estudio poligráfico en un 87,36% de los casos. Sin embargo, también fue objetivado que de todos los IAH severos detectados en la poligrafía, sólo un 29,03% tenía un Test de Epworth alterado. Además, pudo comprobarse que de entre los diferentes Servicios que remitieron pacientes, aquellos casos solicitados por Médicos de Atención Primaria (MAP), por sospecha de SAHS severo, se confirmaron en un 84,5%. Por tanto, las sospechas de SAHS en los casos solicitados por MAP se confirmaron en un alto porcentaje.

Se propone, por ello, el envío directo de casos sospechosos de SAHS desde el MAP al estudio Poligráfico en el Hospital Ernest Lluch Hospitalaria, vía petición por internet, previo cumplimiento de criterios establecidos desde la Unidad de Neumología (estudios directos de SAHS).

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

## 6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Disminución del número de pacientes con sospecha de SAHS remitidos a Consultas Externas de la Unidad de Neumología procedentes de AP para solicitar estudio poligráfico

- Incremento de solicitudes directas de estudio poligráfico desde A. Primaria
- Mantenimiento de la alta especificidad objetivada en las peticiones de los estudios por MAP
- Disminución del tiempo de demora entre la solicitud y resultado del estudio en dichos pacientes.

Ahorro de 1 consulta de Especializada y 1 consulta de Atención Primaria por cada petición directa de poligrafía y adelanto de agenda en consultas no urgentes, por el espacio ocupado por las consultas de estudio de SAHS.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La solicitud de estudio de pacientes con sospecha de SAHS severo y petición de estudio poligráfico será cursada por los MAP en un modelo de petición diseñado desde la U. Neumología del H. Ernest Lluch. Este modelo será rellenado una vez cumplidos los criterios de sospecha establecidos desde la Unidad de Neumología del Hospital Ernest Lluch.

Dicha petición se realizará a través de la dirección de correo:

neumologia.hcalatayud@salud.aragon.es.

La recepción de dicha petición se realizará en la Consulta de Neumología del H. Ernest Lluch (DUE Dña. Mercedes Gómez Hernando).

Si la citada petición reúne los criterios de sospecha establecidos desde la Unidad de Neumología, se gestionará la petición directa (DUE Dña. Mercedes Gómez Hernando) al Sº. Admisión.

El paciente será citado para realización de la poligrafía nocturna en el Hospital Ernest Lluch, cuyo resultado será evaluado y comentado con el paciente al día siguiente en Consultas Externas de Neumología (Dr. Zuil). Será ésta, la primera ocasión en que el paciente acuda a la Consulta de Neumología. En dicha Consulta, se revisarán las pruebas complementarias solicitadas por los MAP, según indicado en el modelo de petición.

El estudio poligráfico será realizado por los DUES Dña. Rosario San Miguel Vicioso y D. José Antonio Andrés Rubio.

La gestión del proceso de descarga e impresión de la prueba estará a cargo de las DUES Dña. Elena Sancho y Dña. Carmen Martínez Tomey.

La valoración semanal de casos y estudio estadístico de los mismos será llevada a cabo por la Dra. Ninon Hypolite. De esta manera se pretende ahorrar 1 consulta de Especializada y 1 consulta de Atención Primaria por cada petición de poligrafía y adelanto de agenda en consultas no urgentes, por el espacio ocupado por las consultas

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

355

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA GESTION EN LA PETICIÓN DE POLIGRAFÍAS HOSPITALARIAS A PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS) EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

de estudio de SAHS.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Número de estudios directos de SAHS realizados
- Número de casos SAHS confirmados por estudios directos solicitados.
  - Numero de Consultas SAHS comparado con épocas previas.
  - Porcentaje de estudios directos de SAHS con estudios SAHS tradicionales
9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Primer mes: valorar peticiones de estudio directos SAHS ya realizadas.
- 2º-8º mes: Cuantificar número de peticiones de estudios directos de SAHS realizados
  - Valoración de acuerdo a los indicadores de calidad

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. Sospecha de Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño

## INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño

## 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. ....                       | 4 Mucho    |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho    |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. ....             | 3 Bastante |